

+
5 ANOS, 100 DISSERTAÇÕES
CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM
MÉDICO-CIRÚRGICA

**Escola Superior de
Enfermagem de Coimbra**

[EDITOR]

**Unidade de Investigação em
Ciências da Saúde: Enfermagem**

[COORDENAÇÃO EDITORAL]

2021

FICHA TÉCNICA

TÍTULO

Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica
+ 5 anos, 100 dissertações

EDITOR

Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

COORDENAÇÃO EDITORIAL

Unidade de investigação em Ciências da Saúde:
Enfermagem

ORGANIZAÇÃO/COORDENAÇÃO CIENTÍFICA DA OBRA

Maria Isabel Domingues Fernandes, *PhD., Professora Coordenadora da ESEnFC*

Isabel Maria Pinheiro Borges Moreira, *PhD., Professora Coordenadora da ESEnFC*

Catarina Alexandra Rodrigues Faria de Lobão, *PhD., Professora Adjunta da ESEnFC*

Luís Miguel Nunes de Oliveira, *PhD., Professor Adjunto da ESEnFC*

Luís António Rodrigues Paiva, *PhD., Professor Adjunto da ESEnFC*

Adriana Raquel Neves Coelho, *PhD., Professora Adjunta da ESEnFC*

AUTORES

Vide resumos

ISBNp

978-989-53081-6-3

ISBNp

978-989-53081-6-3

DEPÓSITO LEGAL

492481/21

COPYRIGHT

© 2021 Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESEnFC)

REVISÃO FINAL

Priscilla Pegas, *PhD em Ciências do Ambiente, UICISA: E*

MAQUETIZAÇÃO

Marina Salvado, *Lic. em Arte e Design, UICISA: E*

REVISÃO DOCUMENTAL

Serviço de Documentação da ESEnFC

APOIO TÉCNICO

Cristina Louçano, *Secretariado da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem*

GRÁFICA

Tipografia Lousanense, Lda

TIRAGEM

200 exemplares

ANO DE PUBLICAÇÃO

2021

SUMÁRIO

- 13 **Prefácio**
AIDA MARIA OLIVEIRA DA CRUZ MENDES
- 17 **Introdução**
- 21 **Cinco Anos a Produzir Conhecimento em Enfermagem Médico-cirúrgica: Análise das Dissertações de Mestrado entre 2016-2021**
CATARINA A. F. LOBÃO
MARIA ISABEL FERNANDES
ADRIANA RAQUEL N. COELHO
- 29 **Resumos Alargados**
- PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA**
- 33 **Perceção de Enfermeiros de Serviços de Urgência sobre Violência Contra os Idosos**
ANDREIA VANESSA PESSOA DA FONSECA
RUI FILIPE LOPES GONÇALVES
- 39 **Experiência Viva Pelos Enfermeiros Líderes de Equipas de Emergência Extra-Hospitalar Perante a Pessoa com Trauma Grave**
MARGARIDA GONÇALVES GUERRA
VERÓNICA RITA DIAS COUTINHO
- 45 **Assistência à Pessoa com Síndrome Coronária Aguda no Pré-hospitalar**
PEDRO ALEXANDRE DOS SANTOS RIBEIRO
PAULO ALEXANDRE CARVALHO FERREIRA
- 51 **Envolver a Família no Cuidado à Pessoa em Situação Crítica: Estudo em Contexto de Cuidados Intensivos**
TÂNIA MELO
JORGE APÓSTOLO
MARIA ISABEL FERNANDES
- 57 **Consulta de Enfermagem *On-Line* na Pessoa após Síndrome Coronária Aguda**
ANA CATARINA FIGUEIREDO SILVA
PAULO ALEXANDRE CARVALHO FERREIRA

- 63 **Violência Sobre os Enfermeiros na Urgência: Que Realidade?**
FABIANA COSTA
VERÓNICA RITA DIAS COUTINHO
- 69 **Indicadores de Qualidade de Nutrição Entérica na Pessoa em Situação Crítica**
RENATA ALEXANDRA CRUZ CONSTANTINO
LUÍS LEITÃO SARNADAS
- 77 **Gestão da dor no Serviço de Urgência: Práticas dos Enfermeiros**
CATARINA ANDRÉ SILVA ANTÓNIO
AMÉLIA FILOMENA DE OLIVEIRA MENDES CASTILHO
- 85 **O Processo de Comunicação entre o Enfermeiro e a Pessoa Submetida a Ventilação Mecânica, em Cuidados Intensivos**
RAQUEL SOFIA CORREIA FERREIRA
MARIA DA CONCEIÇÃO GIESTAS BAÍA SARAIVA
- 93 **Vivências dos Doentes e Familiares Após Enfarte Agudo do Miocárdio**
MARIA FILOMENA DOS SANTOS MENDES
PAULO ALEXANDRE CARVALHO FERREIRA
- 99 **Avaliação e Registo da Dor no Serviço de Urgência: Que Realidade**
MÁRCIA ODETE FREIXEIRO DA SILVA
RUI FILIPE LOPES GONÇALVES
- 105 **A Intervenção do Enfermeiro no Serviço de Urgência com a Pessoa Vítima de Violência Doméstica**
PATRÍCIA ALEXANDRA DIONÍSIO MARQUES
MARIA ISABEL DOMINGUES FERNANDES
- 113 **Avaliação da dor do Doente no Serviço de Urgência, Perceção dos Enfermeiros**
ANA FILIPA CRISTINO BORGAS
JOSÉ CARLOS AMADO MARTINS
MARIA DA NAZARÉ RIBEIRO CEREJO
- 121 **A Pessoa com Enfarte Agudo do Miocárdio no Serviço de Urgência: da Triagem ao Tratamento**
SUSANA ISABEL REIS MENDES
PAULO ALEXANDRE CARVALHO FERREIRA
- 129 **Acolhimento à Família da Pessoa Internada em Cuidados Intensivos**
CARLA MARIA FILIPE GOMES
MARIA ISABEL DOMINGUES FERNANDES
- 137 **O Sistema de Triagem de Manchester e a Avaliação da Pessoa com dor**
MÁRCIO MIGUEL COIMBRA DE CARVALHO
LUÍS MIGUEL NUNES DE OLIVEIRA
- 143 **Deteção de Situações de Violência Doméstica num Serviço de Urgência: um Estudo Retrospetivo**
DIONÍSIO PRATAS APOLÓNIO
MARIA ISABEL DOMINGUES FERNANDES
- 151 **A Intervenção de Enfermagem na Promoção do Sono: a Pessoa Internada numa Unidade de Cuidados Intensivos**
MARISA ALEXANDRA MARQUES
MARIA ISABEL DOMINGUES FERNANDES

- 159 **Enfermeiros da Viatura Médica de Emergência e Reanimação: Que Competências?**
HÉLÈNE FERREIRA MALTA
LUÍS ANTÓNIO RODRIGUES PAIVA
JOSÉ CARLOS AMADO MARTINS
- 165 **O Sistema de Triagem de Manchester e a Pessoa com Enfarte Agudo do Miocárdio**
MARIA JOÃO RIBEIRO HENRIQUES
JOSÉ CARLOS AMADO MARTINS
- 173 **Transição Saúde-Doença na Pessoa com Enfarte Agudo do Miocárdio**
SÍLVIA PATRÍCIA ESTEVES PAIVA
PAULO ALEXANDRE CARVALHO FERREIRA
- PESSOA EM SITUAÇÃO CRÓNICA**
- 181 **Adesão Terapêutica das Pessoas Doentes Renais Crónicas em Programa Regular de Hemodiálise**
HÉLIA JOSÉ TRINDADE ASCENSO
M^ª ISABEL DOMINGUES FERNANDES
PEDRO MIGUEL LOPES DE SOUSA
- 187 **A Eficácia dos Colchões de Redistribuição de Pressão na Prevenção de Úlceras por Pressão**
ANA LÚCIA SIMÕES DE PINA
LUÍS ANTÓNIO RODRIGUES PAIVA
- 195 **O Familiar Cuidador da Pessoa com Ostomia Respiratória: Satisfação com o Planeamento do Regresso a Casa**
VANESSA MADUREIRA DOS ANJOS
MARIA DO CÉU MESTRE CARRAGETA
LUÍS MIGUEL NUNES OLIVEIRA
- 203 **Terapia Compressiva: Conhecimentos e Práticas dos Enfermeiros dos Cuidados de Saúde Primários**
CRISTIANA FARIA FERREIRA
LUÍS ANTÓNIO RODRIGUES PAIVA
- 211 **A Literacia em Saúde da Pessoa com Enfarte Agudo do Miocárdio**
ANA RITA TADEU COSTA PINTO E ABREU DOS SANTOS MARTINS
PAULO ALEXANDRE FERREIRA
- 217 **Estudo Epidemiológico de Feridas na Ilha de Santiago em Cabo Verde**
YOANDRA MARISOL ROSABAL PÉREZ
LUÍS ANTÓNIO RODRIGUES PAIVA
- 225 **As Vivências dos Familiares Cuidadores Perante a Confusão da Pessoa com Tumor Cerebral Primário no Domicílio**
ANA MARIA TEIXEIRA MENDES FILIPE
MARIA DO CÉU MESTRE CARRAGETA
- 233 **As Práticas de Cuidado com a Pessoa com Estoma de Eliminação Intestinal**
ANA MARGARIDA PAIS MONTEIRO
MARIA ISABEL DOMINGUES FERNANDES
- 241 **Capacitação para o Autocuidado Terapêutico da Pessoa com Ostomia de Eliminação**
DORA CRISTINA MARQUES NEVES
FERNANDO ANTÓNIO SALGUEIRO AMARAL

- MARIA ISABEL DOMINGUES FERNANDES
- 247 **Validação de Protocolo de Enfermagem para Avaliação e Diagnóstico de Retenção Urinária no Adulto**
CATARINA ISABEL VIEGAS FERREIRA
ISABEL MARIA HENRIQUES SIMÕES
- 253 **Experiências Subjetivas de Sofrimento na Pessoa com Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica**
DIOGO FILIPE GRAÇA PINTO
MARIA DO CÉU MESTRE CARRAGETA
- 259 **Satisfação dos Utentes com os Cuidados de Enfermagem na Consulta de Hipertensão Pulmonar**
SANDRA MARIA PAIVA PINTO MENDES
ISABEL MARIA HENRIQUES SIMÕES
- 265 **Influência da Intervenção de Enfermagem na Promoção de Comportamentos Saudáveis da Pessoa Submetida a Cirurgia Coronária**
DORA RAQUEL MARTINS LEDO
PAULO ALEXANDRE CARVALHO FERREIRA
ARMANDO MANUEL MARQUES SILVA
- PESSOA EM SITUAÇÃO PALIATIVA**
- 275 **Cuidados Paliativos: Identificação de Necessidades em Doentes Internados em Hospital de Agudos**
JOÃO CARLOS OLIVEIRA NEVES
RUI FILIPE LOPES GONÇALVES
- 283 **A Mucosite Oral na Pessoa com Cancro: Intervenção de Enfermagem**
JOANA MOTA DA SILVA
ANABELA DE SOUSA SALGUEIRO OLIVEIRA
ISABEL MARIA PINHEIRO BORGES MOREIRA
- 291 **Impacto de um Programa de Formação na Gestão Emocional dos Enfermeiros Perante a Morte**
NELSON JACINTO PAIS
ISABEL MARIA PINHEIRO BORGES MOREIRA
- 297 **A Integração da Família no Processo de Cuidados ao Doente Paliativo: o Papel do Enfermeiro**
SARA MARINA GOMES DIOGO
MARIA DO CÉU MESTRE CARRAGETA
- 303 **Caraterização dos Cuidados Recebidos pela Pessoa com Doença Crónica nos Últimos três Meses de Vida**
JOANA DOS SANTOS SARAIVA
LUÍS ANTÓNIO RODRIGUES PAIVA
- 311 **Intencionalidade dos Enfermeiros no Cuidar à Pessoa em Situação Crítica com Decisão de não Reanimar**
TÂNIA CATARINA PEDROSA PRIOR
ISABEL MARIA PINHEIRO BORGES MOREIRA
MARIA ISABEL DOMINGUES FERNANDES
- 317 **Inteligência Emocional Percebida do Enfermeiro e a Pessoa em fim de Vida no Serviço de Urgência**

LÚCIA ANDREIA MARQUES FILIPE
ISABEL MARIA PINHEIRO BORGES MOREIRA

325 **Promoção da Dignidade da Pessoa em fim de Vida no Serviço de Urgência**

CÁTIA LOURENÇO OLIVEIRA
ISABEL MARIA PINHEIRO BORGES MOREIRA

333 **Satisfação dos Cuidados de Enfermagem e de Saúde à Pessoa em Fim de Vida**

ÂNGELA MARISA ANTUNES ALVES
PAULO ALEXANDRE CARVALHO FERREIRA

PESSOA EM SITUAÇÃO PERIOPERATÓRIA

343 **Padrão de Documentação de Cuidados de Enfermagem no Período Intraoperatório**

MAGALI ALVES LOPES
MARIA DA CONCEIÇÃO GIESTAS BAÍA SARAIVA
LUÍS LEITÃO SARNADAS

349 **Informação Transmitida pelo Enfermeiro de Cirurgia Ambulatória para o Autocuidado dos Utentes**

MARIA GORETE SOUSA FERRAZ
MARIA NAZARÉ RIBEIRO CEREJO

355 **Influência da Consulta Pré-operatória de Enfermagem na Satisfação das Necessidades Informativas do Doente**

LEONARDO FILIPE TOMÉ FERNANDES BREDA
MARIA DA NAZARÉ RIBEIRO CEREJO

361 **Avaliação da Cultura de Segurança do Doente em Cirurgia de Ambulatório**

JOANA RAQUEL LUÍS PINTO
LUÍS LEITÃO SARNADAS

369 **Impacto da Cirurgia Bariátrica na Qualidade de Vida dos Doentes**

CÉLIA MANSO
MARIA DA NAZARÉ RIBEIRO CEREJO

375 **Influência de um Programa Formativo Pré-operatório na Qualidade de Vida e na Vida Sexual em Pessoas Submetidas a Artrodese Lombar: Estudo Quase-Experimental**

MARISA ALEXANDRA MARTINS VICENTE
LUÍS LEITÃO SARNADAS

381 **Satisfação da Pessoa Submetida a Cirurgia Oftalmológica Face aos Cuidados de Enfermagem na Preparação para a Alta**

AIDA CRISTINA OLIVEIRA VITORINO
JOSÉ CARLOS AMADO MARTINS

389 **Ansiedade do Doente no Pré-Operatório de Cirurgia de Ambulatório: Influência da Consulta de Enfermagem**

SARA CATARINA NEIVA MACHADO ,
MARIA DA NAZARÉ RIBEIRO CEREJO

397 **Fatores de Risco de Úlcera por Pressão no Doente Cirúrgico**

MARINA BATALHA FIGUEIREDO
MARIA DA NAZARÉ RIBEIRO CEREJO
LUÍS ANTÓNIO RODRIGUES PAIVA

- 403 **Influência da Informação de Enfermagem na Ansiedade Pré-Operatória**
MARCO ANTÓNIO RODRIGUES GONÇALVES
MARIA DA NAZARÉ RIBEIRO CEREJO
- PRÁTICAS PROFISSIONAIS E AMBIENTES DE CUIDADOS SEGUROS**
- 411 **Cuidados de Enfermagem Omissos e Fatores Relacionados**
ANA RITA DOS SANTOS LOUREIRO
LUÍS MANUEL DE JESUS LOUREIRO
MARIA ISABEL DOMINGUES FERNANDES
- 419 **A Violência Contra os Enfermeiros do Serviço de Urgência: Um Estudo de Caso**
DORA ALEXANDRA LEAL COELHO
ISABEL MARIA PINHEIRO BORGES MOREIRA
- 425 **Cuidados de Enfermagem Omissos: Perceção dos Enfermeiros de um Hospital de Oncologia Português**
IVO CRISTIANO SOARES PAIVA
ANTÓNIO FERNANDO SALGUEIRO AMARAL
ISABEL MARIA PINHEIRO BORGES MOREIRA
- 433 **Práticas dos Enfermeiros na Otimização do Cateter Venoso Central**
MICAELA DENISE DA SILVA RODRIGUES
ISABEL MARIA HENRIQUES SIMÕES
- 441 **Fatores que Influenciam a Ocorrência de Erros de Medicação, na Gestão do Enfermeiro, no Serviço de Urgência**
ANA RITA PACHECO ALVES PRATAS
AMÉLIA FILOMENA DE OLIVEIRA MENDES CASTILHO
- 447 **Eventos Adversos Associados aos Cuidados de Enfermagem num Serviço de Urgência**
RUI MANUEL FERREIRA MARCELINO SANTOS COSTA
AMÉLIA FILOMENA DE OLIVEIRA MENDES CASTILHO
- 453 **Impacto do *Debriefing* na Perceção dos Enfermeiros sobre o Cumprimento das *Guidelines* no Cateterismo Venoso Periférico**
ANA CATARINA MENDES DE OLIVEIRA
JOÃO MANUEL GARCIA DO NASCIMENTO GRAVETO
VERÓNICA RITA DIAS COUTINHO
- 461 **Práticas Preventivas e Ocorrência de Eventos Adversos: Perceção dos Enfermeiros**
ANABELA DE JESUS PEREIRA
ISABEL MARIA HENRIQUES SIMÕES
- 467 **Resposta dos Profissionais de Saúde à Pessoa com Suspeita de AVC em Angola/Huambo: Opinião dos Profissionais de Saúde**
DEOLINDA CASSINDA GULI SAMBANGO
RUI FILIPE LOPES GONÇALVES
- 475 **Satisfação Profissional e a Segurança do Doente na Prática de Enfermagem**
MAURÍCIO FERNANDES ALVES
AMÉLIA FILOMENA DE OLIVEIRA MENDES CASTILHO
LUÍS MANUEL DE JESUS LOUREIRO

SIMULAÇÃO NO ENSINO DE ENFERMAGEM

- 483 **Simulação de Alta-Fidelidade no Transporte Inter-Hospitalar do Doente em Estado Crítico: Satisfação e Performance dos Enfermeiros**
ELÁDIO FRANCISCO DOS SANTOS CARDOSO
RUI CARLOS NEGRÃO BAPTISTA
- 491 **Influência da Prática Simulada na Avaliação Neurológica: Conhecimento e Performance dos Enfermeiros**
JOSÉ ANDRÉ DE SOUSA FERREIRA
RUI CARLOS NEGRÃO BAPTISTA
- 499 **Eficácia da Prática Simulada na Abordagem à Pessoa Vítima de Trauma**
PATRÍCIA DE JESUS AZENHA
VERÓNICA RITA DIAS COUTINHO

OUTROS PROJETOS

- 507 **O Enfermeiro no Cuidado Farmacoterapêutico Interprofissional – a Visão do Médico**
JOSÉ MIGUEL SOUSA PEDRO SEGURO
LUÍS MANUEL DA CUNHA BATALHA
MARIA ISABEL DOMINGUES FERNANDES
- 515 **Avaliação Heurística de uma Seringa de Dupla Câmara**
ANA FILIPA GOMES ROQUE
PEDRO MIGUEL SANTOS DINIS PARREIRA
RUI FILIPE LOPES GONÇALVES
- 521 **Posfácio**
JOÃO LUÍS ALVES APÓSTOLO
- 523 **Dissertações realizadas de 2016 a 2021 cujo resumo não é apresentado na monografia**

O conhecimento científico em geral e na área da saúde em particular é como um rio que corre da montanha para o mar. Umas vezes, a seguir a intensa chuvada, com forte caudal, de forma intempestiva e ameaçando sair do seu leito. Outras, em tempo de estio, calmo, pouco mais que um fio de água. Neste rio de conhecimento, os profissionais e as organizações podem adoptar duas posturas distintas: podem escolher os caudais mais lentos, sem arriscar, e algumas vezes preferir ficar parados nas margens, observando de forma calma e relaxada a água que corre, reiniciando a viagem sempre de forma tranquila e em segurança; outros preferem manter-se no meio do rio, seguindo o seu caudal, quantas vezes abrindo caminho entre os escolhos, muitas vezes fazendo enorme esforço para se manterem à tona, mas seguindo sempre em frente de forma decidida, arrojada, empreendedora.

Martins, J. (1965-2019). *Momentos*

PREFÁCIO

A enfermagem tem vindo, cada vez mais, a fundamentar-se num saber organizado e vasto do conhecimento. A sua consolidação disciplinar fez-se na geração de teorias explicativas e orientadoras para a profissão e no desenvolvimento de investigação que auxilia a compreensão do fenómeno cuidativo e fundamenta a prática clínica. Enquanto profissão e disciplina, é reconhecido que a sua área de exercício, de investigação e de construção teórica é muito ampla e diversificada. Os enfermeiros cuidam de pessoas ao longo de todo o ciclo de vida, quer ajudando-as a desenvolver o seu capital de saúde, quer auxiliando-as nos seus processos de reparação e ajustamento nas transições de saúde-doença e, a enfermagem, enquanto área disciplinar, estuda e produz conhecimento que sustenta aquela prática de cuidar e orienta o desenvolvimento profissional.

É, assim, natural que, após um ciclo longo de formação inicial – licenciatura de 4 anos e 240 ECTS – e uma experiência mínima em cuidados gerais, os enfermeiros se vejam confrontados com a necessidade de se especializarem nalgum dos seus ramos de conhecimento. A Enfermagem Médico-Cirúrgica é um desses ramos de especialização.

Centrada, fundamentalmente, no adulto e visando a (...) “deteção precoce, estabilização, manutenção e a recuperação perante situações que carecem de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica, prevenindo complicações e eventos adversos (...)”¹ é ela mesma uma área de especialização de grande complexidade e diferenciação. Esta complexidade, que lhe é dada pela própria natureza dos processos reparativos, para os quais concorrem desde a fisiopatologia ao comportamento humano, desenrola-se, frequentemente, em ambientes complexos e tecnológicos. A diferenciação, por sua vez, ao possibilitar a identificação de comunalidades, traça novas possibilidades de especialização, como as emergentes áreas da enfermagem à pessoa em situação crítica, da enfermagem à pessoa em situação paliativa, da enfermagem à pessoa em situação perioperatória e da enfermagem à pessoa em situação crónica.

1 Ordem dos Enfermeiros, 2017. Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5681/ponto-2_padroes-qualidade-emc_rev.pdf

É, por isso, que os enfermeiros que cuidam de pessoas nestes contextos e com estas necessidades necessitam de mais conhecimento e de aquisição e desenvolvimento de competências especializadas. A formação especializada, enquanto espaço de aprofundamento teórico e de diferenciação de competências, procura responder a essas necessidades.

Contudo, a especialização não deve corresponder, exclusivamente, ao aprofundamento do conhecimento (o atual) e ao desenvolvimento de competências especializadas na área do exercício. A história da ciência mostra, e como nos é dado verificar no próprio decurso de uma vida profissional, o conhecimento não é estático, evolui pela confrontação com o desconhecimento e a descoberta, pela investigação e os seus resultados, pela evolução tecnológica e necessidades de pessoas e comunidades.

O conhecimento em enfermagem está em constante atualização e desenvolvimento. Mas para que tal aconteça, é necessário que os enfermeiros investiguem pois só estes podem formular questões, desenhar estudos e confrontar resultados, enquadrados pela ciência de enfermagem.

Responder à complexidade do cuidado especializado implica, necessariamente, a possibilidade de refletir, questionar, estudar, investigar, confrontar resultados e fundamentar decisões com base na evidência disponível. Nesta medida, a formação especializada deve ser acompanhada de um forte investimento na consolidação das práticas metodológicas de construção do conhecimento.

A aquisição de conhecimento e de competências em investigação segue também uma trajetória de iniciado a perito. Este desenvolvimento de competências de investigação, desde a perspetiva de um bom utilizador à orientação de equipas de investigação, é adquirida em sucessiva qualificação académica – de licenciado a doutor – e consolida-se com a experiência. Da aprendizagem da leitura crítica da difusão científica, ao desenvolvimento de trabalho de campo ou de experimentação, à síntese de resultados e sua redação, existe todo um caminho de aprendizagem que é necessário trilhar, e nesse caminhar, aprender e contribuir com conhecimento produzido.

É, pois, da máxima relevância que a formação pós-graduada, principalmente a conferente de grau académico, contribua de forma decisiva para a formação e desenvolvimento de competências em investigação. Apesar dos constrangimentos temporais que uma formação académica implica, a experiência de problematizar, investigar e produzir uma dissertação é, sem dúvida, muito relevante para a aprendizagem e desenvolvimento destas competências em investigação.

Ao mesmo tempo, sendo este um espaço de distanciamento à prática do quotidiano, mas trazendo para a reflexão e questionamento essa experiência do dia-a-dia, é permitido a possibilidade de geração de questões úteis e fecundas para a investigação, e assim contribuir para o desenvolvimento do conhecimento.

O Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, em atividade desde 2009, tem contemplado esta área de competência. Numerosos enfermeiros que aqui realizaram o seu curso de mestrado nesta área de especialização foram, paulatinamente, deixando o seu contributo à medida que foram aprendendo a fazer investigação. São enfermeiros com experiências diversas em tempo e contextos de exercício profissional, todos, no entanto,

partilhando o desejo de ver respondidas interrogações que podem fazer progredir a qualidade da enfermagem médico-cirúrgica. Tutelados por docentes da Unidade Científico-Pedagógica de Enfermagem Médico-Cirúrgica, deram passos decisivos na aquisição de uma cultura científica, na aquisição de competências de investigação e na produção de evidência a transformar em conhecimento socialmente válido.

Ao longo destes anos, mais de 200 dissertações de mestrado já foram produzidas. Dos primeiros 5 anos e 100 dissertações de mestrado foi publicado, em 2016, uma monografia que reuniu e sistematizou os contributos até então realizados. Publica-se neste volume uma sumula das 100 dissertações produzidas nos últimos 5 anos (2016-2021) no âmbito do Curso de Mestrado de Enfermagem de Médico-Cirúrgica, da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. O conjunto destas duas publicações, para além de colocarem de uma forma mais acessível os principais resultados das investigações realizadas, permitirão uma análise da evolução do trabalho desenvolvido nesta área e possibilitarão a identificação das fortalezas do conhecimento produzido e as insuficiências devido a áreas ainda pouco exploradas.

Pelo trabalho desenvolvido ao longo destes anos e pela síntese agora produzida, os meus parabéns!



Aida Maria Oliveira da Cruz Mendes,

Presidente da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

INTRODUÇÃO

A finalização de um percurso de investigação, a divulgação dos seus resultados e conclusões é, para o investigador, a forma de mostrar a sua trajetória de trabalho. É um desfecho lógico, uma evidência da sua contribuição pessoal para o desenvolvimento e expansão do conhecimento científico. Não basta que o conhecimento seja produzido, é fundamental divulgá-lo, pois este é um dever ético. A divulgação, à comunidade científica e à sociedade em geral, dos resultados dos estudos em revistas científicas, após revisão por pares, é o reconhecimento da comunidade académica e científica da qualidade do estudo, dando-lhe visibilidade, impulsionando e prestigiando o desenvolvimento pessoal e profissional do investigador.

Este processo exige, frequentemente, que sejam enfrentadas e ultrapassadas algumas dificuldades tanto de ordem pessoal como as que se prendem com a seleção sobre a revista científica mais adequada ou as exigências de preparação dos documentos de acordo com os requisitos editoriais. Estas são dificuldades especialmente frequentes entre os investigadores que se estão a iniciar nestes processos.

Num meio tão concorrido e competitivo como o das publicações científicas, especialmente as mais cotadas nacional ou internacionalmente, alguns entraves podem surgir aos investigadores mais juniores quando submetem os seus trabalhos para análise, revisão e eventual publicação.

A consciência de que os jovens mestres ao concluírem a sua dissertação podem confrontar-se com dúvidas e questionamento sobre a qualidade da investigação realizada, apesar do reconhecimento académico que a aprovação em provas públicas lhe conferiu, conduziu à consciencialização da importância de os ajudar, facilitando a divulgação dos seus resultados.

Assim, esta monografia resulta do trabalho desenvolvido por estudantes e professores na unidade curricular (UC) dissertação, entre 2016 e 2021, do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica (CMEMC) na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESEnfC).

Nestes cinco anos, estudantes e professores mobilizaram-se no sentido de dar resposta a um desafio que conjuntamente abraçaram – contribuir para o desenvolvimento do conhecimento em enfermagem, nomeadamente a partir de questões emergentes dos e para os contextos de prática clínica, investigando-as. Em simultâneo, pretendiam dar cumprimento ao expresso no Decreto-Lei nº 74/2006 quando define que, o grau de mestre é conferido aos que

demonstrem conhecimentos e capacidade de compreensão que permita e constitua a base de desenvolvimentos na construção e utilização da investigação.

A ESEnfC, pela publicação do Despacho nº 19904/2009 de 01 de setembro, do Ministro da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior, obteve autorização para o funcionamento do ciclo de estudos conducente ao grau de mestre na Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica. Esta formação foi concretizada, com a regularidade de uma admissão anual, desde o ano letivo de 2009/2010 até ao momento atual. Esta regularidade permitiu dar um impulso significativo à investigação de natureza aplicada no âmbito específico de enfermagem médico-cirúrgica. Em 2016, cinco anos após as provas públicas da 1ª dissertação, foram concluídas 100 dissertações e publicados os seus resumos alargados na monografia intitulada 5 anos, 100 dissertações – curso de mestrado em enfermagem Médico-cirúrgica. Agora, volvidos mais cinco anos e concluídas mais 100 dissertações, dar continuidade a esta publicação é um imperativo e, de algum modo, um compromisso a que todos professores envolvidos na orientação destas dissertações estavam vinculados desde a 1ª publicação.

Os significativos contributos que os resultados destas dissertações poderão ter na(s) prática(s) de enfermagem e, consequentemente, nos resultados em saúde, justificam e dão pertinência à sua divulgação. A investigação em enfermagem, como em outras disciplinas, é um processo que permite ampliar e refinar o conhecimento e, consequentemente, irá influenciar a prática.

A organização da monografia implicou um conjunto de etapas. Uma primeira de conceção da monografia com definição da metodologia a seguir para preparar os resumos alargados das dissertações, a definição de *template* orientador da sua construção e o processo de avaliação cega por pares. Seguiu-se o contacto com todos os autores convidando-os à participação pela elaboração do resumo alargado. Estes resumos foram posteriormente revistos pelo professor que orientou o desenvolvimento da dissertação e submetidos a revisão de outro ou outros professores após anonimização dos documentos. A estas etapas seguiram-se as revisões das listagens bibliográficas pelo Centro de Documentação e Informação e dos documentos na sua globalidade pela equipa técnica da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA: E) da ESEnfC.

Foram integrados na monografia todos os resumos alargados que os seus primeiros autores apresentaram no período calendarizado para tal. Tal como seria expectável, o número de resumos apresentados não é total, mas é bastante elevado e representa a melhor evidência da dedicação, do trabalho empenhado, organizado, sistemático e, muitas vezes, árduo dos múltiplos intervenientes para a sua consecução. Não é possível deixar de relevar a taxa de finalização, especialmente quando se está perante enfermeiras e enfermeiros que planearam, concretizaram e concluíram as dissertações em condições de baixa disponibilidade de tempo pela sua dupla condição de estudantes e trabalhadores.

No intuito de encontrar e dar coerência à organização de um elevado número de resumos com enfoque em diferentes áreas, a opção recaiu na sua agregação à volta dos projetos estruturantes, da UICISA: E da ESEnfC, onde as investigações se inscreveram como projetos associados. Os textos, resumos demonstrativos da pluralidade de percursos que se cruzaram nas investigações realizadas, estão assim reunidos em seis partes. A anteceder todos os resumos surge um capítulo intitulado "*Cinco anos a produzir conhecimento em Enfermagem Médico-cirúrgica: Análise das dissertações de mestrado entre 2016-2021*" onde se apresenta uma panorâmica global, descritiva

e quantitativa, das 100 dissertações, a partir do tratamento de dados aí colhidos como ano de conclusão, tipo de estudo, contextos de colheita de dados, métodos e instrumento de colheita de dados, amostragem, fenómeno(s) em estudo entre outros considerados relevante nesta caracterização.

A primeira parte “pessoa em situação crítica” agrega 22 resumos alargados em que os objetos de estudo se centraram maioritariamente nos múltiplos matizes que o trabalho de enfermagem, em contexto de urgência e emergência pré-hospitalar e hospitalar, assume. Outros, direccionaram-se ao aprofundamento do conhecimento sobre as concepções de cuidar, as vivências ou os processos formativos, tendo sempre o contexto de intervenção à pessoa em situação crítica ou família como elemento que estabelece entre eles linhas de continuidade.

A segunda parte “pessoa com doença crónica” incorpora um conjunto de 13 resumos frequentemente centrados em áreas sensíveis aos cuidados de enfermagem como os processos educativos, de adesão terapêutica e capacitação da pessoa com doença crónica ou cuidadores. Contudo, existe efetiva diversidade das temáticas de investigação integrando a pessoa com doença coronária, pulmonar, renal, oncológica e o tratamento de feridas.

As dissertações que se centraram na investigação dos processos de cuidar associados à doença oncológica avançada e à situação de fim de vida e morte, tendo como participantes do estudo a pessoa ou os enfermeiros, integram tal como o próprio tema deixa antever a parte intitulada “pessoa em situação paliativa” com nove resumos.

A quarta parte “pessoa em situação perioperatória” constituída por dez resumos que sintetizam as investigações direccionadas ao aprofundamento do conhecimento sobre a intervenção do enfermeiro, na preparação da pessoa para o ato cirúrgico, na manutenção de um ambiente de segurança e na avaliação da intervenção.

As sínteses das pesquisas associadas à “práticas profissionais e ambientes de cuidados seguros” constituem dez resumos ligados por um lado à segurança do ambiente, da pessoa ou da prática de cuidados e, por outro, ao erro e à omissão de cuidados. Salientam-se, ainda, os estudos direccionados à execução de procedimentos.

A sexta parte “simulação no ensino de enfermagem” integra três sínteses cujo objeto de estudo passou pela avaliação da eficácia formativa quando se recorre à estratégia da prática simulada. Surgem ainda dois resumos não integrados nas seis partes descritas, sendo um centrado no trabalho interprofissional e outro no desenvolvimento de uma tecnologia de cuidados.

Atingido este número de dissertações, que é tão só um número, faz sentido organizar o presente documento, mostrando percursos, estratégias e resultados. Pensa-se que o(s) seu(s) conteúdo(s) pode(m) ser um contributo para diferentes atores: os já mestres em enfermagem médico-cirúrgica e respetivos orientadores, ajudando-os a cumprirem um dos requisitos da investigação que é a partilha dos seus resultados e, ainda, contribuindo para o seu enriquecimento curricular; os atuais estudantes, servindo de estímulo e mostrando diferentes caminhos, suas potencialidades e limitações; os enfermeiros em geral, que dele(s) podem retirar elações, implicações e sugestões para a prática clínica e para projetos de investigação; e, para todos, como instrumento de memória futura e promotor de crítica interna e externa, num contínuo exercício de humildade e demonstração de desejo de melhoria contínua. Por isso, convidam-se os leitores a retirar desta obra o que ela tem de mais útil para cada um em

concreto, inscrevendo sempre o seu olhar crítico, mas permitindo deixar-se contagiar pelo desejo de crescer, saber mais, ser melhor.

Não estaria completa esta nota introdutória sem transcrever uma frase da nota final da anterior monografia, escrita pelo Professor José Carlos Amado Martins, a quem se dedica esta obra "...para concretizar projetos ambiciosos, são necessárias pessoas. Pessoas que acreditam, que mobilizam sinergias, que criam redes e que trabalham em conjunto, transformando ideias em projetos e projetos em obras".

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Despacho n.º 19904/2009 do Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior. (2009). Diário da República: 2.ª Série, n.º 109. <https://dre.pt/application/conteudo/1965079>

Decreto-Lei n.º 74/2006 do Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior. (2006). Diário da República: I Série A, n.º 60. <https://dre.pt/application/conteudo/671387>

CINCO ANOS A PRODUZIR CONHECIMENTO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA: ANÁLISE DAS DISSERTAÇÕES DE MESTRADO ENTRE 2016-2021

CATARINA A. F. LOBÃO¹
MARIA ISABEL D. FERNANDES²
ADRIANA RAQUEL N. COELHO³

INTRODUÇÃO

O ciclo de estudos conducentes ao grau de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EMC), é ministrado na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESENFC) desde o ano letivo de 2009/2010. O Despacho n.º 3034/2018 de 23 de março, clarifica que este ciclo de estudos integra o curso de especialização em EMC e uma dissertação de natureza científica, ou trabalho de projeto, ou estágio com relatório. O plano de estudo do referido curso está organizado em 4 semestres, e no primeiro semestre contempla uma unidade curricular designada de Projeto de Investigação. Acredita-se que esta Unidade Curricular motiva e impulsiona os estudantes a selecionar para trabalho final de curso, a dissertação de natureza científica em detrimento do trabalho de projeto ou estágio com relatório.

A Enfermagem necessita produzir e renovar continuamente o seu próprio corpo de conhecimentos, o que apenas poderá ser assegurado pela Investigação (Benton et al., 2020).

Com mais enfermeiros na linha de frente dos cuidados de saúde do que qualquer outra profissão de saúde, a investigação realizada por estes é cada vez mais reconhecida como um pré-requisito para a excelência e segurança dos cuidados, bem como para a otimização de resultados de saúde.

1 PhD, Professora Adjunta na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra e Investigadora da UICISA:E. catarinalobao@esenfc.pt

2 PhD, Professora Coordenadora na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra e Investigadora na UICISA:E. isabelf@esenfc.pt

3 PhD, Professora Adjunta na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Investigadora na UICISA:E. adriananevescoelho@esenfc.pt

As últimas décadas foram marcadas por intensas transformações na área da saúde, determinadas designadamente pelo desenvolvimento tecnológico e incorporação de métodos cada vez mais avançados para prevenção, diagnóstico e tratamento de doenças. Tais mudanças e avanços modificam o processo de cuidar e a prática profissional do enfermeiro (Danski et al., 2017). Concomitantemente, ocorre um aumento na produção do conhecimento científico, e na sequência desta, surge a relevância da disseminação do conhecimento produzido, nomeadamente, como promotor da implementação de boas práticas.

Neste sentido, a Unidade Científico-Pedagógica (UCP) de EMC, consciente que a disseminação da evidência científica desenvolvida traduz-se em mudanças, reduzindo a lacuna pesquisa-prática (Curtis et al., 2017) e gera ganhos em saúde, não pode ficar alheia ao desenvolvimento de trabalhos científicos produzidos por um elevado número de enfermeiros e ao quanto eles têm contribuído para o aumento do conhecimento em Enfermagem. Assim, o presente documento centra-se na análise da investigação desenvolvida pelos enfermeiros que realizaram o Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica (CMEMC) na ESEnfC, criado pelo Despacho nº 19904/2009, de 1 de setembro.

METODOLOGIA

Estudo descritivo, analítico e retrospectivo, do tipo documental. Tem como objetivo caracterizar a investigação, produzida nos últimos 5 anos, no CMEMC da ESEnfC. Como potencial, será possível sistematizar não apenas o quê e o como foi realizado, mas também identificar constrangimentos e lacunas que se poderão transformar em pontos de desenvolvimento para a realização de mais e melhor investigação na área da EMC.

Os dados foram recolhidos com recurso à consulta das 100 dissertações de mestrado disponíveis no Repositório da ESEnfC, tendo por base uma tabela de extração de dados, desenvolvida pelas autoras e alinhada com a informação que se pretendia analisar.

A extração de dados foi realizada por duas etapas: 1) os professores orientadores de cada dissertação realizaram um primeiro preenchimento de uma tabela de extração de dados desenvolvida para o efeito; 2) duas investigadoras, de forma independente, completaram e validaram a informação, com recurso à consulta das 100 dissertações de mestrado. Desacordos entre as investigadoras foram resolvidos através de discussão, ou com uma terceira investigadora. Quando necessário, os professores orientadores foram contactados, com vista à clarificação da informação ou dos dados.

No processo de recolha e análise de dados, foram respeitados os princípios éticos associados à investigação. Tratando-se de um estudo de base documental, a confidencialidade foi garantida uma vez que não houve a recolha e tratamento de dados pessoais passíveis de identificar o estudante. Toda a informação é apresentada de forma anónima.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

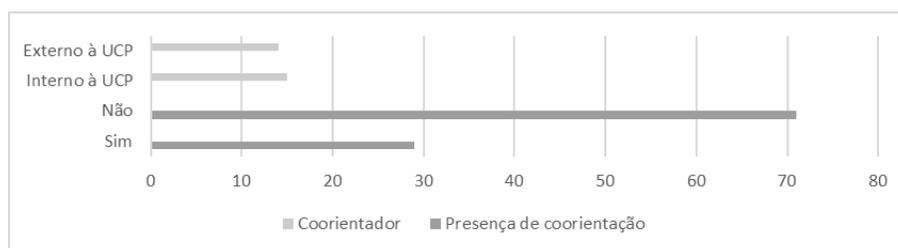
As dissertações que integram esta análise (n=100) remetem para treze dissertações do ano de 2016, dezoito de 2017, trinta e quatro de 2018, quinze de 2019, treze de 2020 e sete de 2021.

Grande parte das dissertações (n=71) foram desenvolvidas sob orientação de um professor orientador, interno à UCP de EMC, e apenas 29 com recurso a coorientador. Destas 51,7% (n=15) tiveram como coorientadores professores internos à UCP e 48,3% (n=14) professores externos, tal como se pode observar com o gráfico que se segue.

A elaboração das dissertações são, tal como preconizado, orientadas por doutores ou especialistas de reconhecida experiência e competência profissional. A prática de orientação conjunta ou coorientação tem vindo a acontecer de forma gradual situando-se neste período de tempo em 29%.

Gráfico 1

Coorientação das Dissertações de Mestrado



Através do gráfico 2 pode-se observar que as dissertações efetuadas ao longo destes últimos 5 anos remetem com maior frequência para estudos de nível I/II (n=48), com decréscimo gradual para os de nível III (n=30), IV (n=16) ou mesmo para estudos onde se pretende a construção ou validação de instrumentos (n=6). Não obstante à relevância amplamente descrita dos estudos de nível I/II/III, os dados aqui obtidos estimulam a reflexão no que concerne à importância de um maior investimento em estudos de nível IV como ponto de partida para o desenvolvimento e avaliação de intervenções complexas (Craig et al., 2013; Richards, 2020). Acredita-se que o período de tempo que o estudante de mestrado dispõe para a realização da sua dissertação influencia a decisão do nível de estudo.

Em 70 dissertações recorreu-se a uma abordagem quantitativa, em 27 dissertações a uma abordagem qualitativa e com menos frequência a uma combinação de ambas (n=3). Apesar de hoje se reconhecer a relevância da investigação qualitativa para o desenvolvimento da enfermagem, os dados apresentados revelam ainda uma forte tendência para a realização de estudos de cariz quantitativo. As orientações e recomendações do Medical Research Council para o desenvolvimento de intervenções (Craig et al., 2013) reforçam a utilidade dos estudos qualitativos nomeadamente, na compreensão de vivências e no desenvolvimento de teorias. Contudo, se estes estudos não caminharem para a ação, terão pouco valor para uma disciplina

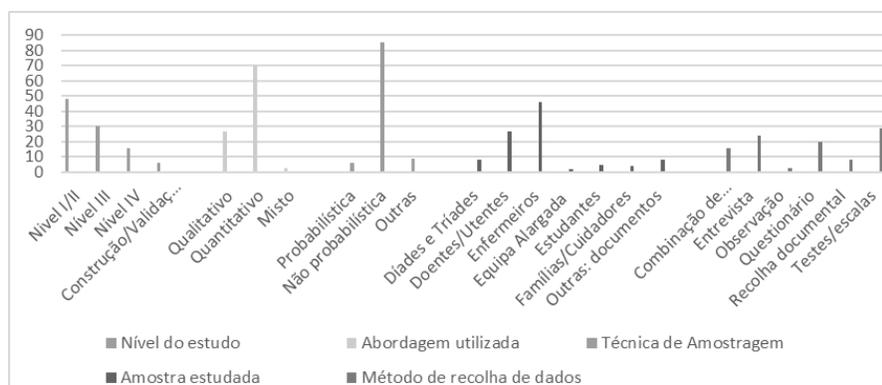
prática, como a enfermagem (Griffiths & Norman, 2013). Estes aspetos tornam a investigação qualitativa bastante desafiante, o que talvez justifique a maior opção por estudos quantitativos.

O recurso à amostragem não probabilística (n=85) parece ser a técnica mais acessível, pois a amostragem probabilística surge apenas em 6 dissertações. Os estudos documentais surgem aqui com 9 dissertações, o que nos impôs a criação de uma categoria designada de Outras.

A amostra populacional mais estudada são os Enfermeiros (n=46), seguindo-se os Doentes/utentes (n=27), com igual número de dissertações os estudos documentais e as díades e tríades (n=8), os estudantes (n=5), as famílias/cuidadores (n=4) e com apenas 2 dissertações a equipa alargada. De salientar que em relação à categoria que designámos de díades e tríades, os enfermeiros estiveram sempre presentes, com exceção para a díade Família e Doente que marcou a sua presença em 1 dissertação.

Como método de recolha de dados surgiu com maior frequência a utilização de instrumentos como testes/escalas (n=29) e realização de entrevistas (n=24). O questionário foi utilizado em 20 dissertações e a combinação de vários métodos em 16 dissertações. A recolha de dados através de documentos foi utilizada por 8 mestrandos e a observação por 3 (Gráfico 2).

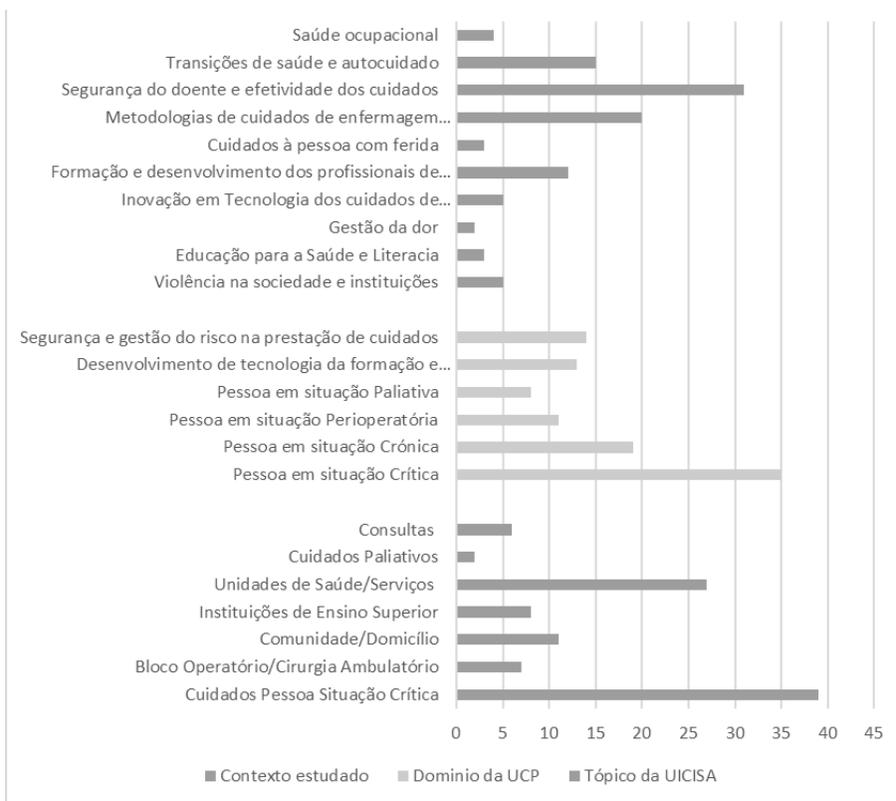
Gráfico 2
Caracterização dos Estudos/Dissertações



Os contextos estudados foram variados (Gráfico 3), contudo verificámos que os contextos coerentes com os cuidados à pessoa em situação crítica (cuidados extra-hospitalares, serviço de urgência e cuidados intensivos) lideram com 39 dissertações aqui realizadas, seguindo-se as Unidades de Saúde/Serviços de internamento (n=27), os cuidados na comunidade/domicílio (n=11), as instituições de ensino (n=8), o bloco operatório/cirurgia em ambulatório (n=7), as consultas (n=6) e as unidades de cuidados paliativos (n=2). O contexto mais estudado é o

relacionado com a prestação de cuidados à pessoa em situação crítica, situação coerente com o perfil de competências do enfermeiro especialista em EMC, em vigor até julho de 2018. O contexto menos estudado, remete-nos para os cuidados à pessoa em situação paliativa, talvez pela dificuldade na obtenção a amostra e pelos constrangimentos éticos com que os investigadores desta área se deparam (Preston et al., 2020).

Gráfico 3
Contexto, Domínios e Tópicos de Investigação



Atendendo aos domínios da UCP de EMC constatamos que a Pessoa em situação Crítica apresentou 35 dissertações, a Pessoa em situação Crónica 19 dissertações, o domínio da Segurança e gestão do risco na prestação de cuidados 14 dissertações, o Desenvolvimento de tecnologia da formação e cuidados somou 13 dissertações; a Pessoa em situação Perioperatória 11 dissertações, e por fim, a Pessoa em situação Paliativa com 8 dissertações (Gráfico 3).

Quando especificamos os tópicos de investigação prioritários da UICISA: E onde se inserem as

dissertações de mestrado (Gráfico 3) identificamos que o tópico “Envelhecimento Ativo” não está presente em nenhuma das dissertações, havendo posteriormente a seguinte distribuição: Gestão da dor (n=2), Cuidados à pessoa com ferida; e Educação para a Saúde e Literacia, com valor igual (n=3); Saúde ocupacional (n=4), Violência na sociedade e instituições; e Inovação em tecnologia dos cuidados de enfermagem (n=5), Formação e desenvolvimento dos profissionais de saúde (n=12), Transições de saúde e autocuidado (n=15), Metodologias de cuidados de enfermagem diferenciados (complexos) (n=20), e por último, a Segurança do doente e efetividade dos cuidados (n=31).

O aumento da esperança média de vida e o incremento das doenças crónicas e progressivas têm vindo a ter um impacto crescente na organização dos sistemas de saúde, tendo-se como imperativo ético a melhor qualidade de vida possível.

O envelhecimento ativo e saudável é definido como o processo de otimização das oportunidades para a saúde, participação e segurança, para a melhoria da qualidade de vida à medida que as pessoas envelhecem bem como o processo de desenvolvimento e manutenção da capacidade funcional (World Health Organization, 2015). Apesar de não haver nenhuma dissertação atribuída ao tópico de investigação prioritários da UICISA:E de “Envelhecimento Ativo”, os processos de capacitação, participação e segurança estão bem presentes.

CONCLUSÃO

O ano de 2018 foi o mais produtivo dos últimos cinco anos, no que refere à apresentação e discussão de dissertações de mestrado. Estas foram essencialmente constituídas por estudos de nível I/II, de abordagem quantitativa, de amostragem não probabilística, constituída essencialmente por enfermeiros, e com recurso a testes/escalas na recolha de dados. Os dados recolhidos referem-se apenas aos objetivos do estudo, o que nos permitiu a classificação dos estudos por níveis e não a discriminação do tipo de estudo efetuado.

Em relação ao contexto estudado há uma preferência pelos cuidados à pessoa em situação crítica, em detrimento dos cuidados à pessoa em situação paliativa. Acredita-se que este enfoque pode estar relacionado com as mudanças legislativas no que concerne ao perfil de competências do enfermeiro especialista em EMC e à organização dos serviços de cuidados continuados e paliativos.

A Coorientação das dissertações de mestrado ainda é uma prática pouco usual na UCP de EMC, contudo, acredita-se que pode ser um aspeto a melhorar de forma a promover o trabalho de equipe, a melhorar o acompanhamento do estudante e a aumentar a produtividades da UCP.

As dissertações de mestrado encontram-se todas enquadradas nos Tópicos de investigação prioritários da UICISA:E, sendo o tópico privilegiado o da Segurança e efetividade dos cuidados. Apesar de facilmente se enquadrarem as dissertações nos domínios da UCP de EMC e nos Tópicos de investigação prioritários da UICISA:E, nem sempre é feita esta referência no relatório de investigação, aspetos que merecem futuramente uma melhor clarificação.

Acreditamos que as limitações e constrangimentos aqui encontrados podem ser objeto de melhoria em futuras dissertações.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Benton, D. C., Watkins, M. J., Beasley, C. J., Ferguson, S. L., & Holloway, A. (2020). Evidence-based policy: Nursing now and the importance of research synthesis. *International Nursing Review*, 67(1), 52–60. <https://doi.org/10.1111/inr.12572>
- Craig, P., Dieppe, P., Macintyre, S., Michie, S., Nazareth, I., & Petticrew, M. (2013). Developing and evaluating complex interventions: The new Medical Research Council guidance. *International Journal of Nursing Studies*, 50(5), 587–592. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2012.09.010>
- Curtis, K., Fry, M., Shaban, R. Z., & Considine, J. (2017). Translating research findings to clinical nursing practice. *Journal of Clinical Nursing*, 26(5–6), 862–872. <https://doi.org/10.1111/jocn.13586>
- Danski, M., Oliveira, G., Pedrolo, E., Lind, J., & Johann, D. (2017). Importance of evidence-based practice in nurse's work processes. *Ciência, Cuidado e Saúde*, 16(2). <https://doi.org/10.4025/ciencucuidsaude.v16i2.36304>
- Griffiths, P., & Norman, I. (2013). Qualitative or quantitative? Developing and evaluating complex interventions: Time to end the paradigm war. *International Journal of Nursing Studies*, 50(5), 583–584. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2012.09.008>
- Preston, N., van Delden, J., Ingravallo, F., Hughes, S., Hasselaar, J., van der Heide, A., van den Block, L., Dunleavy, L., Groot, M., Csikos, A., & Payne, S. (2020). Ethical and research governance approval across Europe: Experiences from three European palliative care studies. *Palliative Medicine*, 34(6), 817–821. <https://doi.org/10.1177/0269216320908774>
- Richards, D. A. (2020). Observational research on fundamental nursing care: Enough already! *Journal of Clinical Nursing*, 29(11–12), 1765–1767. <https://doi.org/10.1111/jocn.15203>
- World Health Organization (2015). Draft 1: Global Strategy and Action Plan on Ageing and Health. <https://www.who.int/ageing/ageing-global-strategy-draft1-en.pdf>

RESUMOS ALARGADOS

RESUMOS ALARGADOS

PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

PERCEÇÃO DE ENFERMEIROS DE SERVIÇOS DE URGÊNCIA SOBRE VIOLÊNCIA CONTRA OS IDOSOS

ANDREIA VANESSA PESSOA DA FONSECA¹
RUI FILIPE LOPES GONÇALVES²

INTRODUÇÃO

Atualmente, a violência é vista como um fenómeno emergente no atual cenário de envelhecimento demográfico, pelo que é imprescindível proceder à sua compreensão nas diferentes dimensões, e, conseqüentemente, procurar o estabelecimento de ações sistémicas e resilientes.

Concretamente, Portugal verificou um aumento demográfico da população idosa e classifica-se como o 4.º país da União Europeia com mais idosos (Instituto Nacional de Estatística [INE], 2015).

O envelhecimento é um processo dinâmico, onde a pessoa sofre transformações a nível físico, psicológico e social, de uma forma natural e gradual. Durante este processo, a pessoa idosa está frequentemente exposta a práticas que atentam contra os seus direitos mais elementares, podendo levar à ocorrência de violência contra os idosos (Associação Portuguesa de Apoio à Vítima [APAV], 2010).

O conceito “violência”, sobreponível aos termos “abuso” e “maus-tratos”, quando direcionados à população idosa, é descrito como:

Qualquer ato isolado ou repetido, ou a ausência de ação apropriada, que ocorre em qualquer relacionamento em que haja uma expectativa de confiança, e que cause dano, ou incomodo a uma pessoa idosa. Estes atos podem ser de vários tipos: físico, psicológico/emocional, sexual, financeiro ou, simplesmente, refletir atos de negligência intencional, ou por omissão. (World Health Organization [WHO], 2002, p. 2)

1 MSc, Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE, avfonseca.90@gmail.com

2 PhD, Professor Adjunto na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, UICISA: E, rgoncalves@esenfc.pt

Apesar de ser um problema global, o processo que leva à sua identificação e denúncia caracteriza-se como complexo e intricado, dado que comporta uma realidade multicausal, envolvendo fatores sociais, culturais, familiares e individuais (APAV, 2010).

No projeto “Envelhecimento e Violência” de Gil et al. (2014), constatou-se que apenas 35% das vítimas com mais de 60 anos apresentou queixa da situação de violência vivenciada, sendo que apenas 4,5% das denúncias envolveram um profissional de saúde. Reconhece-se, assim, que a notificação de situação de violência pelos profissionais de saúde contribui para o dimensionamento epidemiológico do problema, permitindo o desenvolvimento de programas e ações específicas.

Em qualquer situação, o ser humano é o foco de atenção do enfermeiro, mas quando se trata de pessoas vitimadas, a escuta ativa e o clima de confiança são ainda mais primordiais para estabelecer relações interpessoais de qualidade, num contexto de relação de ajuda. Por outro lado, a perspicácia e coragem, dos enfermeiros, são fundamentais para que as situações de violência sejam notificadas (APAV, 2019). Decerto, reconhece-se que a averiguação desta temática seja realizada junto de enfermeiros que cuidem frequentemente de doentes idosos, tal como acontece nos serviços de Urgência

Assim, o objetivo deste estudo é conhecer a percepção de enfermeiros a exercer funções no serviço de Urgência sobre violência contra os idosos, definindo como objetivos específicos:

- Descrever a percepção dos enfermeiros a exercer funções no serviço de Urgência sobre a violência contra idosos;
- Identificar quais as situações de violência contra os idosos percebidas por enfermeiros a exercer funções no serviço de Urgência;
- Identificar formas de deteção de situações de violência contra os idosos;
- Identificar as intervenções desenvolvidas pelos enfermeiros em situações de violência contra os idosos;
- Identificar obstáculos percebidos pelos enfermeiros na presença de situações de violência contra os idosos;
- Identificar estratégias de melhoria propostas pelos enfermeiros na abordagem de situações de violência contra os idosos.

METODOLOGIA

De acordo com a problemática definida para este estudo, enunciamos como questão de investigação: Qual a percepção de enfermeiros a exercer funções no serviço de Urgência sobre violência contra os idosos?

O tema de investigação orientou-nos para um estudo descritivo de abordagem qualitativa. A sua concretização baseou-se na realização de 18 entrevistas audiogravadas a enfermeiros de cuidados gerais e enfermeiros especialistas, a exercer funções em Serviços de Urgência de Hospitais da Região Centro de Portugal, selecionados de acordo com o método de amostragem do tipo não probabilístico em bola de neve (Poupart et al., 2012). Após transcrição de cada

entrevista, o tratamento e análise dos dados obtidos foi suportado pelo software WebQDA® (*Web Qualitative Data Analysis*).

O projeto obteve um parecer positivo da Comissão de Ética da Unidade Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA:E), da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESENFC). A realização das entrevistas decorreu entre março e junho de 2019 e tiveram uma duração média de 40 minutos. A participação no estudo pressupõe o consentimento livre e esclarecido dos sujeitos, garantindo a confidencialidade das fontes através da codificação dos instrumentos de recolha de dados.

RESULTADOS

Das entrevistas que descrevem a perceção dos enfermeiros que desenvolvem a sua intervenção com a pessoa idosa vítima de violência, no serviço de Urgência, foram extraídas e codificadas as declarações significativas que refletem a experiência dos profissionais de enfermagem. Assim, da área temática “Violência contra os idosos”, emergiram sete categorias: conceito de violência contra idosos; visibilidade da temática em geral; visibilidade da temática nos serviços de Urgência; tipos e formas de deteção de situações de violência; intervenções desenvolvidas pelos enfermeiros; obstáculos na identificação da violência; e estratégias de melhoria; que puderam ser complementadas por subcategorias que emergiram das referências dos participantes e que apresentamos de seguida.

Sobre o “Conceito de violência contra idosos” os participantes referem que violência contra idosos “Não é apenas violência física”, está associado a “Negligência”, a “Abandono dos idosos”, a “Abuso financeiro”, a “Maus-tratos físicos” e “Maus-tratos psicológicos”, é “Praticada por familiar próximo”, “Praticada em instituições de acolhimento (Centros de dia, lares, instituições para idosos)” e inclui o “Abuso sexual”.

Relativamente à “Visibilidade da temática em geral”, os participantes identificaram como sendo um “Tema problemático”, um “Tema abordado socialmente”, um “Tema menosprezado”, uma “Temática em desenvolvimento”, considerando ser um “Crime público / dever de denunciar”, onde existe “Falta de tempo e/ou de condições socioeconómicas para cuidar do idoso” e, ainda, “Situações duvidosas”.

Quanto à “Visibilidade da temática nos serviços de Urgência”, os participantes identificaram uma “Maior frequência em alturas festivas (como Natal, Ano-Novo, Férias de verão)” de situações de violência contra os idosos, mas também pode existir uma “Ocorrência transversal ao longo do ano”, e que “Os idosos não fazem queixa”. Descreveram, também, “Sentimentos dos profissionais”, referiram que “Intervimos, mas perdemos o desenvolvimento” e que a sua intervenção nestes contextos pode “Ir além da esfera da prestação de cuidados de enfermagem”.

Na identificação dos “Tipos e formas de deteção de situações de violência”, houve participantes a referir que “Ainda não vivenciei situações de violência no serviço de Urgência (violência clara e confirmada - não inclui situações de suspeita)”. Contudo, os tipos e formas de deteção identificados estão relacionados com situações de violência “Física”, “Psicológica”, “Financeira”, “Sexual”, “Negligência”, e quando não conseguem enquadrar num tipo de violência específico,

atentam ao “Comportamento da vítima” e ao “Comportamento do familiar ou prestador de cuidados”.

As “Intervenções desenvolvidas pelos enfermeiros”, quando perante uma situação de suspeita de violência contra os idosos, baseiam-se em “Não há denúncia/não há intervenção”, em “Informar e/ou confrontar a pessoa idosa”, em “Informar e/ou confrontar o cuidador/pessoa de referência da vítima”, no “Envolvimento da equipa multidisciplinar”, na “Sinalização para assistente social (pelo próprio)”, no “Uso de protocolos do serviço e/ou de outros apoios específicos”, e na “Denúncia às autoridades (pelo próprio)”.

Relativamente aos “Obstáculos na identificação da violência”, os participantes identificaram-nos quanto à sua origem, podendo ser “Pessoais”, estar presentes “No serviço”, reconhecidos “Por parte da vítima” e “Por parte da sociedade”.

Quanto às “Estratégias de melhoria”, estas também foram identificadas quanto à sua origem, podendo ser de carácter “Pessoais”, ser implementadas “No serviço”, a nível “Interinstitucional”, a nível de “Outros meios da Saúde” e “Na sociedade”.

DISCUSSÃO

Os participantes do estudo interpretam a violência contra os idosos como sendo mais que a violência física, considerando haver mais casos de negligência, como o abandono de idosos. Estes acontecem, sobretudo em épocas festivas, como Natal, Ano-Novo e férias de verão. Apesar de ser um tema problemático, os enfermeiros, assim como a APAV (2019), consideram-no menosprezado e, como tal, carece de maior visibilidade.

Esta problemática, segundo os enfermeiros, poderá acontecer por um familiar ou em instituições para idosos, e que se poderá justificar pela falta de tempo ou de condições socioeconómicas para cuidar do idoso. No entanto, não deixa de ser um crime público e que deve ser denunciado.

Nos serviços de Urgência, os enfermeiros referem deparar-se com situações de violência de ordem física, psicológica, financeira, sexual e por negligência, colidindo com as modalidades definidas pela WHO (2002) quanto aos tipos de violência contra idosos. Reconhecem, ainda, que nem sempre se consegue identificar a violência quanto ao tipo, mas há comportamentos da vítima e/ou do alegado agressor que podem levar à suspeita de indícios de violência para com aquele idoso. Os sinais indicadores da existência de situações de violência identificados pelos enfermeiros assumem descrições de horrores e que atentam contra a dignidade humana.

Para intervir, os enfermeiros optam por envolver a equipa multiprofissional nos contextos suspeitos, podendo sinalizar para a assistente social ou denunciar o caso às autoridades. Para além disso, procuram confrontar o idoso e/ou o cuidador responsável com a situação suspeita, de modo a esclarecer possíveis equívocos. Um outro método de intervenção, passa pela utilização de protocolos que facilitam e orientam a sua intervenção perante uma situação de suspeita de violência contra a pessoa idosa.

Contudo, existem obstáculos que limitam a sua atuação. Os enfermeiros identificaram limitações pessoais, tais como a falta de formação, a pressão e/ou a falta de tempo e o medo de envolvimento em questões legais, de represálias ou de outras consequências, quer para

si, como para a vítima e pessoas envolvidas. Além disso, no serviço consideraram como obstáculos a inexistência de protocolos, a ausência de recursos e a falta de sensibilização da equipa multiprofissional.

Os enfermeiros também reconheceram que os idosos não fazem queixa, constituindo-se como uma limitação para a sua atuação. Factos estes que, segundo os participantes, podem ocorrer porque os idosos podem ter vergonha, medo, serem dependentes do agressor, acharem a violência uma normalidade, ou ainda não se conseguirem exprimir, tornando-se, também, em limitações para a denúncia.

Na sociedade, os enfermeiros também apontaram alguns obstáculos, tais como a falta de sensibilização da população, as falhas na atuação e intervenção das entidades governamentais, a passividade relativamente à denúncia, a existência de crenças ou mitos e o medo de represálias.

De modo a colmatar estas limitações, os enfermeiros apontaram algumas estratégias passíveis de implementar e que poderiam resolver as necessidades levantadas. Começando pela formação pessoal e da equipa multiprofissional, e, ainda, a formação e sensibilização de outros profissionais de saúde e cuidadores de idosos, bem como da população em geral e, em particular, dos idosos. Também a WHO (2002) e Gil et al. (2014) afirmam ser crucial alertar a população para a existência de situações de violência contra os idosos e informar dos meios disponíveis para ajudar as vítimas. Os enfermeiros identificam, ainda, a possibilidade de implementação de formação deste âmbito nos cursos de Licenciatura em Enfermagem.

Outra estratégia referida consiste na existência de equipas de atuação específica nos serviços de Urgência e na comunidade, de modo a encaminhar situações de suspeita e que pudessem ser abordadas por profissionais especializados. Decerto que estas equipas já existem, mas face ao levantamento desta necessidade pelos enfermeiros, considera-se necessário divulgar e despertar consciências para a sua existência e para o seu desenvolvimento nos serviços de saúde onde ainda não existam.

Outras medidas sugeridas pelos enfermeiros passam pelo desenvolvimento de protocolos, a articulação com os Cuidados de Saúde Primários e a existência de um gabinete de apoio aos profissionais para o esclarecimento de dúvidas acerca da intervenção em situações de violência contra os idosos.

Outras estratégias do domínio político, prendem-se com a existência de mais estruturas de apoio e acolhimento das vítimas, bem como uma melhor e eficaz atuação jurídica.

A problemática da violência contra os idosos requer uma intervenção multifatorial, interdisciplinar e detentora de um vasto conhecimento para atuar de forma assertiva e adequada em cada caso de vitimização.

CONCLUSÃO

Os enfermeiros consideram a violência contra os idosos uma problemática em crescimento e que a sua intervenção tem limitações, sobretudo dificuldades em abordar a problemática com as vítimas e em garantir uma intervenção eficaz e concisa. Reconhecem a necessidade de um

trabalho permanente na consciencialização das práticas de enfermagem no cuidado às vítimas de violência, onde se possa assumir uma posição de envolvimento, de crítica e de reflexão sobre essas práticas e sobre os processos educativos. Remetem ainda, para a importância da comunicação em saúde como ferramenta favorecedora de relações organizacionais, interprofissionais e profissional/utente.

Este estudo poderá sugerir a continuidade de investigação nesta temática, uma vez que os resultados evidenciados integram uma base de reflexão para uma maior sensibilização para a violência contra os idosos nos processos formativos em saúde e alicerçar a importância de os integrar nas práticas clínicas dos profissionais.

Os resultados evidenciam a importância do reconhecimento da problemática, da sua consciencialização coletiva e da necessidade de implementação de estratégias que potenciem a qualidade dos cuidados de enfermagem em situações de violência contra idosos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Associação Portuguesa de Apoio à Vítima. (2010). *Manual titono - apoio a pessoas idosas vítimas de crime e de violência*. <https://apav.pt/pessoasidosas/index.php/manual-titono>

Associação Portuguesa de Apoio à Vítima. (2019). *Manual EMAV: Atendimento e encaminhamento de vítimas de violência doméstica e de género: procedimentos & roteiro de recursos*. https://apav.pt/publiproj/images/yootheme/PDF/Manual_EMAV.pdf

Gil, A., Santos, A. J., Kislaya, I., & Nicolau, R. (2014). *Envelhecimento e violência*. Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge.

Instituto Nacional de Estatística. (2015). Envelhecimento da população residente em Portugal e na União Europeia. Destaque: Informação à comunicação social. https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=224679354&DESTAQUESmodo=2&xlang=pt

Poupart, J., Deslauriers, J.-P., Groulx, L.-H., Laperrière, A., Mayer, R., & Pires, A.-P. (2012). *A pesquisa qualitativa: Enfoques epistemológicos e metodológicos* (3ª ed.). Vozes.

World Health Organization. (2002). World Report on violence and health. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42495/1/9241545615_eng.pdf

EXPERIÊNCIA VIVIDA PELOS ENFERMEIROS LÍDERES DE EQUIPAS DE EMERGÊNCIA EXTRA-HOSPITALAR PERANTE A PESSOA COM TRAUMA GRAVE

MARGARIDA GONÇALVES GUERRA¹
VERÓNICA RITA DIAS COUTINHO²

INTRODUÇÃO

O trauma físico grave constitui uma situação complexa de elevada criticidade que ameaça a vida da pessoa, exigindo por isso cuidados altamente qualificados para assegurar a sobrevivência, prevenir complicações, limitar incapacidades e alcançar a total recuperação (Regulamento n.º 429/2018). Reconhecido como “determinante para assegurar o suporte efetivo e integral à pessoa...”, o exercício da atividade profissional dos enfermeiros no âmbito da emergência extra-hospitalar (EEH) em Portugal implica uma atuação rápida, assertiva e eficaz, capaz de dar resposta à necessidade urgente e/ou emergente das pessoas, incluindo nas situações em que apresentam lesões físicas graves (Regulamento n.º 226/2018, p. 10759).

As ambulâncias de Suporte Imediato de Vida (SIV), tripuladas por um enfermeiro e um técnico de emergência pré-Hospitalar, vieram incrementar responsabilidade aos enfermeiros que exercem a sua atividade naqueles meios, dado que, na ausência física de médico no local, são eles que assumem a liderança da equipa de EEH. No entanto, o modo como estes profissionais lidam com tal acréscimo de responsabilidade é parcamente conhecido, o que justifica o estudo das suas vivências, nomeadamente perante situações de prestação de cuidados a pessoas com trauma físico grave.

Assim, pretendemos com este estudo: descrever a vivência de experiências perante a pessoa com trauma grave pelos enfermeiros líderes de equipas de EEH, identificar os aspetos que influenciam a sua vivência e identificar os significados que atribuem às suas experiências.

1 MSc, Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica no Instituto Nacional de Emergência Médica. margarida_guerra@yahoo.com.br

2 PhD, Professora Adjunta da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, UICISA:E. vcoutinho@esenfc.pt

METODOLOGIA

Partimos das questões de investigação: como é que os enfermeiros líderes de equipas de EEH vivenciam as suas experiências perante pessoas com trauma físico grave? Que aspetos influenciam aquelas vivências? Que significados os enfermeiros atribuem às suas experiências? Estas orientam a pesquisa para uma metodologia fenomenológica, para a qual optamos pelo método descritivo proposto por Giorgi (1985).

A população em estudo foi constituída por enfermeiros que exercem atividade profissional em meios de ambulância de SIV com experiências na liderança de equipas de EEH perante pessoas com trauma grave. Recorreu-se a uma amostragem intencional por “bola de neve”. Para isso, convidámos via email, os enfermeiros responsáveis de meio de ambulância de SIV dos distritos de Lisboa, Santarém, Portalegre e Évora a participarem no estudo através do preenchimento de um questionário que foi enviado via email. Por sua vez, estes encaminharam o *link* com acesso ao instrumento a todos os enfermeiros da equipa, apelando à participação de todos. Neste contacto, explicámos as opções metodológicas, facultámos o *link* de acesso ao instrumento de colheita de dados disponível em *WebDoc*, e explicámos como aceder ao documento, responder ao mesmo e, no final, clicar em “enviar” o que seria entendido pelas pesquisadoras como manifestação suficiente de consentimento.

Construímos o questionário com base nas questões que Giorgi (1985) propõe para o guião da entrevista, sendo constituído por duas partes: uma relativa aos dados sociodemográficos e profissionais do participante, e outra com quatro questões de resposta aberta acerca do fenómeno em estudo. Para efeitos de avaliação do seu conteúdo, semântica e perceção do leitor, foi submetido a pré-teste por enfermeiros peritos em EEH, tendo as suas sugestões sido consideradas e incluídas no instrumento final.

Do ponto de vista formal e ético, obtivemos parecer favorável por parte da Comissão de Ética da UICISA: E da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra e respeitámos os direitos à autodeterminação, ao anonimato, à intimidade, à não maleficência e à confidencialidade dos participantes ao longo de todas as etapas do processo de investigação.

Quanto ao rigor científico, adequámos a problemática em estudo com a metodologia a adotar e listámos as nossas próprias crenças e juízos acerca do fenómeno por forma a alcançarmos a redução fenomenológica que o método implica. Para além disso, prolongámos o período de colheita de dados para obtermos a saturação dos dados, analisámos os dados, tanto em conjunto como separadamente, para obtermos a triangulação dos dados, obtivemos uma amostra intencional de participantes que realmente vivem o fenómeno, recorremos fielmente às descrições obtidas e esquematizámos a estrutura das essências do fenómeno, possibilitamos a consulta da documentação e das opções metodológicas a outros investigadores, e descrevemos clara e detalhadamente as etapas metodológicas assim como as fontes de descrições dos participantes (Lincoln & Guba, 1985, como referido por Loureiro, 2006).

RESULTADOS

A amostra de participantes foi constituída por 11 Enfermeiros, sete do sexo feminino e quatro do masculino, com uma idade média de 35 anos. Nove enfermeiros são licenciados, dois são

mestres, um especialista em enfermagem médico-cirúrgica e outro em enfermagem de saúde comunitária. Seis dos onze participantes apresentam formação em trauma superior a 48 horas e um apresenta formação em liderança.

Seguindo as orientações de Giorgi para a análise dos dados, realizámos uma leitura das descrições para obtermos o sentido do todo. Numa leitura mais atenta, identificámos e codificámos as unidades de significado e identificámos dois principais focos de atenção/preocupação por parte dos enfermeiros: a sua capacidade para a tomada de decisão e a sua liderança. Na terceira etapa, agrupámos as unidades de significado nos temas centrais que designámos de classes, consoante a sua relação com o próprio participante: inerentes ao enfermeiro, inerentes à pessoa e inerentes ao contexto. Para melhor organização concetual, separámos estas classes em dois grupos de fatores: à que os enfermeiros descrevem como relativa a si designámos de internos, e às que os enfermeiros descrevem como associados a condicionantes externas a si identificámos como externos. Uma leitura mais detalhada das experiências dos participantes permitiu-nos identificar subdivisões nos grupos de classes anteriormente descritas, as quais designámos de dimensões. A partir desta classificação, esquematizámos os conceitos que identificámos, tal como Giorgi (1985) sugere para a quarta etapa de análise dos dados.

À classe dos fatores que identificámos como inerentes ao enfermeiro, atribuímos três dimensões: a cognitiva, a emocional e a psicossocial. Percebemos que a experiência profissional, a autorreflexão, o conhecimento e treino dos enfermeiros, e a identificação precoce da gravidade da situação podem ser agrupados na dimensão cognitiva; a gestão da ansiedade, o sentimento de impotência, e o sentimento de segurança descritos pelos enfermeiros são agrupáveis na dimensão emocional; a motivação e gosto pela temática do trauma, e a confiança na equipa são agrupáveis na dimensão psicossocial.

Quanto à classe dos fatores inerentes à pessoa com trauma grave e à dos fatores associados ao contexto em que a situação acontece, que identificámos como externos ao enfermeiro, foram, por sua vez, agrupados em duas e quatro dimensões, respetivamente. Assim, relativamente aos fatores associados à pessoa, atribuímos a sua idade a uma dimensão individual, ao passo que a existência de politraumatismo/ trauma major, o estado de consciência e a estabilidade hemodinâmica/criticidade da situação foram agrupados numa dimensão clínica.

No que se refere aos fatores associados ao contexto, agrupámos a presença de circundantes/ terceiros, o conhecimento da área geográfica e das unidades hospitalares (UH) e o conhecimento antecipado da situação como circunstâncias; o acesso físico à vítima, a duração do desencarceramento e a possibilidade de atuação de acordo com o problema detetado foram agrupados como localização/acesso. As condições climatéricas, de segurança e a rede de comunicações foram agrupadas na dimensão designada como condições climatéricas e de segurança; e, a condição física, o apoio médico, o apoio não médico e a receção na UH foram identificados como recursos humanos, como representado num diagrama na figura 1.

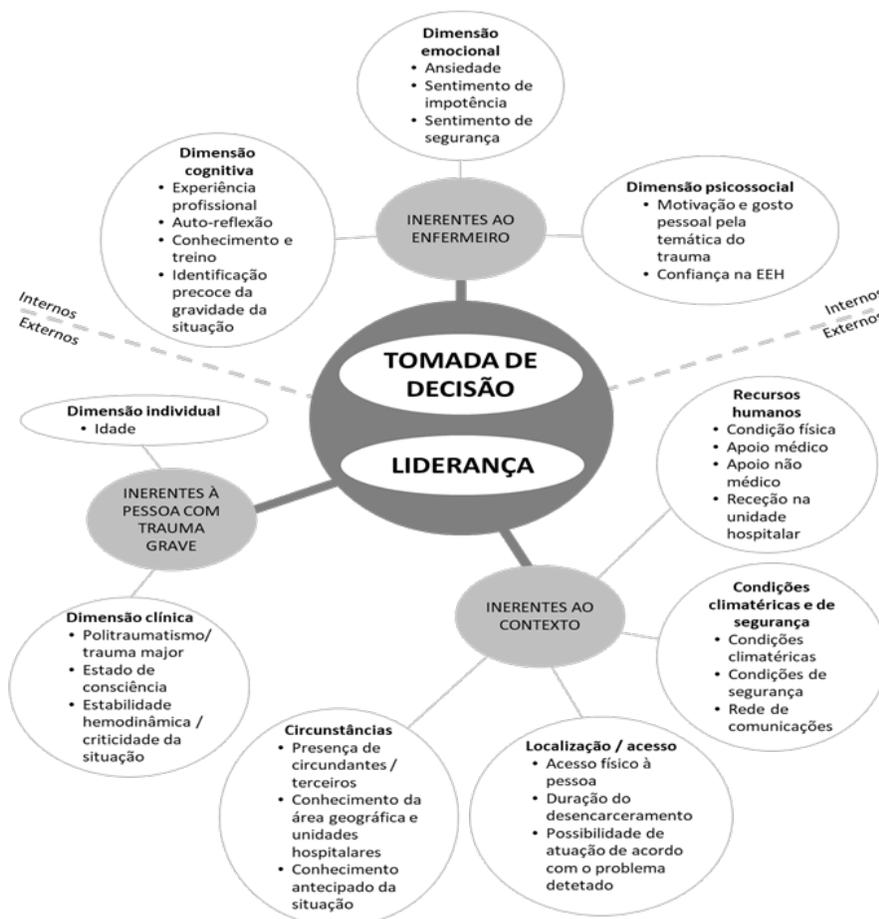
Com base na estrutura de conceitos e na análise da frequência com que as unidades de significado surgem nas descrições dos participantes, percebemos que, os fatores que designámos de internos são os que se apresentam como mais relevantes e que influenciam de forma mais positiva a vivência dos enfermeiros, nomeadamente, o seu conhecimento técnico-

científico, experiência profissional e sentimento de segurança para a tomada de decisão, assim como a sua capacidade de identificação precoce da gravidade da situação e a confiança que deposita no sucesso e eficácia da equipa.

Por seu lado, a ansiedade do enfermeiro, a idade pediátrica/jovem da pessoa vítima de trauma, a existência de politraumatismo/trauma major, alteração do estado de consciência e/ou instabilidade hemodinâmica da vítima, duração do desencarceramento aumentada, sentimento de impotência do enfermeiro e acesso físico limitado estão entre os fatores que os participantes descrevem como os que influenciam negativamente as suas vivências.

Figura 1

Estrutura Central de Conceitos da Experiência Vivida Pelos Enfermeiros Líderes de Equipas de EEH



DISCUSSÃO

Considerando as fontes bibliográficas a que temos acesso, constatamos que a divulgação de estudos em que se investiga a experiência vivida pelos enfermeiros líderes de equipas de EEH perante a pessoa com trauma grave é escassa. Abellson e Lindwall (2012) estudaram as percepções dos enfermeiros especialistas em extra-hospitalar na gestão de situações com pessoas com trauma grave na Suécia e concluíram que aspetos como a experiência ou inexperiência do enfermeiro, o seu conhecimento científico, formação profissional e a sua integração na prática, a sua capacidade de avaliar a situação antecipadamente e a sua responsabilidade para a liderança influenciam o modo como os enfermeiros gerem os cenários com pessoas com trauma grave. Apesar de o fenómeno em análise não ser o mesmo, estes são aspetos comuns a ambos os estudos. Porém, no artigo sueco, não há referência aos aspetos que identificamos como externos, tais como as condicionantes associadas à própria pessoa vítima de trauma, onde se incluem a sua idade e condição clínica, a acessibilidade, as condições de segurança para a equipa de EEH ou as condições climatéricas.

Por seu lado, Kreinest et al. (2017) estudaram a influência de programas educativos/formativos na abordagem à pessoa com trauma grave e concluíram que estes contribuem para um maior sentimento de confiança na atuação dos profissionais naquele contexto. Com efeito, este resultado transparece igualmente no presente estudo, sendo aliás, uma das sugestões que os próprios participantes apresentam para colmatar a inexperiência que a “baixa casuística” de situações com pessoas com trauma grave ocasiona.

Falk et al. (2014) perceberam que a existência de condicionalismos à avaliação inicial e a indisponibilidade de outros meios de emergência médica no local contribuem para uma maior dificuldade de avaliação e de atuação por parte dos profissionais que gerem situações com pessoas com trauma grave em EEH. Estas conclusões estão em linha com os resultados obtidos com o presente estudo.

No que diz respeito à preparação da equipa de intra-hospitalar (IH) para receber a equipa de EEH, no presente estudo, os participantes descrevem que a sua participação ativa na decisão do tipo de transporte e da unidade hospitalar de destino, facilita a notificação prévia da equipa de IH, o que contribui para que esta se prepare atempadamente. Para além destas conclusões, Fedor et al. (2018) sugerem que a existência de protocolos e procedimentos operacionais conjuntos entre equipas de EEH e de IH contribui para a concretização de um sistema de notificação da equipa de IH eficaz e consequentemente para a preparação atempada e adequada da equipa de IH.

CONCLUSÃO

Identificamos que a segurança na tomada de decisão e a capacidade de liderança da equipa são descritas pelos enfermeiros líderes de equipas de EEH como os seus principais focos de preocupação quando vivenciam experiências com pessoas com trauma grave. Estas vivências são influenciadas por fatores internos e externos do profissional, sendo que os internos aos enfermeiros contribuem para vivências mais seguras e confiantes, enquanto que condicionalismos externos ocasionam maior insegurança na tomada de decisão e na capacidade de liderança da equipa. O treino simulado sistemático em contexto de trauma em EEH é sugerido como estratégia para colmatar a inexperiência e aprimorar competências dos enfermeiros que a “baixa casuística” de situações com pessoas com trauma grave pode implicar.

Reconhecemos que o recurso a questionário de resposta escrita e a delimitação da amostra de participantes a uma determinada área geográfica, constituíram limitações deste estudo, sendo que para estudos futuros sugerimos o recurso a entrevista como metodologia para colheita de dados e uma maior abrangência geográfica da amostra para obtenção de uma maior riqueza de descrições. Para além disso, tal como apresentado pelos participantes, sugerimos igualmente a promoção de programas educativos/de aprendizagem baseados no treino simulado.

A integração dos conhecimentos na prática, a experiência, o treino e a autorreflexão promovem o juízo clínico dos profissionais de saúde, antecipando a realização de intervenções cruciais e essenciais para a manutenção da vida e para a diminuição de complicações nas pessoas vítimas de trauma grave, contribuindo para a obtenção de ganhos em saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abelsson, A. & Lindwall, L. (2012). The prehospital assessment of severe trauma patients' performed by the specialist ambulance nurse in Sweden. *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine*, 20(67), 1-8.
- Falk, A.-C., Alm, A., & Lindström, V. (2014). Has increased nursing competence in the ambulance services impacted on pre-hospital assessment and interventions in severe traumatic brain-injured patients?. *Scandinavian Journal Of Trauma, Resuscitation And Emergency Medicine*, 22(20). doi:10.1186/1757-7241-22-20
- Fedor, P. J., Burns, B., Lauria, M. & Richmond, C. (2018). Major trauma outside a trauma center: Prehospital, emergency department and retrieval considerations. *Emergency Medecine Clinics of North America*, 36(1), 203-2018. doi: 10.1016/j.emc.2017.08.010
- Giorgi, Amedeo. Sketch of a psychological phenomenological method. In: GIORGI, Amedeo (Org.). *Phenomenological and psychological research*. p. 8-22. Pittsburgh: Duquesne University Press. 1985.
- Kreineist, M., Goller, S., Gliwitsky, B., Grützner, P. A., Küffer, M., Häske, D., Papathanassiou, V., & Münzberg, M. (2017). Expertise of German paramedics concerning the prehospital treatment of patients with spinal trauma. *European Journal of Trauma and Emergency Surgery*, 43(3), 371-376. doi 10.1007/s00068-016-0682-5. Recuperado de <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=5&sid=72a02db4-b5b5-4fc4-ad60-d828722012c0%40sdc-v-sessmgr03>
- Loureiro, L. (2006). Adequação e rigor na investigação fenomenológica em enfermagem: Crítica, estratégias e possibilidades. *Revista Referência*, 2(2), 22-32. Recuperado de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=388242124001>
- Regulamento n.º 226/2018 de 16 de abril. *Diário da República n.º 74/2018 – II Série*. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa, Portugal.
- Regulamento n.º 429/2018 de 16 de julho. *Diário da República n.º 135/2018 – II Série*. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa, Portugal.

ASSISTÊNCIA À PESSOA COM SÍNDROME CORONÁRIA AGUDO NO PRÉ-HOSPITALAR

PEDRO ALEXANDRE DOS SANTOS RIBEIRO¹

PAULO ALEXANDRE CARVALHO FERREIRA²

INTRODUÇÃO

A doença cardíaca isquêmica (DCI) é uma das principais causas de morbimortalidade no mundo. Muitas dessas mortes devem-se à Síndrome Coronária Aguda (SCA), evento crítico que exige um reconhecimento imediato dos sintomas bem como um comportamento de procura de cuidados, com subsequente intervenção imediata no pré-hospitalar.

O diagnóstico de SCA continua a ser um desafio importante para os profissionais de saúde no pré-hospitalar, sendo que a correta abordagem pré-hospitalar é fulcral no reconhecimento precoce da patologia, estabilização e início de tratamento, visando a redução do dano miocárdico associado e, conseqüentemente, numa redução da morbimortalidade (Nichols et al., 2014).

A otimização do tratamento tem sido acompanhada por uma melhoria sustentada da mortalidade intra-hospitalar que, na população global, correspondia em 2002 a 6,7% e em 2018 a 2,5%. Assim, a rápida intervenção médica é essencial – a estabilização hemodinâmica, o controlo de disritmias potencialmente fatais, a instituição de tratamento antiagregante/ antitrombótico e a facilitação da terapêutica de reperfusão são algumas das medidas que permitem melhorar o *outcome* nas pessoas com SCA (Moser et al., 2016).

Tendo em consideração que a abordagem inicial destes doentes é realizada no pré-hospitalar, este trabalho pretende analisar o tempo que decorre desde o primeiro pedido de socorro da pessoa com dor torácica até à chegada ao serviço de urgência, bem como as características sociodemográficas, fatores de risco cardiovasculares, sintomas e sinais presentes, tipologia de atuação, diagnóstico e tratamento efetuado pela equipa pré-hospitalar (EPH).

1 MSc, Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica no Hospital Distrital da Figueira da Foz, enfpedroaribeiro@gmail.com

2 PhD, Professor Adjunto na Escola Superior de Enfermagem Médico-Cirúrgica, UICISA:E, palex@esenfc.pt

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo quantitativo, retrospectivo, descritivo e correlacional que pretende responder à seguinte questão de investigação: Qual o tempo que decorre desde o primeiro pedido de socorro da pessoa com dor torácica até à chegada ao serviço de urgência?

Como hipóteses de investigação foram definidas as seguintes:

H1: Há relação entre as características sociodemográficas da pessoa com diagnóstico de SCA e os tempos de atividade da viatura médica de emergência e reanimação (VMER) até à chegada ao serviço de urgência;

H2: Há relação entre o tipo de SCA diagnosticada (SCA com supra ST [SCAcSST] / SCA sem supra ST [SCAssST]) e o tempo que decorre desde a ativação da VMER até à chegada da pessoa ao serviço de urgência;

H3: Há relação entre o número de fatores de risco que a pessoa apresenta e o tipo de SCA diagnosticada (SCAcSST/SCAssST).

Foram avaliadas todas as ativações consecutivas com tipologia de dor torácica em adultos que recorrem à VMER do hospital distrital (HD) entre novembro de 2017 a dezembro de 2018. A amostra é constituída por 190 ativações da VMER do HD.

A caracterização da amostra foi feita através dos dados recolhidos dos ficheiros na base de dados da VMER do HD, das fichas do Centro de Orientação de Doentes Urgentes (CODU) do Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM) e a consulta dos processos clínicos dos doentes com SCA em estudo. Todo o tratamento estatístico foi processado através do programa IBM-SPSS 23.0 (*Statistical Package for the Social Sciences*) versão para Windows®.

Foi pedido à comissão de ética do HD e INEM, a autorização para consultar a base de dados da VMER e à comissão de ética dos hospitais HD, hospital central 1 (HC1) e hospital central 2 (HC2) para consultar os processos clínicos dos doentes.

RESULTADOS

Na amostra em estudo as idades variaram entre um mínimo de 21 anos e um máximo de 95 anos com média de idades de 67,42 anos ($\pm 14,70$ anos), sendo a média de idade para o sexo masculino de 65,23 anos e de 69,99 anos para o sexo feminino. Houve predomínio de doentes do sexo masculino com 54,2% (n=103). Das 190 ativações da VMER, 26 (19 para homens e 7 para mulheres), tiveram como diagnóstico final SCA pela EPH dos quais 61,5% eram SCAssST e 38,5% eram SCAcSST.

Relacionando o tipo de SCA com a idade, constatou-se que a média de idade nos homens foi de 59,88 anos nos casos de SCAcSST e de 72,73 anos nos casos de SCAssST. Já nas mulheres a média de idade nos casos de SCAcSST foi de 61,50 anos e de 72,20 anos nos casos de SCAssST. Na globalidade, 46,2% tinham hipertensão arterial, 42,3% dislipidemia, 19,2% alcoolismo e 7,7% obesidade.

Em relação aos tempos, nos doentes com diagnóstico de SCA (com ou sem supra desnivelamento

ST) o tempo entre ativação e chegada ao local da VMER foi em média de 9 minutos $\pm 0,04$; no que se refere ao tempo decorrido desde a chegada da VMER ao início do tratamento registou-se uma média de 4 minutos; no tempo decorrido desde o início do tratamento até à chegada ao serviço de urgência a média foi de 46 minutos $\pm 0,10$; o tempo decorrido desde a chegada da VMER ao local até ao serviço de urgência (SU) apresentou uma média de 48 minutos $\pm 0,10$. Por fim, no que concerne ao tempo desde a ativação até à chegada ao SU registou-se uma média de 1 hora e 8 minutos $\pm 0,21$.

Quando se compara os dados relativos aos tempos assistenciais entre as pessoas com diagnóstico de SCACsST com as pessoas com diagnóstico de SCAsST, verifica-se que o tempo decorrido desde a ativação até à chegada da VMER é ligeiramente superior no primeiro grupo (média de 10 minutos *versus* 9 minutos), e com alguma diferença no tempo que decorre desde a ativação até à chegada ao SU (média de 1 hora e 11 minutos *versus* 1 hora e 6 minutos), sendo os tempos de atuação da VMER entre a sua chegada ao local e encaminhamento ao SU também superiores no primeiro grupo.

A via verde coronária (VVC) foi ativada para 53,8% das pessoas com diagnóstico de SCA pela EPH, independentemente de terem ou não elevação do segmento ST.

Em relação aos tempos de atuação em função da área geográfica, verificou-se nas pessoas residentes fora do concelho de intervenção da VMER um tempo assistencial mais elevado.

DISCUSSÃO

Relativamente aos resultados obtidos sobre a idade (mínimo, máximo e média), estão em plena consonância com a contextualização teórica (Maier et al., 2015). A SCA ocorre com maior predomínio no sexo masculino e em média mais cedo do que nas mulheres.

Relativamente aos fatores de risco, sabe-se, pela literatura consultada, que de facto a existência destes fatores de risco condiciona o aparecimento de SCA, no entanto, não foi possível provar que estes influenciam a forma como este se apresenta, com ou sem supradesnívelamento do segmento ST (Moser et al., 2016). Sendo a presença de fatores de risco modificáveis e reversíveis algo que cada um pode controlar, é imperativa a prevenção dos mesmos, sendo necessário um melhor trabalho ao nível da prevenção para as pessoas com doença cardiovascular, para que estas adquiram melhores estilos de vida, melhor controlo dos fatores de risco, reduzindo a probabilidade de eventos cardiovasculares no futuro.

Quando se compara os dados relativos aos tempos assistenciais entre os doentes com diagnóstico de SCACsST e as pessoas com diagnóstico de SCAsST, constata-se que estas diferenças de intervalos de tempo podem ser justificadas pelo facto de que as pessoas com diagnóstico de SCACsST são diretamente encaminhadas para o HC1 ou HC2 – ambos ficam mais distantes dos locais da área geográfica onde foi realizado o estudo. Já as pessoas com diagnóstico de SCAsST são encaminhadas para o HD (não havendo reperfusão imediata), área de alocação da VMER. Este encaminhamento para hospitais mais distantes (HC1 e HC2) é justificado pelo facto de estes serem hospitais centrais onde existe serviço de cardiologia e hemodinâmica 24 horas por dia, 7 dias por semana. De acordo com Ibanez et al. (2018), relativamente às *guidelines* sobre os tempos assistências neste contexto clínico, verifica-se que

o tempo médio registado se encontra dentro da janela de tempo ótimo para a realização de cateterismo, isto é, um tempo inferior a 120 minutos, desde o primeiro contacto médico (PCM) até ao início do cateterismo (vulgo tempo porta-agulha).

Sendo o diagnóstico de EAMcsST feito no ambiente pré-hospitalar, a rápida assistência na urgência e o rápido encaminhamento para a realização imediata de cateterismo reduz os atrasos no tratamento e, pode contribuir para a redução da mortalidade. Ainda, de acordo com as referidas *guidelines*, quando um diagnóstico de EAMcsST é feito no pré-hospitalar, a pessoa deve ser encaminhada diretamente para uma estratégia primária de intervenção coronária percutânea (ICP), sendo indicado encaminhar a pessoa diretamente para a realização de cateterismo sem passar pelo serviço de urgência. Na realidade portuguesa este *bypass* ao SU é concretizado através da VVC. A VVC foi ativada para 53,8% das pessoas com diagnóstico de SCA pela EPH, independentemente de terem ou não elevação do segmento ST. Em Portugal, em 2019, o INEM encaminhou 676 doentes através da VVC. Destes, em 74,11% houve um intervalo inferior a duas horas entre a identificação da sintomatologia e o encaminhamento da pessoa através da VVC (INEM, 2019). No presente estudo apenas houve a ativação da VVC para cerca de metade dos diagnósticos de SCA, no entanto, os tempos assistenciais registados encontram-se dentro do estipulado pelas *guidelines* e os que são verificados no nosso país.

Não se tendo verificado que os tempos assistenciais registados fossem superiores aos definidos nas *guidelines* atualmente em vigor, seria importante perceber se existiu algum atraso no tempo prévio à chamada e ativação dos meios de socorro, pois, por vezes, os atrasos podem ser devidos a um reconhecimento tardio dos sinais e sintomas, ou seja, demora na decisão para contactar os serviços de emergência pré-hospitalar (Ottesen et al., 2014).

Em relação aos tempos de atuação na área geográfica em estudo (a distância do concelho onde ocorre a ativação da VMER à sua base), implica um maior gasto de tempo para chegar até à pessoa. Este tempo pode transformar-se em atrasos vitais para o diagnóstico, implementação da terapêutica adequada e encaminhamento adequado da pessoa.

O enfermeiro, está presente nas equipas de atendimento pré-hospitalar, pelo que o envolvimento do mesmo, neste contexto, influencia direta e consideravelmente a capacidade de monitorização e de atuação perante a pessoa em situação crítica (Gonçalves, 2017). Ainda segundo o mesmo autor, “o enfermeiro é o único profissional de saúde que integra a equipa de todos os meios medicalizados do INEM (...), possuindo formação avançada fornecida pelo INEM, em função do meio para o qual está adstrito” (Gonçalves, 2017, p. 37).

Os resultados apresentados remetem para o atendimento de enfermagem pré-hospitalar a pessoas com suspeita clínica ou diagnóstico de SCA. O enfermeiro deve ser capaz de auxiliar no diagnóstico de SCA da forma mais célere possível, conseguindo relacionar os fatores de risco associados, potenciais complicações e encaminhar a pessoa para uma implementação atempada da terapêutica adequada.

Obviamente que toda a mobilização de conhecimentos que o enfermeiro tem de fazer neste contexto, deve reger-se por uma conduta ética e legal exemplar, pois é responsável pelo acompanhamento da pessoa em situação crítica durante o transporte até ao serviço de urgência, passando pela sua monitorização e implementação de intervenções apropriadas (Malta, 2016).

Foi ainda possível perceber que os tempos assistenciais à pessoa com diagnóstico de SCA pela EPH não são influenciados pelas variáveis sociodemográficas sexo e idade. No entanto, o conselho onde é realizada a ativação da VMER apresentou uma relação estatisticamente significativa entre o tempo que decorre desde a ativação e a chegada dos meios de socorro. Também se percebeu, que o tipo de SCA diagnosticado no pré-hospitalar não influencia os tempos assistenciais antes do transporte até ao SU ser concretizado, assim como o número de fatores de risco não tem poder preditivo em relação ao tipo de SCA diagnosticado no pré-hospitalar.

Também se pode constatar que as pessoas que são socorridas a uma distância de mais de 10 quilómetros (km) da base de alocação da VMER em estudo, podem ter atrasos na chegada dos meios diferenciados, pelo que o enfermeiro deve agilizar todas as restantes intervenções, por forma a evitar mais atrasos na assistência pré-hospitalar.

De facto, sendo detentor de conhecimentos teóricos e de evidência científica recente, o enfermeiro no pré-hospitalar consegue mobilizar esse conhecimento para implementar intervenções concretas e adequadas (Regulamento n.º 429/2018).

O trabalho em equipa, a articulação interdisciplinar e entre instituições hospitalares são a chave para os melhores cuidados à pessoa e obtenção de mais ganhos em saúde. A existência de uma equipa multidisciplinar desempenha um papel essencial na abordagem e no tratamento da pessoa com SCA, sendo os enfermeiros, os profissionais na primeira linha de contacto com essas pessoas e, deste modo, os profissionais que podem influenciar decisivamente o tempo que decorre até à terapêutica de reperfusão.

CONCLUSÃO

Das principais conclusões deste estudo, salientamos que as variáveis sexo e idade não têm uma relação estatisticamente significativa com os tempos de atuação da VMER. O tempo desde a ativação da VMER até à chegada ao local é influenciado pela distância do conselho de ativação à base de alocação da VMER. O tipo de SCA diagnosticado no pré-hospitalar não está relacionado nem com os tempos de atuação da equipa da VMER, nem com o número de fatores de risco que a pessoa apresenta.

É necessário que os meios de socorro pré-hospitalares estejam preparados para o diagnóstico precoce e correto das doenças cardiovasculares, nomeadamente a SCA e que sejam reforçadas as medidas de socorro para freguesias, distritos e concelhos que estão mais distantes dos meios de socorro diferenciados.

Não houve relação estatisticamente significativa entre os tempos que a equipa despendeu com a pessoa, quer em caso de SCACsST ou SCAssST, em locais até 10 km da base ou a mais de 10 km da base, e o número de fatores de risco que apresentava.

O enfermeiro é o profissional que está presente em todos os meios de socorro medicalizados no pré-hospitalar, sendo por isso, determinante que este tenha uma formação adequada, baseada na melhor e mais recente evidência científica, que o torna capaz de prestar cuidados à pessoa em situação crítica, estabilizando-a, monitorizando-a e auxiliando na definição de um diagnóstico precocemente.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Gonçalves, R. (2017). *Perfil do Enfermeiro para o Exercício Profissional na VMER* [Dissertação de mestrado, Instituto Politécnico de Viana do Castelo, Escola Superior de Saúde]. Repositório Científico do Instituto Politécnico de Viana do Castelo. <http://hdl.handle.net/20.500.11960/1975>
- Ibanez, B., James, S., Agewall, S., Antunes, M. J., Bucciarelli-Ducci, C., Bueno, H., Caforio, A. L., Crea, F., Goudevenos, J. A., Halvorsen, S., Hindricks, G. Kastrati, A., Lenzen, M. J., Prescott, E., Roffi, M., Valgimigli, M., Varenhorst, C., Vranckx, P., Widimský, P., & ESC Scientific Document Group. (2018). ESC Guidelines for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation: The Task Force for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation of the European Society of Cardiology (ESC). *European Heart Journal*, 39(2), 119–177. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehx393>
- Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM). (2019). Dia Nacional do Doente Coronário: INEM encaminhou 676 doentes com Enfarte Agudo do Miocárdio através da Via Verde Coronária. Obtido de [inem.pt](https://www.inem.pt): <https://www.inem.pt/2020/02/14/dia-nacional-do-doente-coronario-inem-encaminhou-676-doentes-com-enfarte-agudo-do-miocardio-atraves-da-via-verde-coronaria/>
- Maier, G. S., Martins, E. A., & Dellaroza, M. S. (2015). Indicadores pré-hospitalares na avaliação da qualidade da assistência ao paciente com síndrome coronariana aguda. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 36(3), 49-55. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2015.03.50869>
- Malta, H. (2016). *Enfermeiros da Viatura Médica de Emergência e Reanimação: Que competências?* [Dissertação de mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra].
- Moser, D. K., Kimble, L. P., & Alberts, M. J. (2016). Reducing delay in seeking treatment by patients with acute coronary syndrome and stroke: A scientific statement from the American Heart Association Council on cardiovascular nursing and stroke council. *Circulation*, 114(2), 168-182. <https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.106.176040>
- Nichols, M., Peterson, K., & Alston L. (2014). *Australian heart disease statistics. National Heart Foundation of Australia*. https://www.heartfoundation.org.au/images/uploads/publications/HeartStats_2014_web.pdf
- Ottesen, M. M., Dixon, U., & Torp-Pedersen, C. (2014). Prehospital delay in acute coronary syndrome: An analysis of the components of delay. *International Journal of Cardiology*, 96(1), 97–103. <https://doi.org/10.1016/j.ijcard.2003.04.059>
- Regulamento n.º 429/2018 da Ordem dos Enfermeiros. (2018). Diário da República: II série, n.º 135.

ENVOLVER A FAMÍLIA NO CUIDADO À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA: ESTUDO EM CONTEXTO DE CUIDADOS INTENSIVOS

TÂNIA MELO¹
JORGE APÓSTOLO²
MARIA ISABEL FERNANDES³

INTRODUÇÃO

Em contexto de cuidados intensivos (CI), a evidência científica tem mostrado que o envolvimento da família no cuidado à pessoa em situação crítica tem benefícios e potencializa a ligação entre doente, família e enfermeiro, promovendo proximidade, segurança e suporte emocional (Hetland et al., 2018). A sua implementação é reconhecida como fundamental, mas pouco concretizada, pelo que é relevante conhecer melhor esta temática. O estudo teve como objetivo geral compreender as práticas dos enfermeiros relativamente à promoção do envolvimento da família no cuidado à pessoa em situação crítica, em CI. Pretendeu-se analisar, especificamente, a perceção dos enfermeiros sobre as práticas que desenvolvem para o envolvimento da família no cuidado à pessoa em situação crítica, em contexto de CI; os constrangimentos e potencialidades que os enfermeiros reconhecem na preparação dos familiares sobre o ambiente (físico, estrutural, tecnológico,...) da unidade de cuidados intensivos (UCI); as estratégias desenvolvidas pelos enfermeiros no seu quotidiano de trabalho para envolver a família no cuidado à pessoa em situação crítica; e as razões subjacentes às práticas dos enfermeiros no envolvimento dos familiares nos cuidados.

METODOLOGIA

Para dar resposta aos objetivos enunciou-se como questão de investigação – Que práticas são

1 MSc, Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra. tania.tmelo@gmail.com;

2 PhD, professor coordenador, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, UICISA:E. japostolo@esenfc.pt

3 PhD, professora coordenadora da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, UICISA:E. isabelf@esenfc.pt

desenvolvidas pelos enfermeiros, na promoção do envolvimento da família no cuidado à pessoa em situação crítica, em CI? Desenhou-se um estudo do tipo exploratório descritivo, de natureza qualitativa.

Neste estudo a população-alvo foi constituída pelos enfermeiros a exercer funções numa UCI pediátrica, integrada num centro hospitalar. Dos 32 enfermeiros que constituíam a equipa, seis não cumpriam os critérios de inclusão definidos, pelo que foram participantes na investigação 26 enfermeiros. Os dados foram colhidos por entrevista em quatro grupos focais, organizados de acordo com os princípios preconizados por Barbour (2009) – homogeneidade (conhecimento sobre o tema), heterogeneidade/segmentação dos grupos (sexo, idade, experiência e formação profissional, características comunicacionais) e número de participantes. Os participantes eram enfermeiros licenciados e especialistas, com idade compreendida entre 31 e 63 anos, maioritariamente do sexo feminino, com tempo de experiência profissional entre 8 e 38 anos, e tempo de serviço em CI superior a três anos, contudo alguns profissionais tinham 28 anos de trabalho neste contexto.

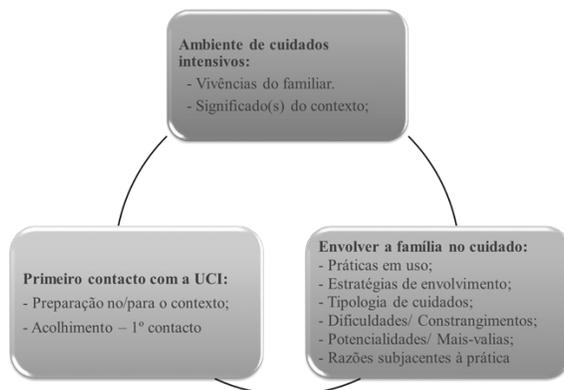
A colheita de dados ocorreu entre 9 de maio e 8 de junho de 2019, em quatro grupos, dois compostos por seis enfermeiros, e os outros dois por sete enfermeiros, orientados por um entrevistador (a investigadora) e um observador. Iniciou-se após parecer favorável (referência da instituição 135-18) do conselho de administração e comissão de ética, do centro hospitalar onde se realizou o estudo. Com os participantes foram assegurados todos os princípios éticos exigíveis à realização de uma colheita e tratamento de dados desta natureza.

RESULTADOS

Os dados obtidos, a partir da transcrição integral da gravação áudio das entrevistas, foram analisados segundo a técnica análise de conteúdo estruturante de Flick (2012). Da análise emergiram um conjunto de categorias que foram associados em três temas principais: ambiente de CI; primeiro contacto com a UCI; e envolver a família no cuidado (Figura 1).

Figura 1

Temas e Categorias Relativas ao Envolvimento da Família da Pessoa em Situação Crítica no Cuidado



O modo como os familiares vivenciam o internamento do seu familiar em CI é entendido, pelos enfermeiros, como sendo influenciado por esse ambiente. Têm a percepção que o ambiente, por si só, tem significados específicos para cada familiar que com ele se confronta. O conjunto destas vivências e significados que surgiram na análise, constituíram as categorias – vivências do familiar e significado(s) do contexto.

As vivências do familiar, relativamente ao ambiente de CI, prendem-se com sentimentos perante o internamento em CI, as atitudes do enfermeiro ao contactar com o familiar, as vivências anteriores, a situação de doença e o contexto sociofamiliar onde aquele doente e família estão inseridos, tal como expressam

“É sempre um momento de grande tensão, de grande ansiedade, de perigo e há sempre uma grande dificuldade em integrarem-se, em aproximar dos filhos (...) é a empatia, o mostrar disponibilidade e gerir informação, o comunicar com tudo o que a gente tem, não é só com a fala.” (C6).

As vivências do familiar são influenciadas pelo significado do contexto, isto é o pré-conceito de CI, ser identificado como um ambiente adverso e dificultador da intervenção dos familiares, mas também, pode significar/simbolizar um ambiente securizante, um ambiente tecnológico e até mesmo um ambiente amedrontador e hostil.

“...se vêm para cá é porque estão muito mal. É natural que entrem em stress e choque (...) às vezes, ficam descansados porque vão para os cuidados intensivos, porque já conhecem este ambiente, sentem-se seguros” (FG-D).

No tema “Primeiro contacto com a UCI” os profissionais entrevistados salientam, por um lado, a importância da preparação do familiar sobre o contexto no que se prende com a apresentação do enfermeiro, a tipologia de informação fornecida, a apresentação da estrutura da unidade, a informação do estado global do doente e a desmistificação do contexto de CI. Por outro lado, salientam o acolhimento/primeiro contato, considerando-o um momento marcante, com necessidade de avaliação inicial do conhecimento dos familiares, que carece de competência do enfermeiro e que deve ser norteado por um conjunto de requisitos/exigências.

“Numa primeira abordagem, eles habitualmente nunca ouvem muito bem aquilo que nós dizemos (...) tentamos explicar um bocadinho o que é que vão encontrar (...) reforço só as coisas mais importantes do acolhimento, das normas do serviço (...) como vão encontrar mais ou menos o filho” (FG-C).

No tema “Envolver a família no cuidado”, os participantes explicitam as práticas em uso (tais como a avaliação das skills dos familiares, a capacitação do familiar e as práticas que podem ser condicionadas/proporcionadas de acordo com a situação clínica), as estratégias de envolvimento utilizadas (a supervisão das atividades dos familiares, a necessidade de informar para a tomada de decisão, o reforço positivo, a negociação com os familiares e a personalização da unidade), tipologia de cuidados onde integrar os familiares (cuidados fisiológicos/básicos, cuidados de ordem emocional e/ou afetiva e cuidados especializados, com algum grau de diferenciação). No envolvimento dos familiares são também identificados constrangimentos associáveis aos familiares, à situação clínica, ou mesmo aos profissionais e/ou à instituição “aqueles familiares que tentam impor os cuidados à maneira deles às vezes só atrapalha...” (GF- D).

A colaboração na atividade dos profissionais, o benefício para familiares e doentes, assim como, para a instituição são potencialidades do envolvimento dos familiares. Nesta última categoria foram ainda identificadas, pelos participantes, razões subjacentes à prática tais como, os modelos existentes e que regem a sua prática, a cultura institucional, a formação/desenvolvimento profissional, a exigência de cuidados/intervenção e a complexidade dos cuidados - "...os crónicos, é completamente diferente os miúdos crónicos" (FG-A) - influenciam a integração da família no cuidado ao doente em CI. Envolver a família no cuidado à pessoa em situação crítica num contexto adverso, dificultador, que encerra múltiplos constrangimentos é complexo e influenciado por múltiplos fatores.

DISCUSSÃO

A análise da literatura permitiu verificar a existência de resultados semelhantes aos obtidos no presente estudo. Semelhante ao referido na revisão de Coats et al. (2018), quando expressa que o enfermeiro avalia as capacidades dos familiares, as suas necessidades e estado emocional, também na presente investigação verificou-se que os participantes consideram fundamental a avaliação das *skills* da família antes da sua integração no processo de cuidado ao doente em CI, de forma a orientar as práticas de acordo com os conhecimentos e as capacidades. A capacitação do familiar surge como fundamental para os participantes no estudo, pois há a perceção da necessidade de ensinar e educar os familiares, capacitando-os para os cuidados que poderão efetuar e alertando-os para as situações de exceção. Este resultado, vem corroborar os de Liput et al. (2016) em que as famílias desejam e estão dispostas a participar nos cuidados, mas necessitam de incentivo, ensino, gestão e apoio da equipa de saúde. O envolvimento do familiar no cuidado, ocorre sobretudo em cuidados fisiológicos/básicos e cuidados emocionais/afetivos. São estes que são percebidos como aqueles que poderão trazer segurança, conforto, tranquilidade e manutenção do vínculo afetivo para o doente e a família. Já o envolvimento dos familiares em cuidados complexos e especializados (ex. aspiração de secreções através da traqueostomia ou cinesioterapia respiratória), foi considerado, pelos enfermeiros, de difícil implementação por motivos ligados à segurança do doente e do próprio familiar bem como pelas repercussões legais que daí poderiam advir, muito à semelhança do enunciado nos estudos de Hetland et al. (2018) e de Liput et al. (2016). Verificou-se ainda a questão da existência de consentimento do doente, caso este esteja numa condição clínica que o permita comunicar ou o respeito pelas decisões dos familiares e pela coerência da informação transmitida em todo este processo. Tal como Cruz e Angelo (2011) consideram, o enfermeiro deve ter uma conduta congruente nas suas ações, não quebrando a relação de confiança estabelecida com o familiar, o que poderá dificultar posteriormente o envolvimento. Envolver o familiar pode ser de difícil implementação, especialmente no primeiro contacto com a UCI, embora este seja relevante na forma como o familiar vai perceber o ambiente, e integrar-se na unidade de CI. Esta relevância também foi concluída por Imanipour et al. (2019). Assim, o primeiro contato com o familiar é uma função do enfermeiro que não deverá ser delegável a outro profissional. Este pode ser um elemento facilitador ou uma barreira, contudo é sempre um momento marcante pois, se a relação estabelecida não for securizante e promotora de confiança no familiar, todo o processo subsequente pode ser condicionado. O acolhimento é ainda considerado um processo contínuo, com informação gradual, em função da família, respeitando-a na sua individualidade e no momento vivenciado.

As estratégias desenvolvidas com o intuito de envolver a família no cuidado à pessoa em situação crítica, passam por incentivar a presença e participação da família nos cuidados, orientando-a e supervisionando-a, o que transmite confiança e segurança. Na supervisão e orientação no/para os cuidados, o elogio da forma participativa, proporciona um reforço positivo para o familiar. Informar para a tomada de decisão da família, explicando as atividades que podem realizar, impondo limites de atuação pela situação clínica do doente, pelo contexto ou pelo constrangimento que o envolvimento pode provocar, é fulcral. Intervir deste modo permite que a família seja capaz de tomar decisões informadas, contextualizadas e conscientes. No estudo, os profissionais consideraram que a participação e o envolvimento da família acontecem a partir da negociação e do diálogo, situação similar à relevância clínica identificada por Alshahrani et al. (2018) no estudo que realizaram.

Os constrangimentos que os participantes encontram na interação com os familiares, prendem-se por um lado com o não cumprimento das normas institucionais, a não aceitação do internamento numa UCI e, por outro, com a insuficiência de apoio emocional e a inexistência de apoio estruturado a nível psicológico. A complexidade ou agravamento da situação clínica do doente, inibem a inclusão dos familiares nos cuidados, levando-os a encarar o incentivo à participação e à envolvimento como uma delegação de tarefas. Este resultado vai ao encontro do modelo de cuidado centrado na família (Institute for Patient and Family-Centered Care [IPFCC], 2017), que implica incluir, apoiar e ajudar a família a encontrar estratégias, para dar resposta às suas necessidades emocionais.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alshahrani, S., Magarey, J. & Kitson, A. (2018). Relatives' involvement in the care of patients in acute medical wards in two different countries – An ethnographic study. *Journal of Clinical Nursing*, 27(11-12), 2333-2345. <https://doi.org/10.1111/jocn.14337>
- Barbour, R. (2009). Grupos focais. Porto Alegre: Artmed.
- Coats, H., Bourget, E., Starks, H., Lindhorst, T., Saiki-Craighill, S., Curtis, J., ...Doorenbos, A. (2018). Nurses' reflections on benefits and challenges of implementing family-centered care in pediatric intensive care units. *American Journal of Critical Care*, 27(1), 52-58. doi: 10.4037/ajcc2018353.
- Cruz, A. & Angelo, M. (2011). Cuidado centrado na família em pediatria: Redefinindo os relacionamentos. *Ciência, Cuidado e Saúde*, 10(4), 861-865. DOI: 10.4025/ciencucuidsaude.v10i4.18333
- Flick, U. (2012). *Métodos qualitativos na investigação científica*. Lisboa, Portugal: Projectos e Edições, Lda.
- Hetland, B., McAndrew, N., Perazzo, J. & Hickman, R. (2018). A qualitative study of factors that influence active family involvement with patient care in the ICU: Survey of critical care nurses. *Intensive Critical Care Nursing*, 44, 67-75. doi: 10.1016/j.iccn.2017.08.008.
- Institute for Patient and Family-Centered Care. (2017). *Advancing the practice of patient- and family-centered care in hospitals: how to get started...*, pp.1-22. Bethesda, Maryland:

Autor. Recuperado de <https://www.ipfcc.org/resources/GettingStarted-AmbulatoryCare.pdf>

- Imanipour, M., Kiwanuka, F., Rad, S., Masaba, R. & Alemayehu, Y. (2019). Family members' experiences in adult intensive care units: A systematic review. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 1-13. doi: 10.1111/scs.12675
- Liput, S., Kane-Gill, S., Seybert, A. & Smithburger, P. (2016). A review of the perceptions of healthcare providers and family members toward family involvement in active adult patient care in the ICU. *Critical Care Medicine*, 44(6) 1191-1197. doi: 10.1097/CCM.0000000000001641

CONSULTA DE ENFERMAGEM ON-LINE NA PESSOA APÓS SÍNDROME CORONÁRIA AGUDA

ANA CATARINA FIGUEIREDO SILVA¹
PAULO ALEXANDRE CARVALHO FERREIRA²

INTRODUÇÃO

As doenças cardiovasculares (DCVs), na qual se inclui a Síndrome Coronária Aguda (SCA), continuam a ser a primeira causa de morte em Portugal, tal como na Europa, apesar da tendência decrescente das taxas de mortalidade nas últimas décadas (Direção Geral da Saúde [DGS], 2015). Portanto, é necessário manter o esforço de redução das taxas de mortalidade, procurando atrasar o desenvolvimento da doença, através da valorização e promoção da educação para a saúde com enfoque na monitorização e controlo dos eventos e fatores de risco cardiovasculares (FRCVs).

Neste contexto, a evidência científica reitera a importância de explorar as potencialidades da prevenção secundária, compreendendo as necessidades de informação da pessoa após a hospitalização, considerando que a provisão efetiva de informações adequadas sobre saúde, no período pós-alta, está associada a uma melhor adesão da pessoa à terapia farmacológica, mudanças comportamentais, aumento da satisfação, níveis reduzidos de sofrimento psicológico e maior percepção de controlo sobre a doença.

Tendo em consideração estes pressupostos, a *European Society of Cardiology* (ESC) (Piepoli et al., 2016), nas suas diretrizes internacionais, recomenda a adoção de medidas preventivas secundárias, salientando o papel e a intervenção do enfermeiro. Para tal, é incentivado o uso de tecnologias de comunicação e informação eletrónicas, com recurso a tecnologia *on-line*, com o objetivo de fornecer e apoiar cuidados clínicos à distância, após um evento agudo, reconhecendo a sua eficácia na promoção de mudanças comportamentais efetivas, pela facilidade de monitorização e consulta de conteúdos de suporte, promovendo um maior nível de aceitação do risco cardiovascular dos doentes e adesão às recomendações fornecidas (Piepoli et al., 2016).

1 Mestre em Enfermagem Médico-cirúrgica. silva.anacf@gmail.com

2 Doutorado em Novos contextos de intervenção psicológica em saúde, educação e qualidade. palex@esenfc.pt

Assim sendo, desenvolveu-se o presente estudo com o objetivo geral de analisar os ganhos em saúde da intervenção de Enfermagem à distância, com recurso a tecnologia *on-line* (*tablets* ou computadores através de programas de videochamada como o *Skype*), na prevenção secundária da DCV, da pessoa pós-SCA. Como objetivos específicos, pretendeu-se avaliar a influência do acompanhamento de Enfermagem sobre o índice de massa corporal (IMC), perímetro abdominal (PA), tensão arterial (TA), frequência cardíaca (FC), glicemia capilar, colesterol, adesão à terapêutica farmacológica, capacidade de autocuidado terapêutico, literacia acerca da sua situação clínica, estilo de vida e aceitação do recurso à tecnologia.

METODOLOGIA

Partindo da questão de investigação: Qual o impacto da intervenção personalizada de Enfermagem à distância, com recurso a tecnologia *on-line*, na prevenção secundária da DCV, da pessoa pós-SCA, desenvolveu-se um estudo quantitativo, longitudinal e descritivo, com desenho antes-após e grupo controlo (GC), com randomização semanal. Foi constituída uma amostra de 18 participantes com diagnóstico de SCA, internadas numa Unidade de Cuidados Intensivos Coronários de um hospital central da região centro do país, em que o grupo experimental foi alvo de um programa de acompanhamento personalizado de Enfermagem, através de videochamadas *on-line*, mensalmente, durante seis meses. Existiram dois momentos de avaliação de todas as variáveis em ambos os grupos: no início (antes do acompanhamento mensal) e no final, através de consulta presencial com aplicação dos seguintes instrumentos de colheita de dados: questionário de caracterização sociodemográfica e FRCVs, Medida de Adesão aos Tratamentos, Instrumento de Autocuidado Terapêutico, Teste de Batalla/ Literacia da situação de saúde, Questionário Estilo de Vida Fantástico e Modelo de Aceitação da Tecnologia.

Foi obtido o parecer favorável da Comissão de Ética (Nº 0106/CES, 010-18), pela instituição de saúde onde se desenvolveu o estudo, bem como o consentimento informado, livre e esclarecido de todos os participantes.

RESULTADOS

Os participantes da amostra foram repartidos pelos 2 grupos: 9 no grupo experimental (GE) e 9 no GC, com uma média de idades de 48,89 anos no GE e 55,89 anos no GC, todos pertencentes ao sexo masculino. Verificou-se um predomínio do estado casado/união de facto (88,9% do GE e 77,8% do GC) e de vivência com esposa e filho(s) (55,6% no GE e no GC), residindo todos os participantes do GE em área rural, enquanto a maioria do GC (55,6%) residia em área urbana. A maioria dos participantes do GE (44,4%) possuía o ensino secundário, enquanto a maioria dos participantes do GC (33,3%) possuía o 1º ciclo de escolaridade, sendo a maioria dos participantes trabalhadores ativos por conta de outrem (77,8% no GE e 66,7% no GC).

Relativamente aos FRCVs, verificou-se uma elevada prevalência, particularmente: dislipidémia (100% no GE e 88,9% no GC), sedentarismo (77,8% no GE e 88,9% no GC), história familiar

de doença coronária (55,6% no GE e 66,7% do GC), hipertensão arterial (HTA) (44,4% no GE e 55,6% no GC) e obesidade (22,2% no GE e 55,6% no GC).

Os resultados demonstraram que o acompanhamento de Enfermagem *on-line* personalizado contribuiu para uma redução significativa dos parâmetros clínicos (peso, PA, IMC, TA, colesterol e glicemia) e aumento da adesão à terapêutica farmacológica, capacidade de autocuidado terapêutico, literacia em saúde, estilo de vida e aceitação da tecnologia dos participantes. O GE obteve melhorias significativas em todas as variáveis, entre os dois momentos de avaliação, enquanto GC manteve, piorou e/ou melhorou resultados, entre os dois momentos de avaliação, em algumas variáveis, não tendo obtido melhorias superiores ao GE.

DISCUSSÃO

A caracterização sociodemográfica da amostra encontra-se em consonância com as características da população portuguesa com DCV descritas na literatura, nomeadamente a predominância do sexo masculino e origem multifatorial, sendo que a maior prevalência de participantes casados/união de facto a viver com familiares e detentores do ensino secundário também vai ao encontro à última caracterização da população portuguesa (Timóteo & Mimoso, 2018).

A elevada taxa de prevalência de FRCVs e predomínio de dislipidemia, sedentarismo e história familiar de doença cardiovascular, apresentaram percentagens de representatividade próximas das obtidas em estudos já desenvolvidos em Portugal, manifestando portanto elevada taxa de expressividade na população portuguesa (Reveles, 2015; Timóteo & Mimoso, 2018).

Relativamente aos parâmetros clínicos, no GE verificou-se uma redução global média nos valores da TA sistólica e diastólica, glicemia, colesterol e peso, com uma conseqüente redução média do PA, IMC e melhoria na categorização do risco cardiovascular, ao contrário do verificado no GC. Estes resultados corroboram os resultados de estudos nacionais e internacionais já realizados neste âmbito, evidenciando a influência e relação positiva entre o acompanhamento periódico e personalizado de Enfermagem e a melhoria nos parâmetros antropométricos e clínicos da pessoa pós-SCA.

A adesão ao regime terapêutico é descrita pela literatura e entidades reguladoras da saúde como um fenómeno multifatorial, diretamente relacionado com a capacidade de adesão ao autocuidado terapêutico, formando um processo contínuo, ativo e flexível, baseado num trabalho de colaboração entre o doente e a equipa de saúde, capaz de influenciar fortemente o controlo da DCV. Neste sentido, a melhoria clínica pode estar diretamente relacionada com a maior adesão à terapêutica farmacológica verificada no GE, passando de um média inicial de aderentes de 11,1% para 100% dos participantes, bem como a conseqüente melhoria verificada na capacidade de autocuidado terapêutico e literacia em saúde. Estes resultados vão ao encontro aos descritos por Reveles (2015) e Bento (2016), ao implementarem programas de acompanhamento de Enfermagem presenciais e mensais em Portugal. Internacionalmente, estudos em que foram desenvolvidos programas de acompanhamento de Enfermagem *on-line*, demonstraram também a sua eficácia no controlo de FRCVs, manutenção da adesão e

capacitação do paciente a melhorar as estratégias preventivas para as diferentes condições clínicas, exigindo baixos custos e tempo de implementação.

De acordo com Greco et al. (2016), a transmissão efetiva de informações adequadas sobre saúde está associada a uma melhor taxa de adesão dos doentes à terapia farmacológica, mudanças comportamentais, aumento da satisfação, níveis reduzidos de sofrimento psicológico e maior percepção de controlo sobre a doença. Estes resultados são corroborados por Ghisi et al. (2017) que, através da sua revisão sistemática da literatura, demonstraram que o aumento da literacia em saúde dos doentes está associada a uma conseqüente mudança de comportamento, contribuindo para uma melhoria dos comportamentos de autogestão e qualidade de vida relacionada com o seu estado de saúde, reduzindo potencialmente a recorrência de eventos agudos e conseqüentemente os custos de saúde.

A significativa melhoria ocorrida no estilo de vida dos participantes, com maior expressividade nos domínios Nutrição, Atividade Física/Associativismo e Família/Amigos vai ao encontro dos resultados obtidos em estudos nacionais e internacionais, estando associados com o desenvolvimento de uma maior percepção de controlo da alimentação e prática de exercício físico, pela facilidade de compreensão da importância das mudanças de estilo de vida e conseqüentes sentimentos de controlo pessoal da sua condição clínica (Kayser et al., 2017). De acordo com os mesmos autores, as intervenções *on-line* influenciam positivamente a relevância e a atenção dos doentes para com a informação transmitida, tanto pela motivação e confiança transmitidas, como pelo nível de intensidade da intervenção e características de população alvo, contribuindo significativamente para mudanças de comportamento de saúde e, conseqüentemente, para maiores ganhos em saúde.

CONCLUSÃO

Face aos resultados obtidos, é possível concluir que a intervenção personalizada de Enfermagem à distância, com recurso a tecnologia *on-line*, na prevenção secundária da DCV da pessoa pós-SCA constitui uma vantajosa estratégia de acompanhamento em saúde, pelos claros ganhos em saúde que podem advir para os doentes acompanhados. Estes ganhos em saúde foram traduzidos por melhorias no controlo dos parâmetros clínicos (valores médios de peso, IMC, PA, TA, colesterol e glicemia), na adesão à terapêutica farmacológica, na capacidade de autocuidado terapêutico, na literacia acerca da sua situação clínica e no estilo de vida. Paralelamente, verificou-se que os participantes acompanhados em consultas personalizadas de Enfermagem *on-line* melhoraram a sua aceitação pelo uso da tecnologia, manifestado pela utilidade e facilidade da sua utilização, comprovando a vantagem deste método de acompanhamento, a par das possíveis vantagens economicistas para o sistema de saúde.

Como limitações, identificam-se a reduzida dimensão da amostra, bem como o cumprimento dos critérios de inclusão, nomeadamente o facto de os participantes terem necessidade de acesso a computador ou *tablet* com internet e saber utilizar, ou dispor da disponibilidade de algum familiar. Paralelamente, a existência de variáveis não controláveis pode ter interferido com as variáveis do estudo, como a impossibilidade de homogeneidade da amostra em termos

clínicos, relativamente aos fatores de risco cardiovasculares e outras co-morbilidades, a toma e possíveis ajustes de medicação, ou o interesse e acesso dos participantes a informação pertinente acerca do seu estado de saúde.

Naturalmente, para trabalhos futuros, sugere-se a replicação do estudo em amostras superiores, com maiores períodos de inclusão e acompanhamento, de modo a verificar a ocorrência de mudanças comportamentais efetivas, passíveis de análise e comparação estatística mais complexa.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bento, R. (2016). *Avaliação do impacto da intervenção planeada de Enfermagem em pessoas com hipertensão arterial* [Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra]. Repositório Científico Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. <https://repositorio.esenfc.pt>
- Direção-Geral da Saúde. (2015). *Portugal – Doenças Cérebro-Cardiovasculares em números 2015*. Piepoli, M. F., Hoes, Arno W., Agewall, S., Albus, C., Brotons, C., Catapano, A. L., Cooney, M.-T., Corrà, U., Cosyns, B., Deaton, C., Graham, I., Hall, M. S., Hobbs, F. D., Lochen, M.-L., Löllgen, H., Vidal, P. M., Perk, J. Prescott, E. ... ESC Scientific Document Group. (2016). 2016 European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: The Sixth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice (constituted by representatives of 10 societies and by invited experts)Developed with the special contribution of the European Association for CardiovascularPrevention & Rehabilitation (EACPR). *European Heart Journal*, 37(29), 2315-2381. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehw106>
- Ghisi, G., Chaves, G., Britto, R., & Oh, P. (2017). Health literacy and coronary artery disease: A systematic review. *Patient education and counseling*. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2017.09.002>
- Greco, A., Cappelletti, E., Monzani, D., Pancani, L., D'Addario, M., Magrin, M., Miglioretti, M., Sarini, M., Scignaro, M., Vecchio, L., Fattirolli, F., & Steca, P. (2016). A longitudinal study on the information needs and preferences of patients after an acute coronary syndrome. *BMC family practice*, 17(1), 136. <https://doi.org/10.1186/s12875-016-0534-8>
- Kayser, J., Cossette, S., Côté, J., Bourbonnais, A., Purden, M., Juneau, M., Tanguay, J.-F., Simard, M.-J., Dupuis, J., Diodati, J. G., Tremblay, J., Maheu-Cadotte, M. A., & Cournoye, D. (2017). Evaluation of a web-based tailored nursing intervention (TAVIE en m@rche) aimed at increasing walking after an acute coronary syndrome: A multicenter randomized controlled trial protocol. *JMIR Research Protocols*, 6(4): e64. <https://doi.org/10.2196/resprot.6430>
- Reveles, A. (2015). *Prevenção secundária da doença cardiovascular na pessoa com Síndrome Coronária Aguda: Um programa de intervenção de enfermagem* [Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra].

Timóteo, A., & Mimoso, J. (2018). Registo nacional de síndromes coronárias agudas: 15 anos de um registo prospetivo contínuo. *Revista Portuguesa de Cardiologia*, 37(7), 563-573. <https://doi.org/10.1016/j.repc.2017.07.016>

VIOLÊNCIA SOBRE OS ENFERMEIROS NA URGÊNCIA: QUE REALIDADE?

FABIANA COSTA¹
VERÓNICA RITA DIAS COUTINHO²

INTRODUÇÃO

A violência no local de trabalho (VLT) afeta negativamente a saúde e o bem-estar dos enfermeiros, de outros profissionais de saúde, dos doentes e suas famílias. Esta, pode ser destrutiva e tem um impacto profundamente negativo sobre os diretamente envolvidos no incidente. Os efeitos de VLT podem prolongar-se para além do local de trabalho, afetando a vida familiar e social das vítimas e dos observadores (International Council of Nurses [ICN], 2017). A violência contra profissionais de saúde no local de trabalho tem-se revelado um problema generalizado e muito frequente não só em Portugal, mas em todo o Mundo, tal como é referida na Circular Informativa n.º 15/DSPCS de 07/04/2006 da Direção Geral da Saúde (DGS) e mais tarde reforçado no relatório relativo a 2015, resultante da notificação de episódios de violência contra os profissionais de saúde (DGS, 2015). Segundo o relatório de progresso de monitorização do Sistema Nacional de Notificação de Incidentes, executado a partir dos registos efetuados na plataforma NotifiQ@ até 30 de junho de 2018 foram registadas 5120 notificações por parte dos profissionais de saúde, das quais 3742 notificações foram incidentes de violência contra profissionais de saúde no local de trabalho. Estimando-se que 53% das queixas reportadas ao sistema foram efetuadas por enfermeiros (DGS, 2018). Partindo de dados evidentes sobre a existência de violência contra os enfermeiros ser uma realidade em Portugal, nomeadamente nos serviços de urgência da região centro do país, assume-se que cada episódio de violência deve ser abordado como um episódio de elevada importância. Emergindo, deste modo, o objetivo geral Caracterizar a violência sobre os enfermeiros nos serviços de urgência polivalente, médico-cirúrgico e básico da região centro do país. Como objetivos específicos: determinar os vários tipos de violência sofrida pelos enfermeiros; identificar os principais intervenientes na violência sobre os enfermeiros; identificar os principais fatores potenciadores de violência sobre os enfermeiros; conhecer as principais consequências de violência sobre os enfermeiros; e conhecer a perceção dos enfermeiros sobre VLT.

1 MSc, Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica do Centro Hospitalar Médio-Tejo, fabiana.costa.85@gmail.com

2 Phd, Professora Adjunta na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, UICISA: E, vcoutinho@esenfc.pt

METODOLOGIA

Desenvolveu-se um estudo do tipo descritivo-exploratório com a questão de investigação: como é caracterizada a violência sobre os enfermeiros nos serviços de urgência polivalente, médico-cirúrgico e básico da região centro do país?

A população alvo do estudo foram os enfermeiros a exercer funções em serviço de urgência (SU) polivalente, médico-cirúrgico e básico da região centro do país (Portugal). Para a seleção da amostra foram estabelecidos previamente critérios de inclusão, emergindo o número total de amostra de 127 enfermeiros de um total previsível de cerca de 467 enfermeiros. Para a recolha de dados elaborou-se um instrumento, construído em formato de formulário do Google® Docs, tendo por base os referenciais conceptuais na área da VLT. Surgiu, assim, o Questionário sobre Violência no Serviço de Urgência na Perceção dos Enfermeiros (QVSUPE) que foi previamente analisado pela equipa de investigação e por três peritos na área e, posteriormente, efetuado um pré-teste. Para submeter este estudo a níveis de exigência e responsabilidade ética, foi efetuado um pedido formal em formulário próprio, para apreciação da Comissão de Ética da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem, da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra que teve parecer positivo. Após a recolha de dados, estes foram organizados, inseridos numa base de dados e tratados informaticamente, recorrendo ao programa *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS), versão 22.0.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Na amostra do estudo prevalece o sexo feminino (75,6%), com idades compreendidas entre os 23 e os 63 anos, apresentando um valor médio de 34,36 anos, sendo que a faixa etária com maior número de enfermeiros situa-se no intervalo dos 31 aos 35 anos. A nível profissional, no que diz respeito aos anos de experiência profissional e aos anos de experiência em SU, verificamos um tempo médio de exercício profissional de 11 anos e um tempo médio no SU de 9 anos. Verifica-se que a maioria possui licenciatura em Enfermagem (50,4%) e apenas 7,9% detém o título de enfermeiro especialista e a maioria trabalha num SUMC.

Para dar resposta à questão de investigação e aos objetivos inicialmente propostos, percebe-se que, em relação à *importância* desta temática, 78% dos enfermeiros considera que é *muito importante*. Os enfermeiros são ameaçados no seu local de trabalho mais vezes que um agente de polícia e um guarda prisional (ICN, 2017). Segundo a Circular Informativa n.º 15/DSPCS de 07/04/2006 da DGS, ainda em vigor em Portugal, refere que num estudo português em que se entrevistaram representantes institucionais do sector da saúde foi reconhecida por todos a importância da violência contra profissionais de saúde.

No que diz respeito à *formação* verificamos que 66,9% dos inquiridos *nunca participou* numa formação e que 57,5% consideram *muito importante* uma formação desta temática. Os dados colhidos são defendidos pelo estudo de Xing et al. (2015) que considera que o treino é uma maneira eficaz de evitar e reduzir a VLT, como tal, recomendam que os hospitais ofereçam programas de treino aos profissionais de saúde para que lidem com VLT e, desta forma, a evitem.

Quanto à *notificação* de violência verificamos que 77,2% dos inquiridos considera que é *muito importante*. Inclusivamente 63,0% refere existir medidas/procedimentos de notificação de violência na sua instituição. No entanto, 29,9% da amostra *não sabe* se existem medidas/procedimentos de notificação de violência na sua instituição. A DGS (2015) defende que o sistema de notificação, permite alertar os serviços para a correção das causas de incidentes e eventos adversos e evitar que os mesmos voltem a ocorrer.

Um dado que se evidenciou no nosso estudo relaciona-se com o fato de 47,2% dos enfermeiros que sofreram violência não notificaram o episódio. Sendo, as cinco principais razões para não o terem feito, o “não sabia como fazê-lo” (11,0%), o considerar “parte do trabalho” (11,0%), a “falta de tempo” (7,9%), o “não considero importante” (4,8%) e o “não sabia a quem recorrer” (3,9%). Quando o ato de violência sobre enfermeiros foi observado por outro colega verificou-se que 66,1% não notificou o episódio. As cinco principais razões para que tal não fosse efetuado relacionaram-se com o “não sabia como fazê-lo” (13,4%), a “falta de tempo” (12,6%), o considerar “parte do trabalho” (8,7%), a “vitima notificou” (7,1%) e o “não considerei importante” (5,5%). Para Silva et al. (2014) os profissionais aceitam atos de violência como parte do quotidiano laboral. Procedimentos formais de notificação são pouco conhecidos e utilizados pelos profissionais. Esta falta de notificação camufla o problema e prejudica os trabalhadores atingidos, a quem, não são oferecidos programas de prevenção e apoio. Porém é de salientar que 27,6% dos enfermeiros que sofreu violência notificou o episódio, assim como 25,2% dos enfermeiros que observaram uma situação violência notificaram o sucedido. Segundo a DGS (2018) foram registadas 3742 notificações de violência contra profissionais de saúde no local de trabalho, desde o início do sistema - NotifiQ@ - até ao final do 2º trimestre de 2018, dos quais 53% foram notificações realizadas por enfermeiros. Torna se pertinente reforçar que a notificação é fulcral para a qualidade dos cuidados e para a criação de ambientes seguros e saudáveis. A inexistência de notificação, corresponderá à não aplicação de medidas e estratégias preventivas.

No que concerne aos *fatores de risco* para a ocorrência de violência, verificamos que a amostra *concorda muito* com o ambiente seguro, a demora no atendimento, a espera dos resultados complementares de diagnóstico, a sobrelotação a nível de espaço, a sobrelotação a nível de doentes, o abuso de substâncias, o nível de educação do doente, os emocionais (ansiedade, raiva, medo), as dotações inadequadas e a sobrecarga horária dos profissionais; *concorda moderadamente* com a longa duração do atendimento, os problemas de comunicação e *concorda ligeiramente* com a inexperiência do enfermeiro. É de salientar que 31,5% dos inquiridos consideram existir mais fatores de risco, para além dos mencionados anteriormente. Tendo sido posteriormente categorizados em: falta de informação; falta de segurança; socioeconómicos; profissionais; doença da pessoa; e presença de acompanhantes. Para Longo et al. (2016) um ambiente de trabalho seguro é um pré-requisito para prestação de cuidados ao doente de alta qualidade.

Quanto às *consequências* da ocorrência de violência constata-se que a amostra *concorda muito* com a menor satisfação profissional, a saúde física, a saúde mental, o desempenho profissional, a qualidade dos cuidados. Assim como, *concorda moderadamente* com o absentismo por doença, a quebra na produtividade e a mudança de serviço. De evidenciar que 31,5% dos

inquiridos consideraram existir mais consequências, para além das mencionados. Tendo estas sido categorizadas em: profissional, emocional; e pessoal/familiar. Torna-se relevante referir que após a ocorrência de violência, a maioria da amostra do nosso estudo aponta para a não existência de algum tipo de lesão. Todavia quem considera haver lesão, a lesão psicológica é a mais frequente, descrita como “desgaste psicológico” (Q23), “indignação, revolta e vontade de mudar de serviço” (Q26). Outro dado que merece o nosso cuidado prende-se com o fato de 7,9% dos enfermeiros ter sofrido de lesão física, descrita como: “ferida inciso contusa labial” (Q22), “soco no mento com ferida no lábio inferior” (Q32), “luxação e tendinite de um dedo” (Q44), “lesão ocular” (Q87), “estrangulamento no pescoço” (Q105). Assim como, 7,1% observou lesão física a colegas, nomeadamente, “escoriações e contaminação com sangue do doente nos olhos” (Q56), “murro no peito e puxões de cabelo a enfermeira lesada, cuspidelas na face” (Q83), “hematomas” (Q96) (Q103). A VLT no setor da saúde é destrutiva e tem um impacto negativo na vida profissional e pessoal dos profissionais, afetando a saúde física e mental das vítimas, como também, na qualidade dos cuidados prestados ao utente. A VLT causa diretamente o absentismo a curto ou longo prazo e degrada a produtividade, o clima de trabalho e a moral dos profissionais (Sun et al., 2017).

Quanto à *tipologia* de violência verifica-se que 52,0% refere ter sofrido violência psicológica e 62,2% refere ter presenciado violência psicológica nos últimos 6 meses, sendo a agressão verbal a mais referida por quem sofreu e por quem presenciou violência. Dado corroborado por Silva et al. (2014) quando afirmam que no estudo que desenvolveram a agressão verbal foi o tipo mais comum de violência praticada contra os profissionais de saúde. No entanto, nos relatórios de progresso e monitorização: Sistema Nacional de Notificação de Incidentes demonstraram resultados diferentes, sendo apontado o assédio moral/*mobbing* o mais frequente (DGS, 2018). Os quatro tipos de violência psicológica mais apontados pelos enfermeiros foram: a agressão verbal, a intimidação, a pressão moral e a discriminação. Os dados colhidos apontam, também, para 22,0% dos enfermeiros sofrerem violência física nos últimos 6 meses e 29,1% dos enfermeiros observaram violência física. Informação defendida pelo relatório de progresso de monitorização da DGS (2018) quando expõe que 68% dos profissionais de saúde sofreram assédio moral/*mobbing*, 13% violência verbal e 12% violência física.

No que diz respeito ao *interveniente/perpetrador* de violência constata-se que o doente, indicado como o perpetrador mais frequente do ponto de vista de quem sofre violência; o familiar/acompanhante, apontado o perpetrador mais frequente por parte do enfermeiro que observou violência. O colega enfermeiro, a chefia/supervisor e outro profissional foram outros três intervenientes referidos pelos enfermeiros. Dados corroborados pelos registos executados na plataforma NotifiQ@ até 30/06/2018, onde se verifica que das situações de violência, o doente (54%) foi o agressor mais identificado, seguido do profissional da mesma categoria (22%) e do familiar do utente (21%) (DGS, 2018).

Quanto à *recorrência e frequência* de violência sofrida por parte dos enfermeiros durante a sua atividade profissional no SU nota-se que 74,8% sofreu e 91,3% presenciou algum tipo de violência no SU, inclusive a amostra considerou que situações de violência são algo *recorrente* no SU. Manifestando que as situações de violência que sofreram e/ou presenciaram aconteceram “mais que 4 episódios” nos últimos 6 meses em relação à data da resposta ao

questionário. Resultados idênticos foram reportados por outros autores, quando constataram que a violência e agressão aos enfermeiros são frequentes, inclusive várias formas de violência ocorrem com relativa frequência (Sun et al., 2017).

Quanto à *inevitabilidade* da ocorrência de violência, os enfermeiros consideram que é algo evitável. Dado corroborado pelo relatório desenvolvido pela DGS (2015) sobre violência contra profissionais de saúde, onde se verifica que 346 das notificações *on-line* referem que o episódio poderia ter sido prevenido.

O turno da tarde foi o período do dia apontado pelos enfermeiros para a *ocorrência* de mais episódios de violência, seguido pelo turno da manhã de 8 horas. Segundo o relatório da violência contra profissionais de saúde, notificação *on-line* da DGS (2015) afirma que quanto ao horário, foram referidos cerca de 256 episódios de violência no horário das 8h às 13h59m, seguido de 183 episódios no horário das 14h às 18h59m.

Quanto ao *local* da ocorrência de violência constata-se que os cinco locais mais referidos pela amostra foram: a sala de tratamentos, a triagem, a sala de observação médica, a sala de emergência e os “balcões”. No estudo desenvolvido por Silva et al. (2014) as salas de emergência foram as que apresentaram a maior ocorrência de violência.

Perante um ato de violência sofrida, verifica-se que as cinco principais reações do enfermeiro, prenderam-se com: “defendeu-se do agressor” (33,9%), “reportou a um superior” (18,1%), “reportou a amigos/familiares/colegas” (7,1%), “procurou ajuda” (4,7%) e “ficaram sem reação” (4,7%).

CONCLUSÃO

A investigação demonstra que a violência sobre os enfermeiros é uma situação “recorrente”, evitável e que a maioria dos enfermeiros não notifica o episódio. A agressão verbal é o tipo mais frequente de violência vivida pelos enfermeiros. O doente e o familiar/acompanhante são os perpetradores mais frequentes. O turno da tarde foi o período do dia apontado para a ocorrência de mais episódios de violência. A sala de tratamentos, a triagem, a sala de observação médica e a sala de emergência são os locais onde ocorrem mais violência. A falta de informação/comunicação ao doente/acompanhante, a falta de segurança, os problemas socioeconómicos, a vida profissional, a doença do doente e o grande número de visitas foram apontados como fatores de risco potenciadores de violência. Verificou-se que da ocorrência de violência advém menor satisfação profissional, menor saúde física, menor saúde mental, menor desempenho profissional, menor qualidade dos cuidados e deterioramento das relações pessoais/familiares. Os episódios de violência nos serviços de urgência ameaçam a prestação de cuidados de saúde seguros e eficazes aos doentes. A violência sobre os enfermeiros caracteriza-se por ser uma temática muito importante, recorrente, frequente e evitável com consequências quer nos cuidados quer na saúde e desempenho do enfermeiro, uma problemática que requer prevenção, formação e notificação.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Direção Geral da Saúde. (2006). *Melhorar o ambiente organizacional em prol da Saúde dos Profissionais*. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/circular-informativa-n-15dspcs-de-07042006-pdf.aspx>
- Direção Geral da Saúde. (2015). *Violência contra Profissionais de Saúde: Notificação on-line 2014*. <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/notificacao-on-line-de-violencia-contra-profissionais-de-saude-relatorio-2014-pdf.aspx>
- Direção Geral da Saúde. (2018). *Relatório de progresso de monitorização: Sistema Nacional de Notificação de incidentes: 2º Trimestre de 2018*. https://www.dgs.pt/ficheiros-de-upload-2013/notifica-rpm-2018_2-pdf.aspx
- International Council of Nurses. (2017). *Position Statement: Prevention and management of workplace violence*.
- Longo, J., Cassidy, L., & Sherman, R. (2016). Charge Nurse' experience with horizontal violence: Implications for leadership development. *The Journal of Continuing Education in Nursing*, 47(11), 493-499. <https://doi.org/10.3928/00220124-20161017-07>
- Silva, I. V., Aquino, E. I., & Pinto, I. C. (2014). Violência no trabalho em saúde: A experiência de servidores estaduais da saúde no Estado da Bahia, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 30(10), 2112-2122. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00146713>
- Sun, P., Zhang, X., Sun, Y., Ma, H., Jiao, M., Xing, K., Kang, Z., Ning, N., Fu, Y., Wu, Q., & Yin, M. (2017). Workplace violence against health care workers in North Chinese Hospitals: A cross-sectional survey. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 14(1), 1-10. <https://doi.org/10.3390/ijerph14010096>
- Xing, K., Jiao, M., Ma, H., Qiao H., Hao, Y., Li, Y., Gao, L., Sun, H., Kang, Z., Liang, L., & Wu, Q. (2015). Physical Violence against General Practitioners and Nurses in Chinese Township Hospitals: A Cross-Sectional Survey. *PLOS ONE*, 10(11), 1-14. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0142954>

INDICADORES DE QUALIDADE DE NUTRIÇÃO ENTÉRICA NA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

RENATA ALEXANDRA CRUZ CONSTANTINO¹

LUÍS LEITÃO SARNADAS²

INTRODUÇÃO

Estudos recentes apontam para uma elevada prevalência de desnutrição ou de risco de desnutrição em unidades de cuidados intensivos, na admissão e, sobretudo, no decurso do internamento, pelo hipercatabolismo e estado inflamatório severo com consequente aumento das necessidades nutricionais, pela instabilidade hemodinâmica e pelas frequentes interrupções na terapêutica nutricional para realização de exames e/ou procedimentos, característicos da doença crítica (Paz & Couto, 2016).

Perante a comum impossibilidade ou insuficiência de proporcionar à pessoa em situação crítica (PSC) uma nutrição adequada pela via oral, a utilização da via entérica, se não estiver contraindicada, é a abordagem de primeira linha, sendo-lhe reconhecidas vantagens como praticidade, segurança e custo-efetividade (McClave et al., 2016). A sua administração pode, contudo, estar condicionada por fatores inerentes quer à condição clínica desta tipologia de doentes quer às complicações da própria terapêutica nutricional, o que resulta na inevitável falha em relação ao alvo nutricional (Kozeniecki et al., 2018). Uma terapêutica nutricional adequada, constitui-se como fator determinante de melhor prognóstico, com aumento da qualidade de vida para a pessoa e com benefícios claros na redução de complicações, (McClave et al., 2016).

Tendo em vista garantir a melhor assistência nutricional à PSC, surge a integração de indicadores de qualidade (IQ) que constituem guias para a monitorizar e avaliar. Apesar de existirem indicadores de qualidade de nutrição entérica (IQNE) validados e publicados em vários países, não existem no contexto português. Deste modo, o presente estudo tem como finalidade definir e validar um conjunto de IQNE aplicáveis na PSC em contexto de cuidados intensivos, com adaptabilidade na realidade nacional,

1 MSc, Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica no Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, E.P.E. renataconstantino@gmail.com

2 PhD, Professor Adjunto da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, UICISA: E.sarnadas@esenfc.pt

METODOLOGIA

Da problematização anterior, surgiu a questão de investigação: quais os IQNE com aplicabilidade na PSC, em contexto de cuidados intensivos, adaptados à realidade nacional? Com o intuito de dar resposta à questão formulada e aos objetivos traçados, desenhou-se um estudo com duas fases distintas, a realização de uma *Scoping Review* (SR) e o desenvolvimento de uma técnica de *Delphi*. A primeira fase, concebida de acordo com a metodologia proposta pelo *Joanna Briggs Institute* (The Joanna Briggs Institute, 2015), com a finalidade de mapear as evidências subjacentes à temática, identificar os IQNE com aplicabilidade prática em contexto hospitalar, mas também contribuir com uma base sólida para a fase subsequente do estudo. Foram definidos critérios de inclusão com base na população; no conceito; no contexto hospitalar; no tipo de estudo; no idioma e data de publicação. Para a identificação e seleção de artigos, realizou-se uma pesquisa simples, de modo a identificar as palavras mais comumente usadas nos títulos e resumos de artigos encontrados, assim como os termos de indexação. De seguida, conduziu-se a pesquisa com recurso à base de dados, MEDLINE, CINAHL e Cochrane Library. Por último, foram analisados os artigos selecionados, bem como as referências de forma a incluir potenciais estudos adicionais. A extração de dados envolveu a revisão minuciosa de cada artigo selecionado, bem como a síntese da informação mais relevante.

Na segunda fase, recorreu-se à técnica de *Delphi*, tendo em vista a obtenção de consenso por meio de julgamento/opinião de um painel de peritos, acerca dos IQNE resultantes da fase anterior, que seriam considerados mais significativos, viáveis e passíveis de aplicabilidade no contexto do estudo. Esta técnica pressupõe a realização de etapas, que correspondem à preparação, execução e apresentação de resultados.

A preparação resultou na criação do painel através de uma seleção intencional dos participantes, baseada no cumprimento de pelo menos dois dos critérios definidos à *priori*, nomeadamente experiência profissional em cuidados intensivos (adultos) de pelo menos 5 anos; experiência na prescrição e/ou administração e/ou avaliação da nutrição entérica (NE); investigação e/ou trabalhos científicos publicados acerca desta temática e participação em grupo(s) de trabalho neste âmbito. No que respeita ao processo de recrutamento, estabeleceu-se contacto com pessoas referência em várias unidades do país, no sentido de solicitar a sua colaboração como peritos, bem como indicar outros que também cumprissem os critérios. Uma vez identificados os potenciais participantes, foi efetuado um contacto individual, com a apresentação de uma síntese do estudo e a solicitação formal de consentimento de inclusão no painel, acusando a receção de 30 respostas afirmativas. Ainda nesta etapa, os IQNE resultantes da fase anterior foram submetidos a uma triagem criteriosa por parte dos investigadores em conjunto com um perito consultor, do qual resultaram 25 IQNE, contextualizados, fundamentados e operacionalizados num descritivo detalhado.

Foi utilizado um questionário online, construído a partir da plataforma *Google® Forms*, de autopreenchimento e com a criação de uma hiperligação que foi enviada aos peritos por correio eletrónico, após ser sujeito a um pré-teste que permitiu a realização de ajustes pontuais. Para além dos dados sociodemográficos e profissionais que permitiram caracterizar os participantes, apenas na ronda inicial, numa segunda parte foi solicitado aos peritos que identificassem de acordo com a sua opinião, o grau de relevância para cada um dos IQNE apresentados e a

sua aplicabilidade na PSC em cuidados intensivos expressa de acordo como uma escala tipo *Likert*, com 4 pontos (1 – *Irrelevante*; 2 – *Pouco relevante*; 3 – *Relevante* e 4 – *Extremamente Relevante*). Por fim, uma última parte, de preenchimento não obrigatório que correspondia a comentários, sugestões e/ou propostas de novos IQNE.

A execução, referente à segunda etapa da técnica Delphi, consistiu na aplicação dos questionários, em rondas, até à obtenção de um nível satisfatório de consenso. Assim, para um maior rigor, confiabilidade e enriquecimento da investigação estabeleceram-se critérios cumulativos: % de concordância, mediana e intervalo interquartil (IIQ), que em conjunto se traduziriam em níveis de consenso. Contudo, estes critérios cumulativos só foram estabelecidos para os níveis de aceitação dos IQ: “Perfeito” (concordância=100%, mediana=4 e IIQ=0); “Muito elevado” (concordância \geq 90%, mediana=4 e IIQ<1) e “Elevado” (concordância \geq 90%, mediana \geq 3 e IIQ=1). Evidencia-se que os IQ não aceites, pelo não cumprimento dos critérios acima, passariam à ronda subsequente ou seriam descartados no caso da ronda final.

A primeira ronda teve a duração de 10 dias, decorrendo de 20 de outubro a 4 de novembro de 2017, com 30 participantes. A segunda ronda, com a mesma duração, decorreu de 7 a 16 de novembro do mesmo ano, com apenas 26 participantes. Após a realização de cada ronda, os dados constantes de cada questionário foram tratados através de análise estatística descritiva.

Foram assegurados os princípios éticos inerentes à natureza desta investigação: deliberação favorável da Comissão de Ética da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde – Enfermagem, da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (Parecer nº P446-08/2017); obtido consentimento informado de todos os participantes; possibilidade de desistência. A terceira e última etapa da técnica de *Delphi* será apresentada no ponto seguinte, uma vez que corresponde à disseminação e apresentação dos resultados.

RESULTADOS

A pesquisa identificou um total de 116 estudos potencialmente relevantes. Após as etapas correspondentes à exclusão de artigos duplicados ($n=21$), exclusão após leitura de título e resumo ($n=64$) e exclusão após análise do texto integral por não cumprimento de critérios ($n=16$), foram incluídos 15 estudos, publicados entre 2009 e 2017. Da sua análise detalhada, em instrumento próprio, resultou um conjunto de 34 IQNE. Como mencionado, estes IQNE foram sujeitos a uma primeira avaliação e triagem rigorosa dos investigadores e perito consultor, tendo resultado num total de 25 IQNE, sendo que apenas estes foram submetidos a avaliação por parte dos participantes na ronda inicial (Tabela 1).

Na ronda 1, o painel de peritos era composto pelos três grupos profissionais, nomeadamente enfermeiros (70%), médicos (23,3%) e nutricionistas (6,7%). Em relação às habilitações académicas, 53,3% possuía o grau de mestre. O tempo médio de exercício profissional era de 19,8 anos, sendo que em média os peritos trabalhavam há 15,4 anos em serviços de cuidados intensivos. A totalidade de peritos assumiu ter experiência na prescrição e/ou administração e/ou avaliação da NE, sendo que a existência de protocolos de NE era uma realidade em

90% dos serviços onde exerciam funções. 46,7% referiam a realização de investigação e/ou trabalhos científicos e a participação em grupos de trabalho na área em estudo. Na ronda 2, 4 (13,3%) participantes, dos quais 3 enfermeiros(as) e 1 médico(a) não responderam em tempo útil à solicitação de continuidade no estudo.

Em relação aos resultados da ronda 1, evidencia-se que apenas o IQ22 "Existência de Protocolos básicos" obteve o nível de consenso "Perfeito", tendo reunido o maior número de respostas 4 *Extremamente relevante*. O IQ3 "Início precoce da NE" e o IQ17 "Monitorização e manutenção de valores adequados de glicémia" alcançaram um nível de consenso "Muito elevado", pelo que também se destacaram em relação aos demais. O IQ7 "Frequência de doentes em défice nutricional pela Circunferência do Braço" foi o menos consensual, obtendo um nível "Baixo", com uma percentagem de concordância de apenas 40%, destacando-se, ainda, pelo maior número de respostas 1- *Irrelevante* e 2- *Pouco relevante*.

Os IQ4, IQ5, IQ7, IQ8, IQ9, IQ10, IQ13, IQ15, IQ16, IQ19 e IQ20, transitaram para a ronda seguinte pela não obtenção dos critérios mínimos de consenso. Foram acrescentados à *segunda ronda* 2 indicadores resultantes da sugestão de peritos em questão aberta, nomeadamente o IQ 26 "Monitorização do volume residual gástrico" e o IQ27 "Utilização de procinéticos em doentes com volume residual gástrico elevado". Como todos os anteriores, foram classificados segundo a sua tipologia e também se fizeram acompanhar por um descritivo. Apesar de alguns indicadores terem aumentado ligeiramente a percentagem de concordância na segunda ronda, os resultados da primeira foram confirmados.

Assim, tendo em conta os resultados globais do painel *Delphi* e os níveis de consenso previamente definidos, após duas rondas, ficou definido um conjunto de 14 IQNE, com aplicabilidade na PSC em cuidados intensivos (Tabela 1).

Tabela 1

Lista de IQNE e Resultados Estatísticos das Respostas dos Peritos

ódigo	Indicador de Qualidade	Ronda 1		Ronda 2		Lista Final
		Concordância (%)	Nível de Consenso	Concordância (%)	Nível de Consenso	
IQ1	Frequência de realização de triagem do risco nutricional	96,7	Elevado	>>>		Sim
IQ2	Frequência de episódios de diarreia	96,7	Elevado	>>>		Sim
IQ3	Início precoce da NE	96,7	Muito Elevado	>>>		Sim
IQ4	Frequência de interrupção da nutrição entérica por período superior a 24 horas	73,3	Moderado	88,46	Moderado	Não
IQ5	Frequência de medida de IMC	56,7	Bom	61,54	Moderado	Não
IQ6	Frequência de reavaliação nutricional periódica	90	Elevado	>>>		Sim

IQ7	Frequência de doentes em défice nutricional pela Circunferência do Braço (CB)	40	Bom	42,31	Bom	Não
IQ8	Exames laboratoriais na Avaliação Nutricional Inicial (ANI)	80	Moderado	88,46	Moderado	Não
IQ9	Frequência de saída inadvertida da sonda de administração de NE	43,3	Bom	69,23	Moderado	Não
IQ10	Frequência de episódios de obstipação	80	Moderado	84,62	Moderado	Não
IQ11	Frequência de medida ou estimativa do gasto energético e necessidades proteicas	93,3	Elevado	>>>		Sim
IQ12	Cumprimento do objetivo calórico	96,7	Elevado	>>>		Sim
IQ13	Frequência de recuperação da ingestão oral	86,7	Moderado	80,77	Moderado	Não
IQ14	Frequência de dias de administração de aporte proteico adequado	100	Elevado	>>>		Sim
IQ15	Frequência de obstrução da sonda de administração de NE	56,7	Bom	69,23	Moderado	Não
IQ16	Frequência da aplicação da Subjective Global Assessment (SGA)	60	Moderado	65,38	Moderado	Não
IQ17	Monitorização e manutenção de valores adequados de glicémia	100	Muito Elevado	>>>		Sim
IQ18	Frequência de intercorrências gastrointestinais relacionadas com a NE	93,3	Elevado	>>>		Sim
IQ19	Frequência de doentes com volume de NE administrado superior a 70% do volume prescrito	80	Moderado	88,46	Moderado	Não
IQ20	Frequência de identificação do doente e dos nutrientes nas bolsas de nutrição artificial	86,7	Moderado	88,46	Moderado	Não
IQ21	Utilização de bombas de administração de NE	90	Elevado	>>>		Sim
IQ22	Existência de Protocolos básicos	100	Perfeito	>>>		Sim
IQ23	Posição semi-sentada do doente com NE por sonda nasogástrica	96,7	Elevado	>>>		Sim
IQ24	Monitorização da NE	96,7	Elevado	>>>		Sim
IQ25	Avaliação do estado nutricional	96,7	Elevado	>>>		Sim
IQ26	Monitorização do volume residual gástrico	>>>		88,46	Moderado	Não
IQ27	Utilização de procinéticos em doentes com volume residual gástrico elevado	>>>		88,46	Moderado	Não

DISCUSSÃO

Em relação ao painel de peritos, a qualificação e a qualidade, a disponibilidade, o interesse, o compromisso e os contributos concedidos, todos verificados na presente investigação, estão também plasmados na literatura, como características e vantagens ímpares desta técnica e que a diferenciam das demais. Julga-se, portanto, que o painel de peritos reuniu todas as condições para avaliar a adequabilidade, exequibilidade e relevância dos IQ propostos.

Evidencia-se que o IQ22 "Existência de Protocolos básicos" foi o único que reuniu o nível de consenso "Perfeito", o que pode estar relacionado com o facto de 90% dos peritos referirem a existência de protocolos de NE nos seus contextos, reconhecendo a importância e contributos destes na uniformização de práticas/procedimentos, servindo como linhas de orientação, garantia das melhores práticas baseadas em evidência e promoção da segurança do doente. Por outro lado, existe consonância com a evidência científica, que associa a utilização de protocolos de NE, meticulosamente estruturados e instituídos conforme as *guidelines* mais recentes (Cederholm et al., 2017; McClave et al., 2016). Destaca-se também, embora pela negativa, o IQ7 "Frequência de doentes em défice nutricional pela Circunferência do Braço", tendo sido considerado o indicador menos relevante, mantendo um nível de consenso "Baixo" nas duas rondas. Este resultado coaduna-se com a evidência que considera que na PSC, a presença de edema, flacidez, posicionamento e a imobilidade no leito, poderão produzir alterações nesta medida antropométrica (Paz & Couto, 2016). Considera-se pertinente evidenciar o comentário final de um dos peritos: "Os indicadores submetidos a apreciação são amplamente pertinentes, a atribuição da menção de pouco relevante não se refere ao indicador em si, mas ao contexto (...) é a realidade concreta de cada unidade que os torna ou não exequíveis" (P12). A par da quantidade, considera-se a diversidade como outra característica a destacar no conjunto obtido, manifestada pela integração de IQ que cursam todas as fases da terapêutica nutricional, nomeadamente a avaliação inicial, a preparação e administração e a avaliação final e deteção de complicações. Mais uma vez, recorre-se à observação de um dos peritos, por forma a reforçar as ideias expostas: "No global, considero os indicadores apresentados muito pertinentes e com bastante relevância (...) englobam os aspetos chave" (P27). Por último e igualmente relevante, admite-se que este conjunto de indicadores diversificado, exige um inevitável compromisso e envolvimento de toda a equipa multidisciplinar, facto também corroborado pela literatura.

CONCLUSÃO

Considera-se que o cumprimento do objetivo central do presente estudo, com a consequente definição e validação de 14 IQNE, condizentes com a evidência científica, será uma mais-valia em diversos domínios. Para a pessoa em situação crítica com terapêutica nutricional entérica, pelas práticas mais seguras, baseadas na evidência científica, com melhor custo-benefício, e considerando as expectativas, necessidades, carências e a melhoria da qualidade de vida. Para os profissionais de saúde, pela melhoria da qualidade dos cuidados prestados, com desenvolvimento e implementação de práticas intencionais, seguras e mensuráveis e pela diminuição da sua variabilidade. Para o sistema de saúde, pela otimização de recursos, melhoria da eficiência dos serviços e como base de referência no desenvolvimento de programas da qualidade em saúde. Para a investigação, pois apesar de serem identificáveis traços mitigados de mudança em Portugal, com o aparecimento de alguns estudos com IQ, este parece tratar-se de um projeto pioneiro, inovador e que "abre portas" a novos estudos, até porque a qualidade não é um processo estanque, mas dinâmico e evolutivo.

O desenvolvimento de uma investigação de natureza semelhante, embora com a inclusão de um painel multiprofissional mais alargado, diversificado e representativo da realidade nacional, parece profícuo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Cederholm, T., Barazzoni, R., Austin, P., Ballmer, P., Biolo, G., Bischoff, S., Compher, C., Correia, I., Higashiguchi, T., Holst, M., Jensen, G., Malone, A., Muscaritoli, M., Nyulasi, I., Pirlich, M., Rothenberg, E., Schindler, K., Schneider, S., van der Schueren, M. ... Singer, P. (2017). ESPEN guidelines on definitions and terminology of clinical nutrition. *Clinical nutrition*, 36, 49-64. <https://doi.org/10.1016/j.clnu.2016.09.004>
- Kozeniecki, M., Pitts, H., & Patel, J. (2018). Barriers and solutions to delivery of intensive care unit nutrition therapy. *Nutrition in Clinical Practice*, 1-8. <https://doi.org/10.1002/ncp.10051>
- McClave, S., Taylor, B., Martindale, R., Warren, M., Johnson, D., Braunschweig, C., McCarthy, M., Davanos, E., Rice, T., Cresci, G., Gervasio, J., Sacks, G., Roberts, P., Compher, C., & Society of Critical Medicine, American Society for Parental and Enteral Nutrition. (2016). Guidelines for the provision and assessment of nutrition support therapy in the adult critically ill patient: Society of Critical Care Medicine (SCCM) and American Society for Parenteral and Enteral Nutrition (ASPEN). *JPEN Journal Parenteral Enteral Nutrition*, 40(2), pp. 159-211. <https://doi.org/10.1177/0148607115621863>
- Paz, L. & Couto, A. (2016). Avaliação nutricional em pacientes críticos: Revisão de literatura. *BRASPEN Journal*, 31(3), 269-277.
- The Joanna Briggs Institute. (2015). *The Joanna Briggs Institute reviewers' manual 2015: Methodology for JBI scoping reviews*. https://joannabriggs.org/assets/docs/sumari/Reviewers-Manual_Methodology-for-JBI-Scoping-Reviews_2015_v2.pdf

GESTÃO DA DOR NO SERVIÇO DE URGÊNCIA: PRÁTICAS DOS ENFERMEIROS

CATARINA ANDRÉ SILVA ANTÓNIO¹
AMÉLIA FILOMENA DE OLIVEIRA MENDES CASTILHO²

INTRODUÇÃO

A dor é uma experiência universal, vivenciada em todas as faixas etárias, níveis sociodemográficos, situações e ambientes, constituindo uma das principais razões para a procura de assistência de saúde. É a razão mais comum que leva as pessoas a recorrerem ao serviço de urgência (SU) (Pretorius et al., 2015; Mota et al., 2020).

Apesar de se reconhecer a relevância da avaliação da dor no âmbito da prestação de cuidados de saúde, a subvalorização da dor, com consequentes lacunas numa abordagem sistemática, é um dos problemas encontrados na prática clínica diária, sobretudo em contexto do SU (Sardo et al., 2020).

Assumindo a necessidade de melhoria da prestação de cuidados ao doente com dor no SU, este estudo pretende numa primeira fase identificar a prevalência da dor nos doentes que recorrem ao SU e identificar a prevalência da priorização aquando da triagem do doente. Posteriormente pretende-se: identificar os instrumentos de avaliação da dor utilizados pelos enfermeiros, identificar as práticas de enfermagem nas diferentes fases no processo de enfermagem; identificar as dificuldades sentidas pelos enfermeiros na gestão da dor e, analisar se as práticas de enfermagem estão associadas a características socioprofissionais dos enfermeiros.

METODOLOGIA

O estudo procura dar resposta à seguinte questão de investigação: quais as práticas de enfermagem implementadas na gestão da dor no doente no SU?

1 MSc, Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra. catinhantonio@gmail.com

2 PhD, Professora Adjunta da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. UICISA: E, afilomena@esenfc.pt

A investigação empírica incorpora dois estudos, considerados complementares. No primeiro estudo, de carácter quantitativo, descritivo e retrospectivo, foi realizado o levantamento de dados estatísticos do programa informático Alert®, para caracterizar a idade, sexo, fluxograma, discriminador e prioridade clínica atribuída aos doentes, que recorreram ao SU de um hospital central da região centro, no ano civil de 2012.

Posteriormente, foi desenvolvido o segundo estudo, de carácter quantitativo, exploratório, descritivo-correlacional e transversal, através da aplicação de um questionário, on-line a enfermeiros que exerciam funções num SU de adultos, de modo a avaliar as práticas de enfermagem implementadas na gestão da dor. Este questionário, desenvolvido no âmbito deste estudo, é constituído por três partes: a primeira integra oito questões de caracterização socioprofissional (idade, sexo, habilitações académicas, tempo de exercício profissional, tempo de exercício profissional no SU, formação em dor, tempo da formação sobre a dor e adequação dessa formação à prática profissional). A segunda parte, com 68 itens, pontuáveis numa escala, tipo *likert*, ordenada pelo valor da frequência de ocorrência das características com scores de: (0) *não sei/sem opinião*, (1) *nunca*, (2) *raramente*, (3) *frequentemente*, (4) *sempre*, inclui questões de avaliação sobre as práticas de enfermagem implementadas na gestão da dor nas seguintes fases: avaliação inicial (1-28 item), planeamento (31-37 item), execução de intervenções farmacológicas (38-40 item) e não farmacológicas (41-52 item), reavaliação (53-54; 57-60 item), registo (29-30; 55-56 item) e ensino à pessoa com dor (61-68). O processo de construção das questões teve por base a pesquisa bibliográfica e posterior validação semântica e de conteúdo por um painel de peritos e realização de pré-teste. Este questionário revelou boa fiabilidade de constructo, com elevada consistência interna (alfa global= 0,944).

A terceira parte do questionário, composta por quatro questões, permite avaliar a utilização de diferentes escalas de avaliação da dor, a percentagem de registos face às intervenções realizadas, a perceção da adequação da gestão da dor e a identificação de barreiras/dificuldades na gestão da dor.

A amostra foi constituída por 164 enfermeiros que exerciam funções num SU de adultos, e aceitaram livre e esclarecidamente participar no estudo. Foram cumpridos os preceitos éticos e deontológicos, tendo-se obtido parecer favorável da Comissão de Ética da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (N.º 162-05/2013) e da Comissão de Ética para a Saúde do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (N.º 67-05/2014).

RESULTADOS

Recorreram ao SU 158959 doentes, com média de idades 53,62 anos ($s^2 \pm 21,13$ anos), 56,3% do género feminino. Na triagem, verificou-se que 18,8% das pessoas foram triadas por um fluxograma de dor, com predomínio da dor abdominal, torácica e lombar (5,6%, 4,3% e 4,1%, respetivamente). A maioria dos doentes foi classificado de prioridade urgente (55,2%).

Participaram no estudo 164 enfermeiros, com idades compreendidas entre 22 e 53 anos e

uma média de 36,16 ($s^2 \pm 6,87$), maioritariamente do género feminino (74,4%), 55,2% com pós-graduação/pós-licenciatura de especialização/mestrado. Os enfermeiros têm em média 13,4 anos ($s^2 \pm 6,76$) de exercício profissional e 9,88 anos ($s^2 \pm 6,48$) de experiência no SU. 62% dos enfermeiros frequentaram formação específica em dor, maioritariamente (68,3%) realizada há mais de 3 anos. A maioria dos enfermeiros (86,4%) considerou essa formação adequada/completamente, adequada.

Os resultados referentes às práticas de enfermagem na gestão da dor, permitiram salientar as respostas mais representativas nas várias fases de gestão da dor. Assim, na avaliação inicial, a grande maioria dos itens apresentou elevados valores de *sempre* e *frequentemente*, salientando-se como boas práticas, os itens: "caracterizo a dor segundo a localização" com 95,7%, "caracterizo a dor segundo a intensidade" com 95,1% e "identifico os sintomas associados à dor" com 93,7%. Contudo, salientam-se como áreas críticas os itens onde os profissionais referiram que *nunca* ou *raramente* adotaram essas práticas, nomeadamente "avalio o impacto socioeconómico da dor" com 67,5% e "avalio impacto espiritual da dor" com 67,7%.

No planeamento, salientaram-se como boas práticas, com valores de *sempre* ou *frequentemente* superiores a 70% os itens: "planeio intervenções para o controlo de dor" com 70,4%, "considero o discriminador (ex. dor moderada, severa, dor precordial) no planeamento de intervenções para controlo da dor" com 73,4% e "colaboro ativamente com a restante equipa multidisciplinar no estabelecimento de um plano de intervenção para o controlo da dor" com 79,8%. Destacaram-se com necessidade de melhoria, os itens que apresentaram percentagens mais elevadas de *nunca* ou *raramente*, nomeadamente nas práticas "identifico diagnóstico de dor" com 49,1% e "envolvo a pessoa na definição e reajustamento do plano terapêutico" com 27,4%.

Nas intervenções farmacológicas, todos os itens apresentaram valores de *sempre* ou *frequentemente* superiores a 80%, salientando-se como boas práticas, os itens: "conheço os fármacos analgésicos prescritos (indicações, contraindicações, efeitos colaterais e interações medicamentosas)" com 96,3% e "vigio a segurança da terapêutica analgésica" com 95%. Nas intervenções não farmacológicas, evidenciaram-se como boas práticas, com valores de *sempre* ou *frequentemente* os itens "adequo o posicionamento da pessoa para o controlo da dor" com 93,8% e "promovo o conforto para controlo da dor" com 93,1%. Salientaram-se alguns itens onde cerca de 70% dos profissionais referem que *nunca* ou *raramente* adotam estas práticas: "executo a técnica de imaginação guiada, quando adequada, para controlo da dor" com 72,2%; "executo a técnica de massagem, quando adequada, para controlo da dor" com 70% e "executo a técnica de relaxamento, quando adequada, para controlo da dor" com 69,8%. Na reavaliação, salientaram-se como boas práticas, com elevados valores de *sempre* ou *frequentemente* os itens "monitorizo a eficácia das intervenções farmacológicas implementadas" com 86,6% e "comunico os resultados de avaliação/intervenção da dor à equipa multidisciplinar, garantindo a continuidade do cuidado" com 79%. Como práticas menos adequadas, 66,5% dos enfermeiros referem que *nunca* ou *raramente* "programo no sistema informático reavaliações posteriores após intervenção para o controlo da dor".

Os resultados que avaliam as práticas de registo evidenciaram globalmente valores mais baixos. Apenas 67,3% dos enfermeiros referem que *sempre* ou *frequentemente* "registo a intensidade da dor no suporte de sinais vitais disponível no programa informático"; 67,2%

referem "registo as características e história de dor em notas de enfermagem" e 64,8% "registo sistematicamente as intervenções farmacológicas, os seus efeitos, bem como as mudanças no plano terapêutico". Destaca-se que 41% dos profissionais admitem que *nunca* ou *raramente* realizam "registo sistematicamente as intervenções não farmacológicas, os seus efeitos, bem como as mudanças no plano terapêutico".

No ensino à pessoa com dor, evidenciaram-se como boas práticas, com valores de *sempre* ou *frequentemente* superiores a 70% os itens "ensino a pessoa acerca dos efeitos colaterais da terapêutica analgésica" e "instruo a pessoa sobre a necessidade de alertar precocemente os profissionais de saúde para alterações à dor (agravamento, mudança de padrão, novas fontes e tipos, efeitos colaterais da terapêutica analgésica)". Contudo, salientam-se práticas em que mais de metade dos enfermeiros referiram que *nunca* ou *raramente* adotam: "avalio o conhecimento da pessoa sobre o autocontrolo da dor" (52,1%), "ensino a pessoa sobre o autocontrolo da dor" (51,9%) e "avalio o conhecimento da pessoa sobre estratégias não farmacológicas para o controlo da dor" (50,9%).

No que concerne à utilização das escalas de avaliação da dor, observou-se que a maioria dos profissionais utiliza mais do que uma escala na sua prática diária (59,3%), sendo a escala da avaliação numérica a mais utilizada (84,8%). Quanto aos registos, os enfermeiros referiram que registam menos de metade das intervenções realizadas (= 47,82%; $s^2 \pm 20,94$). Por outro lado, apesar de a maioria dos participantes considerarem realizar uma gestão adequada da dor (71%), apresentaram várias barreiras/dificuldades que dificultam a gestão da dor, destacando-se a falta de tempo e formação, o volume de trabalho e a falta de recursos humanos.

A análise inferencial realizada permitiu evidenciar que, as práticas de enfermagem na gestão da dor são independentes do sexo e das habilitações académicas do profissional que as realiza, uma vez que não existe diferença estatisticamente significativa quer no global quer em cada uma das práticas da gestão da dor ($p > 0,05$).

Verificou-se que os enfermeiros com menos tempo de exercício profissional evidenciaram melhores práticas na gestão da dor, havendo diferença estatisticamente significativa no global ($p = 0,003$) e em 14 das práticas da gestão da dor ($p < 0,05$); do mesmo modo, os enfermeiros com menos tempo de exercício profissional no SU evidenciaram melhores práticas na gestão da dor, com diferença estatisticamente significativa no global e em 11 das práticas da gestão da dor ($p < 0,05$). Por fim, observou-se que os enfermeiros com formação em dor apresentaram melhores práticas na gestão da dor, havendo diferença estatisticamente significativa no global ($p = 0,02$) e em 21 das práticas da gestão da dor ($p < 0,05$).

DISCUSSÃO

Os resultados do estudo 1, permitiram caracterizar a amostra de doentes que procurou um SU, no período de um ano civil. Verificou-se que a maioria dos doentes que recorrem ao SU são do sexo feminino, com uma idade média de 53,62 anos e variância de 21,13. Apesar de se observar uma grande amplitude de idades, estes resultados indiciam que maioria das pessoas

que recorrem ao SU são população ativa, tal como os resultados encontrados por Becker et al. (2015).

Verificou-se que 18,8% das pessoas que recorrem ao SU foram triadas por um fluxograma de dor, destacando-se a dor abdominal, dor torácica e dor lombar. Na maioria dos doentes que recorreram ao SU foi escolhido um discriminador de dor (55,3%), evidenciando que a dor está presente num número significativo de episódios de urgência. Estes dados vão de encontro aos resultados obtidos noutros estudos realizados em contexto de urgência, nomeadamente os obtidos por Sardo et al. (2020).

A análise das práticas de enfermagem na gestão da dor permitiu evidenciar boas práticas na avaliação inicial da dor, observando-se que mais de 90% dos enfermeiros referiram que caracterizavam a dor segundo a localização e a intensidade e identificavam os sintomas associados à dor. Estes resultados indiciam maior conformidade nas práticas do que a encontrada noutros estudos (Mota et al., 2020; Sardo et al., 2020), indiciando que globalmente os enfermeiros estão sensibilizados para a valorização da dor enquanto quinto sinal vital.

Na gestão da dor, os enfermeiros inquiridos executaram maioritariamente as intervenções farmacológicas e, embora referirem adequar o posicionamento da pessoa e promover o conforto para o controlo da dor, valorizaram menos outras técnicas não farmacológicas como a imaginação guiada, a massagem e técnicas de relaxamento. Estes resultados, compatíveis com os observados por Fryet al. (2015) e Gorawara-Bhat et al. (2016), indiciam que os enfermeiros no contexto de urgência tendem a usar medidas mais simples no alívio da dor como o posicionamento.

Relativamente ao registo, os resultados revelaram menor adesão às práticas recomendadas. Os enfermeiros referiram que registam menos de metade das intervenções realizadas. Estes dados são semelhantes aos encontrados por outros autores, nomeadamente Nascimento et al., (2016) indiciando lacunas que podem comprometer a avaliação e continuidade dos cuidados.

Já em relação à utilização de escalas de avaliação da dor, verificou-se que a maioria dos enfermeiros conhecia e utilizava mais do que uma escala de avaliação, mostrando capacidade de adequarem estas ferramentas à situação e de produzirem uma avaliação fiável. A maioria dos enfermeiros considerou que faz uma gestão adequada da dor e a análise inferencial permitiu evidenciar que os enfermeiros com formação em dor, apresentaram melhores práticas na gestão da dor. Contudo, não podemos deixar de salientar que, tal como já observado noutros estudos, nomeadamente no estudo de Mocerri e Drevdahl (2014), mais formação académica não garante melhores práticas de gestão de dor, o que faz questionar a qualidade dessa formação. O facto de a idade não estar associada a diferenças nas práticas, mas os enfermeiros com menos tempo de exercício profissional terem melhores práticas, poderá estar associada a maior valorização da gestão da dor na formação dos profissionais, nos últimos anos.

CONCLUSÃO

A gestão da dor, elevada ao nível do quinto sinal vital e inserida nesse processo do cuidar, apresenta-se como um estado avançado da arte, no qual o enfermeiro precisa de dominar novas tecnologias e conhecimentos específicos.

A dor é muito prevalente enquanto fenómeno de recorrência ao SU, afetando mais de 50% dos doentes, que foram triados por discriminador de dor.

A maioria dos enfermeiros detém formação em dor, considerando-a adequada para a prática diária na gestão da dor. Os enfermeiros conhecem e utilizam várias escalas de avaliação da dor na sua prática diária, sendo a escala de avaliação numérica a mais utilizada. As práticas de enfermagem na gestão da dor são independentes do sexo e habilitações académicas, contudo, o tempo de exercício profissional e o tempo de exercício profissional no SU estão globalmente associados a piores práticas. Os enfermeiros possuem globalmente boas práticas de gestão de dor, mas identificaram-se algumas áreas que necessitam de melhoria, nomeadamente: avaliação inicial (impacto socioeconómico e espiritual da dor); planeamento (identificação diagnósticos de dor, envolvimento da pessoa no plano terapêutico); intervenções não farmacológicas (ambiente físico, técnicas de massagem, relaxamento e imaginação guiada); reavaliação (agendamento reavaliações após intervenção); registo (intervenções não farmacológicas) e ensino à pessoa com dor (autocontrolo da dor, estratégias não farmacológicas).

Os enfermeiros apontaram como principais dificuldades sentidas na gestão da dor, a falta de tempo e formação, o volume de trabalho e a falta de recursos humanos.

Os resultados do presente estudo, enquanto diagnóstico numa área sensível da qualidade dos cuidados de enfermagem tem implicações para a prática: alerta para a necessidade de formação dos profissionais e realização de auditorias cíclicas promotoras de ciclos de melhoria nas áreas mais críticas; desafia a gestão a melhorar o ambiente da prestação de cuidados.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Becker, J. B., Lopes, M. C., Pinto, M. F., Campanharo, C. R., Barbosa, D. A., & Batista, R. E. (2015). Triage no serviço de emergência: Associação entre as suas categorias e os desfechos do paciente. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 49(5), 783-89. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=361042235011>
- Fry, M., Chenoweth, L., & Arendts, G. (2015). Assessment and management of acute pain in the older people with cognitive impairment: A qualitative study. *International Emergency Nursing*, 24, 54-60. <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2015.06.003>
- Gorawara-Bhat, R., Wong, A., Dale, W., & Hogan, T. (2016). Nurses' perceptions of pain management for older-patients in the emergency department: A qualitative study. *Patient Education and Counseling*, 100(2), 231-41. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2016.08.019>

- Mocerri, J. T., & Drevdahl, D. J. (2014). Nurses' knowledge and attitudes toward pain in the emergency department. *Journal of Emergency Nursing*, 40, 6-12 <https://doi.org/10.1016/j.jen.2012.04.014>
- Mota, M., Cunha, M., Santos, M. R., Duarte, J., Rocha, A. R., Rodrigues, A., Gonçalves, C., Ribeiro, R., Sobreira, S., & Pereira, S. (2020). Gestão da dor na prática de enfermagem no serviço de urgência [Edição especial]. *Millenium*, 2(5), 269-279. <https://doi.org/10.29352/mill0205e.29.00257>
- Nascimento, L. A., Cardoso, M. G., Oliveira, S. A., Quina, E., & Sardinha, D. S. (2016). Pain management: Evaluation of practices adopted by health professionals of a secondary public hospital. *Revista Dor*, 17(2), 76-80. <https://doi.org/10.5935/1806-0013.20160019>
- Pretorius, A., Searle, J., & Marshall, B. (2015). Barriers and enablers to emergency department nurses' management of patients' pain. *Pain Management Nursing*, 16(3), 1-8. <https://doi.org/10.1016/j.pmn.2014.08.015>
- Sardo, S., Galletta, M., Coni, E., Aviles Gonzalez, C. I., Piras, I., Pia, G., Evangelista, M., Musu, M., & Finco, G. (2020) Nurses' behavior regarding pain treatment in an Emergency Department: A single-center observational study. *Journal of Pain Research*, 13, 2355-2359. <https://doi.org/10.2147/JPR.S266087>

O PROCESSO DE COMUNICAÇÃO ENTRE O ENFERMEIRO E A PESSOA SUBMETIDA A VENTILAÇÃO MECÂNICA, EM CUIDADOS INTENSIVOS

RAQUEL SOFIA CORREIA FERREIRA¹

MARIA DA CONCEIÇÃO GIESTAS BAÍA SARAIVA²

INTRODUÇÃO

A comunicação é fundamental nas profissões da área da saúde, uma vez que, segundo Sequeira (2016), são profissões de relação que implicam a interação constante com as pessoas doentes, famílias e cuidadores.

O internamento da pessoa em situação crítica numa Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) pode gerar à pessoa doente desconforto, impessoalidade, isolamento social, perda de identidade e de autonomia, neste sentido a comunicação assume relevante importância. Por sua vez, a necessidade da ventilação mecânica invasiva coloca a pessoa doente numa posição de desvantagem pela impossibilidade de comunicar verbalmente aqueles que são os seus sentimentos, emoções e necessidades, dificultando a sua interação (Simões, 2011).

A comunicação com as pessoas em ventilação mecânica invasiva, no contexto das UCIs, representa um desafio para a equipa de enfermagem uma vez que, por exemplo, as alterações da consciência da pessoa doente, a sedação, a presença de via aérea artificial e a necessidade de ventilação mecânica invasiva podem constituir-se como obstáculos ao processo de comunicação. Neste sentido, pretendemos com a realização deste estudo, descrever e analisar o processo de comunicação entre o enfermeiro e a pessoa submetida a ventilação mecânica invasiva; identificar as dificuldades sentidas pelos enfermeiros no processo de comunicação com a pessoa submetida a ventilação mecânica invasiva; identificar as estratégias de comunicação mais utilizadas pelos enfermeiros na interação com a pessoa submetida a ventilação mecânica invasiva.

1 MSc, Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, no Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra. rachel_correia8@hotmail.com

2 PhD, Professora Adjunta na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, UICISA:E. cbaia@esenfc.pt

METODOLOGIA

Face ao exposto formulámos a questão de partida: Como se desenvolve o processo de comunicação entre o enfermeiro e a pessoa submetida a ventilação mecânica invasiva? O presente trabalho é um estudo descritivo-exploratório e com enfoque na abordagem qualitativa.

O estudo de investigação foi realizado no Serviço de Medicina Intensiva de um hospital da região Centro de Portugal. Trata-se de uma unidade polivalente e caracterizada por apresentar um conjunto de meios materiais e humanos que permitem prestar cuidados altamente especializados a pessoas em situação crítica onde a maioria das pessoas doentes apresentam tubo endotraqueal, encontram-se sedadas e submetidas a ventilação mecânica invasiva.

Os participantes numa investigação qualitativa devem ser selecionados em função da riqueza da comunicação e da capacidade de comunicar. O número de participantes é geralmente pequeno e é determinado pela saturação dos dados, isto é, quando os participantes do estudo já não acrescentam novas informações.

Para a seleção dos oito participantes tivemos em consideração os seguintes critérios de inclusão: enfermeiros que prestam cuidados diretos; enfermeiros que já tenham ultrapassado o período de integração na UCI.

De acordo com os objetivos definidos selecionou-se como instrumento de colheita de informação a entrevista semi-estruturada, com questões abertas sobre o tema em estudo, pelo que tivemos por base um guião orientador.

A realização das entrevistas decorreu entre setembro de 2017 e outubro de 2017, e tivemos especial atenção aos aspetos contextuais relacionados com o ambiente, o espaço físico, a privacidade, o tempo disponível dos participantes assim como as atitudes enquanto entrevistador, em que salientamos a empatia como atitude favorecedora. As entrevistas tiveram a duração máxima de vinte e oito minutos, e importa salientar que à oitava entrevista demos por concluída a recolha de informação por se verificar já alguma saturação da informação.

Do ponto de vista do tratamento da informação, e após a colheita de informação, prosseguimos para a análise das entrevistas, uma vez que pretendemos descrever e analisar o processo de comunicação entre o enfermeiro e a pessoa submetida a ventilação mecânica invasiva. Para analisar a informação obtida através das entrevistas realizadas aos enfermeiros recorreremos à técnica de análise de conteúdo de Bardin (2014), seguindo as fases propostas por este autor: a pré-análise, a exploração do material, o tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação. Na fase final interpretámos os resultados, identificámos a relação entre as categorias, as subcategorias e os indicadores.

Na realização do presente estudo de investigação foi assegurado a confidencialidade e o anonimato, e para tal foi solicitado formalmente o parecer à Comissão de Ética para a Saúde e a autorização do Conselho de Administração do hospital, dado que os participantes são os enfermeiros que exercem funções no Serviço de Medicina Intensiva desse mesmo hospital.

De forma a garantir toda a confidencialidade e o anonimato, na apresentação dos resultados foi

atribuído um “código” aos excertos das entrevistas dos participantes de acordo com a ordem de realização das entrevistas (E1, E2, ... E8).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Como referido anteriormente no tratamento da informação recorreremos à técnica de análise de conteúdo de Bardin (2014) que nos permitiu organizar e estruturar por categorias, subcategorias e indicadores, a informação recolhida nas entrevistas. Assim, a construção das categorias teve por base os temas do guião da entrevista e deste modo foram construídas categorias e subcategorias integrando vários indicadores. As quatro categorias definidas são: (1) O processo de comunicação enfermeiro/pessoa doente; (2) Fatores dificultadores do processo de comunicação; (3) Estratégias mobilizadas pelos enfermeiros no processo de comunicação; (4) A família no processo de comunicação.

(1) O processo de comunicação enfermeiro/pessoa doente

Relativamente à esta categoria, do processo de análise às narrativas dos participantes, emergiram duas subcategorias: processo terapêutico e processo complexo.

- O processo de comunicação enfermeiro/pessoa doente é um processo terapêutico e complexo.

Na perspetiva dos participantes do presente estudo, o processo de comunicação enfermeiro/pessoa doente pode ser terapêutico (Coelho & Sequeira ,2014), uma vez que estes autores referem que a comunicação com a pessoa doente permite identificar e atender às necessidades de saúde de cada pessoa e assim contribuir para melhorar a prática de enfermagem.

Na opinião dos participantes deste estudo o enfermeiro ao comunicar com a pessoa submetida a ventilação mecânica invasiva pode “promover a orientação espaço-temporal da pessoa doente”, nomeadamente quando esta se encontra na fase do desmame da sedação, tal como podemos verificar nos excertos que se seguem:

“(...) é um item um pouco esquecido, nem todos se identificam ao pé do doente, nem todos os situam no tempo e no espaço e na hora que é fundamental (...) eles nunca sabem à quantas andam é bom que a gente lhes diga “olhe está luz, mas é tarde, já são X horas” (...)” E1

Um dos problemas dos doentes hospitalizados é a desorientação e o compromisso da função cognitiva, nomeadamente no contexto dos cuidados intensivos em que o simples ato de distinguir o dia da noite é difícil para a pessoa doente.

A comunicação dos enfermeiros deve considerar todas estas características de forma a que as pessoas doentes compreendam eficazmente a mensagem enviada. Na interação enfermeiro/pessoa doente o profissional de saúde tem a responsabilidade de adequar o vocabulário ao beneficiário dos seus cuidados, tendo em consideração o seu grau de escolaridade, as suas crenças e valores.

A complexidade do processo de comunicação neste contexto está relacionada com o facto de estarmos perante “pessoas doentes sedadas e analgesiadas”:

“(...) este serviço de alguma forma tem carga de analgesia e sedação muito forte e se há coisas que eles perdem atendendo ao propofol, ao midazolam é a noção do agora, do dia ou noite (...)” E6

O recurso a determinados medicamentos tais como sedativos é considerado como uma causa química que perturba a comunicação com a pessoa submetida a ventilação mecânica invasiva.

(2) Fatores dificultadores do processo de comunicação

Os fatores dificultadores do processo de comunicação enfermeiro/pessoa doente constituem outras das categorias do presente estudo e integra duas subcategorias: centrados no enfermeiro e centrados na pessoa doente.

No que se refere aos fatores dificultadores do processo de comunicação identificámos fatores centrados no enfermeiro. Assim, e no que se refere à pessoa submetida a ventilação mecânica invasiva um dos fatores que podem comprometer a comunicação é a existência de “Mitos/Ideias pré-concebidas” dos enfermeiros, tal como podemos ler nos relatos de alguns dos participantes.

“(...) eu acho que é uma ideia pré-concebida do doente ventilado, que eu também tinha, (...) e agora tenho uma visão diferente porque eu obtenho na mesma comunicação com o doente e ele responde-me e comunicamos da mesma forma (...) há muita ideia preconcebida e que nos leva aos nossos receios e aos nossos medos e mexe com isso tudo mas está provado que é possível comunicar e com a mesma eficácia” E4

A *falta de formação* é também um dos fatores dificultadores do processo de comunicação centrado no enfermeiro, nomeadamente no que se refere à comunicação com a pessoa submetida a ventilação mecânica invasiva, tal como constatamos pelos seguintes excertos.

“(...) a questão é que nós às vezes também não estamos preparados para isso, hoje em dia as pessoas têm medo do toque (...)” E6

Este facto poderá interferir no processo “cuidativo” dos enfermeiros face às exigências deste tipo de pessoas doentes, mas tal como refere Riley (2004) o enfermeiro pode continuamente promover a sua capacidade comunicativa até que consiga comunicar eficazmente perante as diferentes situações com que se depara.

Os fatores dificultadores do processo de comunicação encontram-se também centrados na pessoa doente, pela sua condição de saúde. O “delírio, a ansiedade ou a confusão” da pessoa doente dificultam o processo de comunicação enfermeiro/pessoa doente. Estes fatores podem, por um lado, comprometer a compreensão da pessoa doente sobre o que o enfermeiro lhe procura transmitir e por outro lado dificultar a compreensão por parte do enfermeiro daquilo que a pessoa doente quer transmitir, tal como ilustram os excertos que se seguem:

“(...) ou então, a confusão, delírio e não conseguem, mas agora também já temos a avaliação do delírio que também já nos permite, acaba por ser uma avaliação também muito não verbal até para perceber o grau de compreensão deles (...)” E5

Outro dos fatores dificultadores do processo de comunicação centrado na pessoa doente é a “incapacidade de comunicar” associada à presença de tubo endotraqueal, à traqueostomia e/ou à condição da pessoa em situação crítica tal como corroborado nos seguintes excertos:

“(…) eles pura e simplesmente como não têm som porque estão entubados e nós tentamos ao máximo perceber-lo e às vezes resulta, às vezes por aproximação (...) a situação clínica, doente em coma, sedado, analgesiado, tudo isso vão ser problemas na comunicação (...)” E6

Os processos de ventilação mecânica, traqueostomia entre outros que bloqueiam a capacidade comunicativa são considerados como causas orgânicas que perturbam a comunicação com pessoas doentes submetidas e estes procedimentos (Moreira et al., 2000).

(3) Estratégias mobilizadas pelos enfermeiros no processo de comunicação A categoria “estratégias mobilizadas pelos enfermeiros no processo de comunicação” com a pessoa submetida a ventilação mecânica invasiva integra cinco subcategorias: comunicação verbal, comunicação não-verbal, habilidades comunicacionais, negociação de estratégias de feedback e mobilização de recursos materiais, que emergiram do processo de análise de conteúdo efetuado às entrevistas dos enfermeiros.

Relativamente às estratégias mobilizadas pelos enfermeiros no processo de comunicação inferiu-se da análise efetuada ao discurso dos participantes que estes utilizavam a comunicação verbal e não verbal.

Os participantes do presente estudo referem que a comunicação verbal envolve a “palavra falada”, estratégia de comunicação muito utilizada na interação com a pessoa submetida a ventilação mecânica invasiva.

“É assim eu falo, a comunicação principal, a verbal, nós falamos com eles na mesma porque eles estão entubados, mas não tendo outros problemas não estão surdos, eles conseguem ouvir-nos e conseguem-nos perceber, portanto eu falo com eles normalmente (...)” E3

No que se refere ao processo de comunicação com a pessoa submetida a ventilação mecânica invasiva, os enfermeiros recorrem, também, ao toque “um instrumento de extraordinário relevo na comunicação não verbal” (Ferreira & Dias, 2005, p. 85), uma forma de comunicação e de cuidar do outro como um todo (Silva et al., 2006).

“O toque, mas menos, pronto eles as vezes ficam muito agitados, tento acalmá-los com a mão, com as mãos (...)” E2

A mobilização de recursos materiais é, também, outra das estratégias que emergem dos discursos dos enfermeiros e que estes utilizam para efetivar o processo de comunicação com a pessoa submetida a ventilação mecânica invasiva

Segundo Sequeira e Pinho (2016) a utilização de um quadro/ uma prancha de comunicação escrita, com símbolos, letras, frases que incluam as comunicações mais frequentes dos

doentes, e fornecer papel, caneta ou lápis se a comunicação escrita estiver preservada são outras das estratégias que podem facilitar o processo de comunicação enfermeiro/pessoa doente.

A folha com as “letras do abecedário/imagens” é um dos recursos materiais utilizados pelos enfermeiros na UCI em estudo, tal como explicitado

(...) depois temos às vezes uma folha com o abecedário em que vamos tentar por a primeira letra de cada palavra e vamos tentando formar a frase que ele quer dizer (...)" E2

A visualização permite à pessoa doente identificar a imagem que ilustra a necessidade que pretende ver satisfeita assim como as letras permitem à pessoa doente ir formando as palavras. A utilização eficiente e eficaz de cada uma destas estratégias irá contribuir para o bem-estar, a segurança e o respeito pela pessoa submetida a ventilação mecânica invasiva, e em última análise, irá refletir-se na qualidade dos cuidados prestados.

(4) A família no processo de comunicação

Numa perspetiva holística a prática dos cuidados de enfermagem deverá dar ênfase à relação/comunicação com a família/pessoa significativa. A presente categoria agrega duas subcategorias: envolver a família como parceira no processo de cuidar e apoiar a família no processo de comunicação família/pessoa doente.

Perante a pessoa submetida a ventilação mecânica invasiva torna-se importante envolver a família, “estimular a família à comunicação” com o seu familiar doente. Esta ideia emergiu dos relatos de alguns dos participantes:

(...) eu digo, “diga o que tem a dizer”, nós nunca podemos dizer que o doente não ouve à partida ouve, mas “não lhe vai responder, mas se sentir essa necessidade (...)" E4

No processo de cuidar, a pessoa em situação crítica, muitas vezes com a comunicação comprometida pela necessidade de ventilação mecânica invasiva, assume particular relevância a comunicação com a família, uma vez que no contexto dos cuidados intensivos é o enfermeiro quem recebe o familiar e o acompanha no momento da visita. Assim sendo faz sentido o enfermeiro “preparar a família para comunicar” com o seu familiar doente.

(...) tento explicar ao familiar se é a primeira vez ou não uma visita à Unidade de Cuidados Intensivos e depois tentar explicar que apesar de ser um curto tempo de espaço da visita, deve falar com ele (...)" E7

Relativamente ao processo de comunicação família/pessoa doente assume também importância o apoio na “gestão das emoções”.

(...) assim como tem que haver o espaço para compreender se a família, se o familiar, quer que a gente esteja presente ou não, porque há alguns que querem é falar connosco e desabafar (...) há outros que gostam de estar um bocadinho sozinhos e então há que entender primeiro (...)" E4

É necessário salientar à família a importância de esta não se emocionar para não perturbar a pessoa doente e, ainda, o enfermeiro deve reforçar a ideia de que o momento da visita seja vivenciado da melhor forma.

CONCLUSÃO

Na UCI, o processo de comunicação enfermeiro/pessoa doente é complexo, e esta complexidade encontra-se relacionada com o facto da maioria das pessoas doentes se encontrarem sedadas e analgesiadas, o que poderá dificultar a resposta por parte da pessoa doente.

Neste processo de comunicação enfermeiro/doente, podem surgir fatores dificultadores, quer centrados no próprio enfermeiro e quer centrados na pessoa doente. Assim, a adoção de estratégias de comunicação pode permitir estabelecer relações de profundo significado humano e terapêutico com a pessoa em situação crítica. Envolver a família no processo de comunicação é importante tanto para tranquilizar a pessoa doente, como para preparar e apoiar a família no processo de comunicação família/pessoa doente.

O desenvolvimento deste estudo permite-nos delinear algumas sugestões que contribuam para melhorar o processo de comunicação entre o enfermeiro e a pessoa submetida a ventilação mecânica invasiva. Assim, sugerem-se novos estudos de investigação neste âmbito e também maior investimento das instituições de ensino na oferta formativa que permita o desenvolvimento de conhecimentos e de habilidades de comunicação. Importa salientar que os resultados deste estudo não devem ser entendidos como generalizáveis dado que se circunscrevem ao particular universo dos participantes.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bardin, L. (2014). *Análise de conteúdo* (4ª ed.). Lisboa, Portugal: Edições 70.
- Coelho, M., & Sequeira, C. (2014). Comunicação terapêutica em enfermagem: como a caracterizam os enfermeiros. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, (11), 31-38. Recuperado de <http://www.scielo.mec.pt/pdf/rpesm/n11/n11a05.pdf>.
- Ferreira, M., & Dias, M.O. (2005). *Ética e profissão: relacionamento interpessoal em enfermagem*. Loures, Portugal: Lusociência.
- Moreira, C., Moleiro, M., & Tomás, M. (2000). Importância da comunicação no desmame dos doentes submetidos a ventilação mecânica. *Revista Sinais Vitais*, (32), 19-23.
- Riley, J. B. (2004). *Comunicação em enfermagem* (4ªed.). Loures, Portugal: Lusociência.
- Sequeira, C., & Pinho, J. (2016). Comunicação em situações específicas. In C. Sequeira (Coord), *Comunicação clínica e relação de ajuda* (pp 198-214.). Lisboa, Portugal: Lidel.

Sequeira, C. (2016). *Comunicação clínica e relação de ajuda*. Lisboa, Portugal: Lidel.

Silva, A., Martinho, A.M., Ferreira, G., Serralheiro, J.I., & Paciência, J. (2006). *Técnicas de comunicação com o doente ventilado*. *Revista Sinais Vitais*, (68), 49-53.

Simões, J.F. (2011). *A influência da estimulação auditiva na pessoa em coma* (Tese de doutoramento). Recuperado de <http://ria.ua.pt/handle/10773/6868>.

VIVÊNCIAS DOS DOENTES E FAMILIARES APÓS ENFARTE AGUDO DO MIOCÁRDIO

MARIA FILOMENA DOS SANTOS MENDES¹

PAULO ALEXANDRE CARVALHO FERREIRA²

INTRODUÇÃO

O Enfarte Agudo do Miocárdio (EAM) é uma doença que ocorre frequentemente de forma súbita e grave, com necessidade de internamento numa Unidade de Cuidados Intensivos Coronários (UCIC). Apesar de os tratamentos serem cada vez mais eficazes, evitando a morte, urge cada vez mais dar resposta a um conjunto mais vasto de necessidades que favoreçam a adaptação do doente à sua nova situação de saúde.

Além da hospitalização, o doente passa também por um processo de incertezas e de adaptação a um estilo de vida novo. É fundamental que o doente enfrente o seu estado de saúde e encare a situação como uma alternativa de rever o seu estilo de vida e de adotar hábitos de vida saudáveis. A família deve ter uma intervenção ativa neste processo de mudança, constituindo-se assim um elemento fundamental na ajuda ao doente para ultrapassar e enfrentar as adaptações necessárias.

No entanto, o diagnóstico de EAM e a hospitalização numa UCIC gera sentimentos de ansiedade e medo no doente, revelando-se também um momento difícil para a sua família que experiencia sentimentos de incerteza quanto ao presente e ao futuro do seu familiar, assim como alterações no seu quotidiano. Contudo, verifica-se que a família continua a ser algo negligenciada neste processo de transição.

O objetivo deste estudo foi analisar e compreender as vivências dos doentes com EAM e dos seus familiares relativamente à doença, ao internamento numa UCIC e ao regresso a casa, e assim poder identificar aspetos relevantes que possam ser integrados na melhoria da prática clínica dos enfermeiros, face ao doente internado na UCIC e seus familiares.

1 MSc, Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica no Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, mendes.filomena@gmail.com

2 PhD, Professor Adjunto na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, UICISA: E, palex@esenfc.pt

METODOLOGIA

Para a consecução do objetivo proposto delimitou-se uma pesquisa qualitativa, com recolha de informação através de entrevistas semiestruturadas, realizada a doentes com EAM internados pela primeira vez na UCIC e a seus familiares (diretos ou de aproximação), e entrevistados, no mínimo, três meses após o regresso a casa.

A amostra foi constituída por doze participantes, 6 doentes e 6 familiares, com igual distribuição em termos de sexo, com capacidade cognitiva para participar e que o aceitassem após consentimento livre e esclarecido. Foi usado um método de amostragem intencional, o mais utilizado nos estudos qualitativos, selecionando-se os participantes com base no seu conhecimento específico de uma determinada experiência, com a finalidade de partilhar esse conhecimento, ou seja, aqueles que vivem a experiência (Streubert & Carpenter, 2002).

Os dados foram colhidos através da entrevista semiestruturada, registada em formato áudio. Foram elaboradas perguntas abertas que proporcionaram aos participantes explicarem e falarem da sua experiência sobre o fenómeno em estudo e, deste modo, possibilitar uma maior amplitude de obtenção de respostas.

Assim, para a realização da entrevista foi utilizado um guião para cada grupo de participantes, doentes e familiares, elaborados pela investigadora com a finalidade de orientar as questões fundamentais face aos objetivos do estudo.

Durante a realização deste estudo de investigação, a identidade dos participantes nunca foi associada às respostas individuais, sendo sempre apresentada de forma codificada, garantindo-se assim o anonimato e a confidencialidade.

Para a análise de dados recorreu-se à técnica de análise de conteúdo, do tipo temático e frequencial (Bardin, 2007). Contudo, verificou-se que as temáticas que afloraram no decorrer das entrevistas foram muito semelhantes em ambos os grupos, ainda que com matizes diferentes, já que os doentes viveram diretamente a doença e os familiares apenas indiretamente. Por isso, decidiu-se apresentar os resultados em conjunto, ainda que diferenciando as vivências de um grupo e de outro.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Posteriormente à leitura repetida das entrevistas realizadas, foi possível construir uma categorização a partir das mesmas, que tornou mais fácil a compreensão do fenómeno em estudo. Deste modo, emergiram duas categorias principais as “vivências durante a hospitalização” e as “vivências após hospitalização”. A primeira categoria subdivide-se em “perceção da doença”, “perceção da UCI” e “sentimentos”. A segunda categoria subdivide-se em “mudanças no estilo de vida” e também em “sentimentos” (como se pode ver na figura).

Figura 1

Representação Esquemática do Fenômeno Vivências dos Doentes e Familiares Após Enfarte Agudo do Miocárdio (EAM)



Fonte: Desenhado pelo autor

Em termos de percepção da doença, escutaram-se relatos de uma sensação de morte iminente dada a intensidade feroz da dor, que sucedeu de forma inesperada, mas que felizmente evoluiu de modo favorável. Em 2013, Cruz refere que a forma súbita como se manifesta o EAM, causa intenso impacto emocional, uma vez que o doente passa a conviver com situações que geram habitualmente medo, insegurança e ansiedade.

Relativamente à percepção da UCI, foi descrita uma dualidade: medo *versus* segurança, suscitado por um ambiente repleto de monitores, alarmes e toda uma parafernália de fios. Há a ideia generalizada de que o sofrimento acompanha o internamento na UCI, pois embora seja o local ideal para dar respostas às necessidades dos doentes críticos, a imagem que a pessoa comum tem de uma UCI é de um ambiente agressivo, tenso e traumatizante. O apoio dos enfermeiros foi considerado como um fator facilitador, enquanto que as limitações nas visitas foram um fator de ansiedade e angústia. Cruz (2013) considera que a família é o apoio social mais próximo do doente durante o seu internamento numa UCI, pelo que o seu envolvimento ajuda a manter o lugar do doente na sua família e estabelece ligação entre o meio social e o meio hospitalar.

Quanto aos sentimentos vividos por doentes e familiares, estes foram na maioria de índole negativa: choque, medo da morte, angústia, ansiedade e cansaço (por parte do familiar), mas também de alívio por tudo ter corrido pelo melhor e de felicidade (por ver o familiar). É habitual, observar em pessoas sobreviventes a um EAM, elevados níveis de ansiedade associados com uma elevada taxa de mortalidade cardiovascular, com a mais forte associação nos 3 primeiros anos (Wrenn et al., 2013), o que ajuda a compreender a manutenção do medo por parte de doentes e familiares. Estes sentimentos foram vividos quer durante quer depois do internamento, porque o medo de recidiva mantém-se presente.

Uma das subcategorias mais marcantes aquando do regresso a casa foi relativa às mudanças no estilo de vida. Quer os doentes quer os seus familiares referiram a importância de terem conhecimento sobre a doença e denotaram um processo de consciencialização dos fatores de risco principais que conduziram ao evento e, por conseguinte, incidiram atitudes preventivas nesse âmbito, nomeadamente corrigir os hábitos alimentares, cessar o consumo de tabaco e promover a atividade física.

Cruz (2013) constatou que perante a vivência do EAM os participantes demonstraram conhecimento sobre algumas das causas da doença, referenciando-as. Para além disso, tornou-se evidente que o conhecimento que atribuem às causas do EAM se relaciona com hábitos de vida.

Por fim, doentes e familiares revelaram ter sentido um reforço das relações familiares, levando a uma maior união e apreciação do tempo vivido em comum. Neste âmbito, Nogueira (2003) refere que a família tem capacidade de evolução e de adaptação eficazes ao longo do seu ciclo vital. A situação de doença é um acontecimento potencialmente gerador de crise, em que se pode assistir a uma alteração da dinâmica familiar e uma redistribuição dos papéis dos seus membros. Apesar disso, seja qual for o tipo de crise, a família desempenha um papel importante na redução ou gestão do stress, na adaptação satisfatória e na reabilitação saudável.

Em síntese, ainda que sendo certo que é impossível que duas pessoas vivenciem o mesmo fenómeno da mesma maneira - Fenomenologia da Perceção (Merleau-Ponty, 1999), podemos referir que doentes e familiares vivenciaram, globalmente, o fenómeno de forma semelhante. A exceção será a subcategoria perceção da doença, porque foi mais marcada por sintomatologia física. Os sentimentos vividos e a perceção dos cuidados foram muito semelhantes. Mesmo no que concerne às mudanças no estilo de vida, verificou-se que os próprios familiares procederam a mudanças para incentivar os seus familiares ao cumprimento das mesmas.

CONCLUSÃO

Face aos objetivos delineados pode-se referir que este estudo permitiu compreender melhor a forma como é percecionado o EAM, seja no momento agudo, seja durante a transição entre serviços hospitalares, desde a urgência até à UCIC, incluindo a preparação e o regresso a casa, e o continuar da vida.

Permitiu também constatar a dualidade de sentimentos vivida nas diversas fases, mas sobretudo nas primeiras horas e primeiros dias na UCIC, período durante o qual o contacto com os entes queridos foi reduzido e em que os enfermeiros desempenharam um papel essencial para o conforto e sentimento de segurança do doente e família. Talvez não tenha sido novidade, mas foi possível constatar que os sentimentos vividos pelos familiares foram muito semelhantes aos do próprio doente, algo que deve ser foco de maior atenção por parte de todos os profissionais de saúde, incluindo os enfermeiros.

O enfermeiro tem um papel decisivo no ultrapassar dos processos de transição, neste caso no de saúde-doença, sendo importante que identifiquem e compreendam as situações de transição que as pessoas alvo dos seus cuidados vivenciam, contribuindo assim para uma melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados.

Espera-se que estes resultados contribuam para aumentar a compreensão sobre o tema, tanto para a equipa de saúde quanto para a prática de enfermagem com os doentes internados na UCIC e respetiva família. Consideramos imprescindível que a equipa de enfermagem designe um espaço para refletir sobre a importância da família como participante ativa no cuidado prestado aos pacientes e como potencializadora na recuperação da sua saúde.

Lançamos como desafio futuro a realização de novos trabalhos mantendo como foco principal a família, de modo a favorecer a elaboração de estratégias que procurem construir um plano de cuidados condizentes com as necessidades da família e principalmente no sentido de reconhecer a família como parte ativa, responsável e coparticipante tanto durante a hospitalização como no regresso a casa. Arriscamos mesmo a deixar como sugestão a elaboração de um programa de acolhimento personalizado à família.

Em relação à investigação em Enfermagem podemos ainda sugerir a realização de estudos longitudinais, quantitativos e qualitativos, partilhados com os enfermeiros dos cuidados de saúde primários, de forma a perceber: a relação entre apoio social e recuperação do doente cardíaco; a importância do enfermeiro no regresso a casa; e a continuidade de cuidados pelas equipas de cuidados de saúde primários.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bardin, L. (2007). *Análise de Conteúdo* (4ª ed.) Edições 70.
- Cruz, M. M. (2013). Preparação da alta hospitalar da pessoa com enfarte agudo do miocárdio [Dissertação de mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra]. Repositório Científico Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. <https://repositorio.esenfc.pt>
- Direção-Geral da Saúde. (2014a). *Processo assistencial integrado do risco vascular no adulto*. Departamento da Qualidade na Saúde.
- Direção-Geral da Saúde. (2014b). *Portugal – Doenças cérebro-cardiovasculares em números - 2014*. Direção de Serviços de Informação e Análise.

- Merleau-Ponty, M. M. (1999). *Fenomenologia da percepção*. Livraria Martins Fontes.
- Nogueira, M. A. (2003). *Necessidades da família no cuidar: Papel do enfermeiro* [Dissertação de mestrado, Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar]. Repositório Aberto da Universidade do Porto. <https://hdl.handle.net/10216/10572>
- Streubert, H. J., & Carpenter, D. R. (2002). *Investigação qualitativa em enfermagem: Avançando o imperativo humanista* (2ª ed.). Lusociência.
- Wrenn, K.C., Mostofsky, E., Tofler, G.H., Muller, J.E., & Mittleman M. A. (2013). Anxiety, anger, and mortality risk among survivors of myocardial infarction. *The American Journal of Medicine*, 126(12), 1107-1113. <https://doi.org/10.1016/j.amjmed.2013.07.022>

AVALIAÇÃO E REGISTO DA DOR NO SERVIÇO DE URGÊNCIA: QUE REALIDADE

MÁRCIA ODETE FREIXEIRO DA SILVA¹
RUI FILIPE LOPES GONÇALVES²

INTRODUÇÃO

De acordo com a Associação Internacional para o Estudo da Dor, a dor é uma experiência multidimensional desagradável, envolvendo não só um componente sensorial, mas também um componente emocional, que se associa a uma lesão tecidual concreta ou potencial, ou é descrita em função dessa lesão (International Association for the Study of Pain, 1994).

Constitui-se como um fenómeno fisiológico de extrema importância para a integridade física do indivíduo. Provoca alterações fisiopatológicas que contribuem para o aparecimento de comorbilidades orgânicas e psicológicas, que podem levar à perpetuação do fenómeno doloroso. É uma das principais causas de sofrimento humano, com comprometimento na qualidade de vida das pessoas e com impacto tanto a nível físico como psicossocial (Direção Geral da Saúde [DGS], 2008).

De acordo com o inquérito nacional de saúde 2014, mais de metade da população com 15 ou mais anos mencionou ter sentido dor física durante o mês prévio, com implicações a nível da realização das suas atividades de vida diárias (Instituto Nacional de Estatística, 2016).

A importância da dor é expressa pelo facto de ela constituir o principal motivo para a procura de cuidados de saúde por parte da população em geral, sendo a queixa mais frequente que motiva a deslocação da população ao serviço de urgência (SU) (Lewénet al., 2010; International Association for the Study of Pain, 2011; Souza et al., 2012). Por sua vez, o controlo da dor é um direito das pessoas e um dever dos profissionais de saúde (DGS, 2008).

Face aos aspetos anteriormente referidos, constata-se que uma gestão inadequada da dor apresenta repercussões negativas tanto a nível da pessoa, como do sistema de saúde e no âmbito socioeconómico do país (DGS, 2008).

1 MSc, Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica no Hospital Distrital de Santarém, EPE, marciaofsilva@gmail.com

2 PhD, Professor Adjunto na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, UICISA: E, rgoncalves@esenfc.pt

Uma avaliação sistematizada e individualizada da dor, assim como um registo pormenorizado da mesma, são aspetos cruciais para um início precoce e personalizado da abordagem terapêutica junto da pessoa com dor, assim como para a continuidade dos cuidados e maximização da resposta assistencial multidisciplinar.

Sendo esta uma realidade que permanece pouco explorada no nosso país, torna-se premente caracterizar a avaliação e os registos relativos à dor, efetuados pelos enfermeiros, a fim de ser passível uma reflexão baseada em dados concretos da realidade atual e posterior intervenção, com vista à melhoria da qualidade dos cuidados e maximização da intervenção de enfermagem, neste âmbito, junto da pessoa com dor. Deste modo, este estudo tem como objetivo geral caracterizar a avaliação e o registo da dor, efetuados pelos enfermeiros, às pessoas admitidas com dor num serviço de urgência.

METODOLOGIA

Tendo por base o anteriormente referido, surgiu como questão de investigação inicial:

- Como avaliam e registam a dor os enfermeiros num SU médico-cirúrgica?

Numa abordagem de base documental, com caráter exploratório, descritivo e transversal, foram analisados os registos produzidos por enfermeiros, referentes à dor - 278 episódios de uma urgência médico-cirúrgica, extraídos da plataforma informática Alert[®] ER - considerando-se como campos de registo o campo "queixa", o campo "notas de enfermagem" e o campo "sinais vitais".

Os episódios analisados resultam dos dados produzidos durante os sete primeiros dias dos meses de agosto, setembro e outubro de 2016, referentes aos casos de triagem com discriminador diretamente relacionado com a dor e posterior atribuição de prioridade laranja. A recolha de dados foi efetuada através de formulário construído para o efeito, em formato de formulário *Google[®] Docs*, procedendo-se posteriormente à sua análise descritiva, com recurso ao programa informático SPSS IBM[®], versão 21.

Como forma de cumprir os pressupostos formais e éticos inerentes à realização do estudo, foi efetuado um pedido de autorização formal, acompanhado do respetivo projeto de investigação, dirigido ao Presidente do Conselho de Administração da instituição de saúde envolvida e, em simultâneo, um pedido de parecer à sua Comissão de Ética, onde se explicitou o âmbito do estudo e os objetivos do mesmo, procedimentos necessários e os interesses do estudo para a prática profissional e para a instituição, obtendo-se parecer favorável (resposta a 12 de julho de 2016) à concretização do estudo.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Partindo da questão inicial, foram surgindo outras questões mais específicas, que nortearão o alinhamento que se segue.

- Quais as causas de dor que motivam a ida ao serviço de urgência?

O fluxograma inicial mais frequente foi o de “dor torácica”, com 32,7%, seguido do fluxograma de “dor lombar”, com 23,7%, sendo que os dois juntos perfazem mais de metade dos episódios alvo de análise (n-157). Os seguintes fluxogramas com maior expressão foram: “dor abdominal” com 12,6%, “problemas nos membros” com 9,7% e “cefaleia” com 4,7%. Por sua vez, o discriminador inicial mais selecionado foi o de “dor severa”, em 61,2% dos episódios, seguido do fluxograma de “dor precordial”, com 30,9% dos episódios.

No estudo efetuado por Souza et al. (2012), relativo às principais queixas apresentadas pelos utentes admitidos num SU, verificou-se que a dor foi a principal queixa apresentada, em 44% do total dos episódios, inserida nos fluxogramas cefaleia, dor abdominal e dor torácica. Por sua vez, a atribuição de prioridade laranja recaiu sobre os fluxogramas cefaleia, dor torácica, dor abdominal e dor lombar, realçando-se que a dor representou 80,6% do total de queixas apresentadas pelas pessoas classificadas com esta prioridade.

Quanto à intensidade da dor registada no momento da triagem, a dor com intensidade 7 foi alvo de seleção em mais de metade dos episódios incluídos no estudo, com 57,6% (n-160). Há ainda a salientar que em 24,1% (n-67) dos episódios se verificou omissão deste registo.

- Que características da dor são avaliadas e registadas?

No âmbito das características da dor registadas no campo “queixa”, aquando da triagem, verificou-se que a característica mais registada foi a “localização”, estando presente em 95,7% dos episódios (n-266). Os “sintomas/sinais associados à dor” surgem como a segunda característica mais registada, em 52,5% dos episódios, precedida da “duração” em 33,5% dos episódios, da “irradiação” em 30,9% dos episódios, dos “antecedentes de saúde relacionados” em 28,1% dos episódios e do “fator desencadeante da dor” em 13,7% dos episódios.

No estudo de Lewén et al. (2010) 88% dos utentes, em que estava registada a presença de dor à chegada ao SU, apresentavam uma avaliação completa da dor documentada, sendo que os aspetos mais contemplados (intensidade da dor, duração e/ou localização) também correspondem às características que mais se evidenciaram nos episódios do presente estudo.

Após o processo de triagem, as características da dor podem ser (re)avaliadas e registadas pelos enfermeiros no campo sinais vitais e/ou no campo notas de enfermagem. Porém, verificou-se existência de registos referentes à dor no campo notas de enfermagem em apenas 9% dos episódios (n-25), sendo que as características privilegiadas no registo foram a “intensidade” (n-18), a “localização” (n-17) e os aspetos relacionados com a “implementação e eficácia de medidas farmacológicas implementadas” (n-9).

Outros autores fazem também alusão às lacunas existentes no registo das características da dor, por parte dos profissionais de saúde, relatando resultados semelhantes aos descritos neste estudo, nomeadamente os estudos de Souza et al. (2012) e Bhandari et al. (2013).

- Com que frequência a dor é reavaliada e registada?

Quanto à reavaliação da dor, no presente estudo constata-se a existência de registos em cerca de 14% dos episódios (n-39), sendo que desses episódios, em mais de metade a dor foi reavaliada uma vez (n-22), até um máximo de três vezes (n-8). Contrariamente, em 86% dos episódios (n-239) não existe documentada reavaliação de dor.

Resultados idênticos foram encontrados em diversos estudos, retratando uma significativa ausência de registos de reavaliação da dor, nomeadamente nos estudos de Lewén et al. (2010) e Bhandari et al. (2013). O estudo de Gordon et al. (2008) revelou que a dor era reavaliada de forma inconsistente e os registos das reavaliações eram primeiramente confinados a classificações de intensidade da dor.

No que concerne à intensidade da dor na última reavaliação verificou-se, no estudo realizado, a existência de registo na régua da dor em cerca de 60% (n-23) dos 39 episódios em que foi contemplada a reavaliação da dor. Por sua vez, 40% das reavaliações (n- 16) foram efetuadas no campo notas de enfermagem, recorrendo a descritores de índole qualitativa.

- A dor é registada com frequência idêntica aos restantes sinais vitais?

O estudo realizado coloca em destaque que a intensidade da dor foi registada com maior frequência (n-211) que os restantes parâmetros vitais, sendo que, de seguida, a temperatura (n-43) e a frequência cardíaca (n-41) foram os mais avaliados, o que se pode encontrar relacionado com o facto de serem frequentemente parâmetros de registo obrigatório durante o processo de triagem. A frequência respiratória é o sinal vital menos avaliado, verificando-se o seu registo em apenas onze episódios.

No que concerne à reavaliação, apesar do número reduzido de registos, a intensidade da dor mantém-se com frequência de registo superior (n-39) aos restantes parâmetros vitais, ressalvando-se a importância atribuída a este parâmetro nas pessoas triadas com discriminador de dor. O anteriormente referido vai ao encontro das orientações da DGS (2008), que salientam que a avaliação e registo regular da intensidade da dor, enquanto 5º sinal vital, constituem uma norma de boa prática clínica.

- A dor é reavaliada e registada após a implementação de medidas farmacológicas e não farmacológicas?

No que concerne à abordagem terapêutica, verifica-se a existência de registo de administração de terapêutica farmacológica em mais de 88% dos episódios analisados (n-246), com reavaliação quantitativa posterior em apenas 9% dos episódios (n-23) e reavaliação qualitativa em cerca de 7% dos episódios (n-17). A maioria das reavaliações após implementação de medida terapêutica farmacológica, independentemente da tipologia, são efetuadas uma vez, sendo de ressaltar que em vários episódios (n-10) se evidenciou a existência das duas tipologias de reavaliação.

Gordon et al. (2008) constataram também, no seu estudo, a inexistência de um método uniforme de registo da intensidade da dor e reavaliação do alívio, demonstrando lacunas nos registos, no período de tempo entre quando uma intensidade elevada da dor foi reportada, a intervenção e a reavaliação.

Relativamente à implementação de medidas não farmacológicas, no presente estudo constatou-se a existência de registo referente às mesmas em apenas 3 dos 278 episódios, sendo a medida mencionada a promoção de conforto através do posicionamento. Não se verificou, contudo, a existência de registos de reavaliação da dor após a implementação das referidas medidas.

CONCLUSÃO

Sendo a dor o principal motivo de procura de cuidados de saúde, com uma panóplia de etiologias, a gestão da mesma torna-se um processo desafiante e altamente complexo no contexto do SU, com todas as particularidades inerentes ao mesmo. Neste sentido, é extremamente pertinente e premente que os enfermeiros especialistas em enfermagem médico-cirúrgica invistam nesta área de cuidados, atendendo ao seu perfil de competências específicas, nomeadamente no que concerne à gestão diferenciada da dor e do bem-estar da pessoa, assim como à gestão e à administração de protocolos terapêuticos complexos.

Considera-se que a realização deste estudo foi um subsídio adicional na produção de evidência científica na área da avaliação da dor e será promotor de reflexão acerca da sua realização e da documentação das intervenções de enfermagem neste âmbito e em contexto específicos, num percurso que não se finda aqui, mas que se espera que seja um mote para a melhoria contínua dos cuidados de enfermagem, rumo à maximização da segurança e da qualidade dos mesmos e, conseqüentemente, da qualidade de vida da pessoa com experiência de dor.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bhandari, R., Malla, G., Mahato, I., & Gupta, P. (2013). Use of analgesia in an emergency department. *Journal of Nepal Medical Association*, 52(189), 224-228. <https://doi.org/10.31729/jnma.554>
- Direção Geral da Saúde. (2008). Circular Normativa n.º 11/DSCS/DPCD de 18/06/2008, Programa Nacional de Controlo da Dor.
- Gordon, D., Rees, S., McCausland, M., Pellino, T., Sanford-Ring, S., Smith-Helmenstine, J., & Danis, D. (2008). Improving reassessment and documentation of pain management. *The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, 34 (9), 509-517. [https://doi.org/10.1016/s1553-7250\(08\)34065-3](https://doi.org/10.1016/s1553-7250(08)34065-3)
- Instituto Nacional de Estatística. (2016). *Inquérito nacional de saúde 2014*.

- International Association for the Study of Pain. (1994). *Part III: Pain terms, a current list with definitions and notes on usage*. <http://www.iasp-pain.org/Taxonomy>
- International Association for the Study of Pain. (2011). *Principles of Emergency Department Pain management for patients with acutely painful medical conditions*. <https://s3.amazonaws.com/rdcms-iasp/files/production/public/Content/ContentFolders/GlobalYearAgainstPain2/AcutePainFactSheets/8-Emergency.pdf>
- Lewén, H., Gardulf, A., & Nilsson, J. (2010). Documented assessments and treatments of patients seeking emergency care because of pain. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 24, 764-771. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2010.00774.x>
- Souza, C. C., Chianca, L. M., Diniz, A. S., & Chianca, T. C. (2012). Main complaints of emergency patients according to the Manchester protocol for risk classification. *Journal of Nursing UFPE on line*, 6(3), 540-548. <https://doi.org/10.5205/reuol.2163-16218-1-LE.0603201207>

A INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO NO SERVIÇO DE URGÊNCIA COM A PESSOA VÍTIMA DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA

PATRÍCIA ALEXANDRA DIONÍSIO MARQUES¹

MARIA ISABEL DOMINGUES FERNANDES²

INTRODUÇÃO

A violência faz parte das características dos seres humanos e constitui, um grave problema de saúde pública pelas graves consequências não só para as vítimas e famílias, mas também para a sociedade em geral. A violência doméstica (VD) constitui-se como uma grave violação dos direitos humanos e tem consequências relevantes nomeadamente na saúde das vítimas.

A VD definida como todos “os atos de violência física, psicológica e sexual perpetrados contra pessoas que coabitem no mesmo agregado doméstico, independentemente do sexo e da idade, bem como contra ex-cônjuges e pessoas de outro ou do mesmo sexo com quem o agressor mantenha ou tenha mantido uma relação de namoro ou análoga à dos cônjuges, ainda que sem coabitação” (Direção Geral da Saúde (DGS), p.46, 2016, citando a Resolução do Conselho de Ministros n.º 100/2010, de 17 de dezembro). No imediato ou a curto e médio prazo, resultam danos consequentes aos comportamentos ativos ou passivos do agressor, que poderão ter consequências graves na qualidade de vida da vítima e no seu desenvolvimento.

Perante este grave problema de saúde pública, onde se tem registado aumento do número de pedidos de ajuda, os serviços e profissionais de saúde têm vindo a adotar medidas de cuidado e apoio às vítimas, a par com a conceção e implementação de ações e políticas preventivas da sua ocorrência e/ou tendentes à sua resolução.

Deste modo, e integrados numa equipa multidisciplinar que presta cuidados especializados a pessoas vítimas de VD desenvolvendo modalidades terapêuticas, os enfermeiros dão também o seu contributo com vista a estabelecer uma relação de ajuda com estas pessoas.

1 Mestre e enfermeira especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica. Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra. pd.marques30@gmail.com

2 Professora Coordenadora da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, UICISA: E, isabelf@esenfc.pt

O Projeto de Intervenção em Rede (PIR) dirigido às vítimas de VD e que resulta de uma parceria entre vários organismos integra, entre outros, o serviço de urgência (SU) de um hospital geral da região centro, pretende que as vítimas de VD aí atendidas, sejam sinalizadas e lhes seja feito o encaminhamento adequado à sua situação (Redondo, 2012). Este SU é pioneiro no atendimento e encaminhamento destas vítimas, sendo desenvolvidas intervenções de elevada complexidade que exigem aos profissionais de enfermagem uma vasta e profunda mobilização de conhecimentos. Assim, emergiu a necessidade de explorar e conhecer qual a intervenção do enfermeiro com a pessoa vítima de VD no SU, dando visibilidade ao trabalho desenvolvido e identificando aspetos a potencializar para uma prestação de cuidados mais diferenciada.

Partindo da questão - Como é percebida pelo enfermeiro a sua intervenção no SU, com a pessoa vítima de VD - e para orientar a investigação definiram-se os objetivos: descrever a atuação do enfermeiro no SU de um hospital geral, perante a vítima de VD; analisar que informação é reunida pelo enfermeiro na avaliação inicial da pessoa vítima de VD, em contexto de urgência; analisar os aspetos percebidos como facilitadores/dificultadores pelos enfermeiros na abordagem e intervenção à pessoa vítima de VD no SU; identificar que intervenções o enfermeiro desenvolve para a promoção da segurança e empoderamento da pessoa vítima de VD.

METODOLOGIA

É um estudo descritivo com abordagem qualitativa, em que os dados foram colhidos por entrevista individual a 14 enfermeiros (num universo possível de 17 enfermeiros), elementos da equipa do SU polivalente que, de acordo com o PIR foram selecionados e preparados para realizarem um atendimento individualizado à pessoa sinalizada como potencial vítima de VD e proceder ao seu encaminhamento. Optou-se, assim, por uma amostra de caso único, especificamente de meio ou institucional (Poupart et al., 2012).

Foi pedido parecer à Comissão de Ética da instituição, onde os dados foram colhidos, que obteve resposta positiva (Referência 009/CES, de 23/01/2017).

A análise dos dados, após transcrição tipo verbatim, passou por várias leituras tendo emergido um conjunto de informação que se foi reunindo desde as unidades estruturais de significado, que foram agrupadas em subcategorias, categorias, dando origem à definição dos temas centrais.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A análise de conteúdo dos dados obtidos, permitiu identificar (Figura 1) que, na realização da entrevista estruturada com as vítimas de VD há: requisitos a atender, por um lado associados ao ambiente físico e emocional e, por outro, ao comportamento e atitudes do profissional na entrevista; finalidade(s) que passa(m) pela caracterização da situação de violência, por conhecer o recurso a apoios e, por intervir na segurança e empoderamento da vítima; potencial para

a transformação da práxis que reside na minimização dos constrangimentos, em transformar alguns aspetos da prática e valorizar as potencialidades identificadas.

Figura 1

Representação Esquemática dos Temas e Categorias do Fenómeno em Estudo



Todos os participantes têm uma conduta de atuação sustentada e orientada a partir de um conjunto de requisitos que consideram fundamentais na intervenção.

A realização da entrevista é considerada importante por todos os participantes e deve acontecer num espaço próprio, reservado, sem interrupções sendo garantida a privacidade da pessoa. Um espaço que proporcione um ambiente acolhedor e tranquilo, em que a vítima se sinta à vontade para falar com o profissional e sinta que a intervenção se centra nas suas reais necessidades. O profissional adota comportamentos e atitudes que evidenciem à pessoa entrevistada essa centralidade, disponibilizando tempo e promovendo um clima emocional de tranquilidade e acolhimento. Considera-se, assim, que a postura dos profissionais está em concordância com os princípios apresentados pelo Centro de Estudos Judiciários (CEJ) (2016), relativos à comunicação com a vítima. São resultados que vão ao encontro da problematização apresentada na investigação de Reisenhofer e Seibold (2012) sobre o atendimento em emergência de mulheres vítimas, onde ilustra o impacto que o ambiente e a atitude dos profissionais podem ter na ajuda para lidarem com a situação de violência.

Na intervenção com a vítima de VD há a necessidade de adequar o discurso às capacidades cognitivas da vítima, à sua situação emocional e à dificuldade que tem em falar sobre o assunto. Pelo que utilizar um tom de voz calmo, sereno e de intensidade moderada e adotar uma postura de disponibilidade de escuta ativa e um discurso isento de juízos de valor, serão promotores de resultados positivos.

Estes resultados vêm corroborar os apresentados por van der Wath et al. (2013) quando consideram que os cuidados prestados devem assentar numa atitude empática e isenta de julgamentos, proporcionando um clima favorecedor e propício à comunicação e onde haja respeito pela pessoa.

Outro dos objetivos da investigação e sobre os quais se reuniram múltiplos contributos, diz respeito à necessidade de analisar a informação que é reunida pelo enfermeiro na

avaliação inicial da pessoa que recorreu ao SU e foi sinalizada como vítima de VD, e, em simultâneo, identificar que intervenções o profissional desenvolve para a promoção da segurança e empoderamento da pessoa. Da análise da informação constata-se que, globalmente, existe a pretensão em caracterizar a situação da violência ao identificar a sua natureza, a prevalência da situação ou mesmo a relação entre a vítima e o agressor.

Os participantes referem que a violência ocorre sobre a mulher, sendo esta a principal vítima. Não emergiu a VD sobre os jovens, idosos ou namorados. Todos os participantes abordam a caracterização da violência e o tipo de recursos a que a vítima já recorreu e quais os apoios que obteve. A informação recolhida não permite encaminhamento da vítima de forma diferente devido aos constrangimentos contextuais.

Ser informado se as autoridades já foram notificadas, se a família ou amigos têm conhecimento da situação, são dados fundamentais para que o enfermeiro defina, a partir deles, o conjunto de ações que garantam a máxima segurança para a vítima ou outras pessoas próximas, especialmente os menores. Na entrevista há, ainda, intervenções que têm como objetivo informar a vítima sobre as alternativas para a sua situação, o que poderá ser feito, isto é, informar para o seu empoderamento e segurança. Tudo isto porque os participantes, na sua globalidade reconhecem a vítima como sujeito de direitos com necessidades de encaminhamento adequado à situação.

A globalidade dos participantes salienta que muitas vítimas optam por não alterarem a sua atitude e/ou comportamento face à violência que estão a ser alvo. Isto leva-os a refletirem sobre quais os meios que podem, ainda, ser mobilizados pelos profissionais para que situações como estas não se repitam no futuro, e assim, rentabilizar o máximo de recursos e oportunidades no sentido de empoderar a vítima.

Num estudo realizado por Reisenhofer e Seibold (2012), com mulheres vítimas de VD que recorreram ao SU, constatou-se a importância de informar estas mulheres, empoderá-las, ajudando-as a criarem uma mudança de comportamento e, assim, denunciarem a situação de violência de que estão a ser alvo. Os autores concluem que as equipas de saúde se encontram numa posição favorável no sentido de oferecerem essa assistência pois, a pessoa tem poucas

oportunidades de solicitar ajuda e, os profissionais de saúde detêm uma posição privilegiada para detetar e ajudar a quebrar o ciclo de violência em que estão envolvidas (Reisenhofer & Seibold, 2012).

Os participantes estão conscientes que a sua intervenção é condicionada por múltiplas limitações, entre elas o tempo disponibilizado para estar com a vítima. Há a percepção que o tempo é insuficiente para ouvir e informar adequadamente a vítima, para que possa gerar uma mudança de atitude e comportamento em relação à sua situação atual. As conclusões do estudo de McGarry e Nairn (2015) também identificam a problemática do tempo disponibilizado para a identificação e gestão destas situações na emergência. Para colmatar esta limitação, é apontada a possibilidade de a entrevista ser realizada pelo enfermeiro que sinalizou a possível vítima pois, os participantes acreditam que a sinalização acontece quando se estabelece uma relação empática, favorecedora de um ambiente propício à informação de que a pessoa está num processo de VD.

Em todas as entrevistas, com a pessoa sinalizada como vítima de VD, os enfermeiros identificam aspetos facilitadores e dificultadores, tanto da abordagem como da intervenção. Os participantes têm uma ampla compreensão das áreas onde é importante ter mais formação e dos aspetos a transformar para potencializarem o trabalho realizado com vista à melhoria no futuro.

Os participantes consideram que deve existir um espaço físico que, entre outras características, seja afastado dos locais mais frequentados pelas outras pessoas que estão no SU, que possibilite o acesso tanto às vítimas autónomas como às dependentes, por limitações de ordem física. É, também, fundamental assegurar a privacidade na sua atuação, em toda a permanência da vítima de VD no SU. Salientam que esta pode ser afetada, sempre que é solicitada a presença urgente do mesmo enfermeiro para o desempenho de funções de coordenação no SU.

A introdução na equipa de um enfermeiro com formação específica na gestão destas situações resolveria esta situação, à luz da investigação de McGarry e Nairn (2015).

Há a percepção de estarem algo isolados na sua intervenção pois, sentem a necessidade de maior colaboração de outros elementos da rede de apoio às vítimas (ex. assistente social) cujo horário de atendimento nem sempre possibilita uma intervenção mais global e integradora. A disponibilidade de tempo para estar com a vítima a realizar a entrevista e o conhecimento sobre esta matéria são outros dos constrangimentos identificados. Propõem, por isso, que a entrevista seja realizada por outros elementos da equipa de enfermagem (ex. o enfermeiro que sinalizou a situação) e que em equipa sejam realizadas mais atividades formativas sobre o tema, o que irá contribuir para a transformação de aspetos de ordem pessoal e profissional de todos os enfermeiros da equipa do SU. De forma similar, Bradbury-Jones (2016) mencionam a necessidade de mais formação para os enfermeiros, capacitando-os mais para o cuidado às vítimas, para darem uma melhor resposta.

Pela experiência da entrevista, e da reflexão sobre ela, os enfermeiros consideram que ao nível da legislação em vigor há aspetos a transformar. É necessária maior proteção, segurança e apoio às vítimas, tanto na saída da residência habitual como na resposta dos serviços de apoio. A dispersão existente de recursos e apoios é entendida como entrave relevante por razões

de ordem económica ou mesmo emocional e pode condicionar a desistência no processo de mudança e eventual rutura iniciada pela vítima. Os participantes identificam, deste modo, a necessidade de melhorar as políticas públicas relativas à VD e perceber qual a sua eficácia e/ou eficiência.

Estar integrado num projeto em rede de apoio à vítima de VD é enaltecida pelos participantes pela possibilidade de ter uma intervenção mais direcionada às necessidades. É a partir do momento que este problema foi considerado crime público, que a sua intervenção conseguiu ir mais além com a comunicação destas situações às autoridades locais competentes. A intervenção com a vítima de VD no SU tem-se revestido de múltiplos desafios, com aspetos facilitadores e dificultadores, contudo, todos são analisados como transformadores da praxis clínica pelos participantes.

A valorização destes projetos em rede, de apoio à vítima de VD nos cuidados de saúde, é cada vez maior, um pouco por todo o mundo. Assim, verifica-se que, na América do Norte e do Sul, na Europa, na Austrália, na Ásia e em África há uma crescente preocupação em perceber qual a eficácia dos programas de assistência à vítima de VD. Também se constata a crescente preocupação em sinalizar, aconselhar, empoderar e garantir a segurança da vítima de VD (Sprague et al., 2017).

A conduta identificada por estes autores assemelha-se à que os participantes deste estudo têm na sua intervenção. Pode verificar-se, também, que mesmo que ainda não se tenha atingido a máxima eficácia e/ou eficiência em todos estes programas, o trabalho que tem sido desenvolvido beneficia sempre as vítimas de VD.

De uma forma global os participantes consideram que a sua intervenção junto da vítima de VD no SU é positiva. É um processo complexo, em que a intervenção por razões de ordem pessoal, profissional ou mesmo institucional e/ou política é transformadora. Perante as múltiplas variáveis a equacionar em cada situação consideram que a sua resposta pode e deve ser promovida, o que só poderá ser conseguido com uma formação continuada e um trabalho intencional e de toda a equipa.

CONCLUSÃO

Os enfermeiros, no SU que integram o PIR fazem a avaliação da vítima de VD e do seu contexto sociofamiliar para perceberem as circunstâncias em que esta está inserida no sentido de desenvolverem a melhor intervenção de encaminhamento/orientação para outros profissionais que integram o projeto. Criar uma relação de confiança é indispensável para a eficácia da avaliação e sucesso da prestação de cuidados. A intervenção dirige-se mais para o domínio da capacitação cognitiva e para o desenvolvimento de competências da vítima para que seja capaz de tomar decisões, promovendo o reconhecimento, a criação e a utilização de recursos, aumentando a eficácia e a autonomia na forma como vivenciam os seus processos de mudança.

No SU os enfermeiros têm uma ação fundamental na sinalização, acompanhamento

e encaminhamento da vítima de VD, desenvolvendo uma intervenção que privilegia o estabelecimento de uma relação empática, a promoção da segurança e o empoderamento da vítima de VD, sendo o respeito pela pessoa e consequentemente a sua vontade sempre soberana, ao longo de todo o processo. Os enfermeiros revelaram que o processo de cuidados à vítima de VD é complexo, reconhecendo que existem áreas nas quais a sua ação carece de maior aprofundamento e/ou investimento.

Face aos resultados desta investigação, congruentes com a evidência das alterações de saúde, secundárias à VD, importa que os profissionais de enfermagem os integrem nas suas práticas profissionais e possam dispor de meios humanos, materiais e de formação específica, favorecedores da prevenção e intervenção e do surgimento de políticas públicas adequadas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bradbury-Jones, C., Clark, M., Parry, J., & Taylor, J. (2016). Development of a practice framework for improving nurses' responses to intimate partner violence. *Journal of Clinical Nursing, 26*(15-16), 2495-2502. <https://doi.org/10.1111/jocn.13276>
- Centro de Estudos Judiciários (ed.). (2016). *Violência doméstica: Implicações sociológicas, psicológicas e jurídicas do fenómeno*. http://www.cej.mj.pt/cej/recursos/ebooks/outros/Violencia-Domestica-CEJ_p02_rev2c-EBOOK_ver_final.pdf
- Direção Geral da Saúde (DGS). (2016). *Violência interpessoal - abordagem, diagnóstico e intervenção nos serviços de saúde* (2ª ed.).
- McGarry, J., & Nairn, S. (2015). An exploration of the perceptions of emergency department nursing staff towards the role of a domestic abuse nurse specialist: A qualitative study. *International Emergency Nursing, 23*(2), 65-70. <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2014.06.003>
- Poupart, J., Deslauriers, J.-P., Groulx, L.-H., Laperrière, A., Mayer, R., & Pires, A. (2012). A pesquisa qualitativa: Enfoques epistemológicos e metodológicos (3ª ed.). Vozes.
- Redondo, J. (2012). *Violência doméstica e serviços de saúde: Projetos em implementação em Agrupamentos de Centros de Saúde e Serviços Hospitalares da região Centro do país*. Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Hospital Sobral Cid, Serviço de Violência Familiar.
- Reisenhofer, S., & Seibold, C. (2012). Emergency healthcare experiences of women living with intimate partner violence. *Journal of Clinical Nursing, 22*(15-16), 2253-2263. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2012.04311.x>
- Sprague, S., Scott, T., Garibaldi, A., Bzovsky, S., Slobogean, G., McKay, P., Spurr, H., Arseneau, E., Memon, M., Bhandari, M., & Swaminathan, A. (2017). A scoping review of intimate partner violence: Assistance programmes within health care settings. *European Journal of Psychotraumatology, 8*(1), 1314159. <https://doi.org/10.1080/20008198.2017.1314159>

van der Wath, A., van Wyk, N., & van Rensburg, E. (2013). Emergency nurses' experiences of caring for survivors of intimate partner violence. *Journal of Advanced Nursing*, 69(10), 2242-2252. <https://doi.org/10.1111/jan.12099>

AVALIAÇÃO DA DOR DO DOENTE NO SERVIÇO DE URGÊNCIA, PERCEÇÃO DOS ENFERMEIROS

ANA FILIPA CRISTINO BORGAS¹
JOSÉ CARLOS AMADO MARTINS²
MARIA DA NAZARÉ RIBEIRO CEREJO³

INTRODUÇÃO

A dor é uma experiência sensorial e emocional desagradável, provoca sofrimento e influencia o comportamento do indivíduo a nível físico, social, emocional e profissional. Estudos revelam que a dor nem sempre é devidamente valorizada pelos profissionais de saúde, atuando estes em conformidade com a sua perceção e experiência de dor.

Pretende-se conhecer a perceção dos enfermeiros de um Serviço de Urgência (SU) de um centro hospitalar da região centro do país, sobre a avaliação da dor dos doentes que recorrem ao seu serviço. O interesse no tema advém da inexistência de um protocolo da avaliação e registo inicial da dor no SU onde decorreu o estudo. Apenas o protocolo de Triagem de *Manchester* obriga a uma avaliação e registo inicial da dor de acordo com os fluxogramas em que esta é o discriminador específico para atribuição de prioridade. Alguns destes fluxogramas, caracterizam a dor com um ou outro padrão, não caracterizando com exatidão conforme Circular Normativa nº09/DGCG de 14/06/2003 (Direção-Geral da Saúde [DGS], 2003).

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo exploratório descritivo, que tem por base a questão de investigação: Qual a perceção dos enfermeiros sobre a avaliação da dor, dos doentes que recorrem ao SU. Para obter resposta à questão formulada foram definidos os objetivos: conhecer a perceção

1 MSc, Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra - Hospital Geral, afborgas@gmail.com

2 † *In Memoriam* Professor na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

3 MSc, Professora Adjunta da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, UICISA: E, ncerejo@esenfc.pt

dos enfermeiros sobre a avaliação da dor dos doentes que recorrem ao SU; identificar os conhecimentos dos enfermeiros na gestão da dor; conhecer a perceção dos enfermeiros face a algumas atitudes na gestão da dor; conhecer as propostas dos enfermeiros sobre a prestação de cuidados na gestão da dor.

Os dados foram obtidos pelo questionamento de uma amostra constituída por 41 enfermeiros do SU, que se encontram na prestação direta de cuidados ao doente e que aceitaram participar no estudo. O instrumento de colheita de dados foi um questionário, construído online, através da plataforma *Google Forms*, pela investigadora. O questionário visou caracterizar socio profissionalmente os participantes e avaliar três dimensões: conhecimento dos enfermeiros sobre documentos que regem os cuidados na área da gestão da dor, com 11 questões; atitudes dos enfermeiros perante o doente com dor, 22 questões; e a perceção dos enfermeiros sobre atitudes na gestão da dor, 4 questões; todas avaliadas com escala tipo *Likert*. No final do questionário colocamos uma questão aberta, dando aos participantes a oportunidade, de apresentar três sugestões. A informação obtida foi tratada por análise de conteúdo.

Todas as respostas à última questão ($n=17$) foram consideradas no estudo. Os dados recolhidos, foram organizados e tratados através de métodos de estatística descritiva. A participação dos enfermeiros na investigação foi voluntária. Foram respeitadas todas as considerações formais e éticas.

RESULTADOS

Obteve-se uma amostra de 41 enfermeiros ($n=41$) constituída maioritariamente por enfermeiras (68,3%). A maioria dos participantes apresenta idades entre os 25 e 39 anos (61%), apenas 26,8% possui a categoria de Enfermeiro Especialista conforme cédula profissional emitida pela Ordem dos Enfermeiros. Para 75,6% dos participantes, o tempo de exercício profissional é inferior a 16 anos e 58,5% exerce funções há menos de 10 anos no atual serviço. Possuem formação recente na área da gestão da dor 82,9% e 90,2% em Triagem de *Manchester*. No que diz respeito à dimensão conhecimento dos enfermeiros sobre documentos que regem os cuidados na área da gestão da dor e Guia Orientador de Boa Prática, constituída por 11 questões, cuja resposta varia entre *não conhece* ou *conhece muito bem*, 75,6% refere *conhecer muito bem* a Régua da Dor e 43,9% *conhece bem* a Escala Visual Analógica (EVA). A Escala PAINAD – *Pain Assessment in Advanced Dementia*, é *desconhecida* para 46,3% dos enfermeiros e 31,7% *conhece bem* a Circular normativa N.º9/DGCG (DGS, 2003).

Na dimensão atitudes dos enfermeiros perante o doente com dor, com respostas entre o *nunca* e o *sempre*, questionamos quanto à prática clínica, qual o momento em que realizam a avaliação inicial da dor, a maioria dos enfermeiros 58,5% referiu realizar esta avaliação *sempre* que solicitado ou prescrito pelo médico e 56,1% *sempre* que solicitado pelo doente. Sobre o momento em que realizam a reavaliação da dor, 56,1% refere reavaliar sempre que solicitado e 53,7% refere fazê-lo 2 horas após administração de analgesia. No que diz respeito ao local de registo da avaliação da dor, 34,2% refere registar sempre, em campo próprio e 22% sempre em “notas de enfermagem”. Acerca da caracterização da dor, a avaliação da sua intensidade

(41,5%) e localização (31,7%) são os parâmetros mais avaliados, enquanto a causa de dor é o menos avaliado, 9,8% refere nunca avaliar.

Na dimensão percepção dos enfermeiros sobre atitudes na gestão da dor, foi solicitado que de acordo com a sua percepção classificassem, quatro afirmações quanto ao seu nível de importância, com resposta entre o *nada importante* e *muito importante*. A avaliação inicial da dor é considerada *muito importante* para 78% dos enfermeiros e 65,8% considera *muito importante* a utilização de instrumentos fiáveis na avaliação, enquanto 48,8% considera *muito importante* envolver o cuidador/família na gestão da dor.

Na questão aberta foram solicitadas de forma facultativa, três propostas de melhoria para a prestação de cuidados na área da gestão da dor, responderam à questão 17 enfermeiros. A análise das respostas permitiu agrupá-las em quatro categorias: Necessidade de protocolos; Necessidade de formação; Necessidade de melhoria nas relações humanas e Necessidade de melhoria nos registos. Salienta-se a importância da existência de protocolos referida por 76% dos enfermeiros. Sobre a necessidade de formação da equipa na área da gestão da dor, os participantes manifestaram que "deveria existir formação na avaliação, gestão e controlo da dor" (R1) e especificaram a formação em grupos de doentes com capacidades cognitivas comprometidas (R19 e R32). A menção à necessidade de melhoria na qualidade dos registos de enfermagem foi referida por 47% dos participantes. Os registos, são entendidos como uma forma de controlo, com vista à melhoria nos cuidados ao doente com dor no SU, sendo necessária uma "maior exigência no registo (...) e monitorização" (R4) da dor. "Melhorar a descrição da dor" (R19) foi outro aspeto referido pelos enfermeiros como necessidade de melhoria. A relação com o outro foi mencionada por 18% enfermeiros, sendo um aspeto a melhorar. Um dos participantes enfatiza a sensibilização dos enfermeiros para esta problemática e outro entende ser primordial a valorização das queixas do doente.

DISCUSSÃO

Na dimensão conhecimento dos enfermeiros, os participantes referiram conhecer as escalas de mensuração da dor para doentes sem capacidades cognitivas comprometidas, sendo a Régua da dor a mais conhecida seguida pela Escala Numérica e EVA. A escala de avaliação da dor PAINAD é a menos conhecida. Tratando-se de uma escala de avaliação da dor em doentes com capacidades cognitivas comprometidas, sugere a possibilidade da dor não estar a ser devidamente avaliada. Os enfermeiros revelaram conhecer os documentos legislativos que suportam um trabalho realizado ao nível da DGS nas últimas décadas na área da gestão da dor, sendo os aspetos do controlo da dor crónica na pessoa idosa, pouco conhecida, pois 31,7% dos enfermeiros referem não conhecer o documento. Salienta-se que o documento que os enfermeiros revelaram conhecer melhor foi a circular normativa N°9/DGCG - a dor como 5° sinal vital (DGS, 2003). Nesta norma, apenas são referidas as escalas de avaliação da dor para doentes sem capacidades cognitivas comprometidas, o que poderá ser um fator que justifique o seu maior conhecimento. As escalas unidimensionais, as mais utilizadas, implicam o autorrelato do doente exigindo que este esteja detentor de capacidades cognitivas, no entanto é importante o uso de escalas multidimensionais pois, permitem não só a avaliação da dor

em doentes com alterações cognitivas como possibilitam essa avaliação na sua pluridimensão (Morete & Minson, 2010).

Referente à dimensão percepção da gestão da dor do doente no SU, os enfermeiros demonstram efetuar a avaliação inicial da dor, ao referir realizar a avaliação quando solicitado ou prescrito pelo médico e sempre que o doente refere dor, apenas 4% dos enfermeiros refere não realizar esta avaliação, uma vez no turno. Quanto à reavaliação, os enfermeiros aludem fazê-la, embora a maioria admita efetuar a reavaliação perante prescrição médica ou referência do doente que mantém dor. Este facto poderá justificar-se pelas condições do SU onde decorreu o estudo. Com atribuição da prioridade na triagem o doente é encaminhado para a sala respetiva de acordo com a sua prioridade e condição física. Após estabilização o doente poderá ser encaminhado para outra sala, onde o enfermeiro poderá não avaliar a dor pois já foi realizada avaliação anterior. Estes resultados são contraditórios em relação aos obtidos por Silveira et al. (2016) no seu estudo ao constatar, nos relatos dos doentes, que os enfermeiros identificam a presença de dor e a sua intensidade, não realizando uma avaliação completa da dor, limitando a sua intervenção à administração de analgesia. Estes autores referem que os enfermeiros apenas questionam se o doente tem dor, intervindo quando solicitados, sendo poucos os que avaliam o resultado da sua intervenção.

Relativamente aos registos, na sua maioria são realizados em campo próprio para registo de sinais vitais, no sistema informático em uso (*Alert®*) ou em notas de enfermagem, o que está em consonância com o disposto na circular normativa n° 09/DGCG da DGS, de 14 de junho de 2003, que recomenda a inclusão de campo próprio para o registo da intensidade da dor, na folha de registo dos restantes sinais vitais. No que respeita aos parâmetros avaliados, verificou-se que os enfermeiros avaliam a intensidade, a localização, o tipo de dor, a sua irradiação, a causa de dor e fatores de alívio. No entanto são os parâmetros intensidade e localização os mais avaliados, a causa de dor é o parâmetro menos avaliado. Silva e Pimenta (2003) ao analisarem no seu estudo os registos de enfermagem referentes à dor do doente, verificaram que estes apenas continham a descrição da localização e da intensidade, no nosso estudo apurou-se um resultado inverso, podendo admitir-se que esse facto se deve ao sistema de triagem de prioridades, a Triagem de *Manchester*, solicita de acordo com o fluxograma escolhido, outros parâmetros de avaliação que não somente a localização e intensidade.

Os resultados apurados permitem constatar que perante um doente com dor, sem analgesia prescrita, a maioria dos enfermeiros contacta o médico e aguarda prescrição, atitude semelhante foi obtida por Silveira et al. (2016) no seu estudo, quando referem que os enfermeiros apenas interrogam os doentes quanto à existência de dor, avaliando a intensidade e localização e "limitando-se a realizar somente a intervenção farmacológica" (2016, p 63).

Dimensão: percepção dos enfermeiros, os enfermeiros consideraram muito importante a avaliação inicial da dor, a utilização de instrumentos fiáveis na sua avaliação, bem como o seu registo sistemático e o envolvimento do cuidador/família na gestão da dor. Contudo não deixa de ser relevante que 3 enfermeiros considerassem pouco importante a participação do cuidador/família na gestão da dor. Esta percepção poderá estar relacionada com as características do SU, onde a dor é muitas vezes motivo de procura dos cuidados. Por outro lado, esta opinião

poderá ir ao encontro do vazio sentido pelos enfermeiros do SU no tratamento da dor crónica e na dor de doentes com capacidades cognitivas comprometidas. De acordo com a DGS (2003) é importante o envolvimento do cuidador/família no tratamento da dor destes doentes, pois só com a participação dos familiares e/ou pessoa significativa se podem identificar e interpretar adequadamente manifestações comportamentais no doente com dor.

Com o propósito de conhecer quais as necessidades sentidas pelos enfermeiros na gestão da dor do doente no SU, incitamos os elementos da nossa amostra a apresentarem sugestões que considerassem poder contribuir para a melhoria dos cuidados no âmbito da dor do doente nesta unidade de cuidados. Das respostas obtidas foi possível identificar, após a leitura das mesmas, quatro categorias: necessidade de protocolo de atuação, necessidade de formação, melhoria no registo de enfermagem e melhoria nas relações humanas.

Sobre a necessidade de protocolo de atuação, na opinião dos participantes, estes deveriam “permitir a administração de analgesia sem prescrição médica” (R19) e estabelecer a “obrigatoriedade de avaliar e registar a dor em doentes cuja triagem foca a dor como queixa principal” (R40). A existência de protocolos é defendida por Barreto et al. (2012) como uma correta abordagem da dor, uma das principais causas de procura dos SU, incorretamente monitorizada, avaliada e tratada, admitindo estes autores que a criação de protocolos pode melhorar claramente a assistência ao doente. A existência de protocolo, considera que estes “incluem intervenções analgésicas (...) que podem resultar no alívio mais rápido da dor”. A administração de terapêutica é uma intervenção de enfermagem dependente de prescrição médica. Os participantes no nosso estudo, referem a falta de autonomia como uma limitação nos cuidados ao doente com dor. De acordo com o Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro, estes profissionais nas suas intervenções colaboram na elaboração de protocolos contribuindo para a melhoria da prestação de cuidados de enfermagem (Decreto-Lei n.º 161/96, 1996). A autonomia dos enfermeiros apresenta benefícios para o doente, sendo os protocolos promotores desta autonomia e conseqüente benefício na assistência ao doente com dor. Na categoria necessidade de formação, os participantes enfatizaram a formação na área da gestão da dor como determinante para obter melhoria neste âmbito do cuidar. Reconheceram a importância de sensibilizar a equipa para a monitorização e controlo da dor, com particular atenção nos doentes “com demência ou incapacidade para expressar verbalmente a dor” (R32). Na categoria melhoria nas relações humanas, sugeriram o desenvolvimento das relações interpessoais como fator de melhoria na prestação dos cuidados ao doente com dor no SU. As respostas conseguidas neste âmbito vêm ao encontro dos resultados obtidos por Silveira et al. (2016) quando referem que “o diálogo e a disponibilidade (...) para ouvir as angústias e necessidades dos pacientes (...) são fatores relevantes para o alívio da dor” (p. 63). Os autores referem que os doentes aludiram à “demora no atendimento, à falta de atenção e de respeito perante a dor” (p.63) por parte dos enfermeiros, como fator de insatisfação na gestão da sua dor. Por último, na categoria melhoria nos registos de enfermagem os enfermeiros elegeram esta proposta de melhoria, tendo em vista: “melhorar a descrição da dor” (R19), devendo existir “uniformização de registo” (R41), realizar-se “em vários momentos da passagem do doente pelo SU” (R39) com obrigatoriedade de “avaliar e registar a dor em doentes cuja triagem foca a dor como queixa principal” (R40). Estas são algumas das opiniões dos enfermeiros e vão ao encontro do referido por Silva et al. (2013). O Código Deontológico refere que o enfermeiro tem

o dever “de assegurar a continuidade dos cuidados, registando com rigor as observações e as intervenções realizadas” (Lei n.º 156/2015, p. 8079).

CONCLUSÃO

A maioria dos enfermeiros que participaram neste estudo manifestaram conhecimentos na área da gestão da dor ao doente sem compromisso das capacidades cognitivas, afirmaram realizar a avaliação inicial da dor, reavaliar as suas intervenções e produzir o registo das mesmas. Valorizam a temática e manifestam uma perceção elevada da importância dos cuidados de excelência ao doente com dor no SU. Referiram conhecer os documentos legislativos e as escalas recomendadas pela DGS, manifestaram vontade e necessidade de realizar formação nesse âmbito. Pelos resultados obtidos, admitimos que os enfermeiros sentem um vazio de informação nos cuidados ao doente com dor e com capacidades cognitivas comprometidas, o que foi manifestado pelo desconhecimento da escala PAINAD, umas das recomendadas pela Ordem dos Enfermeiros. O sistema informático *Alert*® em uso no SU, não possui escala de avaliação da dor em doentes com capacidades cognitivas comprometidas, admite-se que este facto poderá ser um dos obstáculos a cuidados de melhor qualidade.

A criação de protocolos, foi manifestada pelos enfermeiros como uma necessidade fundamental para a melhoria dos cuidados ao doente com dor no SU, pois promovem a autonomia dos enfermeiros, permitindo-lhes a tomada de decisão de modo mais célere.

A avaliação do trabalho dos enfermeiros faz-se, entre outros indicadores, através dos registos. Segundo os participantes, existe a necessidade de melhorar neste campo, sendo esta uma das sugestões de melhoria. No entanto, os registos não foram alvo de análise no estudo, pelo que não é possível identificar quais os aspetos a melhorar.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Barreto, R., Gomes, C., Silva, R., Signorelli, A., Oliveira, L., Cavellani, C., & Ribeiro, S. (2012). Avaliação de dor e do perfil epidemiológico, de pacientes atendidos no pronto-socorro de um hospital universitário. *Revista Dor*, 13(3), 213-219. International Association for the Study of Pain. (2011). <https://doi.org/10.1590/S1806-00132012000300004>
- Decreto-Lei n.º 161/96 da Assembleia da República. (1996). *Diário da República: I Série-A*, n.º 205. <https://dre.pt/application/file/a/241564>
- Direção-Geral da Saúde. (2003). *A dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da dor*. https://www.aped-dor.org/documentos/DGS-dor_como_5_sinal_vital_-_2003.pdf
- Lei n.º156/2015 da Assembleia da República. *Diário da República: I Série*, n.º181. <https://dre.pt/application/file/a/70309872>

- Morete, M., & Minson, F. (2010). Instrumentos para a avaliação da dor em pacientes oncológicos. *Revista Dor*, 11(1), 74-80. <http://files.bvs.br/upload/S/1806-0013/2010/v11n1/a1503.pdf>
- Silva, A., Diniz, A., Araújo, F., & Souza, C. (2013). Presença da queixa de dor em pacientes classificados segundo o protocolo de Manchester. *Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro*, 3(1), 507-517. <http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/287>
- Silva, Y., & Pimenta, C. (2003). Análise dos registros de enfermagem sobre a dor e analgesia em doentes hospitalizados. *Revista da escola de Enfermagem de USP*, 37(2), 109-118.
- Silveira, N., Silveira, R., Avila, L., Gonçalves, N., Lunardi, V., & Enderle, C. (2016). Procedimentos terapêuticos de enfermagem no contexto da dor: Percepção de pacientes. *Enfermagem em Foco*, 7(1), 61-65.

A PESSOA COM ENFARTE AGUDO DO MIOCÁRDIO NO SERVIÇO DE URGÊNCIA: DA TRIAGEM AO TRATAMENTO

SUSANA ISABEL REIS MENDES¹

PAULO ALEXANDRE CARVALHO FERREIRA²

INTRODUÇÃO

O enfarte agudo do miocárdio (EAM) constitui a manifestação clínica da doença isquémica do coração mais grave, com alterações significativas na qualidade de vida da pessoa, com repercussões na vivência quotidiana a nível familiar, social e profissional. Apesar de nos últimos anos existir uma diminuição progressiva da mortalidade por EAM, as doenças do aparelho circulatório continuam a ser a principal causa de morte em Portugal (Direção Geral da Saúde [DGS], 2014).

Os benefícios da terapêutica do EAM dependem da prontidão com que é instituída, levando a diversas recomendações para diminuir quaisquer atrasos durante o processo desde o diagnóstico ao tratamento.

Perante um doente com EAM com supradesnivelamento de ST (EAMcST), a intervenção coronária percutânea (ICP) primária é o tratamento de eleição (Kumar & Cannon, 2009). As *guidelines* designam que num hospital com laboratório de hemodinâmica o tempo que medeia entre a admissão da pessoa e o tratamento por ICP primária seja inferior a 60 minutos, podendo prolongar-se até aos 120 minutos, consoante as situações (Piepoli et al., 2016).

Os enfermeiros têm um papel evidente no reconhecimento de sinais e sintomas do doente com suspeita de EAM e na ativação do protocolo da dor torácica, a partir da triagem no serviço urgência (SU).

Os objetivos deste estudo são: analisar as características atributo e clínicas das pessoas com EAMcST que recorreram ao SU; analisar as relações entre a prioridade atribuída pelo Sistema Triagem Manchester (STM) e o tempo que decorre desde a admissão até à realização da ICP;

1 MSc, Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica no Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, susi_r_mendes@hotmail.com

2 PhD, Professor Adjunto na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, UICISA: E, palex@esenfc.pt

analisar as relações entre a sobrevivência das pessoas com EAMcST e as características atributo (idade e sexo), estilos de vida e a prioridade atribuída pelo STM.

METODOLOGIA

É um estudo retrospectivo, de natureza quantitativa e do tipo descritivo-correlacional.

Foram elaboradas as seguintes questões de investigação:

- Qual o tempo que decorre desde a admissão da pessoa com EAMcST no serviço de urgência, no ano de 2015, até ao diagnóstico e ao tratamento com ICP?
- Quais os fatores de risco cardiovascular presentes nas pessoas com EAMcST admitidas no SU no ano de 2015?

Neste estudo a população selecionada são as pessoas com EAMcST que recorreram ao SU de um hospital central da região centro. A amostra selecionada compreende todas as pessoas com EAMcST que recorreram ao SU de um hospital central da região centro, no período compreendido entre 1 de janeiro e 31 de dezembro de 2015. Foram estabelecidos como critérios de inclusão: possuir mais de 18 anos dado este ser um hospital que presta cuidados à população adulta e ter como diagnóstico principal EAMcST. Sendo o número total da amostra igual a 233 doentes.

Os dados foram recolhidos da base de dados e exportados do *Alert®* para o *Microsoft Excel*. Para obter os horários precisos da realização da ICP, recorreu-se à base de dados da unidade de hemodinâmica, designado de *CardioBase®*.

A base inicial de dados no programa *Microsoft Excel*, foi posteriormente exportada para o programa *Statistical Package for the Social Science (SPSS)*, versão 24.

Em todos os testes fixou-se o valor de 0,05 como valor máximo da probabilidade do erro tipo I, ou seja, como valor abaixo do qual se considerou que as relações ou as diferenças em estudo eram estatisticamente significativas (Freixo, 2010).

Foi efetuado um pedido de apreciação à Comissão de Ética de um Centro Hospitalar da região centro, tendo o projeto merecido parecer favorável (126-16, N° 032/CES).

RESULTADOS

Caracterizando a amostra de acordo com a variável nominal sexo verificamos que o sexo masculino é a maioria dos casos, com 180 homens (77,3%) face aos 53 do sexo feminino (22,7%).

No que respeita à idade a amostra demonstra um intervalo etário alargado, que se distribui entre os 25 e os 98 anos, sendo a idade média 64,18 anos com um desvio padrão de 13,20 anos.

No que respeita à cor/prioridade atribuída na triagem verificamos que a maioria dos doentes foram triados de laranja (65,2%), seguido da cor amarelo (20,2%), vermelho (3,4%) e verde (3%). Houve 8,2% que não foram triados. Não houve nenhuma triagem de azul nem de branco.

Entre os onze fluxogramas usados na triagem dos doentes da amostra destacam-se o de dor torácica (75,5%) e indisposição no adulto (6,9%). Os fluxogramas diarreia, problemas nos membros e traumatismo crânio encefálico só foram utilizados uma vez.

Relativamente ao discriminador selecionado, o de dor pré-cordial teve maior percentagem (53,2%), seguido do discriminador dor moderada (15%).

Relativamente aos fatores de risco cardiovasculares (FRCV), existem dois que se destacam, a hipertensão arterial (HTA) e a dislipidémia. A HTA é o fator mais prevalente (73,4%) seguido da dislipidémia (66,5 %). O consumo de tabaco está presente em 29,6% da amostra, seguido do stress/sedentarismo com 27%, a diabetes com 21,9%, e 10,3% da amostra tem história de EAM prévio.

Relativamente ao tempo que decorre desde a admissão na urgência até à realização da ICP, da nossa amostra a maioria demora menos de 120 minutos (58,4%), enquanto 20,3% demora menos de 60 minutos, 24% demora entre 60 a 90 minutos, 14,1% entre 90 a 120 minutos. Constatou-se ainda que 41,7% das pessoas com EAMcST demora mais de 120 minutos desde a entrada na urgência até à realização da ICP.

A maioria das pessoas da amostra sobreviveram, (onze não sobreviveram). Dessas morreram mais as que demoram mais tempo a realizar a ICP. No entanto o tempo que decorre desde a admissão no SU até à realização da ICP não apresenta efeito estatisticamente significativo ($p > 0,05$) sobre a sobrevivência (Tabela 1).

Tabela 1

Distribuição Absoluta e Percentual do Tempo que Decorre Desde a Admissão na Urgência e a Realização da Intervenção Coronária Percutânea em Função da Sobrevivência do Doente (N=192)

Sobrevivência	≤ 60 minutos	60 a 90 minutos	90 a 120 minutos	> 120 minutos	Total
Sim	38 (21,0%)	44 (24,3%)	24 (13,3%)	75 (41,4%)	181
Não	1 (9,1%)	2(18,2%)	3 (27,3%)	5 (45,5%)	11
Total	39 (20,3)	46 (24,0)	27 (14,1)	80 (41,7)	192

$$\chi^2_{(3)} 2,374; p=0,498$$

A idade é um preditor significativo para a sobrevivência das pessoas com EAMcST, ou seja, à medida que a idade aumenta vai aumentar também a não sobrevivência das pessoas que sofrem um EAMcST.

Em relação aos fatores de risco cardiovasculares podemos dizer que estes não são preditores da sobrevivência das pessoas com EAMcST incluídas no estudo.

A prioridade na triagem é um preditor significativo para a sobrevivência das pessoas com EAMcST, ou seja, à medida que aumenta a prioridade vai aumentar também a sobrevivência das pessoas que sofrem um EAMcST.

DISCUSSÃO

Relativamente à distribuição por sexo, constatou-se que foi nos homens que se verificou maior número de EAMcST com 77,3%, valor próximo com o descrito em alguns estudos publicados (Soares, 2017). As idades oscilam entre os 25 e 98 anos sendo que apresentam uma média de idades de 64,18 anos.

Pudemos também constatar que as mulheres a partir dos 86 anos de idade sofrem mais EAMcST, este aspeto terá relação com o facto de as mulheres apresentarem uma esperança média de vida maior.

Assim, as pessoas que sofrem EAMcST à medida que envelhecem aumenta a sua probabilidade de não sobreviver. Este é um resultado previsível pois, à medida que as pessoas envelhecem, são afetadas por mais co-morbilidades.

No que diz respeito aos FRCV existem dois que se destacam, a HTA e a dislipidémia. A HTA está presente em 73,4% dos casos da amostra e a dislipidémia encontra-se presente em 66,5%. De acordo com DGS (2014) em Portugal a HTA é uma doença muito prevalente e desde sempre com níveis de conhecimento, tratamento e controlo muito longe dos que são ideais para uma melhor saúde da população.

Os enfermeiros na triagem usaram onze fluxogramas diferentes para triar as pessoas com EAMcST, de acordo com Gouvêa (2017). O mais usado foi o da dor torácica (75,5%) seguido do fluxograma indisposição no adulto (6,9%) e do fluxograma dispneia (3,9%).

Atendendo que, dispneia, náuseas e vômitos, hipersudorese e a fadiga inexplicável são descritos na literatura como sintomatologia atípica do EAM, parece razoável o percentual de casos triados com outros fluxogramas que não o de dor torácica.

Quanto mais elevada a prioridade obtida na triagem menor será o tempo que decorre desde a admissão no SU até à realização da ICP. Os discriminadores vão permitir atribuir uma prioridade, onde está definido o tempo alvo para a primeira observação médica (Azeredo, 2014). Assim na amostra 3,4% dos casos obtiveram uma prioridade vermelha. A prioridade laranja, em que o tempo alvo para a observação médica é de 10 minutos, foi a que prevaleceu com 65,2% dos casos. Sendo que os discriminadores utilizados foram dor pré-cordial, mais prevalente com 53,2%, pulso anormal, dor severa, incapacidade em articular frases completas, pulso anormal e SaO₂ muito baixa. Era previsível que o discriminador dor pré-cordial fosse bastante utilizado pelos enfermeiros para triarem as pessoas com EAMcST já que é o sintoma mais frequente na

pessoa com EAM. É de referir ainda que 20,2% dos casos obtiveram uma prioridade amarela e 3% uma prioridade verde, sendo que o tempo alvo preconizado para a observação médica é de 60 minutos e 120 minutos respetivamente.

O desconhecimento ou a falta de sensibilidade clínica para as formas de apresentação multifacetadas, ou mais atípicas da pessoa com EAM condicionam a opção pelo fluxograma e discriminadores. Assim podem ser desvalorizados sintomas típicos como a dor torácica no caso de não ser "intensa" ou ter duração "mais antiga" ou ter o caráter de "desconforto" ou uma localização "epigástrica".

A classificação incorreta pelo STM do doente com EAMcST pode atrasar a observação médica e a terapêutica de reperfusão com consequências graves para o doente.

Relativamente ao tempo que decorre desde a admissão no SU e a realização da ICP, desta amostra a maioria (58,4%) demora menos de 120 minutos, sendo apenas 20,3% demora menos de 60 minutos, 24% demora entre 60 a 90 minutos, 14,1% entre 90 a 120 minutos. No entanto 41,7% das pessoas com EAMcST demora mais de 120 minutos desde admissão na urgência até à realização da ICP.

A idade relevou-se um preditor significativo para a sobrevivência das pessoas. Percebeu-se que a prioridade atribuída na triagem tem influência estatisticamente significativa com o tempo que decorre desde admissão na urgência até à realização de ICP, e permite prever a sobrevivência dos doentes.

Como limitação deste estudo podemos apontar o facto de não se ter conseguido alguns dados, tais como a hora de realização da ICP para todos os casos da amostra, uma vez que não havia registo desses mesmos dados. É de referir ainda que havia outros dados importantes de analisar tais como o meio de transporte utilizado pelos doentes com EAMcST que recorreram ao SU e o tempo desde a entrada até à realização de ECG. A ausência destes dados limitou a discussão dos resultados obtidos no presente estudo.

Como pontos fortes podemos apontar o facto de conseguirmos estudar todos os doentes com EAMcST que deram entrada num Hospital Central no ano de 2015, conhecendo vários aspetos relativos a passagem pelo doente com EAMcST no SU.

CONCLUSÃO

As *guidelines* atuais referem que a prontidão com que é instituído o diagnóstico e o tratamento do EAMcST condiciona a morbidade e mortalidade. Neste sentido torna-se imperativo que se adotem estratégias para que o doente com suspeita de EAM, que procura os cuidados de saúde seja rapidamente encaminhado de forma a minimizar perdas de tempo. O diagnóstico precoce e a instituição da terapêutica de reperfusão atempada são a chave do sucesso na abordagem da pessoa com EAMcST.

No estudo realizado foi objetivo conhecer qual o tempo que decorre desde a admissão na

urgência até ao diagnóstico e tratamento com ICP dos doentes com EAMcST, assim como saber quais os FRCV presentes.

A amostra foi constituída por 233 pessoas com EAMcST, 53 mulheres e 180 homens com uma média de idades de 64,18 anos (mas só 192 realizaram intervenção coronária percutânea).

Em relação ao tempo que decorre desde a admissão na urgência até à ICP apenas 39 doentes demoram menos de 60 minutos, 46 doentes demoraram entre 60 a 90 minutos, 27 doentes entre 90 e 120 minutos e 80 doentes mais de 120 minutos.

Os FRCV presentes na amostra foram: HTA, dislipidémia, tabaco, stress/sedentarismo, diabetes e EAM prévio. Destes destacam-se dois por estarem presentes numa grande maioria da amostra, a HTA e a dislipidémia.

Assim os principais resultados deste estudo demonstram que:

- Não há relação estatisticamente significativa entre o tempo que decorre desde a admissão SU até à realização da ICP e a sobrevivência do doente.
- A variável sexo não permite prever a sobrevivência do doente com EAMcST. A variável idade permite prever a sobrevivência do doente com EAMcST.
- As variáveis associadas aos estilos de vida dos doentes EAMcST não permitem prever a sobrevivência dos doentes com EAMcST.
- A prioridade atribuída na TM permite prever a sobrevivência dos doentes com EAMcST.
- Há relação estatisticamente significativa entre a prioridade atribuída na TM e o tempo que decorre desde a admissão no SU até à realização da ICP.

A TM mostrou-se um instrumento importante para reduzir o tempo gasto desde a admissão até a realização da ICP nos doentes com EAMcST.

Os sistemas de triagem nos SU são um meio importante para priorizar as queixas referidas pelos doentes e assim minimizar as perdas de tempo desde o diagnóstico até ao tratamento. Nos doentes com EAMcST, o STM tem um papel essencial, pois o reconhecimento precoce dos sinais e sintomas de um EAM, pode resultar num diagnóstico rápido e num tratamento atempado adequado com repercussão no prognóstico. Sendo o enfermeiro detentor de conhecimentos e habilidades específicas para a definição da prioridade de atendimento, a sua rápida destreza e atuação permitem uma maior eficácia do STM.

Em estudos futuros torna-se importante perceber de forma mais detalhada as perdas de tempo desde o início dos sintomas até à procura de ajuda especializada. Perceber se a população reconhece os sinais e sintomas de EAM e se têm conhecimento de como deve pedir ajuda especializada.

Seria ainda importante estudar a sobrevivência desta mesma amostra passados 5 e 10 anos após este evento e perceber quais os FRCV presentes nesses momentos.

Consideramos que este estudo criou um maior conhecimento e gerou evidência científica importante sobre a abordagem do doente com EAMcST no SU.

O EAM é uma emergência e torna-se necessário alterar o prognóstico desta doença para melhorar o nível de qualidade de vida de todos nós.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Azeredo, T. R., Guedes, H. M., Almeida, R. A., Chianca, T. C., & Martins, J. C. (2015). Efficacy of the Manchester Triage System: A systematic review. *International Emergency Nursing*, 23(2), 47-52. <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2014.06.001>
- Direção Geral da Saúde. (2014). *Portugal – Doenças Cérebro-Cardiovasculares em números – 2014*.
- Gouvêa, V. E., Reis, M. A., Gouvêa, G., Lima, H., & Abuabara, A. (2015). Avaliação do Sistema de Triagem de Manchester na síndrome coronariana Aguda. *Internacional Journal of Cardiovascular Sciences*, 28(2), 107-113. <https://doi.org/10.5935/23594802.20150019>
- Kumar, A., & Cannon, C. (2009). Acute coronary syndromes: Diagnosis and management, part II. *Mayo Clinic Proceedings*, 84(11), 1021-1036. <https://doi.org/10.4065/84.11.1021>
- Piepoli, M., Hoes, A., Agewall, S., Albus, C., Brotons, C., Catapano, A., Cooney, M.-T., Corrà, U., Cosyns, B., Deaton, C., Graham, I., Hall, M., Hobbs, F., Locher, M.-L., Lóllgen, H., Vidal, P., Perk, J., Prescott, E. ... ESC Scientific Document Group (2016). 2016 European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: The Sixth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice (constituted by representatives of 10 societies and by invited experts) Developed with the special contribution of the European Association for Cardiovascular Prevention & Rehabilitation (EACPR). *European Heart Journal*, 37(29), 2315-2381. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehw106>
- Soares, S. (2017). *Estudo dos tempos decorridos na pessoa com enfarte agudo do miocárdio no Serviço de Urgência* [Dissertação de mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra]. Repositório Científico Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. <http://repositorio.esenfc.pt>

ACOLHIMENTO À FAMÍLIA DA PESSOA INTERNADA EM CUIDADOS INTENSIVOS

CARLA MARIA FILIPE GOMES¹

MARIA ISABEL DOMINGUES FERNANDES²

INTRODUÇÃO

A evidência científica tem mostrado que, a presença e participação da família nos processos que envolvem a intervenção dos profissionais de saúde no cuidado à pessoa em estado crítico, promove a segurança dos cuidados, a satisfação do doente e da sua família e, ainda, a satisfação da equipa de saúde (Hill, 2016). Num contexto complexo como o de cuidados intensivos (CI) é ainda mais premente a integração da família em todo o processo e durante todo o internamento o que exige um acolhimento adequado, promotor deste envolvimento.

O principal enfoque da atividade desenvolvida pelos profissionais de saúde que exercem funções numa unidade de cuidados intensivos (UCI), tem evoluído ao longo das décadas passando progressivamente de uma centralidade quase total na estabilização e sobrevivência da pessoa para a integração de outras dimensões do cuidado, entre elas o envolvimento da família. Vários estudos têm demonstrado que a admissão de uma pessoa numa UCI é uma situação de ameaça não só à pessoa em situação crítica, mas igualmente uma situação de crise e com significativo impacto no equilíbrio de toda a unidade familiar (McConnell & Moroney, 2015).

Os enfermeiros que trabalham em CI são membros importantes da equipa dessas unidades e, pelo amplo conhecimento que detêm sobre a relevância dos familiares na recuperação do doente, são os responsáveis pela prestação de cuidados holísticos tanto à pessoa em situação crítica como aos seus familiares. Estes profissionais, embora reconheçam os benefícios de acolher e envolver a família, incluindo-a nos cuidados, muitos hesitam em o fazer por razões ligadas a experiências anteriores, sobrecarga de trabalho, condição clínica da pessoa ou dificuldades em estabelecer equilíbrio entre o cuidado à pessoa e as necessidades/cuidado aos familiares (Shorofi et al., 2016).

1 MSc, Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, Centro Hospitalar do Médio Tejo – Unidade de Abrantes, carlafgomes@sapo.pt

2 PhD, Professora Coordenadora da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, UICISA: E, isabelf@esenfc.pt

Assim, emerge a necessidade de investigar a temática do acolhimento à família da pessoa internada, uma área percebida como pouco explorada em contexto de UCI. Importa conhecer o fenómeno na sua efetiva dimensão pois, só assim se poderão proporcionar as condições para que os profissionais se desenvolvam e evidenciem competência no acolhimento à família. Formularam-se como objetivos orientadores da investigação: conhecer as conceções de acolhimento que os enfermeiros têm, perante a família da pessoa internada na UCI; conhecer a forma como a família da pessoa internada na UCI é acolhida e integrada no processo de cuidados do seu familiar; compreender as razões subjacentes ao modo de intervenção dos enfermeiros no acolhimento à família da pessoa internada na UCI.

METODOLOGIA

Para responder aos objetivos definiu-se a questão de investigação - como se processa o acolhimento, por parte dos enfermeiros, à família da pessoa internada numa UCI?

Foi desenhada uma investigação descritiva e exploratória de abordagem qualitativa, em que os dados foram colhidos por entrevista semiestruturada a dezasseis enfermeiros de uma UCI polivalente. A partir de uma amostragem de caso único, amostra de meio ou institucional, definiu-se incluir todos os enfermeiros: que estivessem diretamente na prestação de cuidados e que realizassem regularmente o acolhimento às famílias; com mais de dois anos de atividade profissional em CI, uma vez que este tempo de exercício profissional num serviço com estas características, permite construir uma visão global do mesmo; que demonstrassem interesse em participar no período temporal definido para a colheita de dados.

A colheita de dados, por entrevista semiestruturada, foi realizada, após obtenção do consentimento informado, livre e esclarecido dos participantes assegurando, assim, princípios éticos inerentes à investigação como o respeito pela autodeterminação e pelo anonimato dos participantes. Os dados foram audiogravados, posteriormente transcritos e analisados segundo as orientações de Bogdan e Biklen (2013).

RESULTADOS

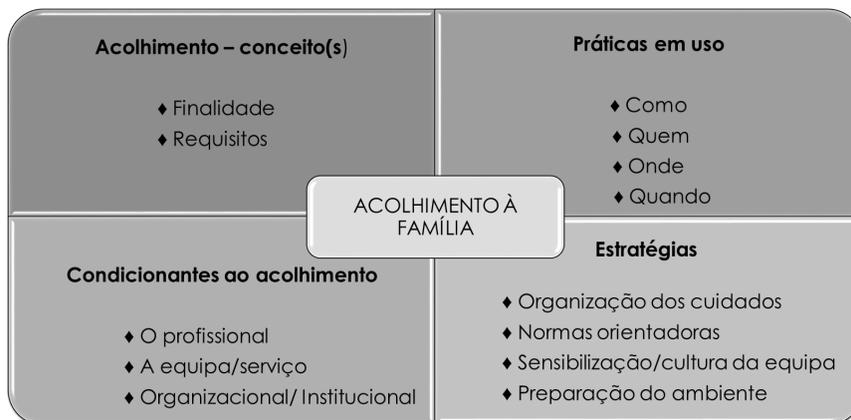
Após a realização das entrevistas, as mesmas foram integralmente transcritas de forma a serem analisadas. Depois de algumas leituras globais foram emergindo um conjunto de conceitos que permitiram agregar os conteúdos, organizando-os e codificando-os por subcategorias, categorias e temas. Estes resultaram num esquema de análise, conforme se apresenta na figura 1.

Os resultados mais relevantes identificados, integram quatro temas e dentro destes categorias: conceito(s) de acolhimento que se prendem com a finalidade e os requisitos; práticas em uso que comporta as categorias de como, quem, onde e quando é realizado o acolhimento; condicionantes ao acolhimento onde foi identificado o profissional, a equipa/serviço e a organização/instituição; estratégias na realização do acolhimento que compreende as

categorias referentes à (re)organização dos recursos, normas orientadoras, cultura na unidade e preparação do ambiente.

Figura 1

Temas e Categorias do Acolhimento à Família da Pessoa Internada em Cuidados Intensivos



Na realização da entrevista os participantes revelaram as suas conceções sobre o significado que atribuem ao acolhimento, tanto numa perspetiva global como em contexto de CI. Expressaram que pode ser um momento ou um processo, contudo, dos discursos emergiu que o significado atribuído está associado à primeira ou primeiras visitas.

Os dados remetiam para conceitos que ligavam o acolhimento aquilo que em sua opinião constituía a sua finalidade. Esta passava por tranquilizar os visitantes, dar-lhes referências, colher dados e ajudar na mobilização de recursos. Pelo que expressaram o acolhimento deve ter presente um conjunto de requisitos ou exigências, tais como: integrar no processo de cuidados; apresentar a tipologia dos cuidados prestados, mas também as características contextuais da unidade; abordar a possibilidade de participação nos cuidados; acompanhamento da pessoa durante a visita; disponibilidade e respeito pela vontade do familiar, eventualmente a sua privacidade. Todas estas exigências partem de um requisito básico, conhecer a pessoa internada.

No tema práticas em uso, a análise das narrativas dos entrevistados permitiu identificar o processo habitualmente realizado no acolhimento do familiar. Este conjunto de dados permitiu compreender aquilo que eram as práticas em uso na unidade relativamente ao acolhimento à família. Estas práticas são caracterizadas pelas formas como são realizadas; o(s) ator(es) envolvidos - por quem; o local físico onde acontece - onde e; qual o momento em que ocorre - quando.

O terceiro tema do corpus de análise – condicionantes ao acolhimento da família, emergiu fundamentalmente da análise da questão “o que está subjacente à sua prática?”, isto é, os participantes foram convidados a justificar o porquê da realização do acolhimento à família.

Neste domínio emergiram as categorias referentes: ao profissional onde relevam as características pessoais, a sua empatia, isto é a sua capacidade de se colocar no lugar do outro e a responsabilidade profissional e ética; à equipa e/ou serviço onde destacam aspetos relativos à carga de trabalho e à dotação ou recursos humanos que a constituem; e à organização e/ou instituição relativos ao horário das visitas, à organização dos cuidados e à cultura existente na unidade.

Da análise dos dados emergiram as estratégias usadas na realização do acolhimento à família, para que ele responda de forma efetiva, às necessidades da família e do doente de forma conjunta. Nestas identifica-se um vasto conjunto de propostas para promover todo este processo categorizadas em: (re)organização dos cuidados, no que se prende com o trabalho em equipa multidisciplinar, a atribuição de tarefas de acordo com a competência e/ou capacidades, a metodologia de trabalho e o horário das visitas; normas orientadoras, relevando a necessidade de existir um documento escrito formal orientador do processo de acolhimento e avaliação de resultados; a cultura na unidade onde os participantes expressam a importância de sensibilização da equipa multidisciplinar, a criação de espaços de reflexão sobre a importância da família e formação sobre o tema; e a preparação do ambiente nomeadamente a adequada preparação do ambiente físico e emocional em que ocorre o acolhimento.

DISCUSSÃO

Na discussão serão destacados os resultados mais relevantes, procurando uma compreensão integradora e justificada, confrontando-os com o quadro teórico de referência e com resultados de outras investigações no mesmo domínio temático.

A conceção, que os participantes têm, de acolhimento à família do doente internado em CI remete para a sua finalidade e para os requisitos que lhe estão associados. É um conceito que se enfoca na primeira visita, mas diferenciado entre os participantes, uns compreendem-no como um momento e outros como um processo. Contudo, o primeiro contacto com o familiar é entendido, como o momento adequado para colher dados e, assim, cumprir uma das finalidades do acolhimento, conhecer a pessoa internada.

Acolher passa por tranquilizar o familiar, dar-lhe referências, ajudar na mobilização de recursos para que desenvolva estratégias que o ajudem a lidar com a situação. De forma similar Roque et al. (2013, p. 6), consideram que o enfermeiro de CI tem de estar capacitado para “apoiar e fortalecer relações significativas, durante momentos de elevado stress tomando consciência que isso constitui outra forma de cuidar o doente”.

As características diferenciadoras do contexto de CI e a tipologia de cuidados prestados, exigem que o acolhimento obedeça a um conjunto de requisitos como o acompanhar o familiar na primeira visita, orientá-lo, proporcionar-lhe privacidade, explicar a situação clínica, o ambiente da unidade e o comportamento que pode adotar, estimulando o processo de interação familiar/pessoa internada. Estes são resultados que vão ao encontro daquilo que Roque et al. (2013) consideraram quando identificam a extrema importância da real proximidade na primeira visita,

tentando estabelecer uma relação de confiança e segurança, que contribua para diminuir o stress ou a ansiedade vivenciadas pela família.

O acolhimento é realizado de forma global e integradora, há intencionalidade na recolha de dados sobre a pessoa e planeamento de todo o processo, desde receber a família à entrada, esclarecê-la relativamente à situação clínica e ao funcionamento da unidade, responder a dúvidas, explicando ou desmistificando, compreender as suas necessidades, acompanhá-la até junto do seu familiar e durante a visita.

Surgem, contudo, explícita ou implicitamente, múltiplas referências que esta não é uma prática generalizada pela escassez de recursos humanos, pelo prolongamento do internamento ou pela desvalorização desta prática, ficando aquém daquilo que é defendido/preconizado, mesmo pelos profissionais que de forma mais regular o realizam – os enfermeiros.

O enfermeiro é o profissional que mais frequentemente se responsabiliza pelo acolhimento, sobretudo na primeira visita. Os assistentes operacionais por vezes também recebem o familiar à porta e o médico participa quando há necessidade de uma informação mais global ou de ordem clínica e da sua competência. Estes resultados exigiriam reflexão profunda se analisados à luz das conclusões de Wong et al. (2015), quando salientam que as interações e experiências das famílias com os profissionais de saúde concentram-se à volta da comunicação admitindo estes que são os enfermeiros que mais a facilitam pela linguagem simples, pelo ambiente acessível, esclarecedor e pelo à vontade que fomentam. Salienta-se que a comunicação numa UCI, entre profissionais de saúde e a pessoa em situação crítica e respetiva família, é um dos principais fatores para a saúde física e mental e que interfere na satisfação de todos os envolvidos no processo de cuidar.

O acolhimento enquanto processo contínuo que se desenvolve desde a admissão do doente até à alta da UCI, não é realizado. Verificou-se que, no contexto em estudo, acontece na primeira visita ou quando há alteração da situação clínica do doente e independentemente de quem o faz, acontece num espaço sem conforto e privacidade - a entrada na unidade.

Os resultados desta investigação, sobre o processo de acolhimento da família, são continuamente intercalados com a identificação de múltiplas condicionantes associáveis ao próprio profissional, à equipa/serviço e à organização/instituição. Os traços de personalidade, a empatia, o que se considera mais correto, os valores, a capacidade para o envolvimento em processos complexos e emocionalmente exigentes ou a responsabilidade profissional e ética do profissional condicionam positiva ou negativamente o processo. Contudo, independentemente dos princípios a atender no acolhimento ou do que se encontra preconizado, tácita ou formalmente, estes profissionais assumem sempre e em primeiro lugar, o cuidado à pessoa. Este resultado é convergente com as conclusões de Wong et al. (2015), em que a prioridade, também, é manter a estabilidade fisiológica da pessoa internada ficando a intervenção emocional e psicológica com os familiares para quando houver disponibilidade de tempo.

A dotação de recursos humanos e a carga de trabalho percebida pelos participantes, podem condicionar o processo de acolhimento de forma negativa pois, este exige disponibilidade e tempo aos profissionais. Também o horário das visitas, a organização dos cuidados ou a própria

cultura da unidade influenciam este processo.

No acolhimento aos familiares o uso de estratégias como a (re)organização, dos recursos humanos, dos horários de visita, da atividade global da unidade e a adoção de normas orientadoras nomeadamente para a comunicação à família, seriam relevantes na promoção da sua qualidade com potenciais resultados para os vários intervenientes e para a pessoa internada. Embora noutros contextos geográficos e culturais, também Bell (2016) recomenda que, seja avaliada a competência dos enfermeiros na partilha de informação com a família e, identificado um perito para integrar os familiares na unidade.

A promoção na UCI de uma cultura de reflexão e formação sobre a importância da família e do trabalho em equipa multidisciplinar permitiria comunicar e trabalhar este cuidado de forma partilhada e numa metodologia mais integradora, completa e securizante.

Nesta perspetiva o acolhimento à família iria ao encontro da evidência científica que mostra os importantes contributos da não restrição da presença e participação dos familiares em contexto de CI de adultos, tal como a American Association of Critical-Care Nurses desperta (Hill, 2016).

CONCLUSÃO

O acolhimento da família é, nesta investigação, entendido como um processo centrado na primeira visita, cuja finalidade é conhecer e tranquilizar a pessoa, sendo realizado de forma global e integradora. A carga de trabalho, a escassez de recursos humanos, o horário das visitas, a organização dos cuidados e da própria unidade constituem condicionantes à realização de um acolhimento efetivo. Um trabalho em equipa multidisciplinar associado à evolução da política de visitas na unidade, aos ajustes no planeamento e organização dos cuidados, à identificação de um enfermeiro de referência, à sensibilização e reflexão em equipa seriam estratégias promotoras da qualidade do acolhimento.

Sendo a enfermagem uma profissão que enfatiza o cuidado personalizado e holístico, centrando-se nas necessidades da pessoa internada, importa que com intencionalidade acolha a família e a integre no processo de cuidados. Este aspeto assume particular significado para a família da pessoa internada em CI pelo distanciamento que a situação clínica e o ambiente da unidade ditam.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bogdan, R. & Biklen, S. (2013). *Investigação Qualitativa em Educação: uma introdução à teoria e aos métodos* (2ª ed.). Porto, Portugal: Porto Editora.
- Bell L. (2016). Caring for families and patients. *American Journal of Critical Care*. 25(1), 51-52.
- Hill, K. (2016). Family presence: visitation in the adult ICU. *Critical Care Nurse*. 32(4), 76-78.

- McConnell, B. & Moroney T. (2015). Involving relatives in ICU patient care: critical care nursing challenges. *Journal of Clinical Nursing*, 24(7-8):991-8. doi: 10.1111/jocn.12755.
- Roque, A., Fabião, D. & Oliveira, V. (2013). Cuidar em Família. Revista Lusitano Amaro. Suplemento 1º Seminário de enfermagem em cuidados intensivos da Beira Interior. 32, 2-6.
- Wong, P., Liamputtong, P., Koch, S., & Rawson, H. (2015). Families' experiences of their interactions with staff in an Australian intensive care unit (ICU): a qualitative study. *Intensive and Critical Care Nursing*, 31, 51-63.
- Shorofi, S., Jannati, Y., Moghaddam, H., & Yazdani-Charati, J. (2016). Psychosocial needs of families of intensive care patients: Perceptions of nurses and families. *Nigerian Medical Journal*.57(1): 10–18. doi: 10.4103/0300-1652.180557

O SISTEMA DE TRIAGEM DE MANCHESTER E A AVALIAÇÃO DA PESSOA COM DOR

MÁRCIO MIGUEL COIMBRA DE CARVALHO¹
LUÍS MIGUEL NUNES DE OLIVEIRA²

INTRODUÇÃO

A dor é um problema que afeta diariamente milhares de pessoas em todo o mundo, independentemente da idade, do género, da raça ou da classe social, sendo, segundo a International Association for the Study of Pain (IASP, 2011), uma das principais razões pelo qual as pessoas procuram cuidados de saúde, constituindo a queixa mais frequente e antiga da história da Medicina.

Como elemento importante do Sistema de Triagem de Manchester (STM), a avaliação da dor, dada a sua subjetividade, constitui um desafio na abordagem rápida e concisa por parte do enfermeiro, necessitando de estratificá-la, de forma a atribuir uma prioridade clínica. É neste momento que o enfermeiro na triagem assume um papel primordial em todo o processo, pois quanto melhor e mais adequada for a sua valorização e interpretação, mais eficaz se torna o sistema.

O STM é uma poderosa ferramenta de gestão, onde as pessoas deixam de ser atendidas por ordem de chegada ao serviço de urgência (SU) e passam a ser segundo critérios científicos rigorosos de priorização, em função da sua gravidade clínica (Silva, 2009).

Com a realização deste estudo pretendemos aprofundar uma temática bastante sensível aos cuidados de enfermagem que é a avaliação da dor vivenciada pelas pessoas que recorrem ao SU. Através da valorização da dor, esperamos contribuir para a mudança de atitudes e orientar os profissionais para uma melhor prática.

O objetivo central do presente estudo é analisar possíveis relações entre a prioridade atribuída pelo STM e algumas variáveis demográficas e clínicas da pessoa com dor. Os objetivos específicos são: analisar as variáveis demográficas e clínicas da pessoa com dor, e analisar a relação entre a prioridade atribuída pelo STM e variáveis demográficas e clínicas da pessoa com dor.

1 MSc, Enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra. Marcio_carvalho@hotmail.com

2 PhD, Professor adjunto, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. UICISA: E. Imoliveira@esenfc.pt

METODOLOGIA

Definimos como questão de investigação: Qual a relação entre a prioridade atribuída pelo STM e algumas variáveis demográficas e clínicas da pessoa com dor?

Em função dos objetivos delineados, definimos como hipóteses:

- Há relação estatisticamente significativa entre a prioridade atribuída pelo STM e o sexo;
- Há diferença estatisticamente significativa entre a prioridade atribuída pelo STM e a faixa etária;
- Há diferença estatisticamente significativa entre a prioridade atribuída pelo STM e o turno de admissão no SU;
- Há diferença estatisticamente significativa entre a prioridade atribuída pelo STM e o dia da semana de admissão no SU;
- Há diferença estatisticamente significativa entre a prioridade atribuída pelo STM e o mês de admissão no SU;
- Há diferença estatisticamente significativa entre a prioridade atribuída pelo STM e o fluxograma;
- Há diferença estatisticamente significativa entre a prioridade atribuída pelo STM e o discriminador;
- Há relação estatisticamente significativa entre a prioridade atribuída pelo STM e a intensidade da dor;
- Há relação estatisticamente significativa entre a prioridade atribuída pelo STM e o tempo de duração da triagem;
- Há relação estatisticamente significativa entre a prioridade atribuída pelo STM e o tempo de espera para primeira observação médica;
- Há relação estatisticamente significativa entre a prioridade atribuída pelo STM e o tempo de permanência no SU;
- Há diferença estatisticamente significativa entre a prioridade atribuída pelo STM e o desfecho do episódio de urgência.

Foi realizado um estudo retrospectivo com uma abordagem quantitativa, do tipo descritivo, analítico e correlacional. O instrumento de colheita de dados utilizado foi um formulário e os dados foram extraídos da base de dados fornecida pelo *software Soarian Clinicals®*, sendo posteriormente transferidos para uma base de dados em formato Excel® e exportados para o programa de tratamento estatístico SPSS® (*Statistical Package for the Social Sciences*), na versão 23.0 de 2015.

Os dados extraídos correspondem a todos os episódios de urgência das pessoas que deram entrada no SU geral de um hospital com valência médico-cirúrgica da região de Lisboa, no período de 2 de janeiro de 2014 a 31 de dezembro de 2014, às quais foi atribuída uma prioridade pelo STM, após seleção e bloqueio dos seguintes discriminadores: Dor Severa, Dor Pré-Cordial, Dor Moderada, Dor Pleurítica e Dor Ligeira <7 dias.

Constatámos que no período definido foram admitidas no SU 134165 pessoas (Tabela 1), sendo que destas, 56280 pessoas preenchem os critérios para inclusão no nosso estudo, correspondendo então à nossa população.

Tabela 1

Distribuição da População

		n	%
	Pessoas triadas com dor	56280	41,9
População	Pessoas triadas com outras queixas	77885	58,1
	Total	134165	100,0

Com o objetivo de obter uma amostra representativa da população em estudo, recorremos a um conjunto de teoremas conhecidos como Lei dos Grandes Números (Ochoa, 2013). Assim sendo, baseámo-nos no Teorema do Limite Central e na fórmula da distribuição Gaussiana, constatámos que, para uma população de 56280 pessoas, a amostra é de 382 pessoas.

Para a análise inferencial utilizámos o teste de *Kolmogorov-Smirnov*, o teste do Qui-quadrado (X^2), o teste não paramétrico de *Kruskal-Wallis* e o Coeficiente de Correlação de *Spearman* (ρ).

Para aceder aos dados realizámos um pedido formal de autorização para realização do estudo à diretora doSU, à enfermeira chefe do SU e à Comissão de Ética da instituição tendo obtido parecer favorável.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

As pessoas que procuram os serviços de urgência fazem-no com o intuito de irem ao encontro de um local, onde irão certamente ser atendidas, onde há grande probabilidade de serem tratadas e eliminada a sua dor, após identificação da causa.

Assim sendo, a população do nosso estudo é constituída por 41,9% das pessoas que procuraram o SU e manifestaram dor na triagem. Estes dados aproximam-se dos publicados por Barreto et al. (2012), em que a prevalência de dor no SU foi de 45,6%.

Os resultados encontrados mostram que a amostra é composta maioritariamente por mulheres (53,1%), com uma média de idade de 50,88 anos, predominando a faixa etária dos 36-41 anos (11,3%). Estes dados corroboram com os publicados por Stapleton e Degitz (2015) e Becker et al. (2015), em que as mulheres foram quem mais recorreu ao SU com dor (57,2%), com uma média de idades de 45,6 anos.

Os dados demonstram que a maioria das pessoas com dor, que recorrem ao SU, seja por dor aguda ou crónica, são pessoas ativas, ou seja, teoricamente aptas para desempenhar algum tipo de atividade económica e estão expostas a múltiplos fatores que podem desencadear ou agravar os quadros álgicos, como por exemplo, o excesso de trabalho, o stress laboral, a rotina diária associada à exigência das funções familiares, etc.

Relativamente ao turno de trabalho, dia da semana e mês de admissão no SU, verificámos que a maior afluência ao SU acontece no turno da manhã, com 51,6% das admissões. Os dias úteis

são os eleitos para a procura do SU, sendo que, no início da semana, concretamente à segunda-feira, a afluência ao SU é maior com 18,8%, seguida da sexta-feira com 16,8%. Ao fim de semana a afluência é menor. Relativamente aos meses do ano, não verificámos grande diferença entre eles, no entanto, o mês de junho foi o que apresentou uma maior admissão de pessoas com dor (11,3%) e o mês de fevereiro o que teve um menor número de admissões (5,5%).

A maior prevalência de admissões no turno da manhã poderá estar relacionada com o facto de a maioria das pessoas evitar deslocar-se ao SU durante o turno da noite. Em nossa opinião este facto poderá estar relacionado com a indisponibilidade da pessoa se deslocar ao SU por falta de meio de transporte, por incapacidade funcional, necessitando de acompanhamento de um familiar, ou até mesmo por comodismo, respeitando o horário de sono noturno.

A prioridade 'Pouco Urgente' é a que mais se evidencia (61,8%), o fluxograma mais selecionado foi o 'Problemas nos membros' (18,3%) e o discriminador 'Dor Ligeira < 7 dias' foi o mais escolhido (61,8%) (Tabela 2). Cada vez mais se verifica uma maior percentagem de pessoas que acedem ao SU sem motivo que o justifique ou que apresentem situações de menor gravidade, mais concretamente das pessoas priorizadas como 'Pouco Urgente', uma vez que não se encontram, aparentemente, em situação de gravidade clínica, podendo assim ser observadas num centro de saúde ou num SU básica. Situação similar foi identificada no estudo de Silva et al. (2013). Esta realidade pode levar a uma sobrelotação do serviço e provocar ineficiência e diminuição da qualidade na prestação de cuidados aos utentes que verdadeiramente necessitam. Efetivamente todos temos direito à saúde e de receber os cuidados de saúde que necessitamos, no entanto, deverá ser nos locais certos, em função das necessidades apresentadas.

Tabela 2

Distribuição da Amostra por Discriminador

	N	%
Discriminador		
Dor Severa	22	5,8
Dor Pré-Cordial	9	2,4
Dor Moderada	90	23,6
Dor Pleurítica	25	6,5
Dor ligeira < 7 dias	236	61,8
Total	382	100,0

Relativamente ao tempo de duração da triagem, verificámos que esta demorou em média 2,02 minutos, com um tempo mínimo de 0 minutos e um máximo de 7 minutos. Estes dados vão de encontro ao preconizado pelo Grupo Português de Triagem em que a duração da triagem varia entre 2 e 3 minutos.

O tempo de espera para a primeira observação médica foi em média de 98,04 minutos e 50,3% das pessoas tiveram alta para o domicílio. Os tempos de espera podem ser influenciados pelo

número de pessoas que recorrem ao SU. Se a afluência for muito elevada, os recursos humanos podem não ser suficientes para uma observação dentro do tempo de espera que o STM preconiza. No entanto, poderão ser adotadas medidas no sentido de melhorar esta situação.

Constatámos também que não há diferenças estatisticamente significativas entre a prioridade e a faixa etária, o turno, o dia da semana ou o mês de admissão no SU. Verificámos que há diferenças estatisticamente significativas entre a prioridade e o fluxograma, o discriminador e o desfecho do episódio de urgência. Entre a prioridade e o sexo não encontramos associação estatisticamente significativa.

Entre a prioridade atribuída pelo STM e a intensidade da dor verificámos uma correlação positiva forte (Tabela 3); com a variável tempo de duração da triagem foi identificada uma correlação positiva muito fraca; entre a prioridade e o tempo de espera para a primeira observação médica verificámos uma correlação negativa fraca e entre a prioridade e o tempo de permanência no SU identificámos uma correlação negativa muito fraca. Todas as correlações são estatisticamente significativas.

Tabela 3

Matriz de Correlação de Spearman Entre a Prioridade Atribuída pelo STM e a Intensidade da dor

Coefficiente de Correlação de Spearman		Prioridade atribuída pelo STM	Intensidade da dor
Prioridade atribuída pelo STM	Coefficiente de Correlação	1,000	0,798**
	Sig. (bilateral)	.	0,000
	n	382	378
Intensidade da dor	Coefficiente de Correlação	0,798**	1,000
	Sig. (bilateral)	0,000	.
	n	378	378

CONCLUSÃO

Atualmente a dor é considerada um importante problema de saúde pública, tanto a nível nacional como internacional, não só pela sua alta prevalência, mas também pelos elevados custos, uma vez que continua a ser negligenciada pela sociedade.

Os dados obtidos corroboram a ideia de que a dor é uma das principais razões pelo qual as pessoas procuram cuidados de saúde, constituindo a queixa mais frequente em contexto de SU.

Consideramos o estudo relevante para a Enfermagem, uma vez que, sendo o enfermeiro o primeiro profissional de saúde indicado para avaliar e priorizar a pessoa no momento da sua chegada ao serviço, este tem um papel preponderante na avaliação da dor, necessitando para isso de estar sensibilizado para o problema.

Inspirados nos resultados, a perspectiva é que a dor seja vista como um fenômeno que necessita de uma maior atenção, sendo necessário intervir ao nível da formação, pelo que propomos:

- a implementação de ações de sensibilização dirigidas à população, tendo como objetivo contribuir para um acesso racionalizado ao SU;
- recomendamos a implementação de protocolos de analgesia geridos pelo enfermeiro na triagem, com supervisão clínica;
- reforçamos a importância da retriagem das pessoas que aguardam pela primeira observação médica sempre que o tempo de espera ultrapasse o tempo preconizado pelo STM para a respetiva prioridade, ou no caso em que haja um agravamento do estado clínico da pessoa.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Barreto, R. F., Gomes, C. Z., Silva, R. M., Signorelli, A. A., Oliveira, L. F., Cavellani, C. L., & Ribeiro, S. B. (2012). Avaliação de dor e do perfil epidemiológico, de pacientes atendidos no pronto-socorro de um hospital universitário. *Revista Dor*, 13(3), 213-219. <https://www.scielo.br/pdf/rdor/v13n3/v13n3a04.pdf>
- Becker, J. B., Lopes, M. C., Pinto, M. F., Campanharo, C. R., Barbosa, D. A., & Batista, R. E. (2015). Triagem no serviço de emergência: Associação entre as suas categorias e os desfechos do paciente. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 49(5), 783-789. <https://doi.org/10.1590/S0080-623420150000500011>
- International Association for the Study of Pain. (2011). *Dor aguda. Qual é o problema?* http://www.aped-dor.com/images/FactSheets/DorAguda/pt/1_Problem_Portuguese.pdf
- Ochoa, C. (2013). *Qual é o tamanho da amostra que eu preciso?* <http://www.netquest.com/blog/br/qual-e-o-tamanho-de-amostra-que-preciso/>
- Silva, A. M. (2009). *Triagem de prioridades - triagem de manchester* [Dissertação de mestrado, Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar]. Repositório Aberto da Universidade do Porto. <https://hdl.handle.net/10216/19983>
- Silva, A. P., Diniz, A. S., Araújo F. A., & Souza C. C. (2013). Presença da queixa de dor em pacientes classificados segundo o protocolo de manchester. *Revista de Enfermagem do Centro - Oeste Mineiro*, 3(1), 507-517. <https://doi.org/10.19175/recom.v0i0.287>
- Stapleton, S. J., & Degitz, R. J. (2015). Investigating discharged ED patients' pain management experience. *International Emergency Nursing*, 23(3), 237-243. <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2014.12.002>

DETEÇÃO DE SITUAÇÕES DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA NUM SERVIÇO DE URGÊNCIA: UM ESTUDO RETROSPETIVO

DIONÍSIO PRATAS APOLÓNIO¹
MARIA ISABEL DOMINGUES FERNANDES²

INTRODUÇÃO

A violência doméstica (VD) sempre foi e continua a ser um grave problema social que limita o ser humano nos seus direitos e liberdades. A sua deteção, sinalização e encaminhamento nos serviços de saúde e na urgência em particular, como porta de entrada no sistema, reveste-se de primordial importância.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) refere que são as mulheres as principais vítimas de VD e esta ocorre em todas as regiões do mundo. Uma em cada cinco mulheres sofre tentativa de violação ou violação durante a sua vida (OMS, 2001).

Sendo este um flagelo das sociedades atuais, independentemente dos estratos sociais, é de extrema importância a sua sinalização, acompanhamento e encaminhamento, pelo que os enfermeiros integrados nas diversas equipas multidisciplinares, devem estar atentos e desenvolver competência na deteção e resposta a estas situações.

A sinalização destas situações é de primordial importância para dar início à avaliação e ao encaminhamento das mesmas. O serviço de urgência (SU) é uma das formas possíveis e frequentes das pessoas, vítimas de VD, darem entrada nas instituições de saúde como um meio de acederem à ajuda externa e apoio, não só para as lesões físicas imediatas, mas também, para outros cuidados de saúde potencialmente relacionadas com VD (Reisenhofer & Seibold, 2012). Para uma adequada resposta dos serviços de saúde é necessário que a sinalização aconteça na fase inicial da entrada no sistema, minimizando o risco da não identificação. Para tal, considera-se de primordial importância a sua sinalização no momento da admissão no SU, isto é, na triagem. O Sistema de Triagem de Manchester (STM) inclui fluxogramas e discriminadores com a finalidade de sinalizar potenciais vítimas de VD, o que nem sempre acontece, pelo que importa

1 MSc, Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica no Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, dionisio.apolonio@gmail.com

2 PhD, Professora Coordenadora na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, UICISA: E, isabelf@esenfc.pt

compreender se o STM é ou não eficaz neste processo. Os serviços de saúde têm promovido formas de atendimento diferenciado a estas pessoas, entre estes, o SU hospitalar onde foi realizado o estudo pois, integra um protocolo de intervenção em rede que visa a sinalização, avaliação (risco/perigo) e encaminhamento de situações de violência, operacionalizado por um fluxograma de deteção/sinalização e encaminhamento das vítimas de VD.

Sendo a VD uma temática atual, relevante, a exigir evidências relativas à intervenção dos serviços de saúde e, ainda, não investigada neste contexto específico, foi desenvolvida uma investigação na perspetiva de analisar se o STM é um elemento facilitador na deteção e sinalização da VD, tendo como objetivos caracterizar a tipologia das situações de VD detetadas e sinalizadas num SU polivalente, analisar quando e quem as deteta e se os fluxogramas do STM percorridos facilitam este processo.

METODOLOGIA

É uma investigação quantitativa de abordagem descritiva e dimensão temporal retrospectiva, que parte da questão de investigação: a deteção e sinalização de situações de VD, num SU, são facilitadas pela utilização do STM? A recolha de dados ocorreu após parecer favorável da Comissão de Ética da instituição onde os dados foram colhidos sendo realizada a partir do software Alert® e da base de dados do SU. Para tal, recorreu-se a uma grelha de extração de dados sobre caracterização das vítimas, do episódio de urgência, da sinalização da situação de violência, relativos ao profissional que identificou a situação e número de episódios anteriores, queixa e diagnóstico de saída. Foram incluídos todos os casos de VD (324) que deram entrada e foram sinalizados num SU polivalente, no período compreendido entre 1 janeiro de 2007 e 31 de dezembro de 2014.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O estudo incidiu na análise da informação registada na base de dados de um SU hospitalar, sobre os 324 casos de VD aí sinalizados, sendo 85,5 % referentes a pessoas do sexo feminino e 14,5% do masculino. Esta repartição por sexo não é dissonante da realidade nacional, em 2013 a Direção Geral da Saúde (DGS) apresentou um estudo em que dos 27318 casos registados, 81% eram mulheres e 19% homens (DGS, 2014). Também a Associação Portuguesa de Apoio à Vítima (APAV) nos relatórios de 2014 e 2015 apresenta estatísticas próximas desta realidade, respetivamente com 82,3% e 82% de vítimas do sexo feminino, 17,1% e 17% do masculino (APAV, 2015).

A idade das vítimas variou entre os 13 e os 89 anos, com valor médio de 45,5 anos. A faixa etária dos 30 aos 45 anos registou a maior frequência de casos, 40%, seguida da faixa etária dos 45 aos 60 anos com 25,9%. A média é ligeiramente mais elevada que a referente ao registo nacional para os 40 anos em 2012 e 41 anos em 2013 e 2014 (DGS, 2014).

Quanto à distribuição do número de vítimas por ano do estudo, foram sinalizados 42 casos, em 2007 tendo este valor aumentado até aos anos de 2010 e 2011 (com 62 e 60 casos respetivamente) e, a partir daí o número de casos decresceu até ao último ano do estudo. A nível nacional a evolução das vítimas ao longo dos anos teve o mesmo comportamento, entre 2008 e 2010 houve um aumento no número de ocorrências registadas, tendo-se verificado a

tendência de diminuição em 2011 e 2012. A análise comparativa destes valores com os dados estatísticos nacionais só será relevante até ao ano de 2012 dado que em maio de 2013 registou-se o encerramento noturno (entre as 20 e as 9 horas da manhã) do SU e, ao fim de semana, a partir de novembro, o que justifica o decréscimo do número de casos sinalizados.

Esta justificação para o decréscimo na sinalização de situações de VD, nos últimos anos, surge como a mais provável a partir da análise do número de casos por dia da semana, pois foi o fim de semana o período em que foram sinalizados mais casos (39,3%). Relatórios anuais de VD de 2012/13/14 referem a tendência de uma maior proporção de ocorrências ao fim de semana (33%, 32% e 33%) (Ministério da Administração Interna [MAI], 2015).

A distribuição por horas do dia em que as vítimas ocorreram ao SU mostra que no período das 20 às 24 horas (4h) ocorreu o maior percentual de admissões com 27%, e associando os períodos compreendidos entre as 20 e as 8 horas obtém-se 48% do total das vítimas. Este resultado ajuda a compreender a diminuição do número de casos nos últimos anos em análise pois, foi no período do dia em que o serviço esteve encerrado (20-08 horas) que se registaram 48% dos casos. Os dados estatísticos nacionais apresentados pelo MAI, em 2015, também evidenciam que a maioria das ocorrências são registadas entre as 19 e as 0 horas. A leitura das ocorrências por horas e dias da semana parece ultrapassar a dimensão nacional pois, no estudo realizado no Brasil, em urgência e emergência sobre VD e familiar, 46,1% de casos aconteceram no fim de semana e, 58,2 % durante a noite e a madrugada (Garcia et al., 2016).

Relativamente aos fluxogramas de apresentação utilizados destacam-se a agressão (75%), problemas nos membros (3,4%), feridas (3,1%) e TCE – trauma crânio-encefálico (2,8%). Os restantes 15,7% foram distribuídos por 15 fluxogramas, eventualmente evidenciando a heterogeneidade associada à forma de apresentação de situações de VD, visto que esta pode ir desde a violência física, sexual, psicológica ou económica.

O fluxograma mais utilizado foi agressão (75%) pois, sempre que não há fluxograma específico, a escolha no STM será a mais adequada à queixa apresentada. O MAI (2015) apresenta dados similares referentes aos anos de 2012 a 2014, com a violência física a rondar 70%.

O discriminador selecionado, mais frequentemente foi dor moderada com 54,5% seguido de dor com 29,9% dos casos, o que foi concordante com um dos principais motivos do acesso ao SU, a dor. Os restantes 15,6% foram distribuídos por 21 discriminadores. O discriminador “História inapropriada”, foi utilizado em apenas cinco casos (1,5%), sendo este referenciado por Almeida et al. (2012) como sendo uma situação potencialmente suspeita de VD.

Como referido as queixas que levaram as vítimas ao SU foram variadas, mas a violência física, manifestada por agressão e/ou traumatismo tiveram a maior frequência com 69,1%. Se forem associadas às queixas de agressão, a ansiedade, depressão e hiperglicemia (3,7%) e as feridas (1,5%), totalizam 74,3%. Verifica-se, assim, que é a violência física o grande motivo subjacente ao recurso ao SU das pessoas vítimas de violência ou aquele que os profissionais, mais frequentemente, identificam como potencial origem da VD, sinalizando estas pessoas. A queixa de VD por si só e a associada a outras queixas manifestadas, direta ou indiretamente, pelas vítimas registou-se em 18,5% das situações. As restantes queixas 7,2%, foram repartidas por ansiedade, depressão, dor pré cordial, intoxicação medicamentosa e outras. A violência física

como principal motivo da ida ao SU, neste estudo, vai ao encontro das estatísticas nacionais divulgadas pelo MAI (2015) em que a violência física está presente numa percentagem que ronda os 70%. Também, Garcia et al. (2016), no seu estudo concluem que a violência física esteve presente em 97,4 % dos casos analisados, sendo esta a principal razão da ida ao SU.

O principal mecanismo de lesão passou pela utilização do corpo (45,3%) provocando agressão por dentadas, murros, etc. A utilização de objetos, como cadeiras, garrafas ou machado, foi responsável por 25% das lesões, e 29,7% foram repartidos por arma, branca ou de fogo, quedas e salto de um carro em andamento. Estes dados vão ao encontro dos estudos de Garcia et al. (2016), em que a força corporal/espancamento, o uso de objetos perfurocortantes ou contundentes foram os principais mecanismos de lesão, sendo a cabeça, pescoço, boca e dentes e os membros as áreas do corpo mais lesadas.

Neste estudo, a cabeça e pescoço (39,2%) e os membros (16%) foram as áreas corporais mais atingidas. Contudo, a associação das lesões nos membros com outras áreas corporais ocorreu em 40,7% dos casos.

A violência física é a natureza mais frequente das lesões. As lesões dos tecidos moles (ex. hematomas, equimoses, feridas, edemas) com 38,2%, agressão/traumatismo/violação (4,7%) e dor (16,6%) totalizam 59,5% de casos em que a violência física esteve presente. Se a este valor se adicionar dor associada a outras queixas, obtém-se um total de 85,4%. Estes resultados aproximam-se dos apresentados por Garcia et al. (2016) que registou 97% de violência física. A violência psicológica esteve presente em cerca de 80% das situações de VD segundo o MAI (2015). Neste estudo, manifestou-se diretamente em 6,8% e, associado a outras queixas (alterações comportamentais - ansiedade, ideação suicida/recusa alimentar - associadas a dor e outras queixas e, intoxicação etílica/medicamentosa) em 33,7% dos casos. Estes valores distantes dos referenciados pelo MAI (2015), são compreensíveis pois, referem-se a atendimentos no SU em consequência de um episódio de VD e não aos dados globais de violência.

Foram sinalizados na triagem 74,7% casos de VD e 25,3% foram sinalizados posteriormente. Assim, poder-se-á questionar ou equacionar a dúvida, sobre quantas pessoas vítimas poderão ter entrado no SU e saído, sendo situações de VD, sem nunca serem sinalizados. Na investigação realizada por Garcia et al. (2016), muitas mulheres já tinham recorrido a outro serviço para serem atendidas o que poderia "indicar despreparo dos serviços para o atendimento a estas vítimas e/ ou a necessidade de encaminhamento para outro serviço de saúde" (p. 8).

Dos casos sinalizados na triagem, 71,3% das vítimas manifestou de forma direta que tinha sido sujeita a uma situação de VD, sendo (3,4%) sinalizados por queixa indireta, ou seja, foi o enfermeiro triador, pelo que a vítima referiu e pela sua observação suspeitou/detetou que poderia tratar-se de uma situação de VD. Foi para deteção destas situações que a equipa teve um processo de sensibilização e formação de forma a detetarem situações óbvias de VD mas, principalmente, situações menos explícitas de sofrimento físico e mental (Redondo, 2012).

Das situações sinalizadas pós triagem, 58,3% foram detetadas por enfermeiros, 25,3% por médicos e, para os restantes 16,4% a sinalização aconteceu a partir de informação de um familiar, referência de outra instituição de saúde e, ainda, outros processos sem referência a VD (eventualmente por lacuna nos registos dos profissionais).

Dos casos sinalizados, 36% tiveram uma a duas admissões no SU, 39,9% entre três a oito vezes e 23,1% mais de oito vezes, um dos casos teve 75 admissões no SU. Os episódios de admissão anteriores poderão ser situações sentinela funcionando como elemento facilitador para a sinalização. No período em estudo, 39,8% dos casos foram sinalizados na primeira admissão no SU enquanto, 60,1% tinham entre um e 53 atendimentos, anteriores à sinalização. No relatório do MAI (2014, p.31) assinala-se que das ocorrências registadas “em 32% das situações reportadas à Guarda Nacional Republicana existiram ocorrências anteriores por agressão à mesma vítima e/ou a outro familiar praticadas pelo mesmo denunciado” podendo algumas não terem sido reportadas às autoridades.

Seria relevante explorar os casos que tiveram admissões no SU, anteriores à sinalização, como vítima de VD, para compreender as lacunas na identificação/sinalização da situação. A vitimização continuada registou 73% e 75%, em 2014 e 2015, tendo uma duração temporal entre dois e seis anos (APAV, 2015).

Ao relacionar o momento da sinalização com o número de admissões anteriores no SU verificou-se que os casos sinalizados como primeira queixa (68,4%) tinham zero a duas admissões e 31,6% mais de duas. Na sinalização por queixa indireta ou pós triagem 76,6% tiveram zero a duas admissões e 23,4% mais de duas.

A baixa frequência de sinalização por queixa indireta poderá dever-se ao profissional que realiza a triagem. Neste domínio, constata-se a necessidade de ter profissionais experientes, formados e motivados para esta problemática. Segundo Bradbury-Jones et al. (2016) nem todos os enfermeiros se sentem confiantes neste tema. Estes autores concluem sobre a relevância da educação e da formação dos enfermeiros, para melhorar o acesso rápido e adequado e as respostas à violência entre parceiros íntimos, na prática clínica.

Ao analisar a experiência dos profissionais e o número de casos sinalizados, verifica-se que os profissionais com experiência entre 0 e 3 anos foram os que sinalizaram maior número de casos (108) o que poderá dever-se à remodelação do serviço que implicou a entrada de novos elementos. Os profissionais com mais de 8 anos de serviço sinalizaram 57 casos e, os restantes 159 (49%), foram sinalizados por profissionais com experiência entre 4 e 8 anos. Numa temática tão complexa como a da VD, a perícia na intervenção dos enfermeiros seria uma mais valia para as vítimas, pois a experiência e o conhecimento permitem compreender de maneira intuitiva cada situação e apreender diretamente o problema sem perdas de tempo (Bradbury-Jones et al., 2016).

A análise conjunta das variáveis sexo da pessoa vítima de violência e o momento da sinalização, evidencia que todas as queixas indiretas se referem a pessoas do sexo feminino.

A maioria dos agressores (78,6%), tinha relação de conjugalidade ou outra relação íntima com a vítima. Também se destacam os agressores com outro tipo de ligação familiar, os descendentes (filho/a, genro, nora, enteado, neto) com 10,4% e os ascendentes (pai, mãe, padrasto) com 5,8%. Situação similar é identificada pelo MAI (2015).

Sinalizar as situações de VD é primordial, mas de pouco ou nada serve se estas pessoas não forem ajudadas e orientadas no regresso ao domicílio (Redondo et al., 2012). No estudo verificou-se que 45,5% das vítimas saíram do serviço sem terem recebido informação sobre os recursos

disponíveis ou serem encaminhadas direcionando-as para um serviço de apoio. Em 14,3% dos casos está documentado que estes abandonaram o serviço ou recusaram apoio. Nos restantes 25,8% não havia registo sobre o que foi trabalhado com a pessoa ou o registo referia “regressou a casa” e em 5,8% o registo documentava que tinha sido fornecida informação pertinente.

Dos casos sinalizados 29,1% das vítimas foram encaminhadas para a consulta de VD e psiquiatria (8,3%), apoio social (8%) e 8,7% foi orientada para a Linha 144, internamento (neurocirurgia, ortotraumatologia, medicina, cuidados intensivos, psiquiatria), medicina legal e médico assistente.

A análise conjunta dos dados referentes ao encaminhamento/apoio e momento da sinalização permite verificar que, tanto por queixa direta como no pós-triagem, o número de pessoas encaminhadas é sempre superior às que não tiveram encaminhamento, mais de 50%, não havendo assim interferência destes dois momentos em relação ao encaminhamento/apoio. Pelo contrário na sinalização por queixa indireta, os casos com encaminhamento/apoio (5) foram inferiores aos sem encaminhamento (6).

Seria exetável que com a implementação do protocolo de sinalização, avaliação e encaminhamento de situações de VD no SU, o número de encaminhamentos/apoio ao longo dos anos aumentasse, mas, tal não se verificou. O máximo (60%) de vítimas encaminhadas aconteceu em 2010, decrescendo progressivamente a partir daí. As alterações na organização e funcionamento deste SU, encerramento noturno e fim de semana, poderão estar entre os motivos subjacentes a estes dados.

O STM é um sistema confiável e válido. Neste estudo verifica-se que ele só por si não é totalmente eficaz como elemento facilitador na deteção para sinalização das situações de VD, pois 25,3% destas passaram na triagem sem deteção, o que evidencia a relevância da preparação dos profissionais para uma utilização eficaz, nesta área de intervenção.

A alteração das condições de funcionamento do SU no período de colheita de dados, a ausência de dados em relação aos casos com varias admissões anteriores no SU e a baixa produção científica nesta área temática limitou a interpretação e discussão dos resultados obtidos e podem configurar-se como limitações.

CONCLUSÃO

Como principais conclusões salienta-se que a maioria das vítimas é do sexo feminino, adulta e sofreu violência física. A maioria foi detetada e sinalizada na triagem por queixa direta, sendo utilizados 19 fluxogramas e 23 discriminadores. Destes o discriminador “Historia inapropriada” foi usado apenas pontualmente, enquanto agressão e dor moderada foram os mais utilizados.

Os percentuais mais elevados de deteções e sinalizações de vítimas de VD ocorreu das 20 às 8 horas e ao fim de semana. Aproximadamente metade das vítimas saíram do SU sem serem orientadas sobre os recursos e apoios existentes na comunidade.

Na avaliação e valoração dos sinais e sintomas das vítimas e no percorrer dos diferentes discriminadores do fluxograma, os conhecimentos, a experiência e as habilidades específicas

de cada profissional foram determinantes na deteção/sinalização e definição das prioridades de atendimento, pelo que a sua destreza e atuação são um forte contributo para a maior eficácia do STM.

A formação e atualização contínua dos profissionais envolvidos, nomeadamente os enfermeiros, deverá ser uma prioridade, pois o STM só se revela verdadeiramente eficaz quando realizado por enfermeiros peritos, com capacidade para realizar observações rápidas, globais, atentas aos indícios e com habilidades comunicacionais e relacionais de forma a estabelecer uma relação empática com as vítimas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Almeida, J., Frade, M., Costa, A., & Veiga, A. (2012). Serviço de Urgência do Hospital Geral do Centro Hospitalar de Coimbra – CHUC. In J. Redondo (Ed.), *Sem violência doméstica- uma experiencia de trabalho em rede* (pp. 386-393). Administração Regional de Saúde do Centro.
- Associação Portuguesa de Apoio à Vítima (APAV) (2015). *Estatísticas APAV- Relatório anual de 2014*.
- Bradbury-Jones, C., Clark, M., Parry, J., & Taylor, J. (2016). Development of a practice framework for improving nurses' responses to intimate partner violence. *Journal of Clinical Nursing*, 26, 2495-2502. <https://doi.org/10.1111/jocn.13276>
- Garcia, L., Duarte, E., Freitas, L., & Silva, G. (2016). Violência doméstica e familiar contra a mulher: Estudo de casos e controles com vítimas atendidas em serviços de urgência e emergência. *Cadernos de Saúde Pública*, 32(4). <https://doi.org/10.1590/0102-311X00011415>
- Direção Geral da Saúde (DGS) (ed.). (2014). *Violência Interpessoal - Abordagem, Diagnóstico e Intervenção nos Serviços de Saúde*. Lisboa: Direção Geral de Saúde.
- Ministério da Administração Interna (MAI). (2015). Violência doméstica-2014. Relatório anual de monitorização. https://www.sg.mai.gov.pt/Noticias/Documents/Rel%20VD%202014_vfinal_14agosto2015.pdf
- Organização Mundial da Saúde (OMS). (2001). Relatório Mundial da Saúde 2001. Saúde mental: Nova conceção, nova esperança. https://www.who.int/whr/2001/en/whr01_djmessage_po.pdf
- Redondo, J. (2012). *Sem violência doméstica - uma experiência de trabalho em rede*. Administração Regional de Saúde do Centro.
- Reisenhofer, S., & Seibold, C. (2012). Emergency healthcare experiences of women living with intimate partner violence. *Journal of Clinical Nursing*, 22(15-16), 2253–2263. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2012.04311.x>

A INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM NA PROMOÇÃO DO SONO: A PESSOA INTERNADA NUMA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS

MARISA ALEXANDRA MARQUES¹
MARIA ISABEL DOMINGUES FERNANDES²

INTRODUÇÃO

O sono é fundamental tanto em quantidade como em qualidade para manter uma ótima saúde física e emocional, consolidar a memória, regular o sistema imunológico e coordenar a função neuro endócrina (Altman et al., 2017).

As unidades de cuidados intensivos (UCI) sendo o local ideal para o atendimento de doentes em estado grave, no entanto proporcionam um dos ambientes mais agressivos, tensos e traumatizantes do hospital. Durante o internamento da pessoa em situação crítica em UCI, os despertares frequentes e a falta de estádios de sono reparadores, prejudicam a sua recuperação (Kamdar et al., 2016).

A perturbação do sono na pessoa em situação crítica pode ter origem no stress psicológico associado à doença e ao ambiente dos cuidados intensivos, stress cirúrgico, ruído, interrupções para os cuidados, fármacos, procedimentos dolorosos ou processos fisiológicos, excesso de iluminação e desconforto muscular e articular resultante do tempo confinado ao leito (Kamdar et al., 2016). São estes fatores geradores de distúrbios de sono que os profissionais de saúde, principalmente os enfermeiros, devem estar atentos. O seu envolvimento e as intervenções promotoras de um período de sono em quantidade e qualidade adequadas, são fundamentais para a correta recuperação e manutenção da sua saúde física e emocional (Hopper et al., 2015).

A partir deste conjunto de elementos surgiu o interesse em compreender o fenómeno do sono da pessoa internada numa UCI e, a influência das intervenções de enfermagem na qualidade e quantidade de sono. Assim, foram definidos os objetivos - identificar os fatores perturbadores

1 Enfermeira Especialista e Mestre em Enfermagem Médico-cirúrgica, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, 25152@chuc.min-saude.pt

2 PhD, Professora Coordenadora, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, UICISA: E, isabelf@esenfc.pt

do ciclo de sono na pessoa internada numa UCI; avaliar a percepção, sobre a qualidade e quantidade de sono, da pessoa internada na UCI e do enfermeiro que a cuidou; analisar o impacto de uma atividade formativa, sobre o sono da pessoa internada numa UCI desenvolvida no seio da equipa de enfermagem.

METODOLOGIA

Foi realizado um estudo pré-experimental, longitudinal e prospetivo, partindo da questão de investigação - Como é que as práticas de enfermagem numa UCI interferem com a quantidade e qualidade do sono da pessoa internada?

Decorrentes da questão central e em articulação com os objetivos, delinearam-se as seguintes questões secundárias: qual a percepção dos doentes, em relação à sua qualidade de sono?; qual a percepção dos enfermeiros sobre a qualidade do sono do(s) doente(s) que cuida(m)?; que relação há entre a avaliação realizada por doentes e enfermeiros sobre a qualidade e quantidade de sono?; qual a relação entre a experiência profissional dos enfermeiros, em cuidados intensivos, e a avaliação que realizam da qualidade e quantidade do sono da pessoa em situação crítica?; e que fatores são identificados, pelos doentes, como perturbadores do seu sono durante o internamento na UCI?

Assim, o sono foi avaliado, pelos doentes e enfermeiros, antes e depois de uma intervenção de sensibilização, da equipa, para a promoção de cuidados. Os dados foram colhidos usando um instrumento dirigido aos doentes e outro aos enfermeiros, ambos constituídos por questões para caracterização sociodemográfica e o *Richards-Campbell Sleep Questionnaire (RCSQ)* (Kamdar et al. 2012). Ao instrumento dos doentes associou-se a caracterização clínica e uma questão aberta.

A caracterização sociodemográfica e clínica dos doentes integrava questões relativas aos dias de internamento, turno, data, idade, sexo, estado civil, diagnóstico médico, estado de consciência, estado de orientação, tipo de comunicação, grau de sedação e agitação e, medicação indutora do sono. O da equipa de enfermagem foi constituída por questões referentes à idade, sexo, estado civil, habilitações e experiência profissional em cuidados intensivos e formação sobre o tema.

O RCSQ engloba uma escala visual analógica (o score mais alto de 100mm corresponde a um melhor sono e o score mais baixo de 0mm corresponde à pior noite de sono) para medir a qualidade e quantidade do sono a partir de seis questões/itens relativos à: profundidade do sono percebida; latência do sono; número de despertares; eficiência (% de tempo acordado); qualidade do sono; e ruído noturno. A versão RCSQ, aplicada ao doente, foi complementada por uma questão aberta sobre os fatores que, naquela noite, interferiram no padrão do sono.

A fiabilidade do RCSQ foi estudada através da análise da sua consistência interna, a partir da determinação do coeficiente de alfa de Cronbach, obtendo-se um valor de 0,89 para os doentes e 0,94 para os enfermeiros, o que evidenciaram boa fiabilidade.

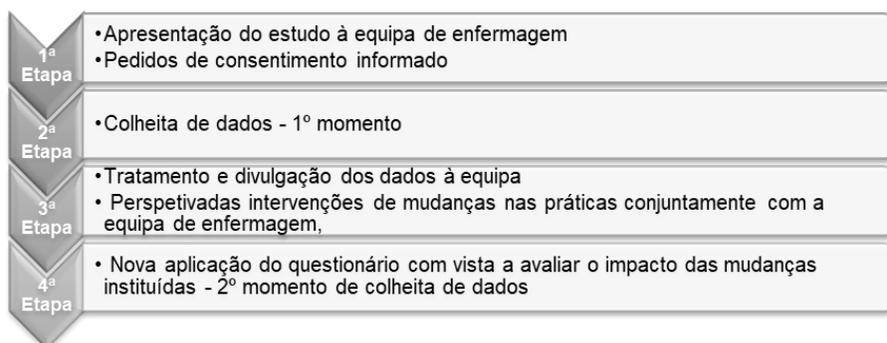
Definiu-se realizar 60 observações, de cada um dos grupos: a pessoa internada numa UCI e os enfermeiros a exercer funções nessa unidade. Foram critérios de inclusão nos doentes a

observar, ser maior de 18 anos, sem diagnóstico de delírio, com score de 5 para o item melhor resposta verbal na Escala de Coma de Glasgow (ECG), compreensão da língua portuguesa, e score entre -1 e +1 na escala de agitação-sedação de Richmond (RASS). Foram excluídos doentes com patologia delirante diagnosticada, sedados ou sedo-analgesiados, sob efeito de fármacos bloqueadores neuromusculares, com patologia crânio-encefálica e, todos aqueles que já tivessem completado cinco aplicações do instrumento de recolha de dados. Os enfermeiros incluídos na amostra foram aqueles que se responsabilizaram pela prestação de cuidados durante o turno da noite ao doente que participa no estudo.

A recolha de dados desenvolveu-se em dois momentos, entre outubro de 2013 e abril de 2015, seguindo as etapas apresentadas na Figura 1. No 1º momento o questionário foi aplicado a 33 doentes e 24 enfermeiros e, no 2º, a 22 doentes e 20 enfermeiros.

Figura 1

Etapas do Processo de Colheita de Dados



A divulgação à equipa, dos dados colhidos no 1º momento, teve o objetivo de equacionar mudanças a introduzir nas práticas, para promover o sono do doente. As mudanças passaram por: redução de iluminação na unidade durante a noite; silenciar alarmes (monitor/equipamento) após verificação e atuação; iluminação dirigida nos espaços de trabalho; posters na unidade a alertar para a necessidade de silêncio; minimizar ruído nos diálogos dos profissionais; sensibilizar a equipa multidisciplinar para a redução da iluminação e ruído; avaliação sistemática da necessidade de posicionar o doente; e manter fechadas as portas da unidade para outras divisões.

Foram adotados princípios éticos de forma a respeitar os direitos e liberdades dos participantes, nomeadamente; consentimento livre e esclarecido; respeito pela vida privada; confidencialidade das informações pessoais; e respeito pela justiça e equidade.

RESULTADOS

Em relação às características biográficas e sociais dos doentes internados na UCI, verificou-se que a maioria era do sexo masculino, casado e com uma idade que variou entre 30 e 85 anos (\bar{X} =50,57 anos) no primeiro momento de colheita de dados, e entre 33 e 85 anos (\bar{X} =58,95 anos) no segundo momento. Relativamente ao diagnóstico de admissão a maioria foi insuficiência respiratória, com um tempo médio de internamento de 13,85 dias, no primeiro momento e 11,47 dias no segundo. Apresentavam uma ECG de 15, um Confusion Assessment Method-ICU (CAM-ICU) negativa e uma RASS de 0. A comunicação verbal foi o tipo de comunicação mais utilizado (90%) e maioritariamente os doentes referem não tomar medicação indutora do sono, com aumento percentual, de 51,7% para 68,3%, do 1º para o 2º momento.

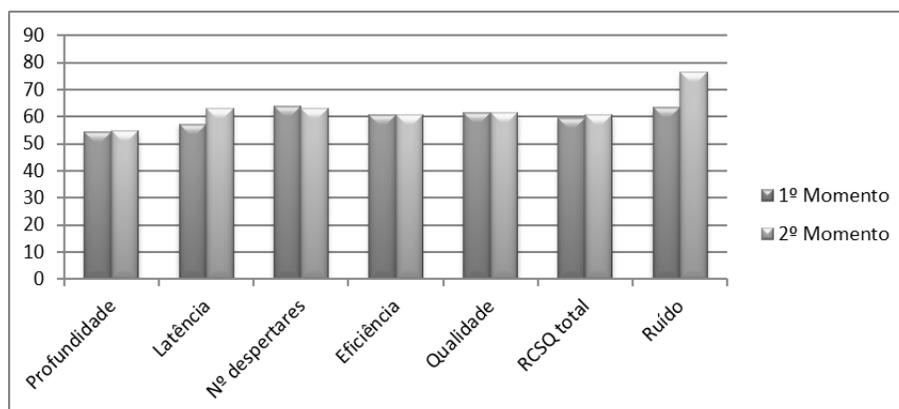
Em relação às características da equipa de enfermagem verificou-se que as suas idades se situavam entre 30 e 49 anos (\bar{X} =37,55 anos) no 1º momento e (\bar{X} = 39,25 anos) no 2º momento.

Maioritariamente era do sexo feminino, casada e com grau académico de licenciado. Apresentava tempo médio de experiência profissional de 15,12 anos no 1º momento e 16,67 no 2º momento. A experiência profissional em cuidados intensivos foi de 12,58 e 13,18 anos no 1º e 2º momentos. Cerca de 80% dos enfermeiros não tem formação na área do sono.

Os doentes perspetivaram uma razoável qualidade de sono, sem diferenças estatisticamente significativas, apesar da melhoria dos valores médios (ex. latência do sono - item 2), como mostra a figura 2.

Figura 2

Comparação das Características do Sono do Doente, entre os dois Momentos de Colheita de Dados, na Perceção do Doente

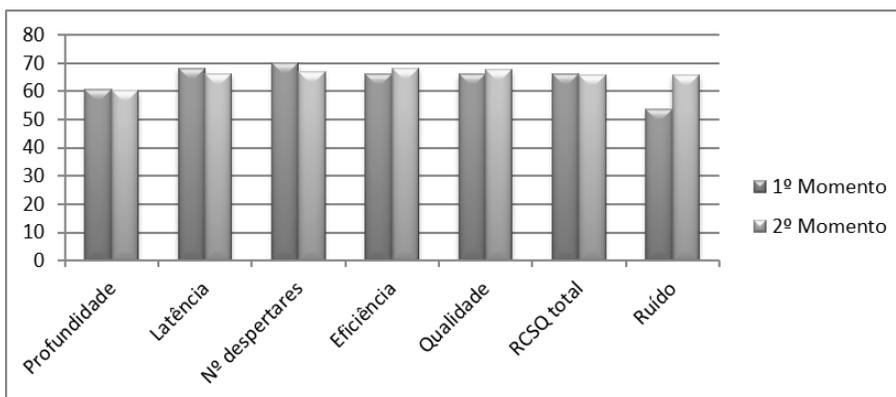


No entanto, ao nível de ruído regista-se uma diferença significativa. As mudanças de comportamentos produziram efeitos significativos a nível do ruído percebido pelo doente, pois estes referiram, no segundo momento, que os períodos noturnos eram mais silenciosos, tendo identificado um menor número de fontes de ruído.

A equipa de enfermagem perspetivou uma boa qualidade de sono dos seus doentes. Quando comparados os dados dos dois momentos, verificou-se a não existência de diferenças estatisticamente significativas, apesar da melhoria dos valores médios, como a eficiência do sono (% de tempo acordado) e a qualidade do sono (figura 3).

Figura 3

Comparação das Características do Sono do Doente nos dois Momentos de Colheita de Dados, na Perceção dos Enfermeiros

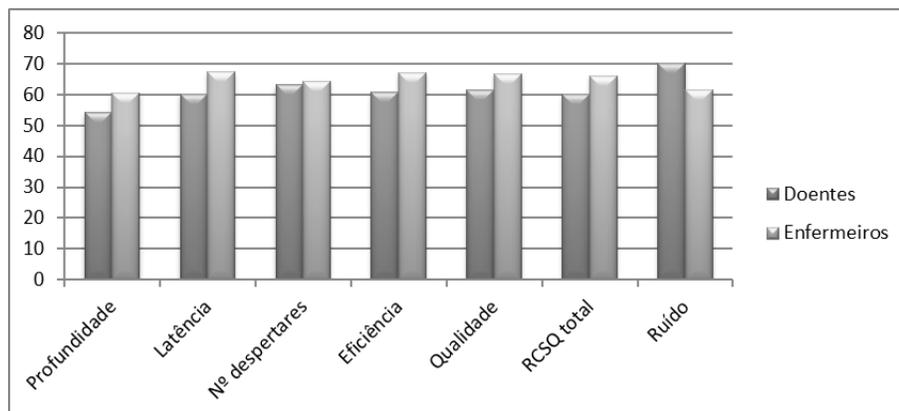


Assim como na percepção dos doentes, também os enfermeiros registam uma diferença estatisticamente significativa a nível do ruído, ou seja, as mudanças de comportamentos produziram efeitos positivos a nível do ruído percebido pelo enfermeiro.

Comparando a avaliação da qualidade e quantidade do sono, na perspetiva dos doentes e dos enfermeiros, constatou-se que a qualidade percebida pelos enfermeiros é superior à dos doentes, quer item a item quer no score global. Excetuou-se o nível de ruído, pois, os enfermeiros percebem períodos noturnos mais ruidosos que os doentes. Verifica-se que existem diferenças estatisticamente significativas ao nível da profundidade do sono, da eficiência do sono e no score global (figura 4)

Figura 4

Comparação das Características do Sono do Doente na Percepção dos Doentes e dos Enfermeiros



Quanto aos fatores que mais perturbam o sono dos doentes internados em UCI, salientam-se que no 1º momento de colheita de dados, antes da ação de sensibilização da equipa, predominava o ruído do equipamento, seguido dos procedimentos, iluminação e conversa de profissionais. No 2º momento, após a sensibilização da equipa, continua a predominar o ruído do equipamento (embora com uma % menor), seguido dos procedimentos, conversa de profissionais e posteriormente a iluminação.

DISCUSSÃO

Os dados colhidos pela aplicação do questionário RCSQ permitem verificar que os doentes perspetivaram uma razoável qualidade de sono, o que vai ao encontro das conclusões das investigações de Kamdar et al. (2013), em que a média total do RCSQ ronda os 50%, e Saldaña et al. (2014) em que 43% dos doentes referem um sono regular e 32% uma má qualidade de sono.

Comparando os dados dos dois momentos de colheita de dados, constatamos que não existem diferenças significativas, ou seja, as mudanças de comportamentos dos profissionais e as instituídas na unidade, após a ação de sensibilização da equipa, não tiveram impacto significativo na perspetiva do doente acerca da qualidade do seu sono. No entanto, importa salientar que, essas mesmas mudanças de comportamentos parecem ter produzido efeitos a nível do ruído percecionado pelo doente, dado que estes referiram, no segundo momento de colheita de dados, que os períodos noturnos eram mais silenciosos, tendo identificado um número menor de fontes de ruído.

Avaliando a qualidade do sono do doente na perspetiva dos enfermeiros, verificamos que estes classificam o sono dos doentes como sendo de boa qualidade, quer ao nível de cada item quer

no score global. Assim, como os doentes, também os enfermeiros, tinham a percepção que o nível de ruído diminuiu durante o turno da noite.

Verificamos que existe uma tendência por parte dos enfermeiros para sobrestimar o sono dos doentes que cuidam, o que vai ao encontro do estudo de Kamdar et al. (2013), que constatou que a percepção da qualidade do sono por parte dos enfermeiros era significativamente maior do que a percepção dos doentes (68 e 57, respetivamente).

Fazendo esta análise comparativa entre as percepções dos doentes e dos enfermeiros, atestou-se (à semelhança de Kamdar et al., 2012) que os doentes percebem menos ruído durante os períodos de sono. Este resultado, talvez se deva aos doentes adormecerem mais profundamente e não se aperceberem dos ruídos menos intensos da unidade ou ao facto desta equipa estar desperta para o problema do sono, tendo a percepção que há mais ruído do que aquele que efetivamente aconteceu. Contudo, este é um resultado convergente com outros.

Verificou-se ainda, que existe uma relação positiva e significativa entre a avaliação que os doentes fazem do seu sono e a avaliação que os enfermeiros fazem do sono dos seus doentes, isto é, quando os profissionais fazem uma avaliação mais elevada da qualidade de sono do seu doente, esta faz-se acompanhar de uma avaliação também mais elevada do doente relativamente à sua qualidade de sono.

Quanto aos fatores que mais perturbavam o sono dos doentes, verificou-se predomínio do ruído do equipamento. Os estudos de Nesbitt e Goode (2014) também revelaram que o ruído é o fator com mais impacto nos doentes internados em cuidados intensivos.

Outros autores, concluíram que o ruído é responsável pela disrupção da qualidade do sono e não da quantidade e que o grau de ruído não afeta a frequência de interrupção do sono.

CONCLUSÃO

A contextualização dos resultados leva-nos a concluir que existia já, por parte da equipa de enfermagem, um conhecimento sobre o impacto do ruído no sono do doente crítico, o que é revelado pelas práticas de enfermagem e pelos bons resultados do 1º momento de colheita de dados. Existia por parte da equipa de enfermagem um cuidado em promover um sono consolidado, contudo, esta investigação, acarretou implicações para a prática dos cuidados pelos novos conhecimentos ou refinamento dos já existentes.

Conduziu a um planeamento intencional das ações tendentes à promoção do sono, a um pensamento crítico sobre a ação realizada e a um trabalho integrado em equipa, promovendo um ambiente não perturbador do sono. Assim, pelo impacto que a qualidade do sono tem na evolução global da situação clínica do doente, emerge a relevância da formação/sensibilização das equipas a par com medidas tendentes à gestão de um ambiente promotor do sono do doente crítico.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Altman, M., Knauert, M., & Pisani, M. (2017). Sleep disturbance after hospitalization and critical illness: a systematic review. *American Thoracic Society*, vol 14, N 9, 1457-1468. doi: 10.1513/AnnalsATS.201702-148SR
- Hopper, K., Fried, T., & Pisani, M. (2015). Health care worker attitudes and identified barriers to patient sleep in the medical intensive care unit. *Heart & Lung*, 44, 95-99. doi:10.1016/j.hrtlng.2015.01.011
- Kamdar, B., King, L., Collop, N., Sakamuri, S., Colantuoni, E., Neufeld, K., ... Needham, D. (2013). The effect of a quality improvement intervention on perceived sleep quality and cognition in a medical ICU. *Critical Care Medicine*, 41, 800-809. doi:10.1097/CCM.0b013e3182746442
- Kamdar, B., Knauert, M., Jones, S., Parsons, E., Parthasarathy, S. & Pisani, M. (2016). Perceptions and Practices regarding sleep in the intensive care unit. *Annals ATS*, 13(8), 1370-1376. doi/full/10.1513/AnnalsATS.201601-087OC
- Kamdar, B., Shah, P., King, L., Kho, M., Zhou, X., Colantuoni, E.,... Needham, D. (2012). Patient-Nurse interrater reliability and agreement of the Richards-Campbell Sleep Questionnaire. *American Journal of critical care*, 4, 261-267. doi:10.4037/ajcc2012111
- Nesbitt, L. & Goode, D. (2014). Nurses perceptions of sleep in the intensive care unit environment: a literature review. *Intensive & Critical Care Nursing*, 30(4), 231-235. doi: 10.1016/j.iccn.2013.12.005.
- Saldaña, D., Colmenares, S. & Beltrán L. (2014). El sueño en el paciente hospitalizado en una unidad de cuidado intensivo. *Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo*, 16, 49-59. doi:10.11144/Javeriana.IE16-1.spci
- Silveira, D., Bock, L., & Silva, E. (2012). Quality of Sleep in intensive care units: a literature review. *Journal of Nursing*, 6, 898-905. doi:10.5205/01012007

ENFERMEIROS DA VIATURA MÉDICA DE EMERGÊNCIA E REANIMAÇÃO: QUE COMPETÊNCIAS?

HÉLÈNE FERREIRA MALTA¹
LUÍS ANTÓNIO RODRIGUES PAIVA²
JOSÉ CARLOS AMADO MARTINS³

INTRODUÇÃO

A Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER) constitui um dos meios de intervenção disponível no Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM) tripulada por uma equipa diferenciada constituída pelo enfermeiro (também condutor) e pelo médico.

Em Portugal, ainda não é requerida especialização de enfermagem para a prestação de cuidados no meio pré-hospitalar mas, a complexidade das intervenções exigidas a estes profissionais face às situações com que se deparam, faz com que tenham de procurar o seu melhor desempenho ao nível: da atitude a assumir face à pessoa e à equipa; dos conhecimentos para reconhecer sinais/sintomas as suas implicações hemodinâmicas e compreender o tratamento administrado; bem como das habilidades técnicas na execução dos procedimentos necessários.

Os recentes estudos realizados por profissionais de enfermagem que exercem nesta área, referem que existe um vazio na definição da formação necessária e das competências conferidas às mesmas, neste âmbito de intervenção, visto não existirem registos das suas intervenções, nem auditorias no meio pré-hospitalar (Isidro, 2012). Por outro lado, a inexistência de um referencial que defina com clareza as competências dos enfermeiros que exercem nesta área, como existe noutros países, dificulta e confunde o entendimento do seu papel profissional junto dos seus pares e na sociedade.

1 MSc, Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica no Serviço de Urgência e Viatura Médica de Emergência e Reanimação do Hospital Distrital da Figueira da Foz. helenemalta@gmail.com

2 PhD, Professor Adjunto da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. UICISA: E, luispaiva@esenfc.pt

3 † *In Memoriam*

Procurou-se desta forma delinear um estudo que elencasse a necessidade de conhecer a especificidade das competências dos enfermeiros que exercem no meio pré-hospitalar, nomeadamente na VMER.

No presente estudo, o objetivo central é conhecer a especificidade das competências dos enfermeiros que exercem na VMER. Para a realização do mesmo, formulámos os seguintes objetivos específicos:

- Efetuar uma revisão bibliográfica acerca do tema e analisar documentos relevantes para a elaboração da lista de competências a submeter aos peritos;
- Elaborar uma lista das competências dos enfermeiros da VMER, baseada na lista criada a partir da revisão bibliográfica, tendo como abordagem um Painel de Peritos (Método de Delphi);
- Classificar as competências constantes da lista, segundo o nível de concordância positiva;
- Analisar e refletir acerca de algumas das competências que apresentarem maiores e/ou menores níveis de concordância.

METODOLOGIA

Tendo a conta o enquadramento e contextualização efetuada, formulou-se a seguinte questão de investigação para este estudo: Quais são as competências dos enfermeiros que exercem na VMER?

Por forma a conseguir dar resposta à questão e aos objetivos definidos, optou-se por desenvolver esta investigação utilizando o método de Delphi. Este baseia-se num processo estruturado para a recolha e síntese de conhecimentos e consiste na realização de inquéritos a um painel de especialistas, denominado painel de Delphi, relativamente a um determinado dilema ou problema complexo, de modo a obter respostas fiáveis que permitem aos investigadores combinar os relatos e testemunhos numa só declaração útil.

O método pode ser dividido, segundo Valdés e Marín (2013), em três fases de execução, sendo:

1. Fase Preparatória – inclui a seleção dos peritos, a elaboração do questionário e a escolha do meio de difusão do questionário aos peritos.
2. Fase de Consulta – realização das rondas, tratamento estatístico dos dados, e *feedback* dos resultados aos peritos.
3. Fase de Consenso – construção do consenso no seio do grupo e elaboração do relatório final.

A operacionalização da técnica de Delphi é realizada por uma série de questionários, correspondendo cada um destes a uma ronda. Em cada ronda, os inquiridos ordenam, tendo em conta a relevância, as proposições apresentadas, podendo ainda acrescentar as que considerarem necessárias (Stitt-Gohdes & Crews, 2004). As questões que obtiverem consenso estipulado pelo investigador são extraídas e o questionário, revisado pelo mesmo, é novamente

enviado aos participantes com a informação dos resultados atingidos na primeira ronda de opiniões. Assim dá-se início à segunda ronda de opiniões, solicitando-se aos peritos um novo julgamento das suas opiniões, frente à previsão estatística de cada resposta do grupo, sendo possível mantê-la ou modificá-la. O processo repetir-se-á até que se atinja o consenso que segundo Scarparo et al. (2012) deverá situar-se entre os 70 e 80% ou numa percentagem arbitrada e devidamente justificada pelo investigador. Neste estudo pretende-se um consenso de 100% entre os peritos.

A fase preparatória é a primeira fase do processo do painel de Delphi e dela dependerá a qualidade dos resultados obtidos. Assim, nessa fase consta a seleção dos peritos, a criação do questionário, as considerações formais e éticas e a distribuição dos questionários.

Estabeleceu-se que a seleção dos enfermeiros para participarem no painel de peritos teria de obedecer aos seguintes critérios: exercer na VMER há pelo menos nove anos e ter um papel de relevância profissional relativamente à formação na área da emergência e/ou na área da gestão/coordenação de equipas. Os peritos deveriam preferencialmente exercer em locais diferentes (geograficamente distantes) de forma a evitar a influência e a troca de opiniões entre eles.

A seleção dos peritos foi intencional, sendo que foram inicialmente contactados 38 enfermeiros a quem foram explicados os objetivos e o desenvolvimento do processo do Painel. O anonimato foi garantido de forma a favorecer a realidade das afirmações pois aumenta a franqueza e imparcialidade dos inquiridos.

O instrumento de colheita de dados a utilizar nesta fase do estudo foi constituído por um questionário de caracterização sociodemográfica e um instrumento de avaliação das competências dos enfermeiros da VMER, em escala *tipo Likert* de 1 a 3, sendo que 1 significa *não concordo*, 2 *concordo* e 3 *concordo plenamente*.

Todos os aspetos éticos e legais decorrentes da investigação científica foram preservados nesta investigação. Contudo, de forma a submeter o referido estudo aos mais elevados níveis de exigência e responsabilidade ética, foi submetido um pedido de parecer e apreciação ética do projeto de investigação, à Comissão de Ética da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem, da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, tendo sido obtido um parecer favorável.

O instrumento de colheita de dados foi disponibilizado aos peritos num formato eletrónico, na aplicação *Google Forms*.

Seguindo todos os passos recomendados para a realização do painel, no final da primeira ronda obteve-se um consenso de 100% das competências. No entanto, face à necessidade de reformular duas competências por sugestão dos peritos (mantendo o seu conteúdo e significado, alterando apenas a linguagem), houve necessidade de realizar uma segunda ronda.

No final deste processo, obteve-se uma lista constituída por 77 competências específicas dos enfermeiros ao exercício da VMER, divididas em 6 Domínios: Responsabilidade Profissional, Ética e Legal (A), Melhoria da Qualidade (B), Gestão dos Cuidados (C), Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais (D), Domínio Técnico da Prestação de Cuidados à Pessoa em

Situação Crítica (E) e Domínio Técnico da Condução em Marcha de Emergência (F).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Verificou-se que relativamente ao Domínio A, das 9 competências submetidas aos peritos, uma obteve uma concordância moderada (11,1%), seis elevadas (66,7%) e duas plena (22,2%). Deste modo, segundo os autores Holmberg e Fagerberg (2010), os peritos demonstraram uma elevada maturidade pessoal e profissional ao reconhecerem que os enfermeiros da VMER têm em conta as competências éticas nas suas intervenções, constituindo-se como um importante elemento estruturante na construção da perícia no âmbito da pessoa em situação crítica.

Uma das competências que apresentou uma concordância plena está relacionada com o sentido de missão dos enfermeiros da VMER: a mobilização de todos os conhecimentos que detêm para salvar a vida de quem está perante si.

A análise realizada do Domínio B revela que os peritos aprovaram uma competência com uma concordância plena (20%) e as restantes (80%) com concordância elevada. A competência relativa à detenção de conhecimentos avançados sobre as diretivas na área da emergência no sentido da melhoria dos cuidados no meio pré-hospitalar, obteve uma concordância de 92,9% dos peritos a concordarem plenamente. Esta análise induz a pensar que os peritos acreditam que a presença do enfermeiro na VMER constitui uma mais-valia, no sentido de proporcionar uma melhoria da qualidade da assistência prestada no meio pré-hospitalar.

No Domínio C os peritos apontaram cinco (5) competências (71,4%) com uma *concordância plena*, uma (1) *elevada* (14,3%) e uma (1) *moderada* (14,3%).

Avelar e Paiva (2010) relatam nos seus artigos que os enfermeiros que exercem no pré-hospitalar têm de desenvolver um pensamento rápido, definindo as necessidades básicas de cada pessoa para estabilizar o quadro hemodinâmico encontrado, garantindo o menor período de tempo possível e a maior eficácia na assistência prestada. Essa capacidade de gestão de cuidados encontra-se muito ligada aos conceitos de priorização e de liderança (Coutinho, 2011).

Os peritos deste estudo demonstraram considerar de elevada importância o papel dos enfermeiros na gestão dos recursos e dos riscos associados ao ambiente pré-hospitalar, bem como a capacidade de liderança no seio da equipa no sentido de melhor desempenho dos elementos.

Neste sentido, a formação e a experiência intra-hospitalar dos enfermeiros desenvolve-lhes uma grande capacidade de trabalho entre pares, a sua reflexão prática promove a identificação de competências relacionais, comunicacionais e de colaboração, bem como o estabelecimento de novas formas de desenvolvimento do conhecimento clínico.

Vários estudos vieram demonstrar que os profissionais que exercem na área da emergência pré-hospitalar estão sujeitos a níveis de stresse mais elevados comparativamente aos outros profissionais de saúde, e à população em geral. O trabalho sob a pressão de tempo, as frequentes decisões que envolvem a vida ou a morte, os conflitos com os colegas e a necessidade de elevado conhecimento técnico e científico são fatores de stresse a considerar. Deste modo,

relativamente ao domínio (D) mais concretamente à competência “9.2- Atua eficazmente sob pressão” podemos afirmar que os peritos estão de acordo com o que se encontra na literatura, demonstrando um consenso e levando-nos a acreditar que dominam o stresse de forma a manter um elevado nível de qualidade nas suas intervenções.

É comum em emergência médica encontrar-se situações extremas, de grande gravidade, em que o tempo urge e em que o único pensamento é manter a pessoa em estado crítico com vida. Neste contexto entende-se que os enfermeiros da VMER devem dominar as técnicas recomendadas nos vários algoritmos utilizados em emergência e os peritos neste estudo demonstraram concordar com esta afirmação apresentando *concordância elevada* em 48,84% e *perfeita* em 51,16% nas competências apresentadas neste Domínio (E) o que demonstra uma clara confiança no saber, no saber fazer e no saber ser dos enfermeiros integrados na VMER. Pois, embora o foco de intervenção seja o controlo hemodinâmico através das competências de emergência médica supracitadas, o enfermeiro da VMER nunca esquece o dever da prestação de cuidados globais (essência da enfermagem).

O Domínio E abrange 43 competências, sendo que as que obtiveram uma *concordância perfeita* são as que estão relacionadas com a abordagem em segurança, a utilização da metodologia ABCDE, procedimentos utilizados no SAV médico ou de trauma, a gestão da dor e a comunicação, com a pessoa em situação crítica.

As restantes competências relacionadas com o transporte da pessoa em situação crítica, as situações de exceção/catástrofe e a prevenção/controlo de infeção tiveram uma *concordância elevada*.

Relativamente à capacidade para a condução em marcha de emergência dos enfermeiros da VMER, tema do Domínio F, é uma das grandes preocupações do INEM. Analisando as respostas dos peritos pode afirmar-se que este Domínio de competências também é muito valorizado pelos enfermeiros pois, a verdade é que não existe socorro se a equipa da VMER não chegar ao local em segurança.

CONCLUSÃO

Os resultados revelados neste estudo permitiram a análise e reflexão acerca de algumas questões pertinentes relacionadas com o papel dos enfermeiros da VMER, nomeadamente:

- o enorme sentido de responsabilidade profissional ética e legal destes enfermeiros, no sentido de mobilizarem todos os conhecimentos que detêm para salvar a vida à pessoa em situação crítica;
- a diminuta/ausência de avaliação e partilha dos resultados de forma a promover o desenvolvimento da prática no seio da equipa;
- o domínio das diretivas na área da emergência no sentido da melhoria da qualidade da assistência prestada no meio pré-hospitalar, de modo a constituírem uma mais valia no seio da equipa;
- a necessidade de formação contínua específica nesta área, procurando ir ao encontro das

competências atribuídas ao Enfermeiro Especialista na Pessoa em Situação Crítica;

- a necessidade de registros das intervenções do enfermeiros neste contexto bem como de auditorias que possibilitem a melhoria da qualidade dos cuidados e que propicie à investigação nesta área;

- a importância do trabalho de equipa e da capacidade de liderança neste contexto;

- a necessidade de força interior e equilíbrio emocional que permita agir eficazmente sob pressão, lidando com o stress do exercício profissional.

Estas reflexões apontam para vários caminhos que poderão conduzir ao conhecimento alcançado através da investigação, permitindo que os enfermeiros com interesse em emergência pré-hospitalar possam escolher algum e seguir. Esperamos que além de poder servir de base para a criação de um referencial de competências próprio destes profissionais, e para a criação de critérios de seleção dos mesmos, este estudo sirva de inspiração para todos os que querem contribuir na construção da afirmação profissional dos enfermeiros da VMER.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Avelar, V. L., & Paiva, K. C. (2010). Configuração identitária de enfermeiros de um serviço de atendimento móvel de urgência. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 63(6), 1010-1018. <http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n6/22.pdf>.

Coutinho, K. C. (2011). *Atividades do enfermeiro no atendimento pré-hospitalar* [Trabalho de Conclusão do Curso de Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul]. <http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/37531/000822602.pdf?sequence=1>

Holmberg, M., & Fagerberg, I. (2010). The encounter with the unknown: Nurses lived experiences of their responsibility for the care of the patient in the swedish ambulance service. *International Journal of Qualitative Stud health Well-being*, 5(2). <https://doi.org/0.3402/qhw.v5i2.5098>

Isidro, M. J. (2012). *Viatura Médica de Emergência e Reanimação: Intervenções do enfermeiro* [Monografia final de Licenciatura em Enfermagem, Universidade Atlântica]. Repositório Científico da Essatla. <http://hdl.handle.net/20.500.12253/915>

Scarpato, A., Laus, A.M., Azevedo, A.L., Freitas, M.R., Gabriel, C.S., & Chaves, L. D. (2012). Reflexões sobre o uso da técnica delphi em pesquisas na enfermagem. *Revista Rene* 13(1), 242-251. <http://www.periodicos.ufc.br/rene/article/view/3803>

Stitt-Gohdes, W. L., & Crews, T. B. (2004). The Delphi Technique: A Research strategy for career and technical education. *Journal of Career and Technical Education*, 2(2). <http://doi.org/10.21061/jcte.v20i2.636>

Valdés, M. G., & Marín, M. S. (2013). El método Delphi para la consulta a expertos en la investigación científica. *Revista Cubana de Salud Pública*, 39(2), 253-267. <http://scielo.sld.cu/pdf/rcsp/v39n2/spu07213.pdf>

O SISTEMA DE TRIAGEM DE MANCHESTER E A PESSOA COM ENFARTE AGUDO DO MIOCÁRDIO

MARIA JOÃO RIBEIRO HENRIQUES¹
JOSÉ CARLOS AMADO MARTINS²

INTRODUÇÃO

As doenças do sistema cardiovascular constituem a principal causa de mortalidade e morbilidade nos países desenvolvidos. O Enfarte Agudo do Miocárdio (EAM) constitui a manifestação mais grave da doença coronária sendo a terceira causa de mortalidade em Portugal (Direção Geral da Saúde, 2014). Apesar dos avanços no diagnóstico e tratamento do EAM, nas últimas décadas, as taxas de mortalidade e morbilidade permanecem muito elevadas.

Cada vez mais o EAM se classifica em relação à elevação do segmento ST podendo ser designado por EAM com supradesnivelamento ST (EAMCSST) e EAM sem supradesnivelamento do segmento ST (EAMSSST).

Se possível e atempada, a reperfusão miocárdica por intervenção coronária percutânea (ICP) primária é um dos tratamentos preferenciais, pois os seus resultados são superiores comparativamente à trombólise, obtendo melhores resultados quer no imediato quer a longo prazo (Marques et al., 2012). Quanto menor for o tempo que medeia entre o diagnóstico e as terapêuticas de reperfusão (angioplastia primária ou fibrinólise), melhor será o prognóstico, daí a importância do Protocolo de Triagem de Manchester (PTM) na celeridade com que o utente é encaminhado para a primeira observação médica.

Assim, definiu-se uma investigação com o objetivo geral de avaliar as características sociodemográficas e clínicas do doente com EAM e relacioná-las com a classificação de risco efetuada aquando da triagem pelo PTM. Como objetivos específicos foram delineados: caracterizar a prioridade atribuída na triagem aos doentes que saíram do Serviço de Urgência (SU) com o diagnóstico de EAM; Caracterizar os doentes internados com o diagnóstico de EAM atendidos no SU, quanto ao grupo etário, sexo, ano de início do episódio, dia da semana, hora, proveniência, tipo de acompanhamento, fluxograma, discriminador, encaminhamento,

1 MSc, Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, Centro Hospitalar da Universidade de Coimbra, mariajoah@sapo.pt

2 † *In Memoriam* Professor na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

tempo de permanência no hospital e desfecho clínico; Analisar as combinações fluxograma/discriminador, prioridade e sexo, prioridade e grupo etário, prioridade e dia da semana, prioridade e hora (agrupada), prioridade e desfecho clínico, prioridade e dias de internamento (agrupados), prioridade e destino, prioridade e proveniência, prioridade e acompanhamento, prioridade e fluxograma, ano de ocorrência do episódio e grupo etário, sexo e ano de episódio, sexo e grupo etário usado nos doentes a quem foi diagnosticado EAM; e perceber a fiabilidade do PTM enquanto instrumento de gestão na celeridade com que os doentes com EAM são encaminhados para a 1ª observação médica.

METODOLOGIA

Estudo retrospectivo com abordagem quantitativa, do tipo exploratório e descritivo, desenvolvido a partir da questão de investigação: Quais as características sociodemográficas e clínicas do doente com EAM e qual a sua relação com a classificação de risco, efetuada aquando da triagem pelo PTM?

A colheita de dados ocorreu a partir do *Software ALERT®* incluindo os doentes a quem foi diagnosticado EAM (total de 1133 processos), que deram entrada no SU polivalente de um centro hospitalar da região centro, no período de 01 de janeiro de 2010 a 31 de dezembro de 2012.

Para a realização do estudo foi obtido parecer favorável da Comissão de Ética (parecer nº - 026-13) e do Conselho de Administração do Centro Hospitalar onde se realizou a colheita de dados.

Salienta-se que a pesquisa garantiu total anonimato em relação aos utentes sobre quem foram os dados colhidos e assim, não houve nenhum risco para a integridade física, mental, social ou moral dos mesmos. A colheita de dados foi realizada a partir da base de dados do sistema informático, ou seja, teve participação indireta de seres humanos, dispensando-se a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

RESULTADOS/DISCUSSÃO

Em 2010 deram entrada nas Unidades de Cuidados Intensivos Coronários (UCIC) 9498 doentes com EAM e na região centro o número de doentes com EAM por milhão de habitantes, no mesmo período, foi de 1006 (Instituto Nacional de Estatística [INE], 2014). Estes dados revelam a importância de analisar a triagem destes doentes melhorando, assim, o seu atendimento.

Os elementos da amostra eram maioritariamente do sexo masculino (64,6 %), o que vai ao encontro dos dados da Direção Geral da Saúde (DGS), em 2014, que documentam um predomínio de doentes com EAM também do sexo masculino. Estes autores consideram que os homens têm maior risco de doença arterial coronária do que as mulheres em qualquer faixa etária, embora as causas desta preponderância não estejam cabalmente compreendidas. *Per se* o sexo é um fator de risco forte para a doença coronária.

A distribuição, de acordo com o ano de início do episódio, é praticamente equitativa, em 2011 registou-se 38 %, seguido de 31,6 % em 2012 e 30,4 % em 2010. Estes dados não estão em consonância com a estatística da DGS (2014) ou do INE (2014) que revelam um decréscimo paulatino do número de episódios de doentes com EAM. Este facto pode explicar-se por se tratar de um hospital central polivalente, que recebe doentes de toda a zona centro e com diferentes situações de urgência.

O estudo mostrou que o doente mais novo, acometido de EAM, tinha 28 anos e o mais idoso 99 anos. Metade dos elementos da amostra apresentou idade igual ou superior a 72 anos.

Durante o triénio 2010 – 2012 a esperança de vida à nascença foi de 76,67 anos para as pessoas do sexo masculino e 82,59 anos para o feminino (INE, 2014) o que está em conformidade com os resultados da amostra. Entre 2011 e 2012 a população com mais de 65 anos aumentou de 19% para 19,4% (INE, 2014). Em consequência o índice de envelhecimento passou de 128 pessoas idosas por cada 100 jovens, em 2011, para 131 pessoas idosas por cada 100 jovens em 2012.

A morte por EAM incidiu principalmente nos homens, com 121,7 óbitos para 100 de mulheres, sendo a idade média dos homens que morreram (73,6 anos) inferior à das mulheres (80,7 anos) (INE, 2014). A população é envelhecida e o avanço na idade faz aumentar o número de fatores de risco (diabetes, dislipidemia, obesidade, HTA) para despoletarem um evento cardíaco isquémico.

No que diz respeito à proveniência dos doentes com EAM, 47,9% vinham do domicílio e 21,3% de Centro de Saúde. Perante estes valores compreende-se o trabalho educativo a desenvolver para que as pessoas conheçam e se consciencializem do significado e gravidade de determinados sintomas, recorrendo à emergência pré-hospitalar.

Os dados mostram que quem recorreu a serviços hospitalares teve um tratamento mais atempado com possibilidade de angioplastia, que 42,8% dos doentes chegaram ao SU acompanhados por bombeiros, 15,8% por familiar e 10,4% sozinhos. Apenas 16,3% chegaram acompanhados por médico e enfermeiro, contudo, os registos também documentavam 8,0% que chegaram ao SU pela Viatura Médica de Emergência e Reanimação. Estes são dados preocupantes revelando que há necessidade de sensibilização para os sintomas e para a importância de recorrer o mais precocemente possível aos serviços hospitalares, preferencialmente com serviços de hemodinâmica (o tratamento de eleição para os EAMCSST é a Angioplastia) de modo a diminuir a mortalidade e morbilidade por EAM. Contudo, apesar da disponibilidade 24h por dia da emergência médica pré-hospitalar só uma pequena percentagem o faz, confirmando que a atitude dos doentes com EAMCSST tem um papel decisivo nos resultados (Marques et al., 2012).

Os doentes com EAM foram encaminhados para a UCIC (78,6%) e 3,4% ficaram na Urgência. Dos doentes provenientes de um hospital distrital (16,5%) só regressaram a esta unidade de saúde 9,9%, ficando os restantes internados no hospital onde se colheram os dados. O internamento na UICD (3,8%), significou que o tempo que mediou desde os primeiros sintomas até à triagem e ao diagnóstico foi muito elevado, pelo que a angioplastia não era recomendável ou tratava-se de doentes cujo tratamento não passava por esta atitude terapêutica.

O tempo de internamento oscilou de 1 a 44 dias. Destes 42,8% estiveram internados por um período de 3 a 9 dias. Contudo, o tempo médio de internamento foi de 5,58 dias e metade dos elementos da amostra esteve internada até 4 dias.

Em Portugal, a média de dias de internamento foi de 7,63 em 2010; 7,34 em 2011 e 7,36 em 2012 (DGS, 2014). Percebe-se assim, que a média de dias de internamento é mais baixa do que a referenciada pela DGS, o que estará relacionado com a transferência para outros hospitais, menos diferenciados, para terminar o tempo de convalescença de alguns destes doentes. Os tempos de internamento mais demorados corresponderão aos doentes que foram submetidos a cirurgia cardiotorácica.

No que concerne ao Fluxograma utilizado, 62,7% foi dor torácica seguida de indisposição no adulto com 11,6% e dispneia 10,5%. Os outros fluxogramas são muito variados e com percentagens residuais.

Sempre que a triagem foi feita pelo Fluxograma dor torácica os enfermeiros pediram, de imediato o ECG para que se pudesse cumprir o tempo alvo preconizado pela American Heart Association. Não tendo implementada a via verde coronária, foi criado o Protocolo da Dor Torácica.

Os enfermeiros que utilizam o PTM têm uma sensibilidade igual a 86,8% e uma especificidade de 72,4% para identificar um risco cardíaco aumentado em doentes com dor torácica, tal como Souza et al. (2012) também identificam. Estes aspetos são relevantes pois a apresentação atípica do EAM dificulta a triagem e posteriormente o diagnóstico atrasando ou inviabilizando a implementação de algumas estratégias terapêuticas tal como referem Pinto et al. (2012).

Os discriminadores selecionados, foram muito diversificados. Mencionou-se dor precordial com 40,1%, dor moderada com 11,3%, pulso anormal com 9,0%, baixa SpO₂ 3,9%, instalação súbita 3,6% e dor severa 3,4%. Assim, em 59% a dor foi o discriminador selecionado considerando como dor típica não só a precordial. Estes são resultados que não vão corroborar os de Pinto et al (2012), onde a dispneia foi o sintoma atípico mais registado, quando neste estudo foi despciendo com 0,4%.

Dos doentes admitidos, a 65,1% foi atribuída a prioridade de atendimento vermelho ou emergente e laranja ou muito urgente a que acrescem os doentes trazidos pela VMER que não foram triados ou foram triados *a posteriori*. Saliente-se que ser acompanhado pela equipa foi considerada razão para atendimento médico imediato.

A 20,4% foi atribuída uma dor moderada. Segundo vários estudos é o grupo das mulheres, dos diabéticos e idosos em que a dor não é sentida com a mesma acuidade.

Pode estar na origem uma plêiade de fatores para os 5,1% de doentes a quem foi atribuída a prioridade verde e não triados por dor torácica. Não se poderá fazer uma análise simplista do processo, mas seria importante perceber qual a percentagem de pessoas que não reconheceu os sintomas como graves e acorreu a serviços de saúde decorridas várias horas, até dias, o que se tornou deletério para a terapêutica. Um recurso tardio aos serviços de saúde do apresentado por Cicolo et al (2020), numa revisão sistemática, compromete uma resposta favorável ao objetivo fundamental da triagem de doentes com infarto do miocárdio com elevação do

segmento ST, isto é, minimizar o tempo entre o início dos sintomas e a terapia de reperfusão inicial (tempo porta-agulha ou porta-balão).

Em termos de desfecho clínico (a orientação após o internamento), 72,9% foram para o domicílio, 13,5% faleceram e para 2,9%, o desfecho foi transferência para outra unidade hospitalar. A morte de 13,5% dos doentes durante o período de internamento, é manifestamente inferior à média nacional que passou de 26,4 % em 2010 para 23,3 % em 2012. Os valores mais baixos de mortalidade podem significar um melhor e mais rápido acesso a cuidados de saúde diferenciados dos utentes da região. A saída de 72,9% (826 doentes) para o domicílio permite pensar que quando há articulação entre o doente que reconhece os sintomas e pede ajuda especializada e os serviços de saúde, alcançam-se bons resultados.

Entre o grupo etário e o sexo há associação estatisticamente significativa o que está de acordo com os dados encontrados (INE, 2014; DGS, 2014). Assim, até aos 80 anos o predomínio é do sexo masculino, enquanto que a partir desta idade o dominante é o sexo feminino. Os dados da DGS (2014) relativos a doentes com EAM saídos dos hospitais com alta ou transferência, em 2012, evidenciam que: dos 65-79 anos o número de doentes do sexo masculino com EAM foi 3056, do sexo feminino foram 1707; quando se passa para idade superior a 80 anos, os valores invertem-se (sexo masculino - 1455 e feminino - 1726).

Não se identificou associação estatística significativa entre grupo etário e ano de ocorrência do episódio, o que está de acordo com a informação emanada pela DGS (2014) e INE (2014), embora estes não sejam completamente comparáveis porque referem doença cardíaca isquémica e não só EAM.

Até aos 80 anos, foi no ano de 2011 que se deu o maior número de episódios, a partir desta idade verificou-se um decréscimo como o constatado por Pinto et al. (2010) em que há uma tendência decrescente a nível nacional e em todos os grupos etários para as doenças do aparelho circulatório onde está englobado o EAM. Um importante obstáculo a esta melhoria da doença cardíaca isquémica é o facto dos doentes não apresentarem dor torácica o que leva mais tempo, até mesmo ao atraso na procura de cuidados de saúde adequados.

A associação estatística não é significativa no que concerne ao sexo e ano de ocorrência do episódio. Nos anos em estudo, a distribuição é praticamente equitativa. Apenas em 2011, fruto de ter entrado maior número de doentes com EAM, se verifica um aumento do sexo masculino. Os resultados reiteram a intemporalidade do EAM.

Analisando em que medida a prioridade atribuída na triagem pode ou não ter associação estatisticamente significativa com as diferentes variáveis, verifica-se que não há diferença entre prioridade e sexo, o que vai ao encontro dos estudos efetuados por Pinto et al. (2012). Estes autores também não encontraram diferenças significativas entre prioridade e grupo etário o que é corroborado pelo nosso estudo.

No respeitante à prioridade atribuída e ao dia da semana, também não há diferença estatisticamente significativa. Entendendo-se que o definir uma prioridade não pode, de modo algum, estar relacionado com o dia em que a triagem é feita, assim como com o triador que a executa.

Quando se relaciona a prioridade atribuída na triagem e a hora do dia percebe-se que não há associação estatística significativa. A prioridade tem a ver com queixas, com sinais e sintomas, não com a hora a que ocorre o episódio.

A percentagem de doentes triados de vermelho/laranja teve uma maior probabilidade de morrer o que corrobora os estudos de Souza et al. (2015), onde se verificou que quanto maior o nível de prioridade atribuído ao doente pelo PTM, maior a taxa de mortalidade.

A associação entre a prioridade e o tempo de internamento também é estatisticamente significativa, pois os doentes triados com nível de prioridade superior correspondem aos que são mais investigados e que ficam mais tempo internados.

CONCLUSÃO

O PTM contribui para proporcionar uma gestão do SU mais humana. O estabelecimento de prioridades de modo sistematizado e reproduzível tem assegurado aos doentes uma assistência segura e justa evitando a ocorrência de óbitos em fila de espera.

O desafio futuro centra-se no desenvolvimento dum sistema de triagem capaz de identificar, rapidamente, quem necessita de uma resposta mais célere e desenvolver sistemas sensíveis e específicos para aplicar, mais eficazmente, os recursos limitados existentes. Importa detetar os doentes críticos para serem encaminhados para a instituição hospitalar adequada ao seu caso.

O tratamento de doentes com EAMCSST por Angioplastia direta, sofre falhas organizacionais que podem ter efeitos deletérios no prognóstico, não estando relacionadas com o PTM. Estas são situações sobre os quais vale a pena continuar a refletir e investigar para poder agir em consonância.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Cicolo, E., Nishi, F., Peres, H., & Cruz, D. A. (2020). Effectiveness of the Manchester Triage System on time to treatment in the emergency department: A systematic review. *JBIC Evidence Synthesis*, 18(1), 56-73. <https://doi.org/10.11124/JBISRIR-2017-003825> Direção Geral da Saúde. (2014). *Portugal: Doenças Cérebro-Cardiovasculares em números – 2014*.

Instituto Nacional de Estatística. (2014, Out. 5). Dados Estatísticos: Taxa de mortalidade por doenças cerebrovasculares por 100 000 habitantes (Nº) por Local de Residência (NUTS – 2002), Sexo e Grupo Etário; Anual. t. 2014. http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INExpgid=ine_indicadoresindOcorrCod=0003726&contexto=bd&selTab=tab2

Marques, N., Faria, N., Sousa, P., Mimoso, J., Brandão, V., Gomes, V., & Jesus, I. (2012). The impact of direct access to primary angioplasty on reducing the mortality associated with anterior ST – segment elevation myocardial infarction: The experience of the Algarve

- region of Portugal. *Revista Portuguesa de Cardiologia*, 31(10), 647-654. <https://doi.org/10.1016/j.repc.2012.07.005>
- Pinto, D., Lunet, N., & Mendes, A. (2010). Sensitivity and specificity of Manchester system for patients with acute coronary syndrome. *Revista Portuguesa de Cardiologia*, 29(6), 961–987.
- Pinto, D., Salgado, P., & Chianca, T. (2012). Predictive validity of the Manchester Triage System: Evaluation of outcomes of patients admitted to an emergency department. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 20(6), 1041-1047. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692012000600005>
- Souza, C., Araújo, F., & Chianca, T. (2015). Scientific literature on the reliability and validity of the Manchester triage system (MTS) Protocol: A integrative literature review. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 49(1), 144-151. <https://doi.org/10.1590/S0080-623420150000100019>
- Souza, C., Chianca, L., Diniz, A., & Chianca, T. (2012). Main complaints of emergency patients according to the Manchester protocol for risk classification. Souza CC de, Chianca LM, Diniz AS, Chianca TCM. Main complaints of emergency patients. *Rev enferm UFPE on line*. 6(3),540-548. <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/7131>

TRANSIÇÃO SAÚDE-DOENÇA NA PESSOA COM ENFARTE AGUDO DO MIOCÁRDIO

SÍLVIA PATRÍCIA ESTEVES PAIVA¹
PAULO ALEXANDRE CARVALHO FERREIRA²

INTRODUÇÃO

A doença cardiovascular é a primeira causa de morte no mundo. Estima-se que 17,5 milhões de pessoas tenham morrido por esta causa em 2012, representando 31% das mortes globais. Destas, cerca de 7,4 milhões foram devidas a doença coronária e 6,7 milhões devido a acidente vascular cerebral (Organização Mundial de Saúde [OMS], 2015). Este grupo de doenças constitui um desafio aos sistemas de saúde dada a sua prevalência, mortalidade e custos sociais. A experiência do enfarte agudo do miocárdio (EAM) é vivenciada de forma individual, podendo variar de pessoa para pessoa, em função do sexo, cultura, papel social, estado de saúde, ambiente e das expectativas de vida. Os mesmos autores consideram que é necessário conhecer estas variações para proporcionar melhores cuidados de enfermagem. Conhecer o significado desta doença é saber o sentido expresso pela pessoa de tudo o que vivenciou, os seus desejos, vontades, medos, aspirações e intenções. A opção de estudar o significado do EAM na perspetiva do utente deve-se à escassez de conhecimentos quanto ao significado real dessa doença do ponto de vista de quem a vivencia e tudo o que implica ser hospitalizado e submetido a intervenção de emergência.

A diversificação dos contextos onde o enfermeiro presta cuidados cada vez mais especializados, nomeadamente a Unidade de Cuidados Intensivos Coronários (UCIC), desafiam ao desenvolvimento de competências técnicas e científicas cada vez mais diferenciadas, o que implica que detenham qualificações adequadas e constantemente aperfeiçoadas. É hoje aceite a importância de ter como foco de enfermagem o processo de transição da pessoa, nomeadamente no processo de saúde-doença, como é o caso do EAM. O enfermeiro assume assim um papel preponderante na facilitação do atingir de novo equilíbrio no bem-estar da pessoa e da família (Meleis & Trangenstein, 1994). Tendo em consideração toda a problemática descrita delinearam-se os seguintes objetivos: compreender o significado que as

1 MSc, Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica no Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, novedois3@hotmail.com

2 PhD, Professor adjunto da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, UICISA: E, palex@esenfc.pt

peças atribuem ao EAM e a estarem internadas numa UCIC; identificar as preocupações e necessidades destas pessoas; perceber quais as vivências relativamente à preparação para o regresso a casa; perceber as alterações provocadas pelo EAM na vida destas pessoas.

METODOLOGIA

Estudo qualitativo com uma abordagem fenomenológica. Segundo Fortin (2003), esta abordagem pretende descrever o universo percetual de quem vive uma experiência que interessa à prática clínica, sendo que o trabalho do investigador consiste em se aproximar desta experiência, em descrevê-la nas palavras dos participantes na investigação, indo de encontro à questão holística do cuidar, exigindo que os investigadores estudem as experiências vividas e como estas se apresentam na vida quotidiana. Houve parecer favorável da comissão de ética do (054-13). Os participantes do estudo foram pessoas internadas com o diagnóstico de EAM numa UCIC de um hospital central da região centro de Portugal, que aceitaram e autorizaram após consentimento informado por escrito a recolha dos dados. Como critério de inclusão estabeleceram-se: ser o primeiro evento de EAM, ter sido submetido a cateterismo cardíaco, ser maior de 18 anos, terem decorrido entre 3 meses e 1 ano após o EAM, e apresentarem condições clínicas para participar no estudo. Participaram oito pessoas, seis homens e duas mulheres, com idades compreendidas entre os 47 e os 77 anos, todos casados, a maioria apenas com a 4.^a classe e reformados. Na recolha de dados foi utilizada a entrevista semiestruturada, registada em formato áudio e realizada temporalmente entre janeiro e maio de 2015.

Realizou-se a análise de acordo com o método fenomenológico de Giorgi (Giorgi & Sousa, 2010), que se foca no significado da experiência para a pessoa que a vivencia, possibilitando estudar de forma científica a experiência humana (Cruz, 2013). As etapas processuais são: ler a descrição inteira da experiência para obter um sentido do todo; reler a descrição; identificar as unidades de transição da experiência; clarificar e elaborar o significado relacionando os constituintes uns com os outros e com o todo; refletir nos constituintes segundo a linguagem concreta do participante; transformar a linguagem concreta em linguagem ou conceitos científicos; integrar e sintetizar a compreensão numa estrutura descritiva do significado da experiência (Giorgi & Sousa, 2010). A informação foi analisada e processada (textual e conceptualmente) com recurso ao Software Atlas.ti v5.0.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Da análise dos dados obtidos emergiram três temas centrais representativos das vivências de oito pessoas que sofreram um EAM. Designaram-se então estes temas por “vivências do EAM”, “vivências da hospitalização” e “vivências do regresso a casa”. Quanto às vivências do EAM surgem dois constituintes chave que são os sintomas provocados pelo EAM e os sentimentos vividos. Em termos de sintomas alguns participantes referiram uma desvalorização inicial dos mesmos, sendo que todos os participantes culminam com a referência a dor intensa. Alguns

participantes admitem ter tido sintomas prévios ao EAM, contudo, não os valorizaram. Dizem não ter tido noção do seu significado.

Os resultados do estudo de Sampaio et al. (2012), são concordantes com estas afirmações, tendo estes constatado que 57% dos sujeitos em análise não associavam os sintomas vivenciados a problemas cardíacos. Um aspeto grandemente evidenciado nas entrevistas diz respeito à dor sentida no momento agudo do enfarte. Foram momentos de um sofrimento físico brutal, com participantes a desejarem até a morte. Foram dois os sentimentos mais vinculados pelos participantes nesta fase de vivência da doença aguda, o choque e o medo de morrer. Na perspetiva de alguns participantes, tudo se passou muito rápido, desde os primeiros sintomas até ao diagnóstico efetivo. Assim, o choque demonstrado foi evidente, revelando até estarem confusos relativamente ao sítio onde estavam no momento do internamento hospitalar. Todas estas sensações são potenciadoras de quadros de stresse e ansiedade, que poderão ser comprometedores do próprio prognóstico ou do sucesso do plano terapêutico.

A forma como cada pessoa vivencia a hospitalização varia de acordo com inúmeros fatores, muito devido ao seu carácter subjetivo. Além disso, existem algumas limitações que importam ter em conta, nomeadamente, emergem deste estudo a falta de informação, a imobilização no leito e a limitação no número de visitas recebidas. Os resultados de Proença e Deli (2011), sugerem que as pessoas percebem e reconhecem a dedicação, a intervenção contínua e de forma integral e a humanização do cuidado prestado pela equipa. Da mesma forma, a presença constante de profissionais de saúde, a sua proximidade com a pessoa, a segurança, o conhecimento técnico e científico, a paciência e o respeito, são atitudes facilitadoras da interação com a pessoa, e esta desenvolve maior segurança e tranquilidade perante o que a rodeia. A queixa de falta de informação por parte dos participantes parece reportar-se sobretudo ao período crítico, ainda na urgência, quando ainda aguardavam pela realização do tratamento.

Outra situação vivenciada por alguns e que foi percebida numa perspetiva mais física de limitação, foi a experiência de estar deitado numa cama, que também não foi positiva, tendo sido por vezes associada ao real estado de gravidade da sua situação o internamento na UCIC, agora de ordem relacional, foi o facto de as visitas serem restritas. A não possibilidade de poderem ter a família próxima de si durante mais tempo foi motivo de sofrimento, pela solidão que se adensava. Ainda no contexto da hospitalização os participantes realçam a forma como foram cuidados pelos profissionais de saúde, salientando características como a rapidez na atuação, a competência e o sentimento de segurança transmitido. Durante o internamento, os participantes sentiram uma permanente vigilância e diálogo/comunicação por parte dos profissionais, sobretudo dos enfermeiros, também comprovaram as qualidades quer profissionais quer humanas de todos os grupos profissionais, sendo que nas qualidades humanas ressaltaram a amabilidade e o carinho.

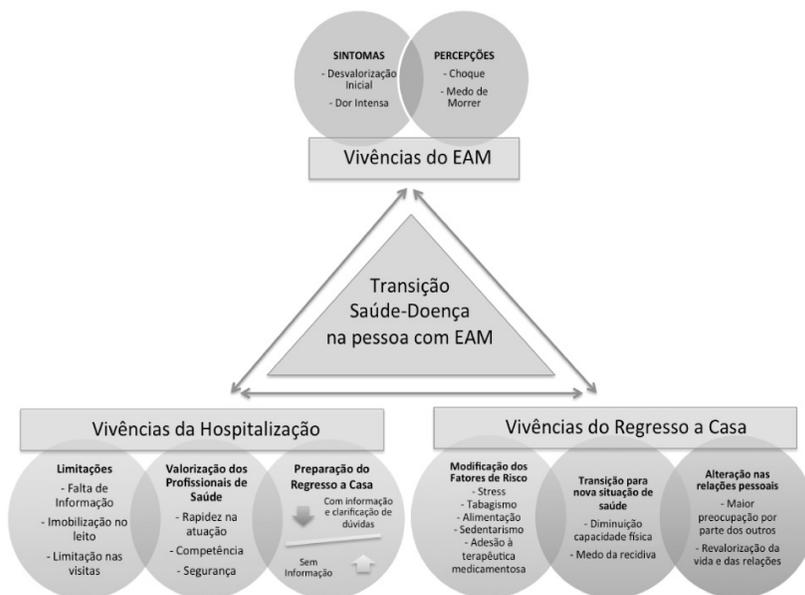
Por último, valorizaram o trabalho global destes profissionais, que testemunharam ser muito e intenso. Não obstante as experiências positivas de internamento, muitas pessoas vêm-se confrontadas com altas cada vez mais precoces. Constatada a prematuridade de algumas delas, as pessoas recuperam parte da sua doença em casa, por vezes requerendo o apoio de um prestador de cuidados ou o envolvimento de algum recurso da comunidade. Perante esta situação, os enfermeiros têm um papel fundamental no ensino e na preparação da pessoa e/ou prestador de cuidados, sendo o suporte às respostas humanas face à doença e aos processos

de vida (Ramos, 2015). Quando a pessoa se consciencializa acerca da sua doença e das implicações que a mesma pode ter na sua vida diária, manifestam-se sentimentos como o medo, a ansiedade, a preocupação e a insegurança. Relativamente à preparação do regresso a casa este foi outro dos aspetos essenciais para os participantes e que se centra na importância da preparação do mesmo após o EAM. Denota-se que nem todos os participantes perceberam da mesma forma a informação transmitida. Alguns entrevistados demonstraram não ter sido informados sobre aspetos relacionados com a sua situação de saúde, desde que foram admitidos na urgência hospitalar. Alguns demonstraram não terem sido informados sobre o procedimento do cateterismo, outros não souberam desde logo que o motivo do internamento era o facto de terem sofrido um EAM.

Alguns participantes demonstraram também algum desconhecimento sobre a evolução da situação durante o internamento, assim como sobre outros aspetos relacionados com a alta, como por exemplo a marcação da primeira consulta após a alta. A preparação do regresso a casa é onde a falta de informação é mais crítica e alguns referem não ter tido informação nenhuma. Consegue depreender-se que alguns participantes demonstraram que gostavam de ter recebido mais informações sem terem a iniciativa de colocar questões, daí terem dado a entender que a informação tinha sido escassa. O regresso a casa após a hospitalização, foi referido pelos participantes como sendo de transição para a nova situação de saúde com modificação de fatores de risco e com alterações nas relações pessoais resultantes deste processo de transição saúde-doença. Depois do EAM há evidência de alterações de alguns hábitos de vida, de fatores de risco e adoção de um estilo de vida saudável com adesão ao regime terapêutico. Neste processo de transição os participantes notaram principalmente a diminuição da capacidade física e o medo com que vivem de que o problema volte a recidivar. Diferente do desejo de morrer por sentirem uma dor insuportável, é o conjunto de sentimentos contraditórios relacionados com a morte, que vivenciam mais tarde, depois da alta. Ou seja, se por um lado o receio de virem a morrer por terem sofrido um EAM está bem presente, caracterizado por sentirem ansiedade e pelo medo contínuo do desconhecido e do futuro, por outro lado, alguns participantes não têm problema algum em dizer que por vezes sentem que a única alegria de viver reside no facto de pensarem na família, sobretudo nos mais novos. Alguns participantes consideram que depois de terem passado pela experiência do EAM, reaprenderam a viver ou a valorizar a vida, com um olhar mais otimista em relação ao futuro. Por último, e na maior parte dos casos felizes com o facto de o problema de saúde ter sido resolvido, os participantes iniciam uma reflexão sobre toda a experiência e sobre a forma como essa experiência marcará as suas vidas. Apreciando globalmente os resultados deste estudo podemos encontrar paralelismo com os resultados do estudo de Ferreira (2010), que analisou a qualidade dos cuidados de saúde a pessoas com doenças cardiovascular e particularmente a influência do exercício da profissão de enfermagem. Também neste estudo, quer doentes quer enfermeiros dão grande importância às competências relacionais e humanas. Neste sentido, a figura 1 representa a síntese da globalidade do fenómeno que integra os resultados da análise de dados relativos aos três temas centrais representativos das vivências das pessoas que sofreram um EAM (“vivências do EAM”, “vivências da hospitalização” e “vivências do regresso a casa”), com os seus constituintes chaves e respetivos sub-constituintes. Fica patente a sequência de vivências, interligadas, que se iniciam nos sintomas que levam à identificação do problema, levando à procura dos cuidados de saúde, à hospitalização e posteriormente ao regresso a casa, representando em certa medida a Transição de Saúde-Doença na Pessoa com EAM.

Figura 1

Representação Global do Fenómeno de Transição Saúde-Doença na Pessoa com EAM (Desenhado Pelos Autores).



CONCLUSÃO

Na atualidade o EAM é um grave problema de saúde pública, diretamente relacionado com os estilos de vida do mundo atual. Para o doente é uma situação grave, em que se experienciam sentimentos de medo, incertezas e angústias, exacerbados com a necessidade de internamento numa UCIC. Porém, é fundamental que a nossa atuação ajude o doente a enfrentar o seu estado de saúde e a adotar hábitos de vida saudáveis. Acredita-se que o conhecimento, descrição e compreensão das vivências destes participantes contribui para a otimização dos cuidados prestados às pessoas em situação semelhante, familiares ou outros significativos. Todos os participantes vivenciaram o EAM, mas teria sido também interessante analisar as vivências dos familiares ou cuidadores informais. Assim, diferentes abordagens ao problema devem ser realizadas para melhor compreender o processo estudado e para encontrar formas de melhorar a prestação de cuidados. Seria interessante também perceber qual a relação da pessoa e família com os profissionais de cuidados de saúde primários, nomeadamente com os enfermeiros no sentido de perceber se existe continuidade de cuidados, no que diz respeito a apoiar a pessoa na adaptação ao novo estado de saúde, acompanhando as alterações dos hábitos de risco, proporcionando-lhe suporte educacional e emocional aquando na necessidade de reajuste das atividades profissionais ou de vida diária, bem como abordar a questão do medo das recidivas.

Em estudos futuros seria interessante realizar avaliações quantitativas, nomeadamente com escalas que avaliem a ansiedade perante a morte destas pessoas ou que avaliem a evolução em termos de dependência nas atividades de vida diária. Coloca-se ainda a questão sobre que apoios irão ter estas pessoas em termos de reabilitação funcional, outra área fundamental de cuidado prestado pelos enfermeiros. Os programas de reabilitação cardíaca têm uma importância fulcral, mas não estão ainda devidamente implementados nalgumas zonas do nosso país. Este pode ser um dos focos de atenção de futuros trabalhos de investigação. Resta lembrar que o papel do enfermeiro na humanização do cuidado é de suma importância e esperando-se que este estudo tenha contribuído para uma reflexão sobre o tema e como estímulo para o desenvolvimento de novas pesquisas que aprofundem o conhecimento neste âmbito.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Cruz, M. (2013). *Preparação da alta hospitalar da pessoa com enfarte agudo do miocárdio* [Dissertação de mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra]. Repositório Científico Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. <https://repositorio.esenfc.pt>
- Ferreira, P. (2010). *Enfermagem em cardiologia: Contributos sociopsicológicos e profissionais para a melhoria dos cuidados* [Tese de doutoramento, Universidade da Extremadura].
- Fortin, M. (2003). *O Processo de Investigação: Da conceção à realização* (3ª ed.). Lusociência.
- Giorgi, A., & Sousa, D. (2010). Método fenomenológico de investigação em psicologia. Fim de Século.
- Meleis, A., & Trangenstein, P. (1994). Facilitating transitions: Redefinition of the Nursing Mission. *Nursing Outlook*, 42(6), 255-259.
- Organização Mundial da Saúde. (2015). Cardiovascular diseases (CVDs). Fact sheet, 317. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/en/>
- Proença, M., & Deli, C. A. (2011). Internação em unidade de terapia intensiva: Perceção de pacientes. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 32(2), 279-286. <https://doi.org/10.1590/S1983-14472011000200010>
- Ramos, S. (2015). *A influência do planeamento da alta hospitalar no número de dias de internamento do doente* [Dissertação de mestrado, Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias]. Repositório Científico Lusófona. <http://hdl.handle.net/10437/6631>
- Sampaio, E., Mendes, A., Guimarães, A., & Mussi, F. (2012). Perceção de clientes com infarto do miocárdio sobre os sintomas e a decisão de procurar atendimento. *Ciência, Cuidados e Saúde*, 11(4), 687-696. Disponível em: http://eduem.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/17591/pdf_1.

RESUMOS ALARGADOS

PESSOA EM SITUAÇÃO CRÓNICA

ADESÃO TERAPÊUTICA DAS PESSOAS DOENTES RENAI CRÓNICAS EM PROGRAMA REGULAR DE HEMODIÁLISE

HÉLIA JOSÉ TRINDADE ASCENSO¹
MARIA ISABEL DOMINGUES FERNANDES²
PEDRO MIGUEL LOPES DE SOUSA³

INTRODUÇÃO

A Doença Renal Crónica (DRC) é uma doença crónica com destaque no cenário mundial, pelo seu carácter progressivo e irreversível, necessitando de um diagnóstico precoce para melhor prognóstico da doença. Nas últimas décadas, esta doença tem sido alvo de atenção por parte dos profissionais de saúde devido ao seu acentuado crescimento em Portugal e a nível mundial. Estima-se que a DRC afete 10% da população mundial e que cerca de 1,1 milhões de pessoas com Doença Renal Crónica Terminal (DRCT) necessitem de diálise (Sociedade Portuguesa de Nefrologia [SPN], 2018). Quando a DRC evolui para DRCT, a função renal tem de ser substituída na sua vertente reguladora do meio interno, excretora e endócrina, por uma das técnicas de substituição renal disponíveis: hemodiálise (HD), diálise peritoneal ou transplante renal.

No âmbito das doenças crónicas, o entendimento do fenómeno da gestão do regime terapêutico (RT) envolve a identificação e explicação dos fatores que determinam a predisposição das pessoas para aderirem às recomendações dos profissionais de saúde. A adesão "a regimes terapêuticos de longa duração é um fenómeno dinâmico e multidimensional determinado, tal como a saúde em geral, por fatores com influência variável, que interagem entre si". É influenciada por fatores sociais, económicos e culturais, relativos aos serviços de saúde, aos profissionais de saúde, à doença, ao tratamento e à pessoa doente (Machado, 2009, p. 28).

Na perspetiva do autor supracitado, no caso do doente com DRCT, o RT é complexo e

1 Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, Hospital Distrital da Figueira da Foz, E.P.E., heliascenso@gmail.com

2 PhD, Professora coordenadora, UICISA:E, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, isabelf@esenfc.pt

3 PhD, Professor adjunto, UICISA:E, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, pmlsousa@esenfc.pt

multifacetado envolvendo diferentes componentes, nomeadamente os regimes alimentar e medicamentoso, o controlo dos líquidos ingeridos, a comparência aos tratamentos e a manutenção do acesso vascular.

Esta investigação pretendeu dar resposta aos seguintes objetivos: avaliar a adesão ao RT da pessoa com DRC em programa regular de HD; identificar os fatores que influenciam a adesão ao RT das pessoas com DRC em programa regular de HD.

METODOLOGIA

Desenvolveu-se um estudo descritivo-correlacional e transversal de natureza quantitativa, partindo da questão de investigação: Quais os fatores que promovem a adesão ao RT das pessoas com DRCT em programa regular de HD?

Na concretização da investigação, foram formuladas as seguintes hipóteses de investigação: há relação significativa entre a idade, e a adesão ao RT das pessoas com DRC em programa regular de HD; há relação significativa entre o género, e a adesão ao RT; há relação significativa entre as habilitações literárias, e a adesão ao RT; há relação significativa entre o local de residência, e a adesão ao RT; as pessoas com melhores níveis de conhecimentos sobre a sua doença renal têm níveis de adesão ao RT mais elevados; há relação entre o tempo de permanência em HD e a adesão ao RT.

A população em estudo foi constituída pelas pessoas com DRC em programa regular de HD numa Clínica de Diálise da região centro, entre junho e outubro de 2019, que reuniam os seguintes critérios de inclusão: idade superior ou igual a 18 anos em tratamento hemodialítico; não evidenciar distúrbios/perturbações cognitivas que comprometessem a resposta ao questionário. A partir de uma amostragem não probabilística e de conveniência foram integrados 87 participantes no estudo.

O acesso ao campo e aos participantes para colher dados ocorreu após deferimento dos pedidos formais de autorização à instituição e à sua Comissão de Ética.

A colheita de dados foi efetuada pela aplicação de um questionário, antes do início do tratamento e durante a realização do mesmo. Este instrumento integrava dados para caracterização: sociodemográfica; clínica; e regime nutricional. A avaliação da adesão terapêutica foi obtida pelas respostas ao *Portuguese End-Stage Renal Disease Questionnaire* (PESRD-AQ) de Poveda et al. (2016). Este questionário avalia o comportamento de adesão da pessoa em HD ao plano terapêutico (HD, medicação, restrição hídrica e dieta), a sua perceção sobre a adesão e as razões para o comportamento de aderente/ não aderente que a mesma assume.

O tratamento estatístico foi realizado através do programa estatístico IBM-SPSS versão 23,0, recorrendo a estatísticas descritivas e inferenciais com a utilização de testes não paramétricos (Mann-Whitney, Kruskal-Wallis e Correlação de Spearman). A interpretação dos testes estatísticos foi realizada com base no nível de significância de $\alpha = 0,05$.

RESULTADOS

As características sociodemográficas dos participantes foram heterogêneas, sendo 64,4% do sexo masculino e 35,6% do sexo feminino, com uma idade média de 69,44 anos (DP=13,58). De salientar que 21,8% dos indivíduos tinham 81 ou mais anos. Uma larga maioria (71,3%) possuía o 1º ciclo/4ª classe. Maioritariamente residiam com o cônjuge/companheiro (63,2%), em meio rural (58,6%) e 90,8% estavam reformados. Relativamente às condições económicas, averiguou-se que a maioria dos indivíduos (51,7%) as considerava boas.

Quanto à caracterização clínica, constatou-se que a média do tempo de diálise dos participantes era de 54,11 meses, sendo que 51,7% realizava diálise há mais de um ano e menos de cinco anos. A grande maioria (92%) dos participantes efetuava tratamento de diálise de quatro horas, três vezes por semana.

A maioria dos participantes (37,9%) referiram desconhecer a causa da DRC, 26,4% mencionaram diabetes, 16,1%, HTA e 16,1%, doença renal poliquística.

Quanto ao conhecimento acerca da doença por parte dos participantes, os resultados permitiram constatar que 88,5% sabiam que a doença renal era para toda a vida, e 79,3% também demonstraram conhecer que o tratamento da doença renal era para toda a vida.

A quase totalidade (97,7%) dos indivíduos em estudo considerou que a equipa de profissionais de saúde que o acompanhava esclarecia as suas dúvidas quando solicitada. Contudo, apenas 69% afirmaram que foram informados das opções de tratamento, de forma a escolher a que melhor se adaptasse à sua situação. Também 96,6% dos indivíduos reconheceram que nas dificuldades em seguir o tratamento era ouvido pela equipa de saúde, tentando minorá-lo e motivando-o a seguir o tratamento.

A adesão terapêutica foi avaliada através do PESRD-AQ, verificando-se um índice médio de 1052,58 (DP = 147,31), o que corresponde a uma taxa de adesão terapêutica de 88,5%. Por dimensões, constatou-se que o valor de adesão no "tratamento de diálise" era mais elevado (M =191,09±24,76), seguindo-se a adesão à "medicação" (M =183,33±31,13), "restrição de líquidos" (M =152,30±36,49) e "restrição alimentar" (M =143,67±40,92).

Na análise das hipóteses de investigação verificou-se que, nos indivíduos com DRC em programa regular de HD: a correlação (de Spearman) da idade com a adesão ao RT não era estatisticamente significativa, para o global da adesão e para as suas dimensões ($p > 0,05$); o sexo não influencia a adesão ao RT, aplicando-se o teste de Mann-Whitney ($p > 0,05$).

Existe uma tendência dos indivíduos com habilitações literárias mais elevadas para apresentarem índices de adesão mais elevados ao RT. Contudo, o teste de Kruskal-Wallis apenas identificou a existência de diferenças estatisticamente significativas ($p=0,004$) para a adesão à restrição de líquidos.

Os indivíduos residentes em meio urbano obtiveram médias mais elevadas no índice global de adesão ($p=0,040$) e nas dimensões "restrição de líquidos" ($p=0,039$) e "restrição alimentar" ($p=0,030$), pela aplicação do teste de Mann-Whitney.

Os níveis de adesão na “restrição alimentar” aumentam ($p=0,016$) à medida que o nível de conhecimentos sobre a doença renal aumenta.

Entre o tempo de permanência em HD e a adesão ao RT não foi possível verificar a existência de correlações estatisticamente significativas ($p>0,05$).

DISCUSSÃO

Os comportamentos globais de adesão dos 87 participantes remeteram para uma baixa adesão terapêutica, tendo-se verificado pela categorização da escala PESRD-AQ que 88,5% revelavam uma baixa adesão (PESRD-AQ). Quando as pessoas com DRC não cumprem as restrições nutricionais e hídricas, há um agravamento sintomático e a ocorrência de mal-estar durante o tratamento dialítico. Quando isto acontece, a pessoa tem mais dificuldade em aceitar a sua doença, conseqüentemente, fica mais renitente ao tratamento medicamentoso que deveria cumprir no domicílio. Esta ideia é defendida por Santos et al. (2017), quando se refere à percepção da eficácia da medicação, considerando que a confiança das pessoas relativamente ao efeito de determinado medicamento contribui para a adesão ao RT.

O desgaste ocasionado pelo tratamento de HD, pela limitação, exigências e restrições, -que impossibilitam a prática de atividades de vida antes exercidas (Martins et al., 2017) pode justificar que, à medida que os conhecimentos sobre a doença renal aumentam, os doentes apresentam níveis mais elevados de adesão ao RT.

A análise global da prevalência da adesão ao RT, mostra que a pessoa com DRC em tratamento de HD necessita de mudar hábitos relacionados com as dietas, tratamentos, e dependência de outros. A adaptação é um processo complexo, com implicações pessoais, como a limitação de atividades e restrição de horários. Os enfermeiros são os profissionais de saúde que mais interagem e contactam com as pessoas em tratamento dialítico, assumindo um papel decisivo no acompanhamento e processo formativo da pessoa, a partir dos saberes obtidos da experiência clínica diária e da evidência científica. Ajudam no estabelecimento de um programa de vida, na desmitificação de medos e crenças geradoras de ansiedade e depressão, assim como, nos conhecimentos que a pessoa necessita para ser autónoma no seu tratamento e autocuidado para o bem-estar (Cavalcante et al., 2015).

Não se confirmou a existência de uma relação estatisticamente significativa entre a idade e a adesão ao RT das pessoas em programa regular de HD, o que não vai ao encontro dos resultados da revisão de literatura de Silva et al. (2019), onde o impacto da HD no doente renal crónico não surge associado à idade. Em oposição, a não existência de relação significativa entre sexo e adesão ao RT, vai ao encontro das conclusões de Sousa (2012) onde o sexo não tem relação estatisticamente significativa com a adesão à terapêutica.

Os baixos índices de escolaridade podem orientar para a perspetiva de Martins et al. (2017), que consideram que quanto mais baixo é o nível de escolaridade, maior é a probabilidade de baixa adesão terapêutica. A baixa escolaridade é apresentada por Martins et al. (2017), como podendo

comprometer a aprendizagem e conseqüentemente o nível de adesão, pois a complexidade da terapêutica exige das pessoas habilidades cognitivas que muitas vezes não têm.

No que diz respeito à situação laboral, evidenciou-se uma grande percentagem de pessoas reformadas (90,8%), o que à luz de Martins et al. (2017) pode compreender-se, dado que salientam que a DRC e os tratamentos não constituindo impedimento ao trabalho, causam limitações importantes às pessoas com o tratamento dialítico, muitas vezes ocasionando afastamentos e aposentações antecipadas.

Uma percentagem elevada, 92% dos indivíduos, realizam o tratamento de HD três dias por semana durante 4 horas por sessão. A pessoa com DRC em tratamento dialítico submetete-se a um tratamento doloroso, longo, gerador de sentimento de improdutividade pelos constrangimentos ao desempenho laboral, pelas mudanças com impacto na sua vida, dos seus familiares e amigos, e compromisso da sua liberdade (Silva et al., 2019).

A elevada percentagem da amostra (88,5%) que tem conhecimentos sobre a doença e o tratamento pode ser entendido como potenciador do comportamento de adesão. A capacidade que o indivíduo tem de perceber a condição da sua doença é determinante para a adesão à terapêutica, pois a percepção relaciona-se com a gravidade dos sintomas, o nível de deficiência (física, psicológica, social e profissional), a taxa de progressão e gravidade da doença e a disponibilidade efetiva para a terapêutica.

A maioria dos indivíduos (97,7%) considera que a equipa de profissionais de saúde que a acompanha esclarece as suas dúvidas. A interação entre o profissional de saúde e o doente são fatores que também podem predizer uma melhor adesão terapêutica pois, de acordo com Sousa (2012), o suporte psicológico é uma ferramenta imprescindível no que se refere à manutenção do tratamento, sendo essencial uma avaliação psicológica direcionada para os efeitos psíquicos e físicos resultantes da doença.

A adesão ao tratamento é considerada um processo multifatorial, fundamentado na parceria entre quem cuida e quem é cuidado, através da qual se estabelece uma aproximação que possibilita uma abertura para o diálogo (Silva et al., 2019).

CONCLUSÃO

O RT da pessoa com DRC, submetida à HD, caracteriza-se pela sua complexidade e pelas variadas vertentes. Além do tratamento dialítico, há que ter em conta o regime alimentar, o controlo da ingestão hídrica e o regime medicamentoso.

Os enfermeiros são os profissionais de saúde que contactam continuamente com as pessoas no início do programa de diálise, tendo uma intervenção decisiva no acompanhamento e processo formativo da pessoa, utilizando para isso os saberes obtidos da experiência clínica diária e das evidências científicas. Os enfermeiros ao conhecerem as respostas das pessoas no seu processo de transição, e ao estabelecerem, conjuntamente com estas, um plano de cuidados individualizado e holístico vão ter uma intervenção fundamental na preparação da pessoa para

o início do tratamento dialítico e nos seus resultados.

Nesta investigação não foram estudados fatores importantes como a qualidade de vida, os mecanismos de coping, a autoeficácia, programas de intervenção multidimensionais, analisando o seu custo-benefício, entre outros, sugere-se a sua abordagem em futuras investigações.

No contexto de prática profissional importa continuar a desenvolver parcerias com a família, envolvendo-a no processo educativo da pessoa com DRC em início de HD, que poderá ser determinante para o seu bem-estar e na sua adaptação funcional.

Programas de ensino e de educação da pessoa com DRC em programa regular de HD devem ser objeto de mais investimento e contribuir para o desenvolvimento do conhecimento científico em enfermagem, pela continuidade de investigação que nos propomos realizar no acompanhamento da implementação de algumas destas medidas, avaliando os seus resultados.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Cavalcante, M., Lamy, Z., Santos, E., & Costa, J. (2015). Portadores de doença renal crónica em fase produtiva: percepção sobre limitações resultantes do adoecimento. *Revista Médica de Minas Gerais*, 25(4), 484-492. doi: 10.5935/2238- 3182.20150112
- Machado, M. (2009). Adesão ao regime terapêutico – representações das pessoas com IRC sobre o contributo dos enfermeiros (Dissertação de Mestrado). Universidade do Minho, Braga, Portugal.
- Martins, M., Mata, A., Camerini, D., & Murta, A. (2017). Fatores que influenciam a adesão ao tratamento de hemodiálise para a doença renal crónica. *Revista Científica de Famílias*, 12(1),5-15.
- Poveda, V., Amado, L., Filgueiras, M., Teixeira, L., Miranda, V., Santos-Silva, A., ... Costa, E. (2016). End-stage renal disease adherence questionnaire: translation and validation to the portuguese language. *Renal Failure*, 38(10), 1633-1638. doi:10.1080/088602 2X.2016.1209063
- Santos, B., Oliveira, V., Soares, M., & Schwart, E. (2017). Doença renal crónica: relação dos pacientes com a hemodiálise. *ABCS Health Sciences*, 42(1), 8-14. doi:10.7322/abcshs.v42i1.943.
- Silva, M., Santos, J., Lima, E., & Santos, (2019). O impacto do tratamento hemodialítico no portador de insuficiência renal crónica. *Enciclopédia Biosfera, Centro Científico Conhecer - Goiânia*, 16(30),419-433. doi: 10.18677/EnciBio_2019B42.
- Sociedade Portuguesa de Nefrologia (2018). Relatório Anual 2017. Lisboa, Portugal: Autor
- Sousa, M. E. P. (2012). *Adesão ao Tratamento Medicamentoso da Pessoa portadora de Insuficiência Renal Crónica em Hemodiálise* (Dissertação de Mestrado). Instituto Politécnico de Viseu, Viseu. Portugal.

A EFICÁCIA DOS COLCHÕES DE REDISTRIBUIÇÃO DE PRESSÃO NA PREVENÇÃO DE ÚLCERAS POR PRESSÃO

ANA LÚCIA SIMÕES DE PINA¹
LUÍS ANTÓNIO RODRIGUES PAIVA²

INTRODUÇÃO

As úlceras por pressão (UPP) não são uma complicação recente, no entanto, mantêm-se um problema atual nos serviços de saúde. Afetam milhões de pessoas no mundo inteiro, sendo uma das condições mais comuns observadas nos indivíduos hospitalizados. Desta forma, constituem uma preocupação para o serviço nacional de saúde (SNS) e seus profissionais, com elevados custos para a pessoa doente, seus familiares, sociedade e instituições de saúde (Direção Geral da Saúde [DGS], 2011) liver cirrhosis (LC. Ainda assim, segundo a DGS (2011, p.2) liver cirrhosis (LC “estima-se que cerca de 95% das úlceras por pressão são evitáveis através da identificação precoce do grau de risco”, pelo que se torna fundamental que o foco dos prestadores de cuidados se centre cada vez mais na prevenção das mesmas.

Assim, com este estudo pretende-se contribuir para a melhoria dos cuidados de enfermagem prestados, na prevenção de UPP, pela investigação sobre as características dos utentes que desenvolvem UPP e a eficácia da aplicação de colchões de redistribuição de pressão, nos utentes com alto risco de as desenvolver, segundo a escala de Braden. É pertinente o seu desenvolvimento pois, uma das intervenções que faz parte de qualquer programa de prevenção de UPP é o uso de superfícies de redistribuição de pressão. Estas pelas suas propriedades permitem reduzir ou minimizar o efeito da pressão nos tecidos. De facto, inúmeras diretrizes de prática clínica, recomendam a obrigação de dispor de superfícies de prevenção de UPP adequadas às necessidades dos utentes nos diferentes níveis de cuidados (European Pressure Ulcer Advisory Panel [EPUAP] et al., 2019), no entanto, a sua eficácia ainda não está bem documentada a nível internacional. Nomeadamente, foi realizada uma revisão sistemática

1 MSc, Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, ana_lucia.bcfa@hotmail.com

2 PhD, Professor Adjunto na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, UICISA: E, luispaiva@esenfc.pt

da literatura pela Cochrane, em 2018, que revelou não ser claro se algum tipo específico de superfície de apoio é mais eficaz no tratamento de UPP do que as superfícies padrão (McInnes et al., 2018). Também no contexto de prática de cuidados de enfermagem português é enorme a escassez de investigações sobre esta temática.

Assim, neste estudo é objetivo: verificar se a utilização de colchão de redistribuição de pressão, em utentes hospitalizados, com alto risco de desenvolvimento de UPP, influencia a incidência de UPP. Foram definidos os objetivos específicos: identificar a taxa de incidência de UPP em utentes internados num serviço de medicina interna, com alto risco de desenvolvimento de UPP; verificar se existe alteração na taxa de incidência de UPP com a aplicação de colchão de redistribuição de pressão, em utentes hospitalizados com alto risco de desenvolvimento de UPP; verificar se existe diferença na taxa de incidência de UPP com a aplicação de diferentes tipos de colchões de redistribuição de pressão, em utentes com alto risco de desenvolvimento de UPP e verificar se existem fatores determinantes para a incidência de UPP em utentes hospitalizados com alto risco de desenvolvimento de UPP.

METODOLOGIA

Como ponto de partida deste estudo, formulou-se a seguinte questão de investigação: O uso de colchão de redistribuição de pressão, em utentes hospitalizados, com alto risco de desenvolvimento de UPP, influencia a incidência de UPP? Sendo definidas as seguintes hipóteses de investigação: H₁ – A taxa de incidência de UPP diminui com a aplicação de colchão de redistribuição de pressão, em utentes internados com alto risco de desenvolvimento de UPP; H₂ – A taxa de incidência de UPP em utentes internados, com alto risco de desenvolvimento de UPP, é menor quando é aplicado um colchão dinâmico em comparação com um colchão estático; e H₃ – Existem fatores (como o sexo, a idade, o score da escala de Braden à entrada, o score mais baixo da escala de Braden verificado durante o internamento, os antecedentes pessoais e a polipatologia, a incontinência fecal e urinária, o risco nutricional, a prevalência de UPP e a aplicação de colchão de redistribuição de pressão e respetivos tipos de colchões de redistribuição de pressão) que são determinantes para a incidência de UPP em utentes hospitalizados com alto risco de desenvolvimento de UPP.

Trata-se de um estudo quantitativo quase-experimental. A amostra foi dividida em dois grupos de forma aleatória: grupo experimental, a quem foram colocados colchões de redistribuição de pressão, e grupo de controlo, que permaneceu com o colchão hospitalar standard. O grupo experimental foi constituído por 185 participantes e o de controlo por 177 participantes.

A amostra foi constituída por utentes internados num serviço de Medicina Interna do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (CHUC), que apresentaram alto risco de desenvolvimento de UPP segundo da escala de Braden, à entrada no serviço, no período compreendido entre 1 de abril de 2019 e 31 de outubro de 2019 e que aceitaram fazer parte do estudo. Constituíram critérios de exclusão utentes com idade inferior a 18 anos e/ou encontrarem-se internados por um período inferior ou igual a dois dias. No período em que se realizou a investigação foram internados no serviço de medicina interna, 692 utentes por um período superior a 2 dias. Destes, 362 utentes, cumpriam todos os critérios de inclusão pelo que constituíram a amostra em estudo.

A recolha de dados foi realizada através da consulta do processo clínico eletrónico dos utentes, tendo sido colhidos os dados referentes a: score da escala de Braden à entrada e o valor mais baixo verificado durante o internamento; dados sociodemográficos; antecedentes pessoais; patologia atual e presença ou não de incontinência; incidência de UPP e respetiva categoria e localização anatómica; prevalência de UPP na admissão na enfermaria; aplicação ou não de colchão de redistribuição de pressão (e qual); e outras intervenções de prevenção de UPP como a realização de posicionamentos e avaliação do risco nutricional.

Para a realização do estudo, foi solicitado o consentimento informado a todos os participantes ou ao seu cuidador de referência quando aplicável, garantindo o direito à confidencialidade através do anonimato dos dados e da garantia de que os mesmos seriam utilizados apenas para fins da investigação proposta. O estudo obteve parecer favorável da comissão de ética em saúde do CHUC.

Os dados obtidos foram alvo de análise estatística, sendo que as comparações entre variáveis categóricas foram testadas através do teste de Qui Quadrado. Já a comparação entre as variáveis contínuas foi testada através do teste não paramétrico U de Mann-Whitney, uma vez que, todas as variáveis contínuas apresentaram uma distribuição não normal. De forma a verificar a existência de diferenças estatisticamente significativas na taxa de incidência entre grupos utilizou-se o teste de razão de verossimilhança. Todos os resultados foram considerados estatisticamente significativos com um nível de significância de $p < 0,05$. Por fim verificou-se quais os potenciais fatores determinantes para o aparecimento de UPP através de uma regressão logística.

RESULTADOS

A taxa de incidência de UPP nos 362 doentes foi 11,0%, sendo a grande maioria das úlceras, quando detetadas pela primeira vez, de categoria 2 (5,5%).

A taxa de incidência de UPP no grupo experimental foi de 9,7% e no grupo controlo de 12,4%. Após aplicar o teste de razão de verossimilhança conclui-se que o facto de o utente ter um colchão de redistribuição de pressão não tem significado estatístico quando associado à taxa de incidência de UPP ($p = 0,413 > 0,05$), pelo que se rejeita a hipótese 1. Analisando as variáveis em estudo, percebeu-se que os participantes do grupo experimental tinham pior estado geral do que os do grupo controlo.

Relativamente à taxa de incidência de UPP nos participantes onde se utilizaram colchões de redistribuição de pressão, criaram-se três subgrupos de acordo com os diferentes tipos de colchões e verificou-se que o subgrupo a quem foi aplicado um colchão de pressão alterna (CPA) de células grandes teve uma incidência de 11,0%, já o subgrupo a quem foi aplicado um CPA de células pequenas teve uma incidência de 14,3% e por fim, o subgrupo a quem foi aplicado um colchão viscoelástico teve uma taxa de incidência de 7,2%. Novamente, apesar das taxas de incidência de UPP serem diferentes dentro dos 3 subgrupos, após aplicar o teste de razão de verossimilhança concluiu-se que o facto dos utentes terem diferentes tipos de

colchão de redistribuição de pressão não tem significado estatístico quando associado à taxa de incidência de UPP ($p = 0,627 > 0,05$), pelo que também se rejeita a hipótese 2.

Para verificar se existiram fatores determinantes para a incidência de UPP realizou-se uma análise de regressão logística. Assim, numa primeira fase procedeu-se à verificação da dependência entre a variável dependente e as independentes descritas na colheita de dados, tendo-se verificado dependência entre a variável dependente, incidência de UPP, e as variáveis independentes score da escala de Braden à entrada ($p = 0,011$), score da escala de Braden mais baixa durante o internamento ($p < 0,001$) e risco nutricional ($p = 0,014$). Ou seja, os utentes com mais baixo score naquela escala, tanto à entrada como durante o internamento e/ou que apresentassem risco nutricional apresentaram mais UPP do que os utentes com scores da escala de Braden mais altos ou sem risco nutricional. Posteriormente, utilizou-se o modelo Forward: LR que fez uma seleção automática das variáveis independentes a inserir no modelo de regressão logística e concluiu-se que o score da escala de Braden mais baixo durante o internamento era o único fator considerado determinante para a incidência de UPP (OR 0,744; 95% IC 0,634-0,873), pelo que se aceitou a hipótese 3.

DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A nível nacional, alguns estudos realizados, nomeadamente em serviços de medicina interna, apresentaram taxas de incidência de UPP mais baixas (entre os 2,3% e os 3,4%) do que neste estudo (Sardo et al., 2016)gender, type of admission, specialty units, first Braden Scale score, length of stay, patient discharge outcome and ICD-9 diagnosis. Results An incidence of 3.4% participants with pressure ulcer category I-IV in inpatient setting during 2012. During the length of stay, 320 new pressure ulcers were developed, most of them category/stage II. The sacrum/coccyx and the trochanters were the most problematic areas. Conclusions The major risk factor for the development of a new pressure ulcer during the length of stay was the presence of (at least. No entanto, deve considerar-se que a amostra em estudo, contrariamente aos estudos atrás referidos, apenas contemplou utentes internados com alto risco de desenvolvimento de UPP, segundo a escala de Braden, o que poderá explicar a diferença na taxa de incidência de UPP. Por exemplo, foi realizado um estudo internacional, com utentes com alto risco de desenvolvimento de UPP, segundo a escala de Braden, internados em serviços de neurologia, oncologia e pneumologia que obteve uma taxa de incidência de UPP de 15,5% (Park & Park, 2017).

No que diz respeito à categoria das UPP que surgiram durante o internamento, o nosso estudo revelou que a grande maioria das UPP, quando detetadas pela primeira vez, eram já de categoria 2. Estes achados são corroborados pelos resultados de outros estudos que avaliaram taxas de incidência de UPP em ambiente hospitalar (Ramezanzpour et al., 2019) o que pode significar que existe uma inadequada avaliação da pele por parte dos profissionais de saúde, não reconhecendo primariamente as UPP de categoria 1. Esta constatação pode, em última instância, demonstrar a necessidade de ser ministrada formação aos enfermeiros sobre a importância da avaliação da pele de forma sistematizada e realizada o mais precocemente possível, seguida da implementação de adequadas medidas de prevenção.

Relativamente à taxa de incidência de UPP no grupo experimental e no grupo controlo, importa lembrar que estes não eram totalmente comparáveis entre si, o que, podendo representar um viés para as conclusões, pode ser parcialmente explicado pelo juízo clínico dos enfermeiros. Nos últimos anos, as recomendações referem o benefício da utilização de colchões de redistribuição de pressão na prevenção de UPP, preferencialmente o uso de CPA de células grandes ou colchões viscoelásticos em detrimento do uso de CPA de células pequenas (EPUAP et al., 2019). Assim, é possível que os enfermeiros, baseados no seu juízo clínico, tenham optado por atribuir colchão de redistribuição de pressão a alguns utentes com pior estado geral em detrimento de outros, ainda que esse não tenha sido o propósito da investigação. De qualquer forma, os resultados não demonstraram significância estatística, apesar da taxa de incidência de UPP ser mais baixa no grupo experimental que no grupo controlo o que vai ao encontro da revisão sistemática da literatura da Cochrane referida anteriormente, que revelou que, com base nas evidências científicas atuais, não é claro que algum tipo específico de colchão de redistribuição de pressão seja mais eficaz no tratamento de UPP do que as superfícies standard (McInnes et al., 2018).

No entanto, alguns ensaios clínicos randomizados e revisões sistemáticas da literatura, realizados em diferentes contextos, têm verificado que tanto colchões estáticos como dinâmicos de redistribuição de pressão são mais eficazes na redução da incidência de UPP do que os colchões standard (Park & Park, 2017; Rae et al., 2018).

A comparação dos diferentes tipos de colchões de redistribuição de pressão da eficácia na prevenção de UPP não revelou diferenças estatisticamente significativas o que vai ao encontro de uma revisão sistemática da literatura que apurou que as evidências científicas que comparam os diferentes tipos de colchões de redistribuição de pressão são inconclusivas (Rae et al., 2018).

Por fim, este estudo concluiu que o score mais baixo da escala de Braden verificado durante o internamento é um fator determinante para a incidência de UPP. Este resultado vai ao encontro dos verificados por Fazel et al. (2017) e Ramezanpour et al. (2019) que também utilizaram como metodologia a regressão logística.

CONCLUSÃO

Face à magnitude da problemática das UPP e suas implicações no SNS, e à necessidade de aprofundar o conhecimento nesta área, o presente estudo afirma-se como um contributo importante, pois dá visibilidade ao fenómeno e auxilia na definição de estratégias e na realização de ajustes necessários às práticas existentes, baseados em evidência científica, para garantir uma taxa de incidência de UPP mínima e adequação dos recursos materiais às crescentes necessidades dos utentes internados.

Assim, salienta-se: os utentes internados no serviço de medicina interna, durante o período em que decorreu o estudo, tinham, na sua grande maioria, um alto risco de desenvolvimento de UPP, segundo a escala de Braden; a taxa de incidência de UPP verificada (11,0%) é

consideravelmente alta o que demonstra como as UPP ainda se mantêm como um grave problema de saúde pública; a grande maioria das UPP, quando detetadas pela primeira vez, eram de categoria 2; a incidência de UPP nos utentes com colchão de redistribuição de pressão foi menor do que nos utentes a quem não foi colocado colchão de redistribuição de pressão, no entanto, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas; também não se verificaram diferenças estatisticamente significativas na taxa de incidência de UPP entre os utentes com diferentes tipos de colchões de redistribuição de pressão; neste estudo, apenas o score mais baixo da escala de Braden verificado durante o internamento foi considerado um fator determinante para a incidência de UPP.

Importa mencionar que sendo esta investigação realizada num contexto muito específico não é possível generalizar os resultados para toda a população em todos os ambientes assistenciais. No entanto, considerou-se ser uma mais-valia este estudo, na medida que faz um diagnóstico de situação preciso deste contexto em particular, e desta forma repensar as medidas de prevenção de UPP que estão a ser atualmente implementadas de forma a torná-las mais adequadas e eficazes. Outra das limitações, prende-se com o fato de apenas terem sido colhidos dados do processo clínico eletrónico dos utentes, o que poderá não corresponder exatamente à realidade, nomeadamente no que se prende com a incidência de UPP por défice de registo ou erro de diagnóstico (ex., diferença entre UPP e úlceras de humidade).

As implicações na prática clínica são, desde logo, os seus resultados que permitirão organizar formação direcionada para as reais necessidades da equipa, nomeadamente, no que diz respeito à necessidade de uma avaliação precoce e sistematizada da pele e respetivo registo e, finalmente, a adequação das medidas preventivas de acordo com essa avaliação. Estes achados facilitarão, também, o juízo clínico e a tomada de decisão sobre qual o colchão de redistribuição de pressão utilizar, que deverá ser baseada na avaliação do seu funcionamento (propriedades, características e funcionalidades), na situação clínica e preferência de cada utente, sem esquecer a relação custo-benefício.

Relativamente a investigações futuras, é certo que ainda existe um grande desconhecimento sobre a incidência de UPP em hospitais portugueses, assim como quais as categorias e localizações anatómicas mais prevalentes e as características específicas dos utentes que as desenvolvem, pelo que se espera que este estudo possa ser um primeiro passo para a realização de outros em outros contextos ou até a nível nacional que investigue todos os utentes internados, com alto risco de desenvolvimento de UPP, em hospitais portugueses. Acreditamos também que este estudo possa estimular a continuidade da investigação sobre a temática dos dispositivos de redistribuição de pressão em Portugal, que contam cada vez mais com alta tecnologia, pelo que estão, conseqüentemente, em constante mudança e necessitam de estudos bem desenhados para validar a sua eficácia nos mais variados contextos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Direção Geral da Saúde (2011). Escala de Braden: Versão adulto e pediátrica (Braden Q). https://www.dgs.pt/departamento-da-qualidade-na-saude/ficheiros-anexos/orientacao_ulceraspdf-pdf.aspx
- European Pressure Ulcer Advisory Panel, National Pressure Injury Advisory Panel and Pan Pacific Pressure Injury Alliance. (2019). *Prevention and Treatment of Pressure Ulcers/Injuries: Quick Reference Guide* (thd ed). Emily Haesler (Ed.).
- Fazel, F., Derakhshanrad, N., Yekaninejad, M., Vosoughi, F., Derakhshanrad, A., & Saberi, H. (2017). Predictive value of braden risk factors in pressure ulcers of outpatients with spinal cord injury. *Acta Medica Iranica*, *56*(1), 56–61.
- McInnes, E., Blasi, A., Syer, S., & Leung, V. (2018). Support surfaces for treating pressure ulcers. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, (10), 1–77. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD009490.pub2>
- Park, K., & Park, J. (2017). The efficacy of a viscoelastic foam overlay on prevention of pressure injury in acutely ill patients: A prospective randomized controlled trial. *Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing*, *44*(5), 440–444. <https://doi.org/10.1097/WON.0000000000000359>
- Rae, K., Isbe, S., & Upton, D. (2018). Support surfaces for the treatment and prevention of pressure ulcers: A systematic literature review. *Journal of Wound Care*, *27*(8), 467–474. <https://doi.org/10.12968/jowc.2018.27.8.467>
- Ramezanzpour, E., Zeydi, A., Gorji, M., Charati, J., Moosazadeh, M., & Shafipour, V. (2019). Incidence and risk factors of pressure ulcers among general surgery patients. *Journal of Nursing and Midwifery Sciences*, *6*(3), 149–155. <https://doi.org/10.4103/JNMS.JNMS>
- Sardo, P., Simões, C., Alvarelhão, J., Simões, J., Machado, P., Amado, F., Amaro, A., & Melo, E. (2016). Analyses of pressure ulcer incidence in inpatient setting in a Portuguese hospital. *Journal of Tissue Viability*, *25*(4), 209–215. <https://doi.org/10.1016/j.jtv.2016.08.003>

O FAMILIAR CUIDADOR DA PESSOA COM OSTOMIA RESPIRATÓRIA: SATISFAÇÃO COM O PLANEAMENTO DO REGRESSO A CASA

VANESSA MADUREIRA DOS ANJOS¹
MARIA DO CÉU MESTRE CARRAGETA²
LUÍS MIGUEL NUNES OLIVEIRA³

INTRODUÇÃO

A pessoa com ostomia respiratória sofre alterações físicas e psicológicas, podendo haver a necessidade de um familiar se tornar cuidador. O planeamento do regresso a casa permite capacitar o cuidador, com vista à continuidade dos cuidados no domicílio e à promoção de uma transição saudável para o papel de prestador.

Desta forma, compreende-se a importância deste planeamento como um processo que permite identificar e organizar os cuidados face à satisfação das necessidades dos doentes em cuidados de saúde, bem como dos seus cuidadores. Este planeamento tem como meta a continuidade dos cuidados na perspetiva da tríade doente-família-comunidade (Pereira & Petronilho, 2018).

Considerando o Regulamento n.º 429/2018 de 16 de julho (2018, p.19368) que descreve os cuidados de enfermagem especializados na pessoa em situação crónica como cuidados contínuos que podem decorrer em contexto hospitalar, domiciliário e comunitário, que privilegiam a promoção de processos de adaptação e de adesão ao regime terapêutico, de modo a capacitar a pessoa, família/cuidador para a vivência da doença crónica, a redefinir o seu projeto de saúde, e assim melhorar a sua qualidade de vida. Os enfermeiros, nomeadamente os Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico Cirúrgica (EEEMC), assumem um papel fulcral na preparação do regresso a casa do doente com ostomia respiratória e seu cuidador.

1 MSc, Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica no Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra; vanessaanjos@hotmail.com

2 MSc, Professora Adjunta da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, UICISA: E, mceu@esenfc.pt

3 PhD, Professor Adjunto na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, UICISA: E, luisloureiro@esenfc.pt

O desafio está em ajudar o doente e/ou cuidador a realizar uma transição saudável para a sua nova condição de saúde, na promoção e na reconstrução da sua autonomia face ao evento gerador de dependência, que é a existência de um estoma.

Nesta perspetiva de continuidade de cuidados, e assumindo a necessidade de envolver e apoiar o cuidador, no processo de planeamento da alta hospitalar, parece existir uma razão para investigar a satisfação dos familiares cuidadores (FC) da pessoa com ostomia respiratória, relativamente à qualidade dos cuidados de enfermagem, no âmbito do planeamento do regresso a casa, em contexto hospitalar.

Assim, constitui-se como objetivos: caracterizar socio-demograficamente, profissionalmente e o contexto familiar dos cuidadores; identificar os cuidados prestados; avaliar a satisfação dos cuidadores sobre a preparação do regresso a casa.

Este estudo surge com a constatação da necessidade cada vez maior de preparação do cuidador do doente submetido a ostomia respiratória, aquando do regresso a casa. Atualmente, esta preparação no contexto onde foi realizado o estudo limita-se aos ensinamentos e à execução de técnicas, sem um programa estruturado e devidamente avaliado.

METODOLOGIA

Numa perspetiva de melhoria dos cuidados de enfermagem prestados, considerou-se fundamental conhecer a satisfação dos FC no planeamento do regresso a casa. Assim, foi realizado um estudo descritivo, de abordagem mista mas com enfoque na abordagem quantitativa, partindo da formulação da seguinte questão de investigação: "Qual a satisfação dos familiares cuidadores com o planeamento do regresso a casa da pessoa com ostomia respiratória, seguida em consulta de Otorrinolaringologia, num hospital da região centro de Portugal?"

Assim, espera-se contribuir para uma intervenção de cuidados de enfermagem, em meio hospitalar, numa perspetiva holística, centrada na família e, com isso, melhorar a qualidade de vida dos utentes (indivíduo/família).

A amostra, constituída por 30 FC de doentes com ostomia respiratória, foi obtida por amostragem não probabilística acidental. Os dados foram colhidos, entre julho e dezembro de 2019, na consulta de Otorrinolaringologia de um Hospital do centro do país, com recurso a formulário: 1-Dados sociodemográficos, profissionais, contexto familiar e cuidados prestados; 2- PREPARED-C, de Karen Grimmer, 1998, traduzido e validado para a população portuguesa por Ferreira et al. (2011).

A realização deste estudo obteve o parecer favorável da Comissão de Ética, do Hospital Central, bem como o consentimento por parte dos participantes no estudo.

Para a análise e tratamento dos dados obtidos foi desenvolvida uma base de dados na aplicação informática SPSS (versão 24 de 2016), onde foram sendo introduzidos os dados

recolhidos relativamente às variáveis em estudo. Posteriormente, e de acordo com o tipo de variáveis, foram utilizados os testes estatísticos para análise descritiva – medidas de dispersão e medidas de tendência central.

Para tratar os dados qualitativos, utilizamos a técnica de análise de conteúdo, seguindo Bardin (2014), do ponto de vista conceptual.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os participantes apresentam uma idade média de 52 anos, sendo maioritariamente mulheres, esposas a coabitar com o doente, com um nível de instrução baixo e com atividade profissional. Os cuidados assegurados pelos cuidadores relacionam-se, maioritariamente, com o autocuidado à ostomia respiratória. Tais resultados são coincidentes com os estudos da literatura consultada.

Relativamente aos indicadores de processo, destacamos a Informação sobre estruturas de apoio, sobre as quais cerca de 40% dos cuidadores refere não ter recebido qualquer informação. Estes dados são concordantes com os estudos de Ferreira et al. (2011) e Pereira e Petronilho (2018), onde são referidas lacunas na transmissão de informação relativa aos serviços comunitários e equipamentos.

No que diz respeito aos indicadores de resultado sobre o planeamento do regresso a casa, 36,7% dos FC responderam que se sentem completamente preparados para regressar a casa, contudo 60% afirmam que poderiam ter sido mais bem preparados.

Quanto ao índice de satisfação dos familiares cuidadores sobre o planeamento do regresso a casa, este foi de 53,93%. Globalmente, existe um nível de satisfação dos cuidadores consideravelmente baixo, em relação à prestação de informações sobre medicação, existência de estruturas de apoio e capacitação para o autocuidado.

Estes resultados estão de acordo com literatura, que vem assumindo como muito frequente que os FC sintam dúvidas e incertezas acerca do estado de saúde do seu familiar e dos cuidados a prestar (McCormick et al., 2015).

Da análise efetuada às respostas das questões abertas definimos cinco categorias, que foram subdivididas em subcategorias, ilustradas pelas unidades de significado relatadas pelos FC, conforme ilustra a figura 1.

Figura 1

Representação Esquemática das Categorias e Subcategorias Resultantes do Processo da Análise de Conteúdo.

Déficit de ensinoinformação	<ul style="list-style-type: none">• Autocuidado higiene• Autocuidado ostomia respiratória• Execução de técnicas• Utilização de equipamentos
Fatores facilitadores na transição para o papel de cuidador	<ul style="list-style-type: none">• Experiências prévias de cuidar• Aprendizagem de procedimentos técnicos• Acesso a serviços de saúde• Estratégias de adaptação à mudança• Relações familiares de proximidade• Dependência nos autocuidados em grau reduzido• Relação terapêutica
Fatores dificultadores na transição para o papel de cuidador	<ul style="list-style-type: none">• Problemas de saúde do cuidador• Suporte familiar insuficiente• Sobrecarga financeira• (Im)preparação dos profissionais de saúde
Vivências dos familiares na assunção ao papel de cuidador	<ul style="list-style-type: none">• Exaustão do cuidador• Insegurança para cuidar• Recurso a fontes de informação
Sugestões de melhoria na preparação dos FC para o regresso a casa	<ul style="list-style-type: none">• Informação escrita com ilustrações• Treinos técnicos como reforço de ensinoss• Criação de protocolo de ensinoss

Na compreensão sobre a percepção do FC acerca da preparação do regresso a casa e transição inerente ao papel de cuidador, o déficit de ensinoinformação foi realçado pelos FC. Importa referir que cuidar da pessoa com ostomia respiratória é, só por si, um momento gerador de stress, que requer a transmissão de um conjunto de informações essenciais para a execução das tarefas de cuidar, nomeadamente relacionadas com o autocuidado da ostomia respiratória.

Esta realidade deve assumir-se como foco de atenção, uma vez que os défices de ensino e de informação que os FC referem, estão relacionadas com a exigência inerente ao ato de cuidar, mais especificamente, nas atividades de cuidados à ostomia respiratória, higiene, alimentação, vestir/despír e transferências, uma vez que estas constituem o tipo de cuidados mais prestados pelos FC. Estes resultados assemelham-se aos encontrados no estudo publicado por Pereira e Petronilho (2018) que evidenciam o déficit de informação transmitida aos FC relativo aos cuidados a prestar ao doente no domicílio.

Na categoria, fatores que facilitaram o processo de transição, “a aprendizagem de procedimentos técnicos” foi considerada por oito FC, como fator facilitador na prestação dos cuidados ao familiar no domicílio, favorecendo a confiança do cuidador e a segurança do doente. O apoio

dos enfermeiros, enquanto profissionais de saúde habilitados para transmitir a informação necessária ao desempenho do novo papel, assim como a aquisição de competências, são realizados por investigadores (McCormick et al., 2015).

Em relação à categoria fatores dificultadores da transição, a "(im)preparação dos profissionais de cuidados de saúde primários" é relatada pelos FC como um fator que dificulta a continuidade dos cuidados dos seus familiares. Os FC referem que a falta de apoio por parte dos profissionais de cuidados de saúde primários, compromete o cuidado ao seu familiar no domicílio, tendo por vezes que se deslocarem ao hospital para obterem respostas às suas dúvidas e superarem as dificuldades.

Neste contexto, Nakarada-Kordic et al. (2017), refere existir falta de comunicação entre a equipa hospitalar e comunitária, levando à variação de conhecimentos e competências dos profissionais de saúde. E que após a transição para o domicílio, o apoio profissional que os doentes traqueostomizados e família recebem na comunidade é considerado limitado, pelo que a criação de equipas multidisciplinares é essencial para o apoio destes doentes.

Também o estudo de Oliveira et al. (2017), realizado com o objetivo de apreciar o conhecimento e a atuação do enfermeiro no cuidado à pessoa ostomizada em cuidados primários, demonstrou que os enfermeiros possuem um conhecimento superficial sobre o cuidado a doentes ostomizados, acarretando consequências que prejudicam a qualidade dos cuidados assegurados ao doente e família.

Na categoria vivências dos familiares na assunção do papel de cuidador, os FC relataram além da exaustão também expressaram insegurança no exercício do cuidado, nomeadamente na execução de procedimentos técnicos. Este resultado assemelha-se aos encontrados por Mendonça et al. (2017) num estudo em que, pretendeu conhecer a vivência do cuidador familiar do homem com traqueotomia por cancro. O referido autor salienta que quando os ensinamentos não são efetivos, pode haver sobrecarga física e emocional do cuidador.

Como sugestões para a melhoria da preparação dos cuidadores no regresso a casa da pessoa com ostomia respiratória, os FC apontaram, entre outros, a criação de protocolo de ensino. Autores de um estudo (Tseng et al., 2016) salientam a importância da adoção de um protocolo sistematizado, por parte dos profissionais de saúde, que permita a implementação de intervenções efetivas, visando um eficaz planeamento do regresso a casa.

CONCLUSÃO

Este estudo desenvolvido num contexto específico avaliou o índice de satisfação dos FC sobre o planeamento do regresso a casa e embora este seja acima dos 50% ainda foram reveladas no estudo muitas dificuldades sentidas pelos FC, na obtenção de informação que lhes facilitasse a aquisição dos recursos necessários para a prestação de cuidados no domicílio, incluindo as informações, os equipamentos, a assistência dos serviços da comunidade, a ajuda nas tarefas domésticas e a assistência nos cuidados pessoais.

Deste modo, reconhecemos que o planeamento do regresso a casa deve ser baseado nas

expectativas e necessidades dos FC e desenvolvido desde a admissão do doente, de modo a evitar ansiedade nos cuidadores, e a dificuldade de compreensão da informação transmitida.

A implementação de um programa estruturado e baseado na evidência, deve apresentar-se como um recurso dos profissionais de enfermagem, no planeamento e na preparação da pessoa com ostomia respiratória no regresso a casa. Permitindo assim, ir ao encontro das necessidades específicas dos cuidadores, com a finalidade de facilitar uma transição saudável para o papel de cuidador. Este estudo permitiu-nos contribuir para a apresentação de um planeamento estruturado de preparação para o regresso a casa com as seguintes etapas: 1º acolher, avaliar e informar o doente/cuidador (ocorre antes da cirurgia); 2º ensinar doente/cuidador (deve ocorrer no pós-operatório imediato, assim que o doente e cuidador evidencie disponibilidade para aprender); 3º instruir o doente/cuidador; 4º treinar a mudança de dispositivos; 5º avaliar o conhecimento e a capacidade de desempenho do doente/cuidador e 6º orientar doente/cuidador (dia da alta).

De modo a complementar o trabalho aqui apresentado, sugerimos que se replique o estudo, utilizando o Questionário PREPARED na sua versão endereçada a doentes, profissionais de saúde e serviços comunitários, no sentido de aumentar a relevância e o âmbito de abrangência dos aspetos e focos estudados. Por fim, mas não menos importante, é de ressaltar que este estudo também veio confirmar a fraca relação interinstitucional entre as equipas hospitalares e comunitárias, o que põe em causa a continuidade dos cuidados profissionais de qualidade, pelo que é necessário melhorar as parcerias interinstitucionais e o trabalho colaborativo e interdisciplinar em saúde, bem como, promover a formação contínua dos profissionais de enfermagem a nível dos cuidados de saúde primários, para a melhoria da qualidade dos cuidados e dos ganhos em saúde das pessoas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bardin, L (2014). *Análise de conteúdo* (4.ª ed.). Edições 70
- Ferreira, P., Mendes, A., Fernandes, I., & Ferreira, R. (2011). Tradução e validação para a língua portuguesa do questionário de planeamento da alta (PREPARED). *Revista de Enfermagem Referência*, 3(5), 121–133. <https://doi.org/10.12707/RIII1032>.
- Pereira, J., & Petronilho, F. (2018). Satisfação do familiar cuidador sobre o planeamento da alta hospitalar. *Revista de Investigação em Enfermagem*, 22, 43-55. <https://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/53799>
- McCormick, M., Ward, E., Roberson, D., Shah, R., Stachler R., & Brenner, M. (2015). life after tracheostomy: Patient and family perspectives on teaching, transitions, and multidisciplinary teams. *Otolaryngology-Head and Neck Surgery*, 1-7. <http://otojournal.org>
- Mendonça, H., Oliveira, K., Siqueira, L., Mendes, M., Fava, S., & Dázio, E. (2017). Vivência do cuidador familiar de homem com traqueostomia por cancer. *ESTIMA*, 15(4), 207-213. <https://doi.org/10.5327/Z1806-3144201700040004>

- Nakarada-Kordic, I., Patterson, N., Wrapson, J., & Reay, S. (2017). A systematic review of patient and caregiver experiences with a tracheostomy. *Patient, 11*(2), 175–191. <https://doi.org/10.1007/s40271-017-0277-1>.
- Oliveira, L., Lopes, A., & Decesaro, M. (2017). Cuidado integral à pessoa ostomizada na atenção básica-conhecimento e atuação do enfermeiro. *Revista Ciência, Cuidado e Saúde, 16*(3), 1-8.
- Regulamento n.º 429/2018 do Ministério da Saúde. (2018). Diário da República: II série, n.º 135. <https://dre.pt/web/guest/pesquisa/-/search/115698617/details/normal?!=1>
- Tseng, J., Lin, H., Chen, S., & Chen, H. (2016). A comparison study between two discharge planning tools. *Applied Nursing Research, 32*, 52–60. <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2016.04.007>

TERAPIA COMPRESSIVA: CONHECIMENTOS E PRÁTICAS DOS ENFERMEIROS DOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

CRISTIANA FARIA FERREIRA¹
LUÍS ANTÓNIO RODRIGUES PAIVA²

INTRODUÇÃO

Cuidar da pessoa com úlcera venosa constitui uma preocupação no quotidiano dos enfermeiros, por estas serem prevalentes e se tornarem tendencialmente crónicas e recorrentes, com grandes implicações no bem-estar e dia-a-dia da pessoa, traduzindo-se em elevados custos em saúde. Estima-se que cerca de 1% da população ocidental será portadora de uma úlcera venosa ao longo da sua vida, sendo mais prevalentes em pessoas com mais idade (Franks et al., 2016). Neste contexto, o presente estudo surge como consequência do interesse pelos cuidados prestados pelos enfermeiros à pessoa com úlcera venosa de perna, tendo sido definida como questão norteadora: Quais os conhecimentos e práticas de Terapia Compressiva (TC) dos enfermeiros dos Cuidados de Saúde Primários (CSP)? A fim de lhe dar resposta definiram-se os seguintes objetivos: Caracterizar, em termos sociodemográficos, formação e experiência, os enfermeiros que prestam cuidados às pessoas com úlceras venosas de perna nos CSP; Identificar as barreiras à implementação da TC percebidas pelos enfermeiros dos CSP; Identificar os conhecimentos sobre TC dos enfermeiros dos CSP; Conhecer as práticas de TC dos enfermeiros dos CSP; e, Descrever as relações entre a formação e experiência e os conhecimentos e as práticas em TC dos enfermeiros dos CSP.

Numa perspetiva de cuidar da pessoa com úlcera de perna, o enfermeiro realiza uma intervenção sistematizada, na abordagem e tratamento que, segundo Borges et al. (2017), compreende avaliação e diagnóstico; boa prática na gestão da pele e lesão; e a TC. Sendo a TC um conceito norteador neste estudo, não a podemos realizar sem atender aos aspetos já referidos. Assim, TC consiste na aplicação de uma pressão externa no membro inferior (através de ligaduras ou meias) que promove a redução da hipertensão venosa dos mediadores inflamatórios e do

1 MSc, Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica no Centro Hospitalar Leiria-Pombal. ferreira_cristiana@hotmail.com

2 PhD, Professor Adjunto na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, UICISA: E, luispaiva@esenfc.pt

edema e melhora o retorno do fluxo sanguíneo venoso, a competência valvular e a drenagem linfática (Franks et al., 2016; Parreira & Marques, 2017). Esta terapia constitui o tratamento de primeira escolha nas úlceras de perna de etiologia venosa, permitindo aumentar as taxas de cicatrização sendo também usada em situações de linfedema.

METODOLOGIA

O presente estudo pretendeu, além de dar resposta à questão norteadora Quais os conhecimentos e práticas de TC dos enfermeiros dos CSP?, testar as seguintes hipóteses: os enfermeiros dos CSP, que aplicam TC, apresentam mais conhecimentos de TC; e os enfermeiros dos CSP com mais conhecimentos têm melhores práticas de TC. Assim, foi desenvolvido um estudo quantitativo, não-experimental, descritivo correlacional e transversal com uma amostra não probabilística acidental de 173 enfermeiros, que exercem funções nos CSP do distrito de Coimbra e que prestam cuidados a pessoas com úlcera de perna.

A colheita de dados foi realizada com recurso a um questionário constituído por três partes, a primeira com questões acerca da caracterização sociodemográfica, formação e experiência dos enfermeiros e da perceção das barreiras à implementação de TC; a segunda com a Escala de Conhecimentos em Terapia Compressiva (ECTC) elaborada e validada por Martinho e Gaspar (2012); e a terceira por 24 afirmações acerca das práticas de TC, elaboradas pelos autores da ECTC. É de referir que a ECTC apresenta 24 questões com quatro opções de resposta, sendo apenas uma considerada correta. Por sua vez, as afirmações relativas às práticas, apresentam cinco opções de resposta, correspondendo à frequência com que realizam cada prática (1 – *nunca* a 5 – *sempre*). Os itens 1, 4, 7, 8, 11, 12, 18, 19, 20 e 21 apresentam pontuações invertidas, pelo que para a análise global das práticas de TC foi necessário inverter as pontuações.

A fim de respeitar os procedimentos formais e éticos inerentes a um trabalho desta natureza, foi realizado pedido de autorização aos autores da escala supradita e pedido parecer à Comissão de Ética da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem, da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. Após a obtenção de parecer favorável, foi realizado pedido de autorização à comissão de ética da Administração Regional de Saúde do Centro assim como ao Agrupamento de Centros de Saúde (ACeS) do Pinhal Interior Norte e ao ACeS do Baixo Mondego, os quais deram parecer favorável. Os questionários foram entregues pessoalmente em cada unidade de saúde do distrito de Coimbra, pertencente aos referidos ACeS. Quanto aos participantes no estudo, foi garantido o consentimento livre e esclarecido bem como a salvaguarda da sua privacidade, do anonimato e a confidencialidade dos dados.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os 173 enfermeiros incluídos apresentam idade média de $47,27 \pm 6,84$ anos, sendo 84,4% do sexo feminino, com $23,82 \pm 6,43$ anos de experiência profissional. Todos têm formação em feridas crónicas, sendo que 93,1% refere ter formação em TC, verificando-se um investimento em formação nesta área comparativamente com o estudo de Martinho e Gaspar (2012), onde 61,26% dos enfermeiros possuía formação.

No que respeita ao Índice de Pressão Tornozelo Braço (IPTB), apenas 63,0% dos enfermeiros têm formação para o avaliar, 62,2% possui equipamento e 36,6% tem prática na sua avaliação. Neste contexto, verificou-se que 24,8% dos enfermeiros que aplica TC não tem formação para avaliar o IPTB e 44,8% não tem prática na sua avaliação, aspeto que se revela preocupante visto ser considerada obrigatória a sua avaliação antes de iniciar a TC. Contudo, há uma melhoria substancial relativamente aos resultados de Martinho e Gaspar (2012), onde 79,05% dos enfermeiros não possuía formação, 86,41% não possuía equipamento e 92,31% não tinha prática na sua avaliação. Por contribuir para uma maior propensão para aplicar a TC, torna-se fundamental investir na formação ($X^2=17,15$; $gl=1$; $p=0,00$), equipamento ($X^2=7,84$; $gl=1$; $p=0,01$) e treino prático ($X^2=40,22$; $gl=1$; $p=0,00$) para avaliar o IPTB.

A TC é realizada por 60,7% enfermeiros, há $7,56 \pm 4,91$ anos. Os resultados são superiores aos de Martinho e Gaspar (2012), onde 25% aplicava TC, há $2,13 \pm 1,3$ anos.

- Barreiras à implementação da TC - As barreiras à implementação da TC são sentidas por 120 enfermeiros (69,4%), sendo que 62 aplicam TC. Os obstáculos mais sentidos são o défice de recursos materiais e financeiros (51,2%), o défice de formação (48,8%) e a não adesão dos doentes (46,3%). Por sua vez, os enfermeiros que não aplicam TC referem como principal motivo o défice de formação (59,7%). Neste contexto, verificou-se que a TC é mais aplicada por quem não sente obstáculos ($X^2=14,69$, $gl=1$, $p=0,00$) e por quem não refere défice de formação ($X^2=5,98$, $gl=1$, $p=0,01$). Estes dados vão de encontro com os de Pereira e Gaspar (2012), que verificaram que quem não aplica TC sente mais barreiras, sendo a principal barreira referida o défice de formação.
- Conhecimentos sobre TC - A pontuação média na ECTC foi de $13,13 \pm 3,57$ (54,70 \pm 14,87%), sendo que 65,3% dos enfermeiros responderam adequadamente a, pelo menos, metade das questões. Estes resultados evidenciam um aumento dos conhecimentos dos enfermeiros, comparativamente ao estudo de Martinho e Gaspar (2012), onde a média de pontuações foi de $8,97 \pm 4,21$, com apenas 28,57% a acertar mais de metade das questões. A tabela 1 apresenta a ECTC (com a resposta certa), o número e a percentagem de enfermeiros que acertaram.

Tabela 1.

Frequências Absolutas e Percentuais das Respostas Certas à ECTC.

ECTC, com resposta certa	Resposta Certa	
	N	%
1. Uma úlcera de perna superficial, de bordos irregulares, exsudativa, com fibrina e localizada no maléolo interno é: d) Por si só, não permite o diagnóstico	127	73,4
2. O diagnóstico de úlcera venosa é possível a partir de: d) Todas as anteriores	152	87,9

3. O IPTB consiste em: b) Dividir a pressão sistólica no tornozelo pela pressão sistólica no membro superior	128	74,0
4. O IPTB, por si só, permite: a) Determinar se existe compromisso arterial	132	76,3
5. Na avaliação do IPTB, devem ser pesquisadas no pé: d) Nenhuma das anteriores	50	28,9
6. A TC pode ser aplicada com segurança em doentes com IPTB: b) Superior a 0,8	71	41,0
7. Um utente apresenta IPTB de 1,3. Assim: d) Provavelmente trata-se de um valor falso, que requer a realização de eco-doppler	58	33,5
8. A avaliação do IPTB deve-se realizar: b) Antes e durante a TC	81	46,8
9. O tratamento da úlcera venosa com TC: b) Está amplamente comprovada a sua efetividade	152	87,9
10. A TC facilita a cicatrização devido a: a) Redução do edema e do exsudado	62	35,8
11. A TC: c) Pode ser usada em patologias não venosas	12	6,9
12. A eficácia do tratamento da úlcera venosa deve-se principalmente: b) À TC	92	53,2
13. As ligaduras de compressão devem ser colocadas: d) Todas as anteriores	134	77,5
14. Na TC, para a mesma tensão/força na aplicação da ligadura: b) A pressão sub-ligadura diminui com o aumento do diâmetro da perna	32	18,5
15. Numa perna com formato normal, na colocação de uma ligadura compressiva deve-se: c) Manter constante a tensão da ligadura ao longo do membro	152	87,9
16. Antes de aplicar as ligaduras compressivas, deve-se aplicar camada de almofadamento para: a) Adaptar a forma da perna	33	19,1
17. As ligaduras de curta-tração ou não elásticas são usadas em doentes: c) Que deambulam regularmente	77	44,5
18. A pressão sub-ligadura das ligaduras de longa-tração ou elásticas: a) Mantém-se constante	63	36,4
19. Durante o repouso, a pressão é menor: b) Com ligaduras não elásticas	91	52,6
20. As meias de compressão: d) Todas as anteriores	149	86,1
21. A TC não pode ser aplicada se: c) O doente possui insuficiência cardíaca descompensada	118	68,2
22. Um dos riscos da TC é: d) Todas as anteriores	96	55,5
23. Durante a TC, se surgirem estrias longitudinais no membro (efeito de <i>guttering</i>), é sinal de: a) Redução do edema	90	52,0
24. Em que situação se deve referenciar o utente em TC para a cirurgia vascular: d) Todas as anteriores	114	65,9

As questões com mais respostas corretas (1, 2, 3, 4, 9, 13, 15 e 20) vão ao encontro com os resultados de Martinho e Gaspar (2012), exceto a questão 3, onde os autores identificaram 45% de respostas certas. Estes resultados demonstram que os enfermeiros estão conscientes das recomendações das *guidelines*, quanto ao diagnóstico da úlcera, à aplicação das ligaduras

compressivas e à efetividade da TC no tratamento da úlcera venosa, revelando saber calcular o IPTB. Por outro lado, tal como no estudo dos autores da ECTC, as questões com menos respostas certas foram a 5, 11, 14 e 16, que são questões mais específicas e, como tal, com maior dificuldade para quem não tem formação nesta área.

- Práticas de TC – Para possibilitar a comparação entre práticas procedeu-se à inversão da cotação dos itens com cotação invertida, seguindo-se a avaliação do alfa de Cronbach. Identificou-se um alfa de 0,615 para as 24 afirmações, justificando-se a exclusão de três (7, 11 e 19) por melhorar significativamente o alfa, que passou a ser de 0,752. Na análise das 21 práticas verificou-se uma pontuação global de 80,71 ± 8,43%, indicando boas práticas na implementação da TC. A tabela 2 apresenta a média da frequência com que cada prática é realizada (\bar{X}) e o seu desvio padrão (σ).

Tabela 2.

Média e Desvio Padrão das Práticas de TC Realizadas

	\bar{X}	σ
1.Classifica uma úlcera como sendo venosa apenas através das suas características típicas (como a localização ou o aspeto)	3,51	1,17
2.Num doente com úlcera de perna, nos primeiros contactos, colhe uma história clínica	4,15	0,75
3.Num doente com úlcera de perna, nos primeiros contactos, procura que o IPTB seja avaliado	3,26	1,11
4.Aplica TC antes de avaliado o IPTB	4,26	1,04
5.Certifica-se que o IPTB é avaliado durante a TC	2,89	1,14
6.Perante uma úlcera venosa diagnosticada devidamente e não existindo contraindicações, aplica TC	3,94	0,99
8.Aplica ligaduras não-elásticas/curta-tração a doentes com reduzida mobilidade	3,60	1,16
9.Aconselha meias de compressão para prevenir recidivas, após a cicatrização	4,69	0,54
10.Quando muda o penso, presta cuidados de higiene a todo o membro	4,60	0,62
12.Ao aplicar a ligadura compressiva, diminui a força/tensão à medida que sobe no membro, para promover o retorno venoso	3,68	1,39
13.Aplica almofadamento de algodão ou espuma em toda a perna, antes de aplicar as ligaduras compressivas	4,57	0,81
14.Depois da primeira aplicação da TC, volta a avaliar o doente após 24 horas	3,56	1,17
15.Informa e esclarece o doente acerca da importância e funcionamento da TC	4,75	0,54
16.Realiza ensino de exercícios que facilitam o retorno venoso	4,45	0,72
17.Realiza ensino ao doente em TC quanto aos sinais de má perfusão	4,71	0,71
18.Aconselha o doente a repousar e evitar a deambulação durante a TC	4,26	1,04
20.Suspende a TC quando surgem estrias longitudinais no membro (efeito guttering)	3,83	1,37

21.Aplica TC em doentes com insuficiência cardíaca não compensada	4,70	0,68
22.Aplica TC em doentes diabéticos, sem compromisso arterial e sem neuropatia	3,61	1,05
23.Referencia para a cirurgia vascular quando a úlcera não cicatriza ao fim de 12 meses	4,07	0,95
24.Referencia para a cirurgia vascular quando o IPTB é inferior a 0,8	4,10	1,12

A análise das práticas faz denotar que os enfermeiros que aplicam TC apresentam boas práticas, o que vai ao encontro, evidenciando melhoria, com o estudo de Martinho e Gaspar (2012), que identificaram médias iguais ou superiores a 3 em todas as práticas, exceto na 5. Estes resultados demonstram que os enfermeiros adotam práticas recomendadas pelas *guidelines*: procuram capacitar o utente para que adira à TC e reconheça sinais de alarme; elaboram uma história clínica completa, que contempla a avaliação do IPTB antes de iniciar a TC; conhecem os cuidados à perna com úlcera; e identificam situações de contra-indicação à TC, requerendo ajuda diferenciada quando recomendado (Menoita, 2015; Parreira & Marques, 2017). A avaliação do IPTB, nos primeiros contactos e regularmente, são ainda dificuldades sentidas pelos profissionais.

- Relação entre Formação e Conhecimentos e Práticas em TC

Neste estudo verificou-se que os enfermeiros com mais conhecimentos ($57,18 \pm 13,64\%$ em detrimento de $50,86 \pm 15,94\%$) são os que aplicam a TC ($U=2488,00$; $p=0,00$), confirmando uma das hipóteses em estudo.

Quanto à influência dos tipos de formação em TC nos conhecimentos, identificou-se mais conhecimentos nos enfermeiros com autoformação ($58,33 \pm 16,10\%$; $U=2504,00$; $p=0,02$). Por sua vez, contribui para menos conhecimentos, não possuir formação em TC ($39,93 \pm 8,60\%$; $U=329,50$; $p=0,00$) ou sentir como obstáculo o défice de formação ($50,78 \pm 14,69\%$; $U=1382,50$; $p=0,02$). Para o aumento dos conhecimentos e a melhoria das práticas verificou-se diferenças significativas em quem possui formação e prática na avaliação do IPTB, sendo que possuir equipamento parece contribuir para mais conhecimentos em TC, como é possível observar na tabela 3. Estes resultados poderão dever-se ao facto de os enfermeiros procurarem prestar cuidados de elevada qualidade e seguros para o utente, sendo a avaliação do IPTB essencial na tomada de decisão.

Tabela 3

Teste de Mann-Whitney Relativo à Formação, Conhecimentos e Práticas em TC.

		ECTC (%)					Práticas de Terapia Compressiva (%)				
		N	Média	DP	U	P	N	Média	DP	U	P
Formação para avaliar IPTB	Sim	109	59,17	14,39	1787,0	0,00	79	81,93	6,97	687,5	0,02
	Não	64	47,07	12,46			25	76,88	11,26		

Equipamento para avaliar o IPTB	Sim	107	56,15	14,35	2789,0	0,03	75	80,99	7,28	1054,5	0,81
	Não	65	52,24	15,61			29	80,00	10,98		
Prática em avaliar o IPTB	Sim	63	58,47	12,20	2522,0	0,00	59	82,71	7,05	892,5	0,00
	Não	109	52,68	15,86			45	78,09	9,40		

No sentido de testar a hipótese os enfermeiros de CSP com mais conhecimentos têm melhores práticas de TC, aplicou-se a correlação de Pearson, tendo-se verificado uma correlação positiva e significativa ($y=66,71 + 0,24x$) entre os conhecimentos (x) e as práticas (y) em TC ($R^2=0,161$; $p=0,00$) corroborando, por isso, a hipótese em estudo.

CONCLUSÃO

A evidência científica internacional recomenda a implementação da TC no tratamento das úlceras venosas, sendo uma medida custo-eficiente, que permite cicatrização mais célere e a melhoria da qualidade de vida dos seus portadores. Apesar de no contexto nacional não ser amplamente implementada, verifica-se que os enfermeiros que a aplicam demonstram boas práticas e mais conhecimentos acerca da temática, revelando uma procura da excelência no cuidar da pessoa com úlcera de perna venosa.

Em termos de formação e experiência, verificou-se que a formação e a prática em avaliar o IPTB contribuem significativamente para aplicar a TC, assim como para melhores conhecimentos e melhores práticas de TC. Por outro lado, os enfermeiros que não sentem défice de formação, apresentam mais conhecimentos e melhores práticas.

Estes achados permitem-nos compreender que os enfermeiros procuram cada vez mais prestar cuidados de maior qualidade às pessoas portadoras de úlcera de perna, como recomendam as *guidelines*, contudo há ainda necessidade de se desenvolver formação (teórica e prática) acerca de TC, onde seja abordada e praticada a avaliação do IPTB, com vista a capacitar mais enfermeiros a implementar de forma segura a TC.

Em termos de investigação seria pertinente realizar uma investigação ação, a fim de se identificar aspetos subjacentes à avaliação do doente e à técnica de TC, que sejam passíveis de melhoria e desenvolver-se formação com base nas situações identificadas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Borges, E. L., Santos, C. M., & Soares, M. R. (2017). Modelo ABC para o manejo da úlcera venosa de perna. *ESTIMA*, 15(3), 182-187. <https://doi.org/10.5327/Z1806-3144201700030010>
- Franks, P. J., Barker, J., Collier, M., Gethin, G., Haesler, E., Jawien, A., Laeuchli, S., Mosti, G., Probst, S., & Weller, C. (2016). Management of patients with venous leg ulcers:

- Challenges and current best practice. *Journal of Wound Care*, 25(6), S1-S67. <https://doi.org/10.12968/jowc.2016.25.Sup6.S1>
- Martinho, P. J., & Gaspar, P. J. (2012). Conhecimentos e práticas de Terapia Compressiva de enfermeiros de cuidados de saúde primários. *Revista de Enfermagem Referência*, 3(6), 69-79. <http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/pdf/ref/vserlIn6/serlIn6a07.pdf>
- Menoita, E. C. (2015). *Gestão de feridas complexas*. Lusodidacta.
- Parreira, A., & Marques, R. (2017). *Feridas: Manual de boas práticas*. Lidel.
- Pereira, A., & Gaspar, P. (2012). Barreiras à implementação da Terapia Compressiva. *Revista de Enfermagem Referência*, 3(6), 33-44. <http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserlIn6/serlIn6a04.pdf>

A LITERACIA EM SAÚDE DA PESSOA COM ENFARTE AGUDO DO MIOCÁRDIO

ANA RITA TADEU COSTA PINTO E ABREU DOS SANTOS MARTINS¹
PAULO ALEXANDRE FERREIRA²

INTRODUÇÃO

As doenças cardiovasculares (DCV) são a principal causa de morte no mundo ocidental. Cerca de vinte milhões de pessoas morrem devido a DCV por ano. Dados da Organização Mundial de Saúde, mostram um aumento previsto deste número para cerca de vinte e cinco milhões de mortes por ano até 2030 (Direção Geral da Saúde [DGS], 2017). O Enfarte Agudo do Miocárdio (EAM), de entre as doenças não transmissíveis, é a que mais influência sofre por parte de comportamentos e hábitos de vida diária.

Neste sentido, surge o conceito de literacia que é definida pelo relatório da World Health Organization (WHO, 2013) como a interação entre as aptidões dos indivíduos e os respetivos contextos de saúde, do sistema de saúde, do sistema de educação e dos fatores sociais e culturais, em casa, no trabalho e na comunidade. Assim, a responsabilidade para a melhoria dos níveis de literacia em saúde deveria ser compartilhada entre três sectores principais: o sistema educativo, o sistema de saúde e o sistema cultural, sendo que no sistema de saúde o enfermeiro assume o papel de primazia pela proximidade e interação com o utente (Pereira, 2014).

Fazer escolhas, na área da saúde constitui-se então, como a pedra basilar no controlo desta patologia. Saber qual a capacidade real do utente para fazer estas escolhas permite-nos, a nós, enfermeiros, como educadores, esclarecer e dotar os utentes desta capacidade crucial para o seu bem-estar e a sua qualidade de vida. Assim, elaboraram-se os seguintes objetivos: analisar a literacia em saúde do utente que recorre às consultas de EAM de um Centro Hospitalar da região centro de Portugal; analisar a relação entre literacia em saúde sobre os fatores de risco cardiovascular e a mudança dos estilos de vida do utente após EAM; analisar as características sociodemográficas das pessoas com o EAM e a sua relação com a literacia em saúde sobre os fatores de risco cardiovascular.

1 MSc, Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico Cirúrgica no Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, anarpintoabreu@hotmail.com

2 PhD, Professor Adjunto na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, UICISA: E, palex@esenfc.pt

Uma vez que a doença coronária é favorecida por uma série de hábitos, comportamentos e estilos de vida, tais como a alimentação desequilibrada, a obesidade, o tabagismo, o sedentarismo, o stress, entre outros, cabe ao enfermeiro ser o agente auxiliador não só do conhecimento, como da alteração dos comportamentos e hábitos de vida pouco saudáveis.

METODOLOGIA

Desenvolveu-se um estudo de natureza quantitativa, descritivo e correlacional, partindo da questão de investigação: “Qual o nível de literacia em saúde sobre os fatores de risco cardiovascular da pessoa com enfarte agudo do miocárdio?” Foram formuladas 5 hipóteses que relacionavam a literacia em saúde com as variáveis que compunham o questionário (solicitada e obtida autorização à autora): características sócio demográficas do utente; conhecimento dos fatores de risco para a DCV; grau de adesão a estilos de vida saudável; o conhecimento e adesão aos medicamentos; e o manuseamento e adesão aos medicamentos. A amostra foi constituída por 81 utentes escolhidos de forma aleatória e não probabilística que se deslocaram à primeira consulta de cardiologia após a alta hospitalar. O instrumento de colheita de dados denominado *Literacia em saúde do doente coronário*, é um questionário composto por 4 partes (caraterísticas sociodemográficas, fatores relacionados com a doença coronária, com os fatores de risco, as alterações sobre hábitos de vida e a adesão ao tratamento). A análise estatística dos dados foi realizada com o auxílio do programa *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS), versão 23. Foi pedida e concedida autorização da Comissão de Ética da instituição onde se desenvolveu o estudo - referência nº 0143/CES datada de 08/09/2017.

RESULTADOS

Relativamente aos resultados sociodemográficos da amostra (81 utentes), verificou-se que a idade média foi de 67 anos, 75,3% eram do sexo masculino, 67,9% eram casados, 59,3% residiam no meio rural, 46,9% tinham rendimento líquido menor que o ordenado mínimo e 54,3% tinham o ensino primário. Relativamente aos dados clínicos, 69,1% referiram que foi o primeiro EAM, a medicação que tomavam antes do enfarte era para hipertensão arterial (54,3%), para o colesterol (37%), para melhorar a circulação sanguínea (28,4%) e por fim para a diabetes (24,7%). Outro dado importante foi que 90,1% das pessoas, referiram que obtiveram informação acerca do EAM dos profissionais de saúde e 29,6% de folhetos vários (farmácias, revistas, etc.).

O questionário avaliava também o conhecimento geral dos fatores de risco para a doença coronária. Na amostra constata-se que o excesso de peso (32,1%), os níveis de colesterol (40,7%), os níveis elevados de glicémia (29,6%) e o hábito de fumar (40,7%) são fatores que contribuem muito para o desenvolvimento da doença coronária (DC), referem também que o exercício físico previne muito (40,7%), o desenvolvimento da DC, destacando o stress como o fator que contribui muitíssimo para esta patologia (42%).

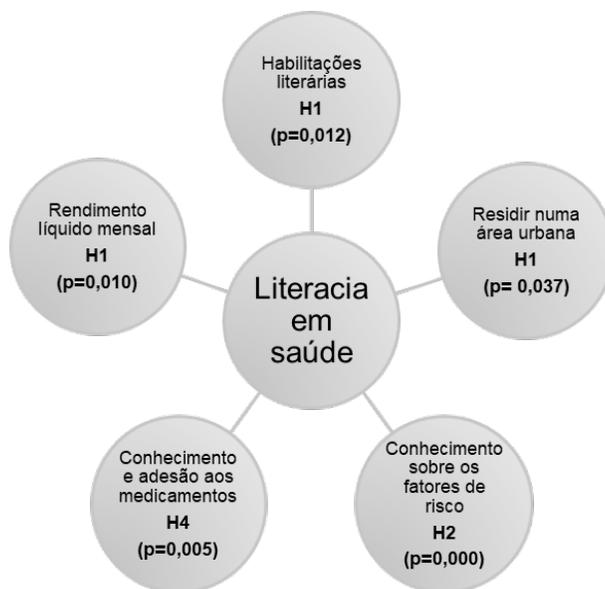
Quando os utentes foram questionados acerca de quais os fatores que contribuíram para a sua DC, verificou-se que 51,9% eram não fumadores, mas os restantes, 28,2% consideraram que o hábito de fumar foi muitíssimo importante para o desenvolvimento do seu EAM. Consideraram

também que o stress foi um fator muito contributivo para a sua patologia (29,3%) e 29,5% considera o colesterol elevado e a tensão elevada (32,9%) como tendo contribuído um pouco para a DC. A hiperglicemia em nada contribui para a DC (39,5%), assim como a obesidade (40%). Para 42,4%, o hábito de fazer exercício físico não contribuiu em nada para o desenvolvimento da sua doença assim como uma alimentação rica em legumes e fruta (39,7%). No entanto, apesar destes valores, 53,1% perderam peso; 48% diminuíram os valores de colesterol, 81,8% reduziram os valores de glicémia, 83,3% reduziu o consumo de tabaco, 65,8% aumentaram o consumo de frutas e legumes, 58,2% diminuíram o consumo de gorduras e 67,1% reduziram os valores de tensão arterial.

Em relação ao conhecimento, manuseamento e adesão aos medicamentos, pudemos verificar que 53,1% dos inquiridos referiram saber que medicação tomavam para diminuir os níveis de colesterol, 46,9% sabem o nome do medicamento que tomam para a tensão arterial, e 51,9% identificam qual o medicamento que tomavam para a trombose ou melhorar a circulação, sendo que, 82,7% nunca aumentaram, diminuíram a dose ou deixaram de tomar os medicamentos por vontade própria; 86,4% nunca deixaram de os comprar por serem financeiramente dispendiosos; 71,6% nunca pediram ajuda para compreender as prescrições/receitas dos medicamentos; 81,5% nunca tomaram medicamentos que não fossem prescritos pelo médico. Na análise inferencial em que foram testadas as 5 hipóteses elaboradas é possível apresentar a síntese dos resultados, constantes na figura 1:

Figura 1

Síntese dos Resultados Inferências (Hipóteses).



DISCUSSÃO

Relativamente aos dados sociodemográficos, não foi observada relação estatisticamente significativa entre a idade e a literacia, o que é semelhante ao estudo de Pereira (2013) na região centro de Portugal mas diferentes dos encontrados por Serrão et al. (2015), que evidenciam que os níveis de literacia em saúde e a idade variam em sentido inverso, numa população de idosos, ou seja, os níveis de literacia tendem a ser mais baixos com o avançar da idade.

No que toca ao estado civil e ao agregado familiar também não existe evidência que estes influenciem o grau de literacia ($p>0,05$), mas no estudo da literacia em saúde realizado numa amostra de pessoas idosas portuguesas, o estado civil parece desempenhar um papel relevante nos níveis de literacia em saúde, onde os indivíduos casados tendem a obter valores médios de literacia em saúde mais elevados do que os viúvos (Serrão et al., 2015)

A situação laboral dos indivíduos também parece afetar a literacia. Sendo que se observa a presença de graus de literacia superiores nos indivíduos com atividade laboral face aos restantes, o que pode estar relacionada com fatores como a idade dos indivíduos e não realmente com a situação laboral, uma vez que os indivíduos empregados poderão ter idades inferiores. Contudo, pela análise dos níveis de significância, não existem evidências que a situação laboral influencie o grau de literacia ($p>0,05$).

Em relação ao rendimento líquido mensal (RLM) podemos verificar a existência de diferenças estatisticamente significativas ($p<0,05$) que evidenciam que os indivíduos com RLM inferior a 500€ apresentam scores de grau de literacia inferiores face aos indivíduos com RLM entre 500€ e 1500€. Dos estudos consultados esta relação também é verificada, notando-se que uma posição socioeconómica desfavorecida é um importante determinante social da saúde em que os indivíduos mais desfavorecidos têm menos acessos à saúde e acesso limitado à informação em saúde (González- Chica, et al., 2016). No entanto, no nosso país com um serviço de saúde tendencialmente gratuito, o acesso à saúde não está condicionado como nos países em que estes estudos foram realizados. No entanto, e como já foi descrito anteriormente, a posição socioeconómica desfavorecida, associada a níveis baixos de escolaridade pode contribuir para um acesso limitado à informação em saúde. Neste sentido, o facto de o Serviço Nacional de Saúde ser tendencialmente gratuito não influencia a sua procura.

Com a habilitação literária observaram-se diferenças estatisticamente significativas entre os indivíduos com ensino superior e os inquiridos com o ensino primário ($p<0,05$). Podemos afirmar que os indivíduos com ensino superior apresentam scores de grau de literacia superiores aos indivíduos com ensino primário ($p<0,05$), o que significa que quanto maior o nível de ensino, maior o grau de literacia. Serrão et al. (2015) também concluíram que o nível de escolaridade tem um papel determinante nos níveis médios de literacia em saúde.

No nosso estudo os inquiridos residentes em ambiente urbano apresentam literacia mais elevada face aos que residem em ambiente rural, o que, nos leva a afirmar que existem diferenças estatisticamente significativas ($p<0,05$) que evidenciam que a área de residência influencia o grau de literacia, mais concretamente, que os indivíduos residentes em zona

urbana apresentam níveis mais elevados de literacia face aos residentes em zona rural. Relativamente à relação entre a literacia e o número de EAM sofridos observou-se que não existem evidências da influência desta variável no grau de literacia ($p>0,05$), ou seja, não é porque o utente apresenta um maior número de eventos coronários que o seu grau de literacia é maior.

Quando procuramos se há relação entre literacia em saúde e o conhecimento dos fatores de risco verificamos a presença de uma relação positiva entre o “conhecimento dos fatores de risco” e o “grau de literacia” ($p<0,05$), em que associado ao aumento dos scores do conhecimento dos fatores de risco, observa-se também o aumento dos scores do grau de literacia. Pereira (2013) no seu estudo procurou a relação entre a literacia e a procura de informação através da consulta de folhetos/informação escrita e verificou não haver diferença no nível de literacia consoante a procura da informação. Para este autor, a baixo nível de literacia é provocado pela reduzida procura de informação.

Neste sentido, e enunciando os achados de forma positiva, os resultados são consonantes, aumentando o nível de conhecimento dos fatores de risco aumenta o nível de literacia.

Quando nos questionámos se haverá relação entre literacia e o grau de adesão a hábitos de vida saudável e tratamento observou-se que não existe evidência estatisticamente significativa entre a adesão a estilos de vida saudável e o grau de literacia ($p>0,05$). No estudo apresentado por Pereira (2013) existe uma relação de fraca intensidade entre a literacia e as mudanças dos hábitos de vida, onde apenas 7,45% das mudanças dos hábitos de vida podem ser explicadas pelo nível de conhecimento dos fatores de risco.

Neste estudo, e analisando a hipótese 2, se instruímos os utentes relativamente aos fatores de risco, principalmente os modificáveis, há a possibilidade de estes aderirem e efetuarem mudanças importantes no seu estilo de vida. De acordo com a definição de literacia, a pessoa pode ter o conhecimento e optar pela não adesão ao tratamento e as alterações impostas.

No que toca ao conhecimento do regime terapêutico verifica-se que há relação estatisticamente positiva entre este fator e a literacia, o que significa que quanto maior o grau de literacia assim aumenta também o conhecimento do regime terapêutico.

Concordante com este estudo, Pereira (2013), refere que possivelmente os utentes não estão convencidos da necessidade de alterar estilos de vida. Estes esperam que aderindo ao regime medicamentoso farmacológico os fatores de risco e a sua DC estejam controlados. Esta é a maior evidência empírica observada em contexto clínico. Muitos utentes aderem melhor à toma de medicação do que à alteração de estilos de vida. Parece muito mais fácil tomar a medicação prescrita do que cumprir um regime alimentar ou mesmo de exercício físico.

Em relação ao manuseamento dos medicamentos que se refere ao facto de os utentes alterarem a dosagem ou mesmo deixarem de tomar os medicamentos assim como a compreensão da prescrição e efeitos ou até relativamente à automedicação não existem evidências da relação entre a variável e o grau de literacia. Na bibliografia consultada não foram encontradas evidências que corroborem ou refutem este achado.

CONCLUSÃO

Dos resultados obtidos pudemos verificar que há fatores que podem influenciar a literacia em saúde tais como as habilitações literárias, o facto de residir numa área urbana, o maior conhecimento acerca dos fatores de risco, a disponibilidade de maior rendimento mensal e o conhecimento acerca da medicação prescrita. Outros fatores não tem influência na literacia em saúde deste utente: a idade, o sexo, o estado civil, o agregado familiar e a situação laboral, o facto de já ter vivenciado outros episódios de EAM também não tem influência. Verificou-se que muitos utentes que aderem ao regime terapêutico nem sempre têm literacia.

Por fim, verificamos que o grau de literacia em saúde sobre o conhecimento dos fatores de risco que podem provocar um EAM existe, embora os utentes não reconheçam em si os fatores de risco precipitantes. Seguir uma recomendação médica acerca de um regime terapêutico facilita as opções de vida da amostra escolhida mas intervir em fatores de risco com medidas não farmacológica parece ser o ponto de relativo desinteresse e de não adesão

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Direção Geral de Saúde - DGS. (2017). *Programa nacional para as doenças cérebro-cardiovasculares*. Obtido de <https://www.dgs.pt/paginas-de-sistema/saude-de-a-a-z/programa-nacional-para-as-doencas-cerebro-cardiovasculares/relatorios-e-publicacoes.aspx>
- González- Chica, D. A., Mnisi, Z., Avery, J., Duszynski, K., Doust, J., Tideman, P., ... Stocks, N. (2016). *Effect of health literacy on quality of lichen heart disease in Australian general practice*. Obtido de PLOS ONE: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26943925>
- Pereira, E. D. (2014). *A educação no processo de interação entre o Enfermeiro e a pessoa idosa/ Família na comunidade*. Évora: Universidade de Évora.
- Pereira, I. (2013). *Literacia em saúde no doente coronário*. Coimbra: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.
- Serrão, C., Veiga, S., & Vieira, I. (2015). *Literacia em saúde: resultados obtidos a partir de uma amostra de pessoas idosas portuguesas*. Obtido de Repositório Científico do Instituto Politécnico do Porto: http://recipp.ipp.pt/bitstream/10400.22/8602/1/ART_SerraoCarla_2014.pdf
- World Health Organization - WHO. (2013). *Health literacy. The solid facts*. Copenhagen: Regional office for Europe.

ESTUDO EPIDEMIOLÓGICO DE FERIDAS NA ILHA DE SANTIAGO EM CABO VERDE

YOANDRA MARISOL ROSABAL PÉREZ¹
LUÍS ANTÓNIO RODRIGUES PAIVA²

INTRODUÇÃO

A prevalência das pessoas com feridas, a nível mundial, tem mostrado tendência para aumentar por via do envelhecimento das populações e do aumento das doenças crónicas. Também do ponto de vista socioeconómico, é encarada com inquietação, tendo em conta os recursos económicos, materiais e humanos que consome, sendo na grande maioria dos países um problema de saúde pública.

A maior frequência de feridas crónicas em todo o mundo levou a que há mais de uma década a Assembleia Geral da Organização Mundial da Saúde, tenha emitido um alerta aos países representados, sobre o facto das feridas crónicas serem uma epidemia escondida e afetar grande parte da população mundial.

As feridas preocupam os profissionais de saúde e, em especial os enfermeiros, já que o seu tratamento é uma função inerente à prestação de cuidados de enfermagem, sendo importante a melhoria desses cuidados, baseados nas melhores evidências científicas.

Apesar de não haver um estudo de natureza epidemiológica que mostre claramente a situação, Cabo Verde não é diferente da realidade dos outros países, sendo essencial fazer o diagnóstico e conhecer a incidência e prevalência das feridas, tendo em conta a complexidade do tratamento e acompanhamento da pessoa portadora de ferida.

Abordar a problemática do tratamento de feridas justifica-se pela necessidade de melhorar os cuidados prestados pelos profissionais de saúde, a este nível, na ilha de Santiago, Cabo Verde. Neste sentido, é importante ter uma perceção da situação real do trabalho desenvolvido pelos enfermeiros da ilha de Santiago, para poder, futuramente, contribuir para o aprofundamento de conhecimentos desses profissionais e assim obter mais-valias na prática diária dos cuidados prestados às feridas.

1 MSc, Professora Assistente da Universidade de Cabo Verde. yoandra.rosabal1@gmail.com

2 PhD, Professor Adjunto na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. UICISA:E, luispaiva@esenfc.pt

O cuidado e tratamento eficaz da pessoa portadora de ferida, dependem de uma avaliação e abordagem sistémica e holística, que deve ser baseada no conhecimento da anatomia, fisiologia, processo de cicatrização da ferida, tratamento específico da ferida (sistémico e local), tendo em conta a seleção apropriada dos fármacos a utilizar no tratamento da ferida (Haynes & Callaghan, 2015).

Assim, partindo do objetivo geral de conhecer a epidemiologia das feridas na ilha de Santiago em Cabo Verde, definiram-se outros, específicos, como seja perceber a tipologia de ferida mais frequente dos utentes que recorrem às instituições públicas de saúde em Santiago; identificar os antecedentes/fatores de risco dos utentes com feridas; identificar a localização, lateralização e a idade mais frequente das feridas; conhecer o tamanho, tipo de tecido e nível de exsudado da ferida principal; conhecer a duração e frequência de realização do tratamento da ferida principal; conhecer o nível de dor durante o dia e durante o tratamento e ainda os sinais de infeção da ferida principal; e saber o tipo de tratamento mais comum utilizado para a ferida principal.

METODOLOGIA

Tendo em consideração o exposto surgiu como questão de partida: que tipo de feridas é mais frequente na população da ilha de Santiago?

Foi desenvolvido um estudo epidemiológico do tipo descritivo exploratório com uma abordagem quantitativa. A população e amostra foi constituída pelos utentes com feridas que frequentavam os 13 Centros de Saúde e os 2 Hospitais da ilha de Santiago, em Cabo Verde, e que aceitaram participar no estudo. Na recolha dos dados, utilizou-se um questionário constituído por várias questões de resposta fechada, na maioria, e respostas abertas, aplicado a todos os utentes que apresentavam feridas e que frequentaram as estruturas públicas de saúde, a fim de avaliar as características e tratamento das mesmas. A recolha de dados foi realizada pelos enfermeiros dos serviços num período de 6 meses segundo uma metodologia de amostragem não probabilística de conveniência nos centros de saúde e intencional nos hospitais. Os dados recolhidos foram inseridos, tratados e analisados utilizando a versão 22 para Windows do software aplicativo *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)*.

Foram elaborados pedidos de parecer à Comissão de Ética da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA: E) e ao Comité Nacional de Ética para Pesquisa em Saúde (CNEPS) de Cabo Verde e respeitadas as normas e formalidades depois da sua aprovação. Procedeu-se ainda ao pedido de autorização para a recolha dos dados nas instituições de saúde, aos delegados de saúde e diretores dos hospitais.

Aquando da aplicação dos questionários, foi apresentado o consentimento informado e esclarecido aos utentes, não interferindo no processo de prestação de cuidados da instituição e na sua análise, assim como no tratamento dos dados, foi salvaguardada a confidencialidade e sigilo profissional e mantido o anonimato dos participantes.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Durante o período de recolha de dados foram registados 10 919 utentes; sendo que 338 apresentavam feridas, para uma prevalência relativa de 3,10%. A nível dos centros de saúde foram registados 10 233 utentes, dos quais 248 apresentavam feridas para uma prevalência de 2,42%, enquanto que a nível dos hospitais foram registados 686 utentes, dos quais 90 apresentavam feridas para uma prevalência de 12,12%.

Dos 338 utentes com feridas que constituíram a nossa amostra, 58% (n=196) eram do sexo masculino e 42% (n=142) do sexo feminino. A média de idade foi de 42,3 anos; idade mínima de 0 anos (utentes com menos de 1 ano de idade) e máxima de 97 anos, com desvio padrão de 23,06, apesar de Cabo Verde se caracterizar por uma população maioritariamente jovem, com uma idade média de 28 anos (Ministério da Saúde e Segurança Social [MSSS], 2017).

O concelho da Praia apresentou maior número de utentes com 52,8% (n=178), sendo que 30,18% (n= 102) eram do sexo masculino e 22,49% (n=76) do sexo feminino. O concelho de São Domingos, teve o menor número de utentes (n=10 para 3%).

Em Cabo Verde, os dados dos relatórios estatísticos de 2010 até 2015, têm mostrado que os óbitos por traumas e ferimentos segundo o género, ocorrem maioritariamente no sexo masculino e, dentro desta classificação, os “traumatismos e envenenamentos” ocupam o primeiro lugar (MSSS, 2017).

Relativamente aos fatores de risco/antecedentes associados, 61,8% (n=209) apresentou mais que um fator de risco, sendo os cinco mais frequentes: a hipertensão arterial (16,7%), o alcoolismo (14,3%), risco de traumatismos (11,9%), a diabetes tipo II (9,5%) e a insuficiência venosa periférica (7,7%). Existe, ainda, uma grande interligação entre estes fatores, o que justifica a sua elevada presença na amostra em estudo. Também no estudo de Ribeiro (2014), os utentes com hipertensão arterial ocuparam o primeiro lugar nos antecedentes/fatores de risco, seguida da diabetes tipo II.

As alterações metabólicas como a diabetes mellitus reduzem a resposta inflamatória, aumentam o risco de infeção e, no caso da neuropatia diabética, diminui a percepção sensorial, aumentando o risco para o desenvolvimento de feridas (Santos et al., 2011).

Em Cabo Verde o consumo de álcool vem aumentando a cada dia, com uma taxa de prevalência de 63,5%. Este é um fator de risco que pode afectar a cicatrização das feridas pois, provoca má absorção dos nutrientes em consequência da esteatose hepática. Também conduz a défices de elementos como o ácido fólico, niacina, vitamina C, zinco, vitamina B, magnésio e ferro, ou à depleção das vitaminas D, E e K, fundamentais para o processo de cicatrização e manutenção da integridade da pele.

A hipertensão arterial é um fator de risco para arteriosclerose, que pode culminar com a doença vascular periférica, causando úlceras arteriais.

No que concerne ao número de feridas dos utentes analisados, verificou-se um mínimo de uma

(1) ferida até seis (6) feridas no máximo. Os resultados do nosso estudo apontam para um total de 407 feridas no universo de 338 utentes registados com feridas, e de forma geral, as feridas predominantes foram as traumáticas (39,6%, n=158), seguida das cirúrgicas (15,8%, n=63) e, por último, das queimaduras (10,07%, n=41).

A maioria das feridas localizam-se nas pernas (28,5%; n=116) e nos pés (26,3%; n=107). As feridas, surgem maioritariamente no domicílio (61,2%; n=249), sendo predominantemente traumáticas. Em relação à lateralização das feridas, não há diferença significativa com 39,1% (n=159) à direita e 38,1% (n=155) à esquerda.

O tipo, localização e origem das feridas, poderão estar relacionados com a realidade cabo-verdiana: calçado aberto adequado ao clima; consumo de álcool e aumento de acidentes; violência; e homicídio. A origem das feridas nos domicílios poderá ser devida à condição inacabada das ruas e à estrutura das casas localizadas em encostas declivosas sem proteção, o que aumenta o risco de lesões ou ferimentos.

A idade média das feridas no geral foi de 41,2 dias, com um tempo mínimo de 1 dia e máximo de 2920 dias, enquanto a idade média da ferida principal era de 131 dias (18,8 semanas). Isto significa, de acordo com as indicações mais recentes, que estamos perante feridas crónicas, pois ultrapassaram as seis semanas de cicatrização.

Verificando que no estudo a maioria das feridas são de causa traumática, este dado faz-nos refletir sobre a verdadeira razão do maior tempo de cicatrização, que poderá estar associado às co-morbidades, ao tipo de abordagem realizado no tratamento das feridas e ainda a aspetos culturais adotados pela população relacionados com a alimentação (ex: evitar ingestão de peixe e leite quando as pessoas têm feridas, pois acreditam que aumenta o exudato da mesma) ou com o tratamento da ferida, com utilização de produtos caseiros inadequados, dado que em Cabo Verde os saberes populares têm passado de geração em geração. Também a dificuldade no acesso aos serviços de saúde, fundamentalmente devido a deficiente qualidade na prestação de cuidados na atenção primária, aos gastos exagerados que levaram às frequentes ruturas de stocks de medicamentos, assim como, à falta de confiança de uma parte da população em certas instituições de saúde pode interferir no processo de cicatrização das feridas.

Quanto ao tamanho, tipo de tecido e nível de exsudado das feridas principais, o estudo mostra que a ferida principal mediu em média 43,53 mm (4,4 cm) de comprimento por 20,14 mm (2,0 cm) de largura, uma área total de 8,76 cm². A dimensão da ferida é segundo Afonso et al. (2014), fator preditivo da sua evolução, sendo a avaliação uma ferramenta importante para determinar o progresso ou a falta de cicatrização.

Da totalidade das feridas principais no estudo, regista-se com maior frequência tecido fibrinoso 23,7% (n=80), seguido do tecido de epitelização 18,6% (n=63) e granulação 16,6% (n=56). O tecido do leito da ferida revela a fase da sua cicatrização e a avaliação da quantidade de cada tipo de tecido irá ajudar no registo de resultados de cuidados com base na melhoria ou deterioração das características observadas.

O estudo revelou que quanto ao nível de exsudado da ferida principal, em 34% (n=115) é

moderado e em 33,4% (n=113) é escasso, dados que coincidem com o estudo de Krönert et al.(2016), que mencionam que o nível de exsudado mais comum foi de moderada quantidade (44,1%) e escasso (29,4%).

A pele circundante das feridas principais, em 44,7% (n=151) das situações encontrava-se hidratada e 15,4% (n=52) seca. A pele hidratada remete-nos a um indicador positivo para a cicatrização, no entanto, a pele seca pode levar ao aumento da dimensão da ferida. A pele circundante íntegra favorece a epitelização e encerramento da ferida e deve ser valorizada pelos profissionais no tratamento da ferida, através de ensinamentos ao utente relativamente a limpeza, hidratação e proteção (Afonso et al., 2014).

Quanto ao nível de dor na ferida principal durante o dia, o estudo mostrou que os valores identificados numa escala de 0 a 10 pontos variam sendo que a maioria dos utentes, 47,3% (n=160) revela nível de dor 0 e 12,7% (n=43) tem dor 4. No tratamento a dor variou entre 0 (20,4%) e 10. Destes 14,5% (n=49) dos utentes referiam dor nível 6.

O facto da maioria dos participantes do estudo não apresentar dor, poderá estar associado ao fator cultural. A maioria dos indivíduos que constituíram a amostra eram homens e, em Cabo Verde, a manifestação de dor pelos homens ainda é considerada pela sociedade como um sinal de fraqueza (expressão muito comum - "homem não chora e não sente dor"). Poderá ainda estar associado à profundidade da ferida, sendo que devido à extensão das lesões, esta poderá afetar as terminações nervosas diminuindo a sensibilidade na ferida (Orsted et al., 2018).

O tratamento das feridas em 76,9% (n=260) foi realizado no ambulatório e 22,2% (n=75) no internamento. Resultado semelhante foi publicado por Ribeiro (2014). A duração do tratamento da ferida principal, em minutos, é, em média, de 14,14 minutos, oscilando entre um e cem minutos. Este valor é similar ao tempo médio (17,9 minutos) identificado por Ribeiro (2014). A mudança do penso ocorreu, para 49,7% (n=168) dos utentes, três vezes por semana e para 31,7% (n=107) ocorreu todos os dias.

Atendendo à etiologia das feridas traumáticas estas são mais propensas a infeções, sendo importante a correta limpeza do leito da ferida com os produtos indicados a fim de eliminar e/ou reduzir os microorganismos patogénicos. Dos 338 utentes com ferida principal, os sinais de infeção mais frequentes foram a dor (31,4%), ferida exsudativa (20,2%) e ferida não cicatrizada (17,5%). Foi diagnosticada infeção em 26,6% (n=90), no compartimento profundo e prescritos antibióticos a 81 utentes.

O estudo revelou que o material de penso com ação terapêutica utilizado mais frequentemente foi a iodopovidona 40,8% (n=133) e o penso simples 31,9% (n=104). As soluções antissépticas tais como, iodopovidona, peróxido de hidrogénio ou hipoclorito de sódio, podem prejudicar ou comprometer a cicatrização, desencorajando o seu uso (Santos et al., 2016). Mesmo diluídas as soluções de iodo ou iodopovidona, são tóxicas para os fibroblastos humanos, apresentam toxicidade celular, inibem fortemente o crescimento celular e em concentrações superiores a 0,1% eliminam totalmente a atividade mitótica. Verifica-se uma menor taxa de cicatrização de feridas, em pessoas tratadas com altas concentrações de iodopovidona.

A solução ideal de limpeza de feridas é o soro fisiológico (0,9%), por ser uma solução isotónica

que não interfere no processo normal de cicatrização, não causa lesão nos tecidos, não provoca reações de sensibilidade nem alergias e não altera a flora bacteriana normal da pele. A água corrente também é recomendada, pois é eficiente, barata e acessível. Não existem diferenças entre as taxas de infecção e cicatrização das feridas com a utilização destas duas soluções (Santos et al., 2016).

A mudança de penso está relacionada com o tipo de penso e característica da ferida. Pelos resultados deste estudo, o tipo de tratamento mais utilizado foi a iodopovidona e limpeza com soro fisiológico (penso simples). O tipo de tecido (fibrinoso), a quantidade do exudado (moderado), assim como a idade das feridas (crônicas), leva a pensar na efetividade do seu tratamento, sobretudo nas traumáticas. Estes poderão afetar a cicatrização das feridas e consequentemente a qualidade de vida das pessoas.

CONCLUSÃO

Os tipos de feridas mais frequentes foram as traumáticas, cirúrgicas e queimaduras, localizadas na perna e no pé, com lateralização à direita e com uma idade média de 41,2 dias. Os antecedentes/fatores de risco mais frequentes, foram a hipertensão arterial e o alcoolismo. As feridas principais apresentavam em média uma área total de 8,76 cm²; com maior frequência do tecido fibrinoso e exudado moderado. A duração da realização do tratamento era em média de 14 minutos, com mudança do penso três vezes por semana, utilizando-se no tratamento a iodopovidona na maioria dos utentes.

O presente estudo constitui-se como um ponto de partida para futuras pesquisas, alargadas às outras ilhas do país. Permite também examinar a vertente económica nesta matéria, obtendo elementos que contribuam para a melhoria das práticas baseadas em evidências, numa abordagem custo-efetiva e custo-benefício.

Observando-se as condições e práticas aplicadas no dia a dia, pelos enfermeiros, no tratamento das feridas, verifica-se a necessidade de aprofundar os conhecimentos destes profissionais sobre a avaliação das feridas, com base nas últimas atualizações relativas à caracterização das feridas e seu tratamento.

Urge trabalhar na educação da população para a prevenção das complicações inerentes à pessoa com feridas e promoção da saúde na mudança de estilos de vida.

Enquanto professora de uma universidade, e tendo realizado o mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, estes resultados levam-nos a refletir não só na nossa função de formação dos enfermeiros, como também na necessidade da promoção de um curso de capacitação em Feridas, de curta duração, para os técnicos de saúde, que inclua não só a avaliação e caracterização, como o tratamento das feridas, mas também a implementação e utilização de materiais para o tratamento de feridas que pela sua vez poderão contribuir para uma melhor e rápida cicatrização das feridas, redução do tempo de internamento, redução da idade das feridas e, consequentemente, a redução de custos por parte das instituições.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Afonso, C., Afonso, G., Azevedo, M., Miranda, M., & Alves, P. (2014). *Prevenção e Tratamento de Feridas – Da Evidência à Prática*. Portugal: Hartmann.
- Haynes, J. S., & Callaghan R. (2015). Wound Assessment and Management Guideline (2015-2018). Clinical Guideline. Worcestershire Health and Care Trust (WHCT). NHS Trust. UK. Disponível em: hacw.nhs.uk.
- Krönert, G., Roth, H., & Searle, R. (2016). The impact of introducing a new foam dressing in community practice. *European Wound Management Association Journal*. 16(2), 7-12. https://issuu.com/ewmapublications/docs/ewma_journal_nov2016_site_final_web
- Ministério da Saúde e Segurança Social da República de Cabo Verde. (2017). Relatório estatístico 2015. <https://www.insp.gov.cv/index.php/observatorio-saude/relatorios-estatisticos/128-relatorio-estatistico-2015/file>
- Orsted, H.L., Keast, D.H., Forest-Lalande, L., Kuhnke, J., O'Sullivan-Drombolis D., Jin, S., Haley, J., & Evans, R. (2018). Best Practice Recommendations for the Prevention and Management of Wounds. Foundations of Best Practice for Skin and Wound Management. Wounds Canada.
- Ribeiro, L. (2014). Prevalência de feridas em unidades de saúde do distrito de Bragança. Dissertação de mestrado apresentada ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de mestre em Feridas e Viabilidade Tecidual. Porto. Portugal.
- Santos, E., Queirós, P., Cardoso, D., Cunha, M. & Apóstolo, J. (2016). A eficácia das soluções de limpeza para o tratamento de feridas: uma revisão sistemática. *Revista de Enfermagem*. Referência. Série IV (- n.º8) - abr./mai./jun. 2016. Coimbra. Portugal. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.12707/RIV16011>
- Santos, J., Porto, S., Suzuki, L. & Sostizzo, L. (2011). Avaliação e Tratamento das Feridas: Orientações aos profissionais de saúde. Hospital de Clínicas. Porto Alegre. Brasil.

AS VIVÊNCIAS DOS FAMILIARES CUIDADORES PERANTE A CONFUSÃO DA PESSOA COM TUMOR CEREBRAL PRIMÁRIO NO DOMICÍLIO

ANA MARIA TEIXEIRA MENDES FILIPE¹
MARIA DO CÉU MESTRE CARRAGETA²

INTRODUÇÃO

A maioria das pessoas com Tumor Cerebral Primário (TCP) apresenta défices cognitivos ao longo da trajetória da doença, quer seja na fase de diagnóstico, durante os tratamentos ou mesmo a longo prazo, podendo experienciar consequências funcionais e psiquiátricas graves (Schagen et al., 2014).

A confusão pode ser um sinal de declínio das capacidades cognitivas e mentais das pessoas com TCP (Chulay & Burns, 2012), podendo provocar dependência nos autocuidados (AC), agravamento nos graus de dependência ou declínio na capacidade da pessoa exercer diversas atividades de vida diárias (AVD's). Estas alterações exigem necessidade de ajuda das famílias, sendo os familiares cuidadores (FC) quem assume o papel principal na prestação de cuidados informais tendo que gerir os efeitos do tumor, dos tratamentos e lidar com as consequências do dia-a-dia (Ownsworth et al., 2015). Existem investigações que relatam efetivamente que a maioria desses cuidadores se sentem despreparados pelas exigências da prestação de cuidados (Sterck et al., 2013), vivenciando mais sintomas depressivos e de ansiedade que os próprios doentes, sendo assim imprescindível o apoio aos FC (Petruzzi et al., 2013).

O número reduzido de investigações científicas relacionadas com o processo de preparação e acompanhamento destas famílias e o confronto frequente com as dificuldades descritas por esta população aquando dos reinternamentos das pessoas confusas com TCP num serviço de Neurocirurgia, conduziram à realização deste estudo. De facto, é a partir do momento em que o doente tem alta para casa que as famílias se confrontam efetivamente com a responsabilidade de prestar cuidados à pessoa confusa, experienciando um conjunto de mudanças que caracterizam o início ou o prolongar da transição associada ao exercício do papel de prestador de cuidados (PC).

¹ MSc, Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, Centro Hospitalar Universitário de Coimbra, a_m_filipe@hotmail.com

² MSc, Professora Adjunta da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, UICISA: E, mceu@esenfc.pt

METODOLOGIA

Elaborou-se a questão de investigação: Quais as vivências dos FC perante a confusão da pessoa com TCP no domicílio? Os objetivos específicos incluem: Descrever as experiências vivenciadas pelos FC da pessoa com TCP, face às manifestações de confusão no domicílio; Identificar as estratégias utilizadas pelos FC para ultrapassarem as dificuldades encontradas; Identificar áreas de intervenção de enfermagem que favoreçam o processo de adaptação dos FC às manifestações de confusão da pessoa com TCP.

Foi realizado um estudo qualitativo com abordagem fenomenológica descritiva na medida em que se propõe uma compreensão profunda e global, bem como a descrição das vivências a partir das perspetivas únicas expressas pelos participantes. Adotou-se pelo método fenomenológico de Giorgi, pois este visa revelar os respetivos atos e estruturas de consciência inerentes a essas vivências, divulgando assim o significado dos fenómenos tal como são humanamente experimentados porque esse significado "é construído a partir da experiência e dos estados intencionais da pessoa, assentes em sistemas simbólicos da cultura em que desenvolvem processos de interpretação da vida quotidiana" (Giorgi & Sousa, 2010, p.32).

O processo de análise de informação respeitou o cumprimento dos quatro passos estabelecidos pelos autores supracitados, ou seja, estabelecer o sentido geral com uma leitura atenta das descrições obtidas; determinação das partes; transformação das Unidades de Significado (US) em expressões de caráter psicológico e determinação da estrutura geral de significados psicológicos (Giorgi & Sousa, 2010).

Para a realização deste estudo, solicitou-se autorização à Comissão de Ética para a Saúde de um Centro Hospitalar e obteve-se parecer favorável. Procedeu-se ao contacto dos 10 participantes que foram selecionados intencionalmente de acordo com os seguintes critérios de elegibilidade: familiares de pessoas com TCP com manifestação de confusão no domicílio; cuidadores com papel na prestação de cuidados à pessoa confusa; ter idade superior ou igual a 18 anos; apresentar relações de parentesco sanguíneo, parentesco legal ou afinidade emocional com a pessoa; apresentar capacidades cognitivas e de expressão oral que possibilitassem a descrição do fenómeno. O consentimento informado foi lido e obtido no dia da entrevista garantindo a confidencialidade e o anonimato das respostas. Posteriormente, realizaram-se as entrevistas num local selecionado pelos mesmos, uma vez que neste tipo de investigação deve privilegiar-se um local de interesse para os participantes. Em todas as etapas da investigação, foram respeitadas todas as questões éticas exigidas para o estudo. Utilizou-se a entrevista não estruturada a partir de quatro questões como mote inicial, sendo gravadas e transcritas na íntegra. Para definição da amostra, a estratégia utilizada foi a saturação dos dados na qual o número de participantes foi definido a partir do momento em que os discursos se começam a tornar redundantes ou repetitivos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os participantes descreveram que a confusão das pessoas com TCP se manifestou em diferentes áreas e repercutiu-se não só na realização dos AC como nas restantes AVD's.

É a consciencialização destas mudanças associadas ao processo de saúde/doença das pessoas com TCP que caracteriza o processo de transição associado ao exercício do papel de PC. Assim, os resultados revelam que a confusão na pessoa com tumor causa uma série de repercussões na vida pessoal dos FC que se refletem num novo quotidiano que integra a reorganização de papéis dos elementos da família onde ocorre a divisão de tarefas "...a minha irmã é professora (...) está com essa área de apoio ao estudo aos sobrinhos (...) eu consigo gerir os pais, as dúvidas deles, as consultas..." (FC3A) ou, noutros casos, a assunção da totalidade das mesmas como podemos observar pelas unidades de significado obtidas "Agora não faz nada. (...) eu é que tenho de fazer tudo (...) A mãe é a figura que trabalha e trabalha e ainda exigem mais" (FC10). Segundo Petruzzi et al. (2013), o manter a reorganização da casa após o diagnóstico e assumir múltiplas tarefas é comum e quase obrigatório a fim de enfrentar a nova realidade também repleta ela de novas atividades diárias.

Ocorrem mudanças nos relacionamentos onde os vínculos são fortalecidos "A família uniu-se toda." (FC3A) ou pode ocorrer deterioração conjugal face às alterações comportamentais e de personalidade da pessoa com TCP "Eu já cheguei ao ponto de lhe desejar a morte. (...) Por ver a maneira como ele trata a minha mãe." (FC8). Resultados semelhantes encontram-se em Ownsworth et al. (2015) onde FC citam que os relacionamentos podem manter-se, tornar-se mais fortalecidos ou tensos.

As modificações nas rotinas profissionais são habituais com reajustamentos do horário laboral, ausências do serviço por curtos períodos e alterações do local de trabalho "E já cheguei a vir a casa (...) porque podia ter havido qualquer coisa" (FC9). "...tive que desistir do trabalho que eu tinha para estar mais perto dele..." (FC6). Finalmente, o novo quotidiano é caracterizado pela sobrecarga "Estou a recorrer às minhas energias para gerir o meu cansaço, mas o meu cansaço é extremo..." (FC10), "Havia dias que eu à noite chegava! (...) Naquela altura eu parecia duas pessoas" (FC3B), havendo mesmo quem negue as suas próprias necessidades: "Estava a ficar esgotadinha (...) Eu fico para segundo plano, terceiro ou quarto (...) nem medicação eu tomava..." (FC4). Também McConigley et al. (2010) mencionam que FC têm de tomar decisões relativas ao emprego para apoiar a PTC, verificando-se um aumento dos níveis de stress.

O confronto com esta transição repercutiu-se também num conjunto de alterações no estado emocional. A angústia surge face à deterioração gradual e às limitações neurocognitivas "Ele já não sabia onde era a boca, o que era o comer, a colher (...) Deus me livre!" (FC4), "Interiormente, [sinto] angústia (...) conhecendo a pessoa que era e vê-la como está..." (FC5). De facto, alterações neuropsiquiátricas podem provocar um grande impacto na qualidade de vida dos cuidadores que sentem elevados níveis de angústia (Sterck et al., 2013). A incerteza resulta das alterações no discurso, no comportamento e na personalidade "...fico na dúvida se é porque não se lembra, se é porque quer questionar a resposta." (FC3A), "Confunde-se tudo que é o doente que está a fazer jogo psicológico. Isto foram as palavras ditas pelo doutor (...) "Ó B., não estamos a operar uma perna ou um braço. Estamos a operar a cabeça". Que burra que eu fui (...) nem eles sabem. Quando uma pessoa morre, morreu. Porquê? (...) teve isto ou teve aquilo. Aqui não sabemos lidar, é um mundo todo apagado, todo escuro. Essa informação cai devagar, parece um castelo a desmoronar..." (FC10). Também McConigley et al. (2010) referem que FC carecem de suporte para lidar com a incerteza do futuro e com as mudanças cognitivas e comportamentais da PTC.

Face à dependência da pessoa confusa, participantes sentem necessidade de assumir o papel de PC: "...punha uma tacinha com uvas e dizia-lhe "Agora pegas na tua mão", fazia-lhe os gestos e "pões na boca para comer" (FC4), "...eu preciso de lhe pôr sempre a roupa em cima da cama..." (FC7), e revelam ainda que quando a confusão se intensifica, se sentem forçados a substituir a pessoa nos AC "Eu faço-te a barba. (...) vou cortar-te as unhas, dava-lhe banho (...) parto-te os comprimidos..." (FC4). Ainda dentro do desempenho do papel, FC implementam estratégias direcionadas para a confusão. Destacam-se a reabilitação cognitiva "...lembrar-lhe o nome dos filhos (...) perguntava-lhe "Então o que é que fez hoje?" (FC1), "...para os esquecimentos trouxe-lhe um bloco (...)", repetir, dizer "Não é aqui, é ali..." (FC7); a promoção da interação social "comecei a fazer [uma caminhada diária] para ele sair de casa (...) Formou-se um grupo (...) depois estava melhor (...) A entender as coisas, não estava tão resmungão." (FC4); e a prevenção de acidentes "o gás desapareceu de casa." (FC1A). Outros FC descrevem igualmente que consideram úteis a estimulação de atividades cognitivas, a utilização de ajudas externas, a antecipação, o planeamento ou a reabilitação repetitiva (Gehring et al., 2010).

Os participantes relatam ainda as condições que influenciam o desempenho do papel: as condições pessoais, as redes sociais de apoio e as condições intra-hospitalares. Integrado nas condições pessoais, identificam défices de conhecimento sobre a evolução da doença, complicações associadas e os cuidados a prestar em casa "...berrava muito e eu não sabia porquê. Pegou numa carteira e partiu-a toda. Eu não sabia como é que havia de lidar." (FC4). Também McConigley et al. (2010) sustentam a ideia de que o maior desafio de FC reside na falta de preparação na gestão de sintomas cognitivos e neuropsiquiátricos. Quanto às redes sociais de apoio, estas são constituídas pela família, amigos, pessoas com vivências semelhantes e a entidade patronal. Contudo, as mesmas redes podem condicionar a transição ou por falta de suporte ou pelo estigma "Nunca veio cá ninguém (...) uma vez os meus filhos disseram-me "Então tu e o pai têm uma doença, um dia vamos para um [orfanato] porque não temos ninguém". (...) O mais velho deixou de conviver (...) Não conseguia atender o telefone, não conseguia enfrentar ninguém." (FC4). As condições intra-hospitalares revelam-se igualmente dificultadoras pelo uso de termos médicos específicos, pela exclusão dos familiares no processo terapêutico bem como pela falta de iniciativa da equipa pluridisciplinar em proporcionar informações "Eu dizia à médica que o doente estava muito agressivo (...) e ela disse "Olha lá, quem é que é aqui o doente?". Pronto, e eu calei-me." (FC7), "Tenho que andar sempre a fazer perguntas? só que se eu não perguntar ninguém me informa..." (FC1A). Destaca-se ainda o número insuficiente de enfermeiros "...tanta falta de pessoal! Eu nunca vi enfermeiros a correr nos corredores, eu lá vi." (FC10), a falta de articulação entre a equipa médica e de enfermagem, "Eu acho que há uma parte que há pouco conjunto." (FC6) e a baixa qualidade no processo de preparação da alta hospitalar "Agora abordados na perspetiva da evolução da doença, dos sintomas, das alterações que podem dar no dia-a-dia, isso nunca fomos abordados" (FC3A), "...no fundo, uma pessoa é internada, tem alta, não sabe de nada! "E agora? olhe, trate" (...) Portanto, eu no fundo, no fundo sentia-me sozinha de todos os lados." (FC4). Outros FC explanaram igualmente existir participação limitada e comunicação deficiente com os profissionais de saúde durante a transição do hospital para casa (Petruzzì et al., 2013).

Por fim, considerámos que a perspetiva dos participantes seria essencial pelo que, após serem questionados, obtivemos um conjunto de sugestões direcionadas para a equipa de enfermagem que incluem a implementação de intervenções do tipo instruir/ treinar os AC "...

acho que deviam explicar o método mais fácil “Olhe, faz-se assim” (FC4), “...cuidados maiores acerca da higiene, posicionamentos...” (FC5), “...mudar a fralda, vesti-la...” (FC1A); ensinar sobre gestão e prevenção de sintomas “...deviam alertar e minimizar alguns sintomas.” (FC3A), “...cuidados em casa (...) Não conduz? Não fica sozinho?” (FC7) e reduzir a rotatividade dos enfermeiros no internamento “... se a doente estivesse com a mesma equipa de enfermagem desde o início, esta já a conhecia (...) até como família me vai cansar (...) porque aquilo que eu digo hoje tenho de repetir amanhã.” (FC1B).

Os participantes propõem ainda sugestões relacionadas com o suporte formal permanente através de uma linha telefónica “...ter um número de telefone que a pessoa esteja mais disponível...” (FC10), de consultas de follow-up frequentes “...não é fazer consultas de 2 horas de duração, é fazer consultas com maior regularidade...” (FC1A) e de um gabinete de apoio “...o acompanhamento seja ao doente, ou seja, à pessoa de referência, deveria haver um gabinete, alguém (...) com formação específica...” (FC10).

De seguida, procede-se à representação esquemática da Estrutura Essencial do Fenómeno (Tabela 1) com os diferentes temas, constituintes e subconstituintes obtidos e identificados em formato tabela, por se entender que a sua explanação permite ao leitor uma compreensão global da experiência vivida.

Tabela 1

Estrutura Essencial do Fenómeno em estudo

TEMAS	CONSTITUINTES	SUBCONSTITUINTES
Repercussões na vida pessoal do familiar cuidador	Um novo quotidiano	Reorganização de papéis
		Mudanças nos relacionamentos
		Modificações nas rotinas profissionais
		Sobrecarga
	Alterações no estado emocional	Medo
		Tristeza
		Angústia
		Desalento
		Incerteza
		Ambivalência
	Adoção de estratégias de coping	Adoção de atividades de distração
		Espiritualidade
		Pragmatismo

Desempenho do papel de prestador de cuidados	Cuidados centrados nos AC	Incentivo à participação nos AC Substituição nos AC Gestão do regime medicamentoso
	Estratégias face às manifestações de confusão	Reabilitação cognitiva Suporte emocional Promoção da interação social Prevenção de acidentes
Condições facilitadoras e dificultadoras no desempenho do papel	Condições pessoais	Conhecimento sobre o desempenho do papel Conhecimento sobre serviços de apoio formais Estatuto socioeconómico
	Redes sociais de apoio	Amigos Pessoas com vivências semelhantes Entidade patronal Família Profissionais de saúde Ausência de procura de recursos formais
	Condições intra-hospitalares	Linguagem médica inadequada Exclusão dos FC do processo terapêutico Falta de iniciativa dos profissionais Falta de articulação entre médicos e enfermeiros Preparação da alta Número insuficiente de enfermeiros
Medidas de apoio propostas pelos familiares cuidadores	Sugestões direcionadas para a equipa de enfermagem	Instruir/ Treinar Ensinar Referir para outros recursos de saúde Redução da rotatividade de enfermeiros
	Sugestões relacionadas com suporte formal permanente	Consultas de follow-up mais frequentes Gabinete de apoio à família Linha telefónica

CONCLUSÃO

Conclui-se que as vivências de FC de pessoas com TCP se revestem de grande complexidade e intensidade face às mudanças constantes e imprevisíveis com que a confusão assola toda a vida familiar. Ocorre um conjunto de alterações familiares, sociais e laborais e verifica-se a necessidade de implementação do papel de PC. Todavia, a sobrecarga, o conhecimento limitado sobre o desempenho do papel, os apoios insuficientes das redes sociais, entre outros, constituem condições dificultadoras para uma transição saudável, originando a necessária adoção de múltiplas estratégias. As medidas de apoio propostas incluem a implementação de suporte formal permanente e de intervenções de enfermagem centradas no apoio, na educação e na capacitação para o exercício do papel do FC. Em termos de sugestões para as práticas clínicas propomo-nos a partilhar estes resultados e sensibilizar a equipa de saúde para a mudança de atitudes no sentido de envolvimento da família em todo o processo terapêutico, aprofundar o conhecimento sobre expectativas e necessidades das famílias e elaborar programas de preparação de regresso a casa. Sugerimos o desenvolvimento de instrumentos que sistematizem o processo de preparação de regresso a casa e a elaboração de estudos sobre as respostas reais da comunidade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Chulay, M., & Burns, S. M. (2012). *Fundamentos de enfermagem em cuidados críticos da AACN* (2ª ed.). AMGH.
- Gehring, K., Aaronson, N. K., Taphoorn, M. J., & Sitskoorn, M. M. (2010). Interventions for cognitive deficits in patients with a brain tumor: An update. *Expert Review of Anticancer Therapy*, 10(11), 1779-1795. <https://doi.org/10.1586/era.10.163>
- Giorgi, A., & Sousa, D. (2010). *Método fenomenológico de investigação em psicologia*. Fim de Século.
- McConigley, R., Halkett, G., Lobb, E., & Nowak, A. (2010). Caring for someone with high-grade glioma: A time of rapid change for caregivers. *Palliative Medicine*, 24(5), 473-479. <https://doi.org/10.1177/0269216309360118>
- Petruzzi, A., Finocchiaro, C. Y., Lamperti, E., & Salmaggi, A. (2013). Living with a brain tumor: Reaction profiles in patients and their caregivers. *Supportive Care in Cancer*, 21(4), 1105-1111.
- Schagen, S. B., Klein, M., Reijneveld, J. C., Brain, E., Deprez, S., Joly, F., Scherwath, A., Schrauwen, W., & Wefel, J. F. (2014). Monitoring and optimising cognitive function in cancer patients: Present knowledge and future directions. *EJC Supplements*, 12(1), 1229-1240. <https://doi.org/10.1016/j.ejcsup.2014.03.003>
- Ownsworth, T., Goadby, E., & Chambers, S. K. (2015). Support after brain tumor means different things: Family caregivers' experiences of support and relationship changes. *Frontiers in Oncology*, 5(33), 1-13. <https://doi.org/10.3389/fonc.2015.00033>

Sterck, W., Coolbrandt, A., Casterlé, B. D., Heede, K. V. D., Decruyenaere, M., Borgenon S., Mees, A., & Clement, P. (2013). The impact of a high-grade glioma on everyday life: A systematic review from the patient's and caregiver's perspective. *European Journal of Oncology Nursing*, 17(1), 107-117. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2012.04.006>

AS PRÁTICAS DE CUIDADO COM A PESSOA COM ESTOMA DE ELIMINAÇÃO INTESTINAL

ANA MARGARIDA PAIS MONTEIRO¹
MARIA ISABEL DOMINGUES FERNANDES²

INTRODUÇÃO

A presença de um estoma é uma condição mutiladora para qualquer pessoa. O impacto físico e psicológico decorrente de uma ostomia de eliminação intestinal justifica o défice de autocuidado inerente ao novo estado de saúde. A alteração da imagem corporal, a perda da função esfinteriana, repercutem-se na diminuição da autoestima, fragilidades emocionais e psicológicas, isolamento social e problemas económicos graves, afetando negativamente a qualidade de vida e o processo de adaptação e ou transição para a nova condição de vida (Associação Portuguesa de Enfermeiros de Cuidados em Estomaterapia [APECE], 2012).

A intervenção dos profissionais de saúde em todo este percurso é fundamental, seja na compreensão da perspetiva emocional da pessoa em cada uma das etapas do processo de aceitação da doença, levando-a a encarar com esperança e de forma positiva a sua vida futura, seja na adaptação a um novo modo de vida. O enfermeiro, pelas suas responsabilidades efetivas na educação da pessoa ostomizada, intervém capacitando-a (no cuidado ao estoma e na aceitação da imagem corporal) para o autocuidado. Esta intervenção específica e sistemática influencia positivamente o processo de adaptação à circunstância de viver com uma ostomia (Gomes & Martins, 2016). São determinantes nesta adaptação facilitar o acesso da pessoa à informação e aprendizagem para desenvolver competências de autocuidado e melhorar a autoeficácia no cuidado ao estoma (APECE, 2012).

A intervenção com a pessoa ostomizada deve ser realizada por enfermeiros experientes e com formação em estomaterapia, do pré ao pós-ostomia (Direção Regional de Saúde [DGS], 2017).

Assim, na perspetiva de propor estratégias que contribuam para uma prática de cuidados diferenciada e que promovam o estado de saúde da pessoa com ostomia de eliminação, partindo

1 MSc, Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, Hospital Amato Lusitano de Castelo Branco. ampmonteiro@gmail.com

2 PhD, Professora Coordenadora da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. UICISA: E, isabelf@esenfc.pt

do conhecimento das práticas em uso foi desenvolvida esta investigação com os objetivos de: caracterizar as práticas de enfermagem evidenciadas no padrão de documentação; identificar a percepção da equipa de enfermagem sobre o trabalho que desenvolve; analisar o conjunto de fatores que os enfermeiros consideram estar subjacentes aos processos de cuidados que desenvolvem.

METODOLOGIA

A investigação partiu da questão: que cuidados de enfermagem são desenvolvidos com a pessoa com ostomia de eliminação intestinal e qual a intencionalidade que lhes está subjacente? Tem o propósito de caracterizar práticas de cuidados da equipa de enfermagem de um serviço de cirurgia, com a pessoa com ostomia de eliminação intestinal. É um estudo descritivo, de abordagem qualitativa com recurso à estratégia estudo de caso único, partindo de uma amostragem de meio ou geográfica (Pires, 2012).

A colheita de dados ocorreu: por extração dos registos de enfermagem, referentes ao estoma e cuidados ao estoma, dos processos clínicos de todas as pessoas submetidas a ostomia de eliminação intestinal, no 2º semestre de 2012, num serviço de cirurgia geral, de um hospital do interior centro do país; por entrevistas, em três grupos focais com a equipa de enfermagem, após apresentação dos resultados obtidos na análise dos registos.

As entrevistas integraram todos os enfermeiros que prestavam cuidados no serviço, há pelo menos dois anos. A amostra incluiu 17 enfermeiros, sendo 3 do sexo masculino e os restantes do sexo feminino, com idades compreendidas entre os 25 e os 52 anos.

A colheita de dados foi realizada após parecer favorável do conselho de administração e da comissão de ética da instituição hospitalar. Os dados dos registos foram transcritos e analisados seguindo os pressupostos definidos por Bardin (2016). As entrevistas em grupos de foco foram transcritas integralmente, e os dados foram organizados e reduzidos por análise qualitativa de conteúdo.

RESULTADOS

Os dados colhidos no padrão de documentação dos registos de enfermagem são referentes aos processos clínicos de 12 pessoas e evidenciam os cuidados de enfermagem ao estoma e à pele periestomal.

A análise e codificação das unidades de registo do padrão de documentação (458 unidades de registo) foram, a partir de indicadores linguísticos, agrupados em subcategorias e seis diferentes categorias (tabela 1).

O cuidado que mais frequentemente é documentado pelos enfermeiros refere-se à eliminação intestinal e às características do efluente, integrado na categoria “características das fezes/ eliminação” com 223 registos (48,7%) e o menos frequente com nove registos (2%) prende-se com as “características do estoma e região periestomal”. São ainda frequentes os registos

relativos à autonomia no “cuidado ao estoma” (24,9%), “processo formativo” e “funcionamento do estoma” ambos com 10,9%, do total das unidades de registo.

Tabela 1

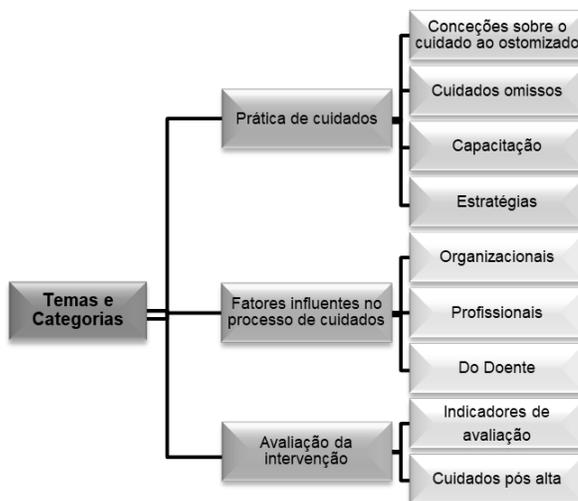
Categorias e Frequências Absolutas e Relativas das Unidades de Registo

Categorias	F	F (%)
Processo formativo	50	10,9
Características do estoma e região periestomal	9	2,0
Cuidados ao estoma	12	2,6
Características das fezes/eliminação	223	48,7
Funcionamento do estoma	50	10,9
Autonomia no cuidado ao estoma	114	24,9
Total	458	100,0

A análise dos dados obtidos permitiu identificar: as concepções e a perceção que os enfermeiros têm sobre as *práticas de cuidados* com a pessoa ostomizada; os *fatores influentes* ou os elementos que estão subjacentes às práticas/cuidados que desenvolvem com estas pessoas e de que forma as influenciam; e a avaliação do trabalho que desenvolvem com a pessoa ostomizada (figura 1).

Figura 1

Representação Esquemática dos Temas e Categorias



A prática de cuidados integra as categorias que passam pelas concepções dos profissionais sobre o cuidado ao ostomizado, os cuidados omissos (preparação para o ato cirúrgico, marcação do local do estoma e preparação para o autocuidado), os cuidados que têm em vista a capacitação da pessoa para o autocuidado: prevenção de lesões do periestoma, substituição do saco de ostomia, alimentação, higiene do estoma, conhecimento sobre dispositivos/materiais e manutenção de hábitos de vida e as estratégias adotadas no processo de capacitação: educação pelos pares, ensino progressivo, priorização dos cuidados, diálogo/interação com o doente, treino de habilidades, demonstração e adequação do equipamento.

São identificados fatores influentes relacionados com a instituição de saúde onde trabalham (metodologia de trabalho, recursos materiais, comunicação, carga de trabalho e sistematização dos cuidados), com os profissionais (comunicação em equipa, a formação e a desmotivação) e com o próprio doente sujeito de cuidados (ex.: a capacidade de aprendizagem). A avaliação da intervenção, realizada a partir de indicadores de avaliação e dos cuidados pós alta, reflete-se na importância de desenvolver práticas avaliativas que identifiquem as respostas da pessoa e as necessidades de intervenção, permitindo adequação às reais e específicas necessidades em cuidados de enfermagem.

DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Partindo da análise dos resultados e na tentativa de caracterizar as práticas de enfermagem evidenciadas no padrão de documentação verificou-se existirem dados com enfoque significativo nas características de eliminação intestinal, na avaliação do funcionamento do estoma e nas manifestações de dependência na renovação do saco coletor de fezes pela pessoa ostomizada.

Os enfermeiros valorizam significativamente estes aspetos. Contudo, o que documentam permite um conhecimento superficial sobre as práticas de cuidados. Os registos, apesar de representativos e com elevadas frequências, são muitas vezes pouco precisos e orientadores da continuidade de cuidados.

O processo formativo da pessoa, a promoção do seu conhecimento e a avaliação do estoma e da região periestomal, são dados pouco frequentes no padrão de documentação, enquanto a gestão dos dispositivos de ostomia tem um relevo importante.

A valorização dada à autonomia no cuidado ao estoma não tem reflexo no que é documentado sobre o processo educativo para a sua capacitação ou na aquisição de habilidades que conduzam à independência no autocuidado.

Estes resultados vão no sentido oposto ao expresso na norma 015/2017 da DGS, quando é referido que devem ser registados no processo clínico todas as avaliações e intervenções efetuadas e os resultados das mesmas.

Nos grupos de foco, os enfermeiros manifestam que os registos não evidenciam o que é feito e que não se certificam dos resultados das intervenções a partir do documentado. O processo de cuidados tem o objetivo de capacitar a pessoa para o autocuidado. A capacitação acontece

no pós-operatório, não decorre de um planeamento ajustado e individualizado às necessidades de autocuidado da pessoa e não se sustenta num ensino estruturado, o que é contrário às orientações de Jensen et al. (2017).

No domínio da educação para a capacitação e autocuidado, apesar das dificuldades na explicitação das práticas desenvolvidas, estas direcionam-se fundamentalmente aos cuidados de manutenção do estoma, prevenção de lesões e alimentação. Jensen et al. (2017) referem que a habilidade de cuidados com o estoma é a variável mais importante, que prevê um ajuste positivo para a vida da pessoa com um estoma e aumenta a perceção da qualidade de vida.

No processo educativo os enfermeiros têm presentes estratégias de como realizar um processo educativo progressivo, envolvendo a pessoa e família, priorizando os cuidados, dialogando e interagindo, com treino de habilidades, demonstração, adequando o equipamento e recorrendo à educação pelos pares. Estes resultados vão ao encontro dos apresentados por Gomes e Martins (2016) e Mota et al. (2015) que consideram que estas são estratégias facilitadoras para a melhoria da autoestima e confiança para aceitação da nova condição de saúde.

A complexidade e as áreas de formação exigidas na preparação da pessoa, associadas aos tempos de internamento cada vez mais reduzidos, justificam a necessidade de serem estabelecidas prioridades nos cuidados, com especial relevância ao período que antecede a cirurgia, onde a preparação é muito limitada. Estes resultados não evidenciam acompanhamento e intervenção de um enfermeiro com experiência e formação específica em cuidados em estomaterapia ou a marcação do local do estoma no período pré-operatório, o que é fortemente recomendado pela DGS (2017).

A intervenção com a pessoa com ostomia de eliminação intestinal é justificada com uma diversidade de condicionantes, que vão desde as institucionais, as inerentes ao profissional de saúde ou mesmo ao doente. Nestes destacam-se a metodologia de trabalho por enfermeiro de referência, a permanência hospitalar após cirurgia colorretal, os recursos humanos e materiais, a falta de comunicação entre profissionais, a comunicação deficitária no período pré-operatório e a atualização de conhecimentos pela formação contínua na área da pessoa ostomizada. Mota et al. (2016) identificam alguns fatores similares como influentes na preparação da pessoa ostomizada para o autocuidado.

As lacunas identificadas na capacitação da pessoa durante o internamento exigirão uma adequação e transformação nos cuidados pós alta, contexto em que a consulta de estomaterapia surge como a solução mais adequada às dificuldades na continuidade de cuidados pós a alta.

CONCLUSÕES

Investigar tendo como objeto de estudo o cuidado à pessoa com ostomia exige conhecer as implicações da adaptação e/ou transição para a nova condição de ostomizado. O adequado acompanhamento da pessoa ostomizada pressupõe a integração destas implicações na definição de estratégias de intervenção, emergindo a necessidade de avaliar e acompanhar a pessoa e família.

A falta de um processo educativo estruturado e sistematizado que vá ao encontro das necessidades individuais da pessoa com ostomia de eliminação intestinal; o desfasamento entre as práticas educativas dos enfermeiros e a conceção que têm das mesmas; a existência de cuidados omissos, desde o pré-operatório até à preparação do regresso ao domicílio, destaca-se como conclusões principais. A estas conclusões estão subjacentes fatores relacionados com a pessoa, os profissionais de saúde e a organização do sistema ou da instituição de saúde.

A promoção da qualidade dos cuidados, com a pessoa com ostomia de eliminação intestinal, exige reformulação do processo de cuidados, nomeadamente no suporte através de uma rede formal, na preparação do regresso a casa e no apoio em contexto domiciliário.

A sistematização dos registos, nomeadamente os que produzem dados suscetíveis de garantir e evidenciar a intervenção autónoma de enfermagem é um dos principais desafios a colocar na prática.

A partilha, reflexão e questionamento das práticas de cuidados com a pessoa com ostomia de eliminação intestinal serão alguns dos contributos mais importantes para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem a estas pessoas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Associação Portuguesa de Enfermeiros de Cuidados em Estomaterapia - APECE. (2012). *Estomaterapia: O saber e o cuidar*. Lidel.
- Bardin, L. (2016). *Análise de conteúdo* (L. Pinheiro, Trad.; 5.ªed.). Edições 70. (Obra original publicada em 1977).
- Direção Regional de Saúde - DGS. (2017). *Indicações clínicas e intervenção nas ostomias de eliminação intestinal em idade pediátrica e no adulto*.
- Gomes, B., & Martins, S. (2016) A pessoa estomizada: Análise das práticas educativas de enfermagem. *Revista Estima*, 4(3), 146-153. <https://doi.org/10.5327/Z1806-3144201600030007>
- Jensen, B., Kiesbye, B., Soendergaard, I., Jensen, J., & Kristensen, S. (2017). Efficacy of preoperative uro-stoma education on self-efficacy after radical cystectomy; Secondary outcome of a prospective randomized controlled trial. *European Journal of Oncology Nursing*, 28, 41-46. [http://www.ejoncologynursing.com/article/S1462-3889\(17\)30043-1/fulltext](http://www.ejoncologynursing.com/article/S1462-3889(17)30043-1/fulltext)
- Mota, M., Gomes, G., Petuco, V., Heck, R., Barros, E., & Gomes, V. (2015). Facilitators of the transition process for the self-care of the person with stoma: Subsidies for Nursing. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 49(1), 80-86. <https://doi.org/10.1590/S0080-623420150000100011>

- Mota, M., Gomes, G., Silva, C., Gomes, V., Pelzer, M., & Barros, E. (2016). Autocuidado: Uma estratégia para a qualidade de vida da pessoa com estomia. *Revista de Investigação em Enfermagem*, 18(1), 63-78. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.ie18-1.aeqv>
- Pires, A. (2012). Amostragem e pesquisa qualitativa: ensaio teórico e metodológico. In Poupart, J., Deslauriers, J., Groulx, L., Leperrière, A., Nayer, R. & Pires, A. (Eds.), *A pesquisa qualitativa: Enfoques epistemológicos e metodológicos*. (3ªed.), (pp.154-211). Rio de Janeiro, Brasil: Editora Vozes

CAPACITAÇÃO PARA O AUTOCUIDADO TERAPÊUTICO DA PESSOA COM OSTOMIA DE ELIMINAÇÃO

DORA CRISTINA MARQUES NEVES¹
FERNANDO ANTÓNIO SALGUEIRO AMARAL²
MARIA ISABEL DOMINGUES FERNANDES³

INTRODUÇÃO

O processo de capacitação para o autocuidado terapêutico (ACT) da pessoa com ostomia de eliminação é um processo complexo, onde os enfermeiros com as suas intervenções diferenciadas se assumem como facilitadores. O Autocuidado é um conceito abrangente e transversal aos cuidados de enfermagem presente em múltiplos contextos da prática clínica. O autocuidado é definido por Petronilho (2012) como “a perceção, a capacidade e os comportamentos dos indivíduos em realizarem atividades práticas destinadas a promover e manter a saúde, a prevenir e aferir as doenças”. O conceito de ACT surge com Orem (2001) que o define como o “total de medidas de cuidados necessários em alturas específicas ou durante um determinado tempo para preencher todos os requisitos do autocuidado conhecido de um individuo”. A compreensão deste conceito assume particular importância quando a pessoa tem ou vai ter uma ostomia de eliminação. A complexidade prende-se com as alterações provocadas pela presença de um estoma e a forma como este modifica as suas relações pessoais, familiares e afetivas com repercussões físicas e emocionais. Este processo é construído em parceria com a Pessoa, desenvolvem-se estratégias adequadas a cada uma, com base numa relação terapêutica eficaz, tendo como meta a construção da autonomia. Assim, este estudo tem como objetivos: identificar as diferenças nos níveis de ACT das pessoas com ostomia de eliminação; identificar os níveis de ACT das pessoas com ostomia de eliminação na alta e sua evolução; conhecer a influência de fatores sociodemográficos, individuais e clínicos na aquisição da capacidade de ACT; e analisar o resultado das intervenções de enfermagem na pessoa com ostomia de eliminação.

1 MSc, Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica no Instituto Português de Oncologia de Coimbra, doracneves@gmail.com

2 PhD, Professor Coordenador da Escola superior de Enfermagem de Coimbra, UICISA: E, amaral@esenfc.pt

3 PhD, Professora Coordenadora da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, UICISA: E, isabelf@esenfc.pt

METODOLOGIA

Este estudo, de natureza quantitativa, descritivo-correlacional com medições repetidas, teve como questão de investigação: A intervenção de enfermagem com a pessoa com ostomia de eliminação, capacita-a para o ACT. Pretendemos conhecer as diferenças nos níveis médios de ACT entre o momento da alta e um mês após a alta e a existência de relação entre ACT e autoeficácia (AE), sexo, marcação do local do estoma, localização do estoma, características e tipo de estoma. Para medição da variável ACT foi utilizada a Versão Portuguesa do *Therapeutic Self-Care 12* de Diane Doran, validada para a população portuguesa por Cardoso et al. (2014), que foi aplicada em 2 momentos (na alta e um mês pós-alta). Para a AE foi utilizada a escala "Como eu sou" validada para Portugal por Pais Ribeiro (1995), preenchida uma vez, no momento da alta. Foi ainda utilizado um formulário construído pela investigadora, que integra dados sociodemográficos e clínicos. A amostra foi constituída por pessoas que frequentaram a consulta de Estomaterapia de um hospital oncológico da região centro e que aceitaram participar no estudo após esclarecimento dos objetivos do mesmo. Foram considerados como critérios de exclusão: pessoas dependentes no autocuidado antes da realização do estoma; pessoas que após a alta foram transferidas para unidades de cuidados continuados ou lares; e pessoas que na alta, evidenciassem alterações emocionais que condicionassem a colheita de dados. Assim, integraram a amostra 39 indivíduos, 59% do sexo masculino e 79,4% casados com uma média de idade de 64,14 anos, variando entre 31 e 86 anos. O tratamento estatístico dos dados foi realizado através do SPSS 20.0.

Foram considerados os procedimentos éticos e deontológicos, pedido autorização para realização do estudo à Comissão de Ética da instituição onde o mesmo decorreu e aos participantes no estudo.

RESULTADOS

Em relação às características sociodemográficas, no que concerne às habilitações literárias 56,7% tem o ensino básico, 66,6% está reformada e 74,4% reside em meio rural. A maioria 84,6% reside com a família e 76,3% identifica a existência de uma rede social de suporte. Relativamente às características clínicas, 79,4% tem uma colostomia e a marcação do estoma foi realizada em 59% das pessoas. Relativamente á localização do estoma, em 84,6% está localizado numa região plana da parede abdominal, sendo proeminente em 71,8%. No momento da avaliação 87,2% das pessoas não apresentava lesões cutâneas. Quanto ao resumo dos itens da escala de AE (Tabela 1), em pessoas com ostomia de eliminação, no momento da alta salientaram-se os itens 2 e 13 em que se obteve a média mais elevada e menor dispersão, tendo a escala uma amplitude de variação entre 1 e 7. Por oposição os itens 11 e 14, apresentaram médias mais baixas, embora superiores ao ponto médio da variação da amplitude, sendo o item 14 o que apresenta maior dispersão.

Tabela 1

Estatísticas Resumo de Itens da Escala de Autoeficácia em Pessoas com Ostomia de Eliminação no Momento da Alta

Itens		S
2- Quando não consigo fazer uma coisa à primeira insisto e continuo a tentar até conseguir	5,90	1,48
11- Quando estou a tentar tornar-me amigo de alguém que não se mostra interessado, não desisto logo de tentar	4,74	2,02
13- As amizades que tenho foram conseguidas através da minha capacidade pessoal para fazer amigos	6,13	1,20
14- Sinto insegurança acerca da minha capacidade para fazer coisas*	4,56	2,23

* - itens com pontuação invertida

Na análise da evolução do ACT em pessoas com ostomia de eliminação entre o momento da alta e 1 mês após (Tabela 2), percebeu-se que o sentido da evolução foi sempre positivo em todos os itens. Os itens 4, 5 e 12, destacam-se por serem aqueles onde se observa maior diferença e onde na alta existiam médias mais baixas, ou seja, onde existiam maiores dificuldades. Por oposição o item 10 é o que apresenta menos diferença nas médias apuradas entre os dois momentos, e foi o item mais pontuado no momento da alta.

Tabela 2

Evolução do "Autocuidado Terapêutico" em Pessoas com Ostomia de Eliminação Entre o Momento da Alta e 1 mês Após (n=39)

Itens e Total da Escala de Autocuidado Terapêutico	Na alta		1 mês após alta		
	s		s		
4- Consegue identificar alterações no seu estoma relacionados com o seu estado de saúde?	2,49	1,10	4,03	0,67	1,54
5- Conhece a razão pela qual sofre alterações na sua pele/estoma relacionadas com o seu estado de saúde (cirurgia, tratamentos)?	2,31	1,06	3,85	0,63	1,54
10- Sabe quem deve contactar no caso de problemas com o estoma/pele peristomal?	4,38	0,63	4,97	0,16	0,59
12- É capaz de ajustar as suas atividades normais quando sofre alterações no seu corpo relacionadas com o estoma ou estado de saúde?	2,64	1,29	4,18	0,64	1,54

Na tabela seguinte (Tabela 3) mostra-se a correlação entre a AE e o ACT na alta e um mês após a alta, sendo que esta correlação é mais forte entre as últimas, existindo assim evidência estatística que permite afirmar que, na medida em que a AE é maior, maior será o ACT.

Tabela 3

Relação entre AE e o ACT em Pessoas com Ostomia de Eliminação na Alta, um mês Após e Diferença de ACT (n=39)

	Total final AE	Total ACT alta	Total ACT 1 mês	Diferença ACT
Total final AE	r= 1 p= 0,005	r= 0,441 p= 0,005	r= 0,556 p= 0,000	r= - 0,117 p= 0,476
Total ACT alta	r= 0,441 p= 0,005	r= 1	r= 0,722 p= 0,000	r= - 0,766 p= 0,000
Total ACT 1 mês	r= 0,556 p= 0,000	r= 0,722 p= 0,000	r= 1	r= - 0,108 p= 0,512
Diferença ACT	r= - 0,117 p= 0,476	r= - 0,766 p= 0,000	r= - 0,108 p= 0,512	r= 1

DISCUSSÃO

Dos resultados obtidos vamos proceder à discussão dos mais relevantes procurando dar resposta às hipóteses formuladas. Assim, para a primeira hipótese - existem diferenças nos níveis médios de ACT nas pessoas com ostomia de eliminação entre o momento da alta e um mês após a alta - a intervenção de enfermagem conduziu a uma melhoria significativa do ACT nesta amostra. A evolução acontece não apenas por razões internas ao indivíduo, mas por outras variáveis como a intervenção dos enfermeiros. O tempo de adaptação à ostomia é variável e pode prolongar-se no tempo dependendo de cada pessoa. A capacitação da pessoa com ostomia de eliminação para a gestão dos cuidados ao estoma e efluente são cruciais para a reabilitação, como Goldberg (2016) defende e algumas transições estão associadas a eventos caracterizados pela imprevisibilidade e rutura com a realidade podendo facilitar ou inibir o processo de transição (Silva et al., 2017).

Ao testarmos se existe relação entre ACT e AE verificamos que pessoas com maiores scores de AE (alta), apresentam maiores níveis de ACT (1 mês após a alta). Podemos concluir que 19,5% da variação do ACT no momento da alta e 30,9% da variação do ACT 1 mês após a alta se deve

à AE. Não foi possível comparar este dado com outros estudos realizados nesta população. Existe alguns estudos que avaliam a percepção de AE como preditor de qualidade de vida na gestão da doença crónica, representando a AE a convicção da pessoa na sua capacidade em gerir mudanças ou acontecimentos adversos.

Relativamente à existência de relação entre ACT e idade e ACT e sexo não foi possível estabelecer correlação entre estas variáveis. Pensamos que o tamanho da amostra ou os termos em que foram realizadas as colheitas de dados (alta e 1 mês após) podem ser fatores explicativos, assim como os planos de intervenção serem ajustados de acordo com as necessidades individuais das pessoas. No entanto, Brown e Randle (2005) numa revisão sistemática da literatura, concluíram que fatores sociodemográficos como sexo, idade (...), são possíveis condicionadores da autonomia dos cuidados ao estoma (Brown & Randle, 2005).

Apesar de não existir relação entre a marcação do estoma e ACT, verificou-se que existia relação entre a localização do estoma e ACT, ou seja pessoas com estomas localizados em região plana da parede abdominal tinham melhores níveis de ACT ao fim de um mês do que as pessoas com estomas localizados em pregas cutâneas. Este dado aparentemente contraditório, vem reforçar a importância da localização do estoma não ser deixada ao acaso, logo a marcação do estoma deve ser realizada e a construção do estoma respeitar a sua marcação.

A relação entre ACT e características do estoma mostrou que existem níveis de ACT mais elevados em pessoas cujos estomas são proeminentes em detrimento dos restantes. Uma protusão adequada garante a saída do efluente diretamente para o dispositivo colector. Esta relação permite concluir que pessoas com estomas inadequadamente localizados e rasos têm níveis mais baixos de ACT. Nestas pessoas o processo de capacitação é mais exigente e complexo, com necessidades de avaliação em intervalos temporais menores, como também defendem (Cesaretti et al. 2015).

CONCLUSÃO

A realização desta investigação permitiu responder a um desafio da investigadora já antigo, avaliar as intervenções de enfermagem realizadas na consulta de estomaterapia, que integra. A análise dos dados, apesar das limitações, permitiu concluir que as intervenções de enfermagem contribuem de forma efetiva para a capacitação das pessoas com ostomia para o AC. Apesar de fatores individuais como a AE e fatores clínicos, como a localização e características do estoma, poderem ser facilitadores neste processo, mesmo em pessoas com estomas localizados em pregas cutâneas, rasos ou retraídos.

Estes resultados apontam para a eficácia do processo de capacitação para o AC neste contexto o que nos permite afirmar que as intervenções de enfermagem são determinantes para a capacitação da pessoa com ostomia de eliminação para o autocuidado e autonomia e que este processo, necessariamente estruturado e centrado na pessoa é eficaz.

É possível identificar um perfil de características pessoais, baixa percepção de AE, características

clínicas, inadequada localização do estoma, estomas rasos ou retraídos são fatores condicionadores para a capacitação para o ACT. São implicações, desta investigação, para a prática o permitir otimizar a referência das pessoas à consulta de Estomaterapia no pré-operatório reduzindo o número de pessoas sem marcação do estoma. A investigação permitiu também que esta referência integrasse auditorias internas da instituição.

Apesar da satisfação com os resultados obtidos e com os ganhos sentidos na prática clínica, não foi possível, pelo tamanho da amostra, inferir dados para a população em geral. De referir também que pelo facto de se ter incluído na amostra, apenas, pessoas independentes no autocuidado, não permitiu avaliar a importância da família/cuidador neste processo de capacitação. Outra limitação sentida neste estudo foi não ter sido possível demonstrar que a formação diferenciada dos Enfermeiros em Estomaterapia é um fator determinante para esta capacitação.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Brown, H., & Randle, J. (2005). Living with a stoma: A review of the literature. *Journal of Clinical Nursing*, 14(1), 74-81. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2004.00945.x>
- Cardoso, A., Queirós, P., Ribeiro, C., & Amaral, A. (2014). Cultural adaptation and psychometric properties of the Portuguese Version of the Therapeutic Self-Care Scale. *International Journal of Caring Sciences*, 7(2), 426-435. https://www.researchgate.net/publication/267267791_Cultural_Adaptation_and_Psychometric_Properties_of_the_Portuguese_Version_of_the_Therapeutic_Self-Care_Scale
- Cesaretti, I., Leite, M., Filippim, M., & Santos, V., (2015). Cuidando de pessoas nos períodos pré,trans e pós-operatórios de cirurgias geradoras de estomia. In V. Santos, & I. Cesaretti, *Assistência em estomaterapia: Cuidando de pessoas com estomia* (2.ª ed., pp. 83-102). Atheneu.
- Goldberg, M. (2016). Patient education following urinary/fecal diversion. In J. Carmel, J., Colwell, & M. Goldberg (Eds.), *Ostomy management. Wound Ostomy and Continence Nurses Society* (pp. 131-139). Wolters Kluwer.
- Orem, D. E. (2001). *Nursing: Concepts of practice* (6ª ed). Mosby.
- Pais Ribeiro, J. (1995, Junho). *Adaptação de uma escala de auto avaliação de auto-eficácia geral* [Conference Paper]. Avaliação Psicológica: formas e contextos, Braga. <https://doi.org/10.13140/2.1.3971.1682>
- Petronilho, F. (2012). *Autocuidado: Conceito Central da Enfermagem*. Formasau.
- Silva, C. R., Sousa, F., Lima, J. L., Pinto, M. C., Brito, M. A., & Cruz, I. M. (2017). Viver com uma ileostomia: Um estudo de caso sobre o processo de transição. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(14), 111-120. <https://doi.org/10.12707/RIV17015>

VALIDAÇÃO DE PROTOCOLO DE ENFERMAGEM PARA AVALIAÇÃO E DIAGNÓSTICO DE RETENÇÃO URINÁRIA NO ADULTO

CATARINA ISABEL VIEGAS FERREIRA¹
ISABEL MARIA HENRIQUES SIMÕES²

INTRODUÇÃO

A retenção urinária (RU) no adulto é um diagnóstico de enfermagem frequente em diversas condições patológicas, definindo-se como a incapacidade de esvaziar completamente a bexiga (North American Nursing Diagnosis Association International [NANDA], 2018).

Torna-se difícil o seu diagnóstico apenas pela história clínica e pelo exame físico do doente, pelo que se recorre com alguma frequência à cateterização vesical (CV), que embora permita determinar com rigor o volume vesical (VV), é um procedimento invasivo, não devendo ser considerado um método de primeira linha para diagnóstico de RU. Umer, Ross-Richardson e Ellner (2015) defendem que a ultrassonografia (US) é a estratégia mais adequada para diagnóstico de RU, por ser uma técnica não invasiva que determina com bastante precisão o VV.

Os protocolos de enfermagem são um suporte teórico de padronização dos cuidados, que, quando baseados na evidência, são uma valiosa ferramenta para práticas seguras (Pimenta et al., 2015).

Jorge, em 2017, desenvolveu no Brasil, um protocolo que teve por base a evidência científica, com o objetivo de padronizar a avaliação e o diagnóstico da RU no adulto com recurso a US vesical. O conteúdo do protocolo foi validado pela autora para ser utilizado na prática clínica dos enfermeiros brasileiros, sendo importante a adequação linguística do protocolo para Portugal. Assim, o presente estudo teve como objetivo validar o conteúdo do protocolo, para ser utilizado por enfermeiros portugueses. A ferramenta é constituída por uma parte introdutória sobre a avaliação e diagnóstico de RU e, outra, pelo protocolo propriamente dito. Este é constituído por três etapas: 1) instruções para a colheita de informação que fundamenta a suspeita de RU; 2)

1 MSc, Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica no Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra. ferreira.viegas@gmail.com

2 MSc, Professora Adjunta na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, UICISA: E. isabels@esenfc.pt

orientação para a utilização do ecógrafo vesical; 3) apresentação dos parâmetros clínicos que suportam o diagnóstico RU em contexto de obstetria, de reabilitação e no pós-operatório. Do protocolo consta ainda, um esquema com imagens de cada passo da utilização do US.

METODOLOGIA

Desenvolveu-se um estudo metodológico quantitativo, com amostragem não-probabilística por redes, de forma a facilitar a inclusão de profissionais com as características pretendidas. A colheita de dados foi realizada entre setembro e outubro de 2016, durante um período de 30 dias, via email, com apresentação do *link* para o *Google Docs*, onde constava a identificação e contacto dos investigadores e a explicação do estudo, de forma a obter o consentimento informado, após o qual, o participante era encaminhado para o *link* de acesso ao protocolo. A avaliação do protocolo foi realizada segundo a técnica *Delphi* com a execução de duas rondas.

A amostra da primeira ronda foi constituída por 180 participantes, enfermeiros com título profissional de especialista e médicos especialistas ou em internato de especialidade, com experiência profissional ≥ 2 anos em unidades de reabilitação, ortopedia, cuidados pós-anestésicos (UCPA), ginecologia, obstetria, neurologia, medicina interna e cirurgia de instituições hospitalares públicas e privadas; e professores de cursos de enfermagem e medicina com experiência em supervisão clínica nas mesmas áreas.

Ao questionário desenvolvido por Jorge (2017) na primeira ronda, os investigadores portugueses fizeram ajustes linguísticos e de adaptação cultural, visando um protocolo único para ser utilizado no Brasil e em Portugal. O instrumento, constituído por 42 perguntas, foi organizado em duas partes: 1) caracterização sociodemográfica e profissional dos participantes; 2) avaliação do protocolo com questões sobre objetivos, conteúdo, linguagem, relevância, funcionalidade e usabilidade do protocolo. A avaliação foi feita por escala tipo *likert* com 5 opções de resposta: concordo fortemente (CF), concordo (C), discordo (D), discordo fortemente (DF) e não sei (NS), como o preconizado pelo modelo de *Fehring* e pela técnica *Delphi* (Urrutia Egaña et al., 2014).

Dos 180 questionários enviados, apenas foram devolvidos 47, e destes, cinco foram eliminados por os participantes não obedecerem aos critérios de inclusão. As sugestões dos peritos foram analisadas individualmente quanto à relevância e à pertinência.

Na segunda ronda da técnica *Delphi*, foi enviado novo email aos 42 peritos que tinham respondido à primeira, com os mesmos procedimentos referidos na ronda anterior, mas com alterações sugeridas na primeira ronda. Em cada alteração os participantes tinham igualmente cinco opções de resposta, de forma a validar as alterações efetuadas. Não houve necessidade de efetuar alterações nesta segunda versão do protocolo.

A aplicação *Google Docs* permitiu o registo automático das respostas numa base de dados, que posteriormente foram exportadas para um ficheiro *excel*, e, depois, transferidas para o IBM SPSS *Statistics*, versão 22.0, onde foram analisadas.

Seguindo o modelo de *Fehring*, procedeu-se à análise das respostas através do Índice de Validade de Conteúdo (IVC), que mediu o grau de concordância entre os peritos em cada item, através da razão entre o número de concordantes (concordo fortemente e concordo) e o número total de peritos (Urrutia Egaña et al., 2014). Foi considerado nível de corte valores de $IVC \geq 0,80$.

Durante a investigação foram preservados todos os princípios ético-legais decorrentes da investigação científica. Tendo o estudo sido submetido ao parecer da Comissão de Ética da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, obtendo parecer favorável à investigação (P354-07/2016).

RESULTADOS

Na primeira ronda, dos 42 peritos, 57,1% eram do sexo feminino e 54,8% tinham idades entre 30 e 40 anos, obtendo-se uma média de idades 40,5 anos. Da amostra constavam 41 enfermeiros e 1 médico, com especialidade e/ou mestrados; 88,1% prestava cuidados a doentes com diagnóstico de enfermagem RU, mas apenas 28,6% afirmou ter experiência na utilização do US portátil para o diagnóstico de RU.

Todos os itens do protocolo foram validados. Os objetivos do protocolo foram considerados adequados com IVC de 0,97, tendo se obtido $IVC \geq 0,92$ para a validação de conteúdo e concordância total para a linguagem do protocolo. Obtiveram-se valores superiores a 0,90 IVC para a relevância, funcionalidade e usabilidade com $\geq 0,97$, $\geq 0,95$ e $\geq 0,92$ respetivamente.

Embora todos os itens do protocolo tenham sido validados na primeira ronda ($IVC > 0,90$), houve alterações pontuais, resultantes das sugestões dos peritos, pelo que se procedeu à validação das mesmas através de uma segunda ronda seguindo a técnica *Delphi*.

Na segunda ronda obtiveram-se apenas 26 respostas de peritos, das quais 65,4% eram de participantes do sexo feminino e 61,5%, com idades entre 30 e 40 anos e média de 39 anos. Esta amostra foi constituída apenas por enfermeiros especialistas e/ou mestrados, em que 88,5% prestava cuidados a doentes com diagnóstico de enfermagem RU, no entanto, apenas 38,5% afirmou ter experiência na utilização do US portátil para diagnóstico de RU. As 15 alterações propostas pelos peritos foram todas validadas com $IVC \geq 0,88$.

DISCUSSÃO

Embora se considerem limitações do estudo a abstenção às respostas nas duas rondas (26,1% na primeira e 38% na segunda) e o curto período de colheita de dados, as amostras das duas rondas, embora diferentes, têm características semelhantes. Considerou-se que as amostras eram representativas, uma vez que a técnica *Delphi* não exige representatividade estatística no número de participantes do estudo, mas sim, que a amostra seja constituída por peritos na área em estudo (Wilkes, 2015).

Nas duas amostras, a maioria dos peritos exercia funções na área da prestação direta de cuidados a doentes com RU e tinham participado em algum evento científico relacionado com a sua área de atuação profissional. Rozados (2015) definiu critérios de *expertise* dos participantes na técnica *Delphi*: ser investigador na área em estudo; ser docente em instituições públicas ou privadas; ter publicações sobre o tema em pesquisa; e ter participado em eventos científicos relacionados com o assunto do estudo. Apesar de evidenciarem experiência na avaliação e diagnóstico de RU, constatou-se que a maioria não utilizava a US para realização do mesmo, refletindo a carência dos serviços e a necessidade de formação sobre a utilização desta tecnologia nos cuidados ao doente.

O facto de o protocolo apresentar parâmetros clínicos, que suportam o diagnóstico de RU, apenas em contexto de obstetrícia, de reabilitação e de pós-operatório, pode ser considerado uma limitação do estudo. Os doentes do foro de ortopedia, ginecologia, neurologia e medicina interna, apresentam também risco acrescido de desenvolverem RU e, conseqüentemente, a necessidade do seu diagnóstico clínico.

VALIDAÇÃO DO PROTOCOLO

Todos os itens do protocolo foram validados, havendo um consenso total entre os peritos (IVC=1) nos itens referentes ao conteúdo do protocolo: “O conteúdo facilita o diagnóstico de retenção urinária”, “O conteúdo permite a compreensão do tema” e “O esquema ilustrativo indica aspetos importantes do protocolo”. De igual forma, os peritos foram totalmente consensuais relativamente à clareza, objetividade e acessibilidade do protocolo, tal como na relevância do protocolo, ao afirmarem que este “apresenta aspetos importantes para o diagnóstico de enfermagem” e “permite a transferência do conteúdo aprendido”. Assim, entende-se que o protocolo vai ao encontro do preconizado por Pimenta et al. (2015), que afirmam que os protocolos devem ter boa qualidade formal, serem de fácil leitura, confiáveis, baseados em evidências científicas e serem válidos. Também na funcionalidade do protocolo, houve consenso total nas afirmações que afirmam que o protocolo possibilita “a obtenção de resultados positivos no diagnóstico de RU” e “diminuir cateterismos urinários desnecessários”. Ressalve-se que os itens “O protocolo possibilita diminuir as taxas de infeção urinária”, e “O protocolo possibilita resultados positivos na prática clínica ao paciente com RU” obtiveram IVC=0,95 e IVC=0,97, respetivamente. Relativamente à usabilidade, houve anuência total na compreensão e assimilação dos conceitos teóricos. Os restantes itens apresentaram níveis de consenso de 0,95 a 0,97, refletindo também elevado nível de concordância entre os peritos, reforçando a validação do protocolo.

Na segunda ronda da técnica *Delphi*, cerca de 54% das alterações obtiveram concordância total (IVC=1), tendo as restantes, valores de concordância entre 0,88- 0,96, garantindo a validação do protocolo. Uma das alterações que apresentou IVC=1 foi a definição de RU para VR \geq 100ml em clínica de reabilitação. Widdall (2015) sugeriu a algaliação intermitente para VV \geq 400ml, acrescentando que em caso de RU recorrente, deve ser realizada CV contínua, tal como sugerido no presente protocolo.

Na colheita de dados, a introdução de mais momentos de higienização das mãos, antes de se iniciar a anamnese, no final da palpação e após a utilização do US, foram três alterações do protocolo que obtiveram IVC= 1.

Pimenta et al. (2015) apontaram como vantagens do uso de protocolos de enfermagem: aumento da segurança dos doentes e profissionais, padronização dos cuidados prestados, promoção da tomada de decisão fundamentada pelo enfermeiro, facilitação da inclusão de novas tecnologias, utilização mais racional dos recursos disponíveis e o desenvolvimento de indicadores de processo e de resultados.

Este estudo validou o conteúdo do protocolo de enfermagem de avaliação e diagnóstico de retenção urinária no adulto, permitindo aos enfermeiros a avaliação de RU em adultos com segurança e à luz das evidências mais atuais, promovendo a prevenção das IACS. O conhecimento que os enfermeiros possuem sobre avaliação de RU e a sua atuação perante este diagnóstico, pode agora ser sustentado com a utilização deste protocolo.

CONCLUSÃO

Para a validação do protocolo, recorreu-se ao modelo de *Fehring* e à técnica *Delphi*, tendo-se obtido um $IVC \geq 0,88$ para cada item da versão final do protocolo, pelo que existe suporte empírico para afirmar a sua validade.

Com a validação do presente protocolo, os enfermeiros poderão fazer uso de um instrumento, que facilita a prestação de cuidados a doentes com risco de desenvolver RU. A presente investigação realça a importância da utilização de protocolos na prestação de cuidados de enfermagem e, enfatiza a relevância do recurso a tecnologia para avaliação dos VV como a US vesical. A utilização deste dispositivo não invasivo para mensuração de VV, representa uma estratégia preventiva de IACS, na medida em que evita cateterismos urinários desnecessários. Contribui também, para redução no número de algalias intermitentes, com consequente redução de custos e tempo despendido pelos enfermeiros, além de aumentar a satisfação pelos doentes.

O presente protocolo está indicado para contextos de obstetrícia, reabilitação e pós-operatório, no entanto, pode também ser usado nas unidades de ortopedia, ginecologia, neurologia, medicina interna e cirurgia, desde que adotados os parâmetros usados nos contextos de reabilitação e de pós-operatório, de acordo com a situação específica de cada doente. Assim, sugere-se a sua implementação nos serviços de reabilitação, ortopedia, UCPA, ginecologia, obstetrícia, neurologia, medicina interna e cirurgia.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Urrutia Egaña, M., Barrios Araya, S., Gutiérrez Núñez, M. & Mayorga Camus, M. (2014). Métodos óptimos para determinar validez de contenido. *Educación Médica Superior*, 28(3), 547-558. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412014000300014
- Jorge, M. B. (2017). *Construção e validação de protocolo de avaliação clínica para o diagnóstico de enfermagem de retenção urinária em pacientes adultos* [Tese de doutoramento, Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto]. Biblioteca Digital USP. <https://teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22132/tde-11082017-190933/pt-br.php>
- NANDA International. (2018). *Nursing diagnoses: Definitions & classification 2018-2020* (11th ed.). Thieme Publishers.
- Pimenta, C., Pastana, I., Sichier, K., Solha, R. & Souza, W. (2015). *Guia para a Construção de Protocolos Assistenciais de Enfermagem*. <http://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2016/06/Guia-para-Constru%C3%A7%C3%A3o-de-Protocolos-Assistenciais-de-Enfermagem.pdf>
- Rozados, H. (2015). O uso da técnica Delphi como alternativa metodológica para a área da Ciência da Informação. *Em Questão*, 21(3), 64-86. <http://seer.ufrgs.br/index.php/EmQuestao/article/view/58422/36043>.
- Umer, A., Ross-Richardson, C., & Ellner, S. (2015). Incidence and risk factors for postoperative urinary retention: A retrospective, observational study with a literature review of preventive strategies. *Connecticut Medicine* 79(10), 587-892. <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=7&sid=57f316c9-0973-4109-a288-c88d417136b0%40sessionmgr101&hid=102>.
- Widdall, D. A. (2015). Considerations for determining a bladder scan protocol. *JARNA: the Official Journal of the Australasian Rehabilitation Nurses' Association*, 18(3), 22-27. <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=4&sid=57f316c9-0973-4109-a288-c88d417136b0%40sessionmgr101&hid=102>.
- Wilkes, L. (2015). Using the Delphi technique in nursing research. *Nursing Standard*, 29(39), 43-49. <https://doi.org/10.7748/ns.29.39.43.e8804>

EXPERIÊNCIAS SUBJETIVAS DE SOFRIMENTO NA PESSOA COM DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÓNICA

DIOGO FILIPE GRAÇA PINTO¹
MARIA DO CÉU MESTRE CARRAGETA²

INTRODUÇÃO

As doenças respiratórias continuam a ser, a nível nacional, uma das principais causas de mortalidade e morbilidade e, contrariamente ao que acontece com outras patologias, como por exemplo as cardiovasculares, a sua prevalência tem tendência a aumentar (Direção Geral de Saúde [DGS], 2012). A doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC) é uma das principais causas de morbilidade crónica, do aumento da mortalidade e da diminuição da qualidade de vida, prevendo-se o crescimento do número de casos ao longo das próximas décadas. Estes factos alarmantes colocam a DPOC como um dos problemas de saúde pública de maior gravidade e que, segundo previsões da DGS, viria a constituir-se como uma das principais causas de morte nas primeiras décadas do século XXI.

Apesar de, tradicionalmente, a pessoa com DPOC ser avaliada exclusivamente com base em indicadores clínicos, quer em termos de diagnóstico, de determinação da gravidade da doença, quer a nível da resposta às medidas terapêuticas, atualmente é unânime que esta medição não se deve basear unicamente na função biológica, através de indicadores de doença e incapacidade, mas considerar o estado de saúde de um ponto de vista mais global (Pereira como referido por Farias, 2011). O sofrimento é um dos aspetos ao qual os profissionais de saúde devem dar atenção, pois afeta a vida da pessoa a vários níveis. Neste sentido e apesar do notório desenvolvimento da Enfermagem enquanto profissão e disciplina, muitas vezes, parece predominar o paradigma biomédico. Os profissionais focam-se sobretudo na vertente curativa, sentindo alguma dificuldade em realizar uma abordagem centrada na pessoa e no seu potencial (Sousa & Pereira, 2015).

1 MSc, Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, Adecco S.A., dpintoxd@hotmail.com

2 MSc, Professora Adjunta da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, UICISA: E, mceu@esenfc.pt

A DPOC continua a implicar a frequente comparência a consultas médicas, bem como aos serviços de urgência, em momentos de agudização da doença. Para além disso, os internamentos provocados pela patologia são frequentemente prolongados e acarretam o consumo de fármacos, bem como de oxigenoterapia e ventiloterapia no domicílio por períodos alargados. Estes fatores tornam esta doença um problema de saúde pública ao qual deve ser dada especial atenção.

Perante a realidade descrita anteriormente, surgiu este estudo que teve como objetivo geral: descrever e compreender as vivências da pessoa com DPOC e como objetivos específicos: i) descrever a percepção da pessoa com DPOC relativamente ao seu sofrimento, ii) compreender a relação existente entre o nível de sofrimento da pessoa com DPOC e fatores potencialmente influenciadores do mesmo e iii) identificar intervenções de enfermagem que promovam o alívio do sofrimento da pessoa com DPOC.

METODOLOGIA

Para o desenvolvimento do estudo surgiu a questão central desta investigação: Qual a percepção da pessoa com DPOC relativamente ao sofrimento causado pela sua situação de saúde? É um estudo que se enquadrou no domínio da investigação quantitativa, com desenho descritivo-correlacional.

Tendo em conta a problemática em estudo, os objetivos propostos e o enquadramento teórico realizado, foram formuladas as seguintes hipóteses: H1 – O nível de sofrimento dos doentes com DPOC está relacionado com a idade; H2 – O nível de sofrimento dos doentes com DPOC difere consoante o sexo; H3 – O nível de sofrimento dos doentes com DPOC difere em função do estado civil; H4 – O nível de sofrimento dos doentes com DPOC difere consoante a situação laboral; H5 – O nível de sofrimento dos doentes com DPOC difere consoante as habilitações literárias; H6 – O nível de sofrimento dos doentes com DPOC está relacionado com o tempo decorrido desde o início da doença.

Uma vez que, com este estudo, se pretendia explorar o sofrimento na DPOC e perante o enorme apoio prestado aos doentes com DPOC por parte da Associação Portuguesa de Pessoas com DPOC e Outras Doenças Respiratórias Crónicas (Respira), a amostra foi constituída pela população portuguesa diagnosticada com DPOC apoiada pela Respira. Para promover a homogeneidade da amostra, foram definidos como critérios de inclusão: i) ser portador de DPOC; ii) residir em Portugal; iii) receber apoio por parte da Respira; iv) ter idade igual ou superior a 35 anos (pois é a partir desta etapa do ciclo vital que normalmente se inicia a sintomatologia); v) saber ler e escrever. Os critérios de exclusão definidos foram: i) a pessoa ser portadora de outra doença respiratória que não a DPOC; ii) a pessoa ser incapaz de preencher o questionário. Deste modo, após contacto com 200 possíveis participantes que reuniam os critérios de inclusão definidos, a amostra final da investigação foi constituída por

47 participantes portadores de DPOC apoiados pela Respira que aceitaram contribuir para o estudo.

Quanto aos instrumentos de colheita de dados utilizados, estes foram um questionário sociodemográfico e o Inventário de Experiências Subjetivas de Sofrimento na Doença (IESSD) (Gameiro, 2000). Este último permitiu a medição de cinco dimensões de sofrimento: psicológico, físico, existencial, sócio-relacional e as experiências positivas do sofrimento.

Todos os aspetos legais e éticos foram respeitados. Foi obtido parecer favorável da Comissão de Ética da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra e da Associação Respira com base nos dados obtidos através dos associados da mesma. Após contacto com todos os possíveis participantes do estudo, aqueles que aceitaram e que constituíram a amostra assinaram o consentimento informado, tendo a colheita de dados sido feita de forma anónima e voluntária. Os dados recolhidos foram submetidos a processos de análise estatística e inferencial, para a qual se recorreu ao programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 23.0.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Após a colheita e análise de dados, foi possível verificar que os valores de média aritmética ponderada, relativos às várias dimensões de sofrimento do IESSD, encontram-se aproximados do valor intermédio da escala (3), sendo o valor mais elevado relativo à perceção do sofrimento psicológico e o valor mais baixo relativo à perceção do sofrimento existencial. Também Gameiro (2000), no seu estudo onde avalia as várias dimensões de sofrimento em situação de doença, obtém resultados semelhantes e, para o autor, este é o reflexo da organização tradicional dos cuidados de saúde, onde continua a verificar-se uma clara tendência de prioridade do alívio do sofrimento físico, enquanto que o sofrimento psicológico e o sócio-relacional são deixados para segundo plano. Esta é uma realidade vivida não só a nível hospitalar, mas também a nível domiciliário, realidade analisada nesta investigação. Verifica-se um apoio deficiente prestado pelos cuidados de saúde primários, pois “é consensual que a prestação de cuidados de saúde mental tem sido subalternizada relativamente à prestação de cuidados de saúde física” (DGS, 2010, p. 17). A intervenção médica foca-se sobretudo na prescrição farmacológica, sendo escassa a intervenção psicoterapêutica. A falta de capacidade do sistema em dar resposta a este tipo de necessidades pode constituir a justificativa para o facto de, neste estudo, o sofrimento psicológico ser a dimensão de sofrimento com valor mais elevado (DGS, 2010).

Ao testar a H1 verificou-se que apenas existe correlação estatisticamente significativa entre a dimensão sócio-relacional e a idade. Constata-se através dos resultados obtidos que quanto maior a idade menor o nível de sofrimento sócio-relacional, ou seja, os doentes mais jovens são os que apresentam maiores níveis de sofrimento. Apesar de não existir relação significativa entre a idade e as restantes dimensões de sofrimento, os resultados apontam também para

uma correlação negativa a nível global, psicológico e das experiências positivas de sofrimento, o que pode indicar que nestas dimensões quanto maior a idade menor o sofrimento. A nível do sofrimento físico e existencial observou-se para esta amostra uma correlação positiva, ou seja, quanto maior a idade, maior o nível de sofrimento nestas dimensões. O sofrimento sócio-relacional pode estar relacionado com alterações afetivo-relacionais (separação das pessoas amadas, sofrimento empático e/ou perda da capacidade de desempenhar os seus papéis na família, entre outros) e/ou com alterações sócio-laborais (alterações do estatuto e papéis socioprofissionais, perdas de remuneração, entre outros) (Gameiro, 2006). Podemos associar esta correlação negativa ao facto da DPOC gerar alterações no seio familiar, social e profissional, o que constitui uma fonte de sofrimento, especificamente para a população mais jovem. Numa etapa do ciclo vital onde, em condições normais, as pessoas apresentam independência, vitalidade, esperança no futuro, ver-se confrontado com uma série de obstáculos, pode gerar um misto de sentimentos na pessoa doente. Preocupações com a incapacidade em trabalhar e, conseqüentemente, com as alterações a nível da remuneração que constitui o sustento familiar, podem ser frequentes. No estudo realizado por Felício (2012) sobre as vivências da pessoa com DPOC, os participantes referiram sentimentos de impotência e ansiedade relativamente ao seu futuro, que conduzem ao isolamento. A incapacidade e dependência de terceiros traduziu-se, segundo a autora, em sentimentos de tristeza, frustração, irritabilidade e inutilidade ao serem realizadas comparações da vida antes e numa fase inicial da doença. As alterações nos papéis familiares, em parte podem contribuir para a pessoa doente se sentir mais confortada e auxiliar na superação de dificuldades, no entanto, podem ser geradoras de sentimentos de apreensão para com o cuidador, devido ao facto de o doente se sentir cada vez mais dependente e mais difícil de cuidar. Também é feita referência à dificuldade em aceitar o facto de deixar o emprego, muitas vezes necessário, sobretudo numa fase da vida ativa e no auge económico. Para além disso, a sensação de ocupação que o trabalho proporciona, deixa de existir. A participação social também fica alterada, devido à sintomatologia da doença, pois os doentes referem vergonha pelos aspetos visíveis da mesma, conduzindo ao isolamento, como forma de defesa do sentimento de estigma.

Das restantes análises realizadas, não se verificaram outras correlações, no entanto, para a presente amostra foi possível verificar as relações existentes, o que pode ser um início para novos estudos na área. Quanto à variável sexo, os elementos do sexo masculino apresentam níveis superiores de sofrimento nas dimensões de sofrimento global, psicológico, existencial e socio-relacional. Os elementos do sexo feminino apresentam níveis de sofrimento físico superiores e também apresentam maiores níveis relativamente às experiências positivas de sofrimento. No que diz respeito à variável estado civil, constatou-se que os elementos casados ou em união de facto apresentam maiores níveis de sofrimento global, psicológico, existencial e socio-relacional, assim como maiores níveis no que diz respeito às experiências positivas de sofrimento. A situação inverte-se na dimensão de sofrimento físico, onde se observa maior nível nos elementos não casados. Relativamente à dimensão situação laboral, os participantes desempregados e reformados apresentam maiores níveis de sofrimento global, psicológico, físico e existencial. Já os participantes no ativo, manifestam maiores níveis de sofrimento socio-relacional e de experiências positivas de sofrimento. Na variável habilitações literárias verifica-se que à exceção das experiências positivas de sofrimento, os elementos com menor

escolaridade apresentam maiores níveis de sofrimento. Quanto aos anos com DPOC, não foi possível estabelecer uma correlação com as várias dimensões de sofrimento.

Apesar de não ser possível extrapolar grande parte dos resultados obtidos para a população alvo, este estudo permite a consciencialização para uma temática por vezes esquecida nos cuidados de saúde: as várias dimensões de sofrimento do doente. É importante que os enfermeiros estejam despertos para esta situação e que desenvolvam estratégias que permitam apoiar estes doentes nas várias dimensões do seu sofrimento. Estas estratégias devem contribuir para uma transição saúde doença equilibrada promovendo uma adaptação serena à sua nova condição de saúde, minimizando as limitações que esta acarreta em diversos aspetos da vida da pessoa, evitando a exacerbação da doença e o desenvolvimento de complicações associadas à mesma. A atuação dos profissionais de saúde não se deve cingir apenas à vertente física, mas ao ser humano como um todo. O alívio do sofrimento da pessoa doente implica que o enfermeiro seja detentor de competências científicas, técnicas, humanísticas e relacionais, que vão sendo adquiridas ao longo dos anos e através do contacto diário com as pessoas. É necessário que o enfermeiro e o doente, durante este processo, desenvolvam uma relação em que ambos desempenham um papel ativo na procura de concretização de objetivos comuns, baseada na cooperação e partilha. É essa relação que vai constituir o instrumento principal para o alívio do sofrimento (Martins, 2010).

CONCLUSÃO

As doenças crónicas e o aumento da sua prevalência na sociedade atual constituem uma realidade alarmante que deve ser encarada de forma minuciosa, visando a prevenção das mesmas. Para isso deve existir um planeamento cuidado que permita aos profissionais de saúde sinalizarem, atuarem e avaliarem situações de risco com a maior brevidade possível. São várias as doenças incluídas no grupo de principais causadoras de mortalidade e morbidade mundial, como é o caso das doenças respiratórias, nomeadamente a DPOC.

Os dados obtidos através desta investigação permitiram comprovar a necessidade de reforçar o apoio a estas pessoas e famílias, não só em momentos de exacerbação da sintomatologia, mas também em momentos de não agudização da doença. Torna-se fundamental que os profissionais de saúde recebam formação específica sobre a temática de forma a melhorar a sua prestação não só perante a pessoa doente, mas também junto da população em geral no sentido de identificarem novos casos. É importante que se desenvolvam programas de apoio domiciliário a estes doentes, pois sendo esta uma patologia incapacitante, cabe às equipas de saúde contribuir para uma melhor adaptação à situação de doença. Estes programas devem ser constituídos por uma equipa multidisciplinar (médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, psicólogos e terapeutas ocupacionais), no sentido de promover uma melhor qualidade de vida. As equipas não se devem focar apenas na componente fisiológica da doença, mas encará-la como incapacitante a vários níveis. Para além disso, torna-se imprescindível que haja uma maior

divulgação das sessões de cessação tabágica levadas a cabo pelas unidades de cuidados de saúde primários, para que o fumador, com DPOC ou não, tome conhecimento das mesmas e tenha a iniciativa de participar nelas.

É fundamental que o enfermeiro dê igual importância às várias dimensões de sofrimento. Habitualmente é no sofrimento físico que se focam os cuidados de enfermagem à pessoa com DPOC. O enfermeiro, quando trata pessoas com esta patologia está desperto para questões como a dispneia, a tosse ou o cansaço, não dando igual importância a outras como o ambiente familiar, a vida profissional e em sociedade ou a realização pessoal. A pessoa deve ser encarada como um todo e não como a soma das partes. Deve haver disponibilidade por parte das equipas de enfermagem para conhecer as pessoas, os seus dilemas e as suas dificuldades e nesse sentido, estabelecer uma relação de ajuda de forma a que o doente sinta que está a ser acompanhado e compreendido. Esta disponibilidade é fundamental no processo de adaptação à nova condição de saúde. Se a pessoa se sente acompanhada, mais facilmente colaborará na procura de estratégias de alívio de sofrimento.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Direção Geral de Saúde. (2010). *Cuidados de saúde primários: Reforçar, expandir*.
- Direção Geral de Saúde. (2012). *Programa nacional para as doenças respiratórias 2012-2016*.
- Farias, G. M. (2011). *Qualidade de vida da pessoa com DPOC* [Dissertação de mestrado, Escola Superior de Saúde de Viseu]. Repositório Científico do Instituto Politécnico de Viseu. <http://hdl.handle.net/10400.19/1625>
- Felício, A. (2012). *Vivências da pessoa com doença pulmonar obstrutiva crónica* [Dissertação de mestrado, não publicada]. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.
- Gameiro, M. (2000). IESSD: Um instrumento para a abordagem do sofrimento na doença. *Revista de Enfermagem Referência*, 4, 57-66.
- Gameiro, M. (2006). O sofrimento na doença: Apresentação de um modelo facilitador do “pensar o sofrimento” e da organização das intervenções de alívio. In *Arte(s) de cuidar: Ciclo de Colóquios: Cultura e doença mental, o poder do outro, dor e sofrimento* (pp. 135-153). Lusociência.
- Martins, M. C. (2010). *Aliviando o sofrimento: O processo de acompanhamento de enfermagem ao doente em final de vida* [Tese de doutoramento, Universidade de Lisboa]. Repositório da Universidade de Lisboa. <http://hdl.handle.net/10451/3185>
- Sousa, M., & Pereira, F. (2015). O refletir das práticas dos enfermeiros na abordagem à pessoa com doença crónica. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(6), 55-63. <http://dx.doi.org/10.12707/RIV14069>

SATISFAÇÃO DOS UTENTES COM OS CUIDADOS DE ENFERMAGEM NA CONSULTA DE HIPERTENSÃO PULMONAR

SANDRA MARIA PAIVA PINTO MENDES¹
ISABEL MARIA HENRIQUES SIMÕES²

INTRODUÇÃO

A Hipertensão Pulmonar (HP) é uma entidade hemodinâmica e fisiopatológica, definida como o aumento da pressão arterial pulmonar média e classificada em cinco subgrupos conforme a etiologia. A Hipertensão Arterial Pulmonar (HAP) é um dos subgrupos, é considerada uma doença rara com uma sobrevida curta. Nas últimas décadas houve uma evolução exponencial no seu tratamento, com o surgimento de vários fármacos, que prolongam a sobrevida dos doentes e melhoram a sua qualidade de vida. O enfermeiro tem um papel fundamental no seu acompanhamento, nomeadamente na adesão e gestão do regime terapêutico (Reis et al., 2010).

A satisfação dos utentes com os cuidados de saúde reflete as suas perspetivas, sendo a sua avaliação indispensável para identificar problemas passíveis de serem corrigidos, conhecer as expectativas em relação aos cuidados e organização dos serviços de saúde.

Numa perspetiva da qualidade dos cuidados de enfermagem, importa conhecer a satisfação dos utentes com os cuidados e, concretamente, com o acompanhamento que é feito pelos enfermeiros na consulta de HP. Assim, foi objetivo deste estudo conhecer a satisfação dos utentes seguidos na consulta de HP de um hospital do centro do país com os cuidados de enfermagem. Tendo por base este objetivo, pretendeu-se conhecer a satisfação dos utentes com a qualidade na assistência, a individualização da informação, o envolvimento do utente, a informação de recursos, a formalização da informação e a promoção do elo de ligação enfermeiro/utente/família. Foi ainda, analisado em que medida as variáveis sociodemográficas idade, habilitações literárias e o sexo influenciavam a satisfação dos utentes.

Foram garantidos todos os procedimentos ético-legais inerentes a investigações desta natureza.

1 MSc Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, smpmendes@gmail.com

2 MSc Família e Sistemas Sociais, Professora Adjunta da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, isabels@esenfc.pt

METODOLOGIA

Partindo da questão de investigação: Qual a satisfação dos utentes seguidos na consulta de HP de um hospital do centro do país com os cuidados de enfermagem? Desenvolveu-se um estudo quantitativo, transversal, descritivo-correlacional. A amostra foi não-probabilística, acidental por conveniência, constituída por 46 utentes com HAP ou hipertensão pulmonar tromboembólica crónica, seguidos na consulta de enfermagem de HP, entre 1 de julho a 25 de setembro de 2014. Para a colheita de informação, além do questionário sociodemográfico utilizou-se uma adaptação da escala SUCECS26 (Ribeiro, 2003). Trata-se de um questionário de auto-resposta com 26 questões, relativas a seis dimensões da satisfação, que correspondem aos objetivos específicos definidos neste estudo. Foi pedido aos participantes que se situassem numa das quatro opções de resposta (sempre, às vezes, nunca e não se aplica). O valor da satisfação global resultou da soma das médias ponderadas das seis dimensões. O instrumento incluía ainda, duas questões abertas, uma onde foi pedido aos participantes que apontassem temas que gostariam de ver desenvolvidos na consulta e, outra, para sugestões de melhoria.

RESULTADOS

Os participantes eram maioritariamente do sexo feminino (84,8%), casados (54,3%), com idades entre 22 e 86 anos, sendo a faixa etária predominante dos 51 aos 60 anos (21,7%), com média de 51,2 anos. A maioria tinha baixo nível de escolaridade (54,4%) e maioritariamente eram reformados (56,5%). 71,7% dos utentes vinham acompanhados por familiar à consulta e percorriam uma distância média de 100,89 km, desde a sua residência ao local da consulta.

A satisfação global dos utentes seguidos na consulta de HP com os cuidados de enfermagem foi de 88,62%, com um desvio padrão de 12%, refletindo a heterogeneidade nas respostas e, consequentemente na satisfação.

Todas as dimensões apresentaram valores superiores a 75,36% de satisfação, mas com diferenças nas seis dimensões da escala SUCECS26. Salienta-se a dimensão "qualidade na assistência", com valores mais elevados de satisfação (98,39%) e razoável convergência de respostas (desvio padrão 5,33%) e, a "formalização da informação" com valor mais baixo (75,36%), mas com grande variabilidade de respostas (desvio padrão 29,13%). As dimensões "promoção de elos de ligação" e "informação dos recursos", surgiram com 82,13% e 82,61%, respetivamente, apresentando desvios padrões similares (23,25% e 22,43%). Já as dimensões "individualização da informação" e "envolvimento do utente", apresentaram valores elevados de satisfação de 96,62%, com heterogeneidade nas respostas relativamente baixas, entre 6,47% e 9,62%.

Na dimensão qualidade na assistência, constituída por 9 questões, a satisfação nos cuidados foi superior a 91,3%, salientando-se as questões "Sentiu que os enfermeiros o atenderam com simpatia?" e "Sentiu que os enfermeiros o colocavam à vontade para pôr as suas dúvidas?" que obtiveram 97,8% de concordância (*sempre*), onde apenas um utente (2,2%) referiu que só acontecia às vezes. A questão "Acha que os enfermeiros demonstravam ter paciência no atendimento dos utentes?" foi a que obteve valor mais baixo, contudo 91,3% dos participantes a referiu que acontecia *sempre*.

Em relação à dimensão individualização da informação, constituída por seis questões, os valores de satisfação foram $\geq 87\%$. A questão “Os enfermeiros procuraram explicar-lhe as coisas de forma compreensível?” apresentou valores de satisfação mais elevados (97,8%), enquanto as questões “Os enfermeiros procuraram saber se compreendeu bem e se necessário voltavam a repetir a informação?” e “Relativamente à forma como os enfermeiros explicavam as coisas (linguagem utilizada, a preocupação em repetir caso não compreendesse, a preocupação em saber se tinha mesmo percebido)” foi onde houve menor satisfação, mas mesmo assim, francamente positiva com 87% dos participantes a referirem que acontecia *sempre*.

Composta por três questões, a dimensão envolvimento do utente, apresentou valores de 91,3% nas questões “Os enfermeiros tinham em conta a sua opinião relativamente aos cuidados de enfermagem que lhe prestavam?” e “Relativamente à disponibilidade dos enfermeiros (para o ouvir, ou mesmo para lhe resolver alguma situação relacionada com o serviço)”. A questão “Relativamente ao conhecimento que os enfermeiros tinham sobre os cuidados que necessitava”, apresentou satisfação mais baixa (89,1%), havendo 2,2% a referir *nunca* foi envolvido nos cuidados.

A dimensão informação dos recursos, com três questões, apresentou valores superiores a 56,5% de satisfação no que concerne à transmissão de informação sobre os recursos disponíveis. “Na consulta, os enfermeiros preocuparam-se em o informar sobre o funcionamento da consulta (horários de atendimento, localização, etc.)?” foi a questão com satisfação mais elevada (89,1%), contudo 2,2% referiu não ter recebido informação sobre o funcionamento da consulta. Já a questão “Os enfermeiros preocupavam-se em transmitir-lhe informação sobre os serviços que tem à sua disposição (ex. centro de saúde, serviços sociais, etc.)”, apresentou satisfação mais baixas (56,5%), havendo mesmo 6,5% a referir *nunca* foram informados outros serviços disponíveis.

Na dimensão formalização da informação, apenas com duas questões, a questão “Os enfermeiros preocupavam-se em dar-lhe informação escrita sobre os assuntos que informam ou explicam (panfletos, livros, ou mesmo escrever em papel coisas que são importantes para a si)?” foi a que obteve menor nível da satisfação de toda a escala com 47,8%, em que 15,2% dos inquiridos referiram *nunca* ter recebido informação escrita. Já “Na consulta, os enfermeiros preocuparam-se em explicar-lhe quais os seus direitos e deveres como utente da consulta?” a satisfação foi de 60,9%.

A dimensão promoção de elo de ligação teve valores de satisfação superiores a 67%, salientando-se a questão “Quando necessita, é fácil contactar com os enfermeiros da consulta (para marcar consulta, para lhe colocar as suas dúvidas)?”, em que 71,1% dos utentes referiu ser fácil contactar os enfermeiros da consulta. Na questão “Relativamente à informação, os enfermeiros preocupavam-se em envolver os seus familiares ou as pessoas mais próximas (explicando a sua situação e como o podiam ajudar quando necessitava)?” apenas 67,4% dos utentes responderam *sempre*.

Da análise inferencial, que procurou identificar se a satisfação estava associada à idade, habilitações literárias e sexo dos participantes, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas.

Nas questões abertas, uma sobre temas que gostariam de ver desenvolvidos na consulta e outra reservada a sugestões, na primeira a informação sobre a doença HP e exercício físico/gestão do esforço foram as temáticas que obtiveram maior consenso (48,8%) entre os participantes, seguida dos efeitos secundários da medicação com 21,21%. Dos 46 participantes apenas 17 preencheram o espaço das sugestões e, destes, 14 referiram não haver nada a melhorar, dois diminuição do tempo de espera na consulta e um que as queixas fossem mais valorizadas.

DISCUSSÃO

A satisfação global dos utentes seguidos na consulta de HP com os cuidados de enfermagem foi de 88,62%, concluindo assim, que os utentes estão satisfeitos com os cuidados de enfermagem. Comparando estes resultados, com os obtidos noutros estudos, que utilizaram a mesma escala, os valores de satisfação foram mais elevados (88,62%), Ribeiro (2003) encontrou valores de satisfação de 66,51%, Alves (2007) 76,75%, Alves (2012) 85,77% e Seabra (2014) 83,3%. Segundo Seabra (2014) os utentes tendem a ter níveis de satisfação mais elevados com os cuidados de enfermagem, quando são prestados por enfermeiros com competências acrescidas na área dos cuidados. A equipa de enfermeiros da consulta, onde foi realizado o presente estudo, tem uma vasta experiência no cuidado aos doentes com hipertensão pulmonar, pelo que se acredita que tenha competências diferenciadas neste domínio.

A dimensão qualidade na assistência obteve o valor mais elevado da escala (98,36%) o que corrobora o obtido por Ribeiro (2003), no estudo realizado num centro de saúde, com valores de satisfação de 93,84%. Nas dimensões individualização da informação e envolvimento do utente obtiveram-se também valores elevados de satisfação (96,62%), encontram-se alinhados com os do estudo de Alves (2012) sobre os cuidados de enfermagem de reabilitação no domicílio, que obteve valores de satisfação de 99,02% e 99,84% respetivamente. Também a dimensão informação dos recursos obteve valores de satisfação muito superiores (82,61%) aos obtidos por Alves (2007) de 12,8%. A dimensão formalização da informação apresentou valor mais baixo neste estudo (75,36%), no entanto, superior ao dos estudos de Ribeiro (2003) e Alves (2012) com 42,22% e 45,27% respetivamente. No entanto, 15,2% dos participantes desta investigação, afirmaram que nunca lhe foi dada informação escrita, sendo esta uma área que deve ser melhorada.

Da totalidade dos participantes neste estudo, 48,48% gostariam que fossem fornecidas, durante a consulta, mais informações sobre a doença HP e, desenvolvidos ensinamentos sobre exercício físico e gestão do esforço (48,8%).

Tal como no estudo efetuado por Lopes (2013), não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre satisfação com os cuidados de enfermagem e idade, sexo e habilitações literárias dos utentes.

CONCLUSÃO

Podemos concluir que a satisfação dos utentes com os cuidados de enfermagem na consulta de HP é elevada. Todas as seis dimensões da escala apresentaram valores de satisfação superiores a 75,36%.

A dimensão qualidade na assistência foi a que congregou valores de satisfação mais elevados, destacando-se a satisfação dos utentes em relação à simpatia dos enfermeiros no atendimento, e de como estes os colocavam à vontade para o esclarecimento de dúvidas. As dimensões formalização da informação e informação dos recursos, evidenciaram-se pela negativa, quer no fornecimento de informação escrita, como na transmissão da informação sobre os serviços disponíveis, obtendo-se aqui valores mais baixos de satisfação de toda a escala. Estes resultados permitem identificar áreas lacunares que necessitam por isso de maior investimento. No entanto, podemos afirmar que a satisfação dos utentes é mais elevada quando comparada com outros estudos que utilizaram a mesma escala. Acredita-se que esta satisfação se prenda com o facto de os cuidados de enfermagem serem prestados por profissionais com larga experiência na área de cuidados de HP e, por isso, com competências específicas nesta área. Contudo, os resultados revelam que os utentes gostariam que fossem fornecidas durante a consulta mais informações sobre a doença HP, exercício físico e gestão do esforço e complementar a informação oral com informação escrita.

Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas, que permitam indicar a existência de relação entre a satisfação com os cuidados de enfermagem dos utentes e a idade, o sexo e as habilitações literárias.

Identificam-se limitações na presente investigação, que se prendem com as características da amostra (não-probabilística e reduzida), associadas ao facto de os questionários terem sido preenchidos na consulta, o que pode ter condicionado as respostas dos participantes. Acreditamos que os resultados obtidos sejam importantes no planeamento estratégico da consulta de enfermagem, garantindo uma maior satisfação dos utentes e qualidade dos cuidados.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alves, F. (2012). *O contributo dos cuidados de enfermagem de reabilitação na pessoa com dependência em contexto de cuidados de saúde primários* [Dissertação de mestrado, Escola Superior de Enfermagem do Porto]. RCAAAP. <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/9295>
- Alves, M. (2007). *O serviço de atendimento permanente: Satisfação dos utentes com a assistência em enfermagem* [Dissertação de mestrado, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar]. Repositório Aberto Universidade do Porto. <http://hdl.handle.net/10216/7148>
- Lopes, S. (2013). *Satisfação dos utentes com os cuidados de enfermagem na Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados de Eiras* [Dissertação de mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra]. Repositório Científico Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. <http://repositorio.esenfc.pt>

- Reis, A., Rocha, N., Barros, R., Martins, A., Oliveira, F., Diogo, A. N., Silva, A. M., Alvares, S., Shiang, T., Castro, G., & Agapito, A. (2010). Recomendações para a abordagem clínica do doente com hipertensão pulmonar. *Revista da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna*, 17(4), S7-S85. <https://www.redalyc.org/pdf/1697/169715132002.pdf>
- Ribeiro, A. (2003). *Satisfação dos utentes com os cuidados de enfermagem: construção e validação de um instrumento de medida* [Trabalho para concurso de Provas Públicas para Professor coordenador, Escola Superior de Enfermagem de S. João, Porto].
- Seabra, P. (2014). *Indicadores de resumo sensíveis aos cuidados de enfermagem com pessoas consumidoras de drogas* [Tese de doutoramento, Universidade Católica Portuguesa]. Veritati - Repositório Institucional da Universidade Católica Portuguesa. <http://hdl.handle.net/10400.14/18351>

INFLUÊNCIA DA INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM NA PROMOÇÃO DE COMPORTAMENTOS SAUDÁVEIS DA PESSOA SUBMETIDA A CIRURGIA CORONÁRIA

DORA RAQUEL MARTINS LEDO¹
PAULO ALEXANDRE CARVALHO FERREIRA²
ARMANDO MANUEL MARQUES SILVA³

INTRODUÇÃO

As doenças crónicas não transmissíveis (DCNT) são doenças multifatoriais que se desenvolvem no decorrer da vida e que se caracterizam por serem de longa duração, sendo as quatro maiores, as doenças cardiovasculares, o cancro, a doença pulmonar obstrutiva crónica e a diabetes que são responsáveis por 77% das doenças e 86% das mortes na Europa, contribuindo para a maioria das doenças evitáveis e a morte na região europeia da Organização Mundial da Saúde (OMS, 2012).

A mesma entidade no seu plano de ação para o controlo e prevenção das DCNT identifica como fatores de risco comuns às quatro mais importantes DCNT: o consumo de tabaco; de álcool; a inatividade física e a dieta desadequada (OMS, 2012).

Neste contexto a pessoa com doença coronária e que será submetida a cirurgia deverá compreender que a cirurgia melhora o fluxo de sangue no coração, mas não evita que a doença coronária mantenha a sua evolução. Para reduzir este risco é muito importante que haja uma alteração no estilo de vida. Esta alteração do estilo de vida pode ser baseada em diversas estratégias nomeadamente na educação em saúde e na capacitação da pessoa.

Tendo em conta esta realidade e sabendo que no contexto onde se prevê realizar o estudo, a educação para a saúde realizada pelo enfermeiro para a adoção de comportamentos saudáveis, à pessoa submetida a cirurgia coronária não é realizada de forma personalizada, estruturada e

1 MSc, Enfermeira Especialista em Enfermagem Medico-Cirúrgica no Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, doraledo@gmail.com

2 PhD, Professor adjunto na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, UICISA: E, palex@esenfc.pt

3 PhD, Professor adjunto na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, UICISA: E, armandos@esenfc.pt

sistemática, existe um campo de atuação autónomo a melhorar. No contexto referido, os ensinamentos são efetuados pontualmente, pela equipa de enfermagem e restante equipa multiprofissional, mas sem um plano estruturado.

Desta forma, o objetivo do estudo é avaliar a influência da intervenção educativa personalizada de enfermagem na promoção de comportamentos saudáveis da pessoa submetida a cirurgia coronária, nomeadamente ao nível do comportamento alimentar, atividade física, consumo de álcool e tabaco e consequentemente sobre os valores antropométricos (índice de massa corporal e perímetro da cintura).

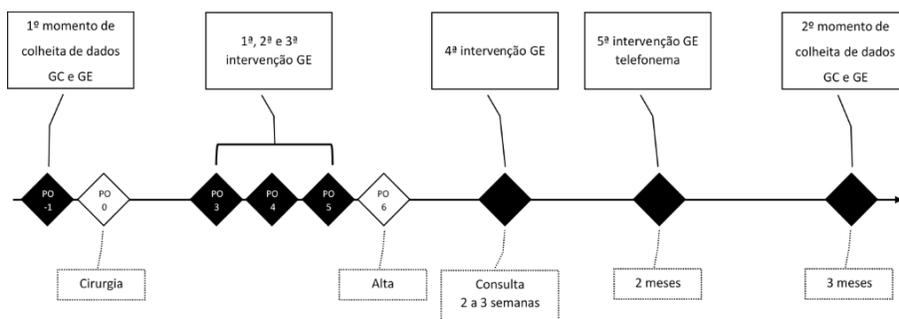
METODOLOGIA

Desenvolveu-se um estudo quantitativo, longitudinal, do tipo quase experimental, com medição antes e depois, com grupo de controlo (GC). O tipo de amostragem foi não probabilístico acidental, tendo como critérios de inclusão: adultos, conscientes e orientados, com capacidade para ler e responder por escrito, sem comorbilidades que interferissem na avaliação e com residência no distrito de Coimbra, Viseu, Leiria e Aveiro. As variáveis dependentes do estudo são: o comportamento alimentar avaliado pela Escala de Hábitos Alimentares (EHA); a atividade física avaliada pelo Questionário da Atividade Física Habitual (QAFH); o consumo de álcool avaliado pelo Teste de Identificação das Perturbações do Consumo de Álcool (AUDIT-C); o consumo de tabaco avaliado pelo Teste de Fagerstrom sobre a Dependência Tabágica (TFDT) e os valores de Índice de Massa Corporal (IMC) e de Perímetro da Cintura (PC).

O desenho da intervenção educativa é representado na imagem seguinte.

Figura 1

Representação Esquemática do Desenho do Estudo e da Intervenção Educativa



Os dados obtidos foram introduzidos num ficheiro SPSS (Statistical Package for Social Sciences), versão 23. Para análise estatística recorreu-se a testes não-paramétricos. Foi considerado

como estatisticamente significativo um valor de $p < 0,05$. Obteve-se a autorização do Conselho de Administração/Comissão de Ética (CHUC-073-15; registo nº 8910 PCA de 4/11/2015). Os participantes foram esclarecidos sobre as condições e os objetivos de investigação e foi assinado individualmente, e de forma livre, o consentimento informado.

RESULTADOS

No estudo participaram 40 indivíduos, sendo que 20 pertencem ao GC e 20 pertencem ao grupo experimental (GE). A média de idades da amostra é de 67,35 anos. A amostra é constituída maioritariamente por indivíduos do sexo masculino (31 indivíduos), que compõem 77,5% da amostra. Relativamente ao estado civil verifica-se que os indivíduos são maioritariamente casados ou vivem em união de facto (70% dos participantes). Relativamente ao grau de escolaridade, os dados indicam que a maior parte dos indivíduos (52,5%) concluiu apenas o 1º ciclo do ensino básico. A situação profissional revela que 75% dos indivíduos se encontra em situação de reforma.

Relativamente aos antecedentes de saúde pessoais, verifica-se que 77,5% dos participantes apresentam dislipidemia, 82,5% apresentam hipertensão, 40% são diabéticos, 7,5% já apresentou um episódio de acidente vascular cerebral e 27,5% já apresentou um episódio de enfarte agudo do miocárdio. Relativamente aos dias de internamento, os indivíduos da amostra apresentam uma média de 6 dias de internamento.

A hipótese do presente estudo relativa ao consumo de tabaco não pode ser testada, face à ausência de consumo de tabaco por parte dos indivíduos do GE, há pelo menos mais de um ano, não sendo por essa razão apresentado o valor da escala acerca do consumo de tabaco (TFDT). A tabela seguinte resume parte da estatística descritiva e a soma da estatística inferencial das variáveis dependentes.

Tabela 1

Síntese dos Principais Resultados

Variáveis		T0 Med.	T1 Med.	Melhoria Entre grupos T0	Significância Estatística			
					Entre grupos T1	No GC	No GE	
EHA (pontos)	GC	3,689	3,878	Sim	Não $p=0,279$	Sim $p=0,044$	Sim $p=0,006$	Sim $p=0,000$
	GE	3,743	4,081	Sim		Sim $p=0,029$	Não $p=0,422$	Sim $p=0,002$
QAFH (pontos)	GC	2,250	2,500	Sim	Não $P=0,123$	Sim $p=0,029$	Não $p=0,422$	Sim $p=0,002$
	GE	2,500	2,938	Sim		Não $p=0,118$	Não $p=0,863$	Sim $p=0,008$
AUDIT-C (pontos)	GC	4,00	3,50	Sim	Não $p=0,118$	Não $p=0,863$	Sim $p=0,008$	Não $p=0,250$
	GE	2,00	2,00	Não				

IMC (kg/m ²)	GC	27,625	27,785	Não	Não p=0,314	Não p=0,899	Não p=0,251	Não p=0,135
	GE	28,135	27,550	Sim				
PC (cm)	GC	97,00	97,00	Igual/ Não(1)	Não p=0,337	Não p=0,507	Não p=0,828	Não p=0,079
	GE	102,50	98,50	Sim				

¹ agravamento nas classes de risco metabólico.

DISCUSSÃO

Em síntese os resultados podem não ter significação estatística e ter significação clínica. Esta última implica que um resultado pode ser útil na prática profissional. Assim pode referir-se que:

- Hipótese 1: Os indivíduos sujeitos à intervenção educativa de enfermagem, apresentam uma melhoria da alimentação face aos indivíduos não sujeitos à mesma. Hipótese não confirmada, mas com significância clínica.

Os indivíduos sujeitos à intervenção educativa de enfermagem apresentaram uma melhoria significativa da alimentação assim como os indivíduos não sujeitos à mesma, apesar de maior significado estatístico no GE. Esta maior significância estatística evidencia uma importante melhoria clínica.

Vários estudos atestam o papel positivo da intervenção educativa neste contexto, como é o caso italiano com indivíduos com doença coronária que demonstrou o papel importante de uma intervenção educativa individual, dirigida à alimentação, como complemento efetivo de um programa mais global (Luisi et al., 2015). Também a revisão da literatura realizada por Cole et al.(2011) acerca do efeito de intervenções que visam alterações na alimentação para prevenção secundária da doença coronária sugerem melhorias neste fator de risco modificável, assim como na redução da mortalidade e dos eventos cardíacos fatais. Lin et al. (2009), que apresentam um desenho de investigação muito semelhante ao presente estudo e com a mesma tipologia de indivíduos, desenvolvido em Taiwan, refere que aos três meses, após a alta hospitalar e no que se refere ao comportamento alimentar, existe uma diferença significativa entre o GE e o GC. Contudo, também referem que ambos os grupos sofreram melhorias significativas quando os compara antes da cirurgia e após três meses. Estes resultados corroboram assim os resultados obtidos no presente estudo.

- Hipótese 2: Os indivíduos sujeitos à intervenção educativa de enfermagem, apresentam uma melhoria da atividade física face aos indivíduos não sujeitos à mesma. Hipótese confirmada.

Da estatística inferencial, verifica-se que os indivíduos sujeitos à intervenção educativa de enfermagem apresentaram uma melhoria significativa da atividade física, contrariamente aos indivíduos não sujeitos à mesma. Desta análise podemos referir que parece haver um contributo

positivo da intervenção educativa na melhoria da atividade física dos indivíduos.

Os estudos acerca da influência de intervenções educativas na atividade física destes indivíduos corroboram o resultado encontrado. É o caso da, já referenciada, revisão da literatura realizada por Cole et al. (2011), acerca do efeito de intervenções que visam alterações no exercício físico para prevenção secundária da doença coronária. Também o estudo, já referenciado, de Lin et al. (2009) refere que aos três meses após a alta hospitalar, a atividade física no GE é significativamente mais elevada do que no grupo controlo. Igualmente, Safabakhsh et al. (2016), apresentaram resultados positivos na dimensão da atividade física, quando compara as diferenças entre os grupos após a intervenção, resultado semelhante ao aqui encontrado.

A atividade física parece ser um dos comportamentos mais suscetíveis de ser modificado através da intervenção educativa, como apresentado nos resultados dos estudos referidos e com os quais a presente investigação se alinha.

- Hipótese 3: Os indivíduos sujeitos à intervenção educativa de enfermagem, apresentam uma diminuição do consumo de álcool face aos indivíduos não sujeitos à mesma. Hipótese não confirmada;

Da análise inferencial, verifica-se que os indivíduos sujeitos à intervenção educativa não apresentaram uma diminuição significativa do consumo de álcool, contrariamente aos indivíduos não sujeitos à mesma. Desta análise podemos referir que parece não haver um contributo positivo da intervenção educativa para a melhoria deste comportamento.

Existem escassos estudos nestes contextos que abordem especificamente o consumo de álcool. Alguns deles abordam o consumo de álcool como parte integrante dos hábitos alimentares. Desta forma, torna-se difícil discutir os resultados encontrados. No entanto, a própria OMS indica que na área da prevenção, a ênfase na educação e informação, deve concentrar-se na perceção do que significa o uso nocivo do álcool e consequentes riscos para a saúde, mesmo quando as evidências indicam que o impacto de programas educativos sobre o uso nocivo do álcool é pequeno (OMS, 2010).

- Hipótese 5: Os indivíduos sujeitos à intervenção educativa de enfermagem, apresentam uma diminuição do IMC e do PC face aos indivíduos não sujeitos à mesma. Hipótese não confirmada, mas com significância clínica;

Da análise inferencial verifica-se que os indivíduos sujeitos à intervenção educativa de enfermagem constituem o único grupo que apresentou melhorias dos valores de IMC e do PC, apesar de não significativas. Desta análise podemos referir que parece haver um contributo positivo da intervenção educativa na redução do IMC e do PC dos indivíduos.

O estudo de Lin et al. (2009) também não encontrou diferenças significativas entre os grupos experimental e de controlo no que respeita ao IMC, apesar de referir que existiu uma evolução positiva no tempo. Também Murphy et al. (2013), referem encontrar modestas, apesar de importantes, alterações no PC no GE, aos 4 e aos 12 meses, pois também encontram pequenas melhorias apenas nesse grupo, embora não sejam significativas. Por outro lado, Razavi et al.

(2014) encontra melhorias significativas na redução do IMC quando avalia os resultados de dois programas de modificação de estilos de vida (baseados na alteração da alimentação, exercício físico, stress, entre outros). De igual forma, o estudo de Luisi et al. (2015) demonstrou o papel importante de uma intervenção educativa individual, no caso dirigida à alimentação, com consequente redução do IMC.

Nos estudos apresentados existe uma tendência para a significância na redução dos valores antropométricos estudados ou, pelo menos, para uma melhoria desses parâmetros, o que está de acordo com os resultados que emergem do presente estudo.

Em suma os resultados encontrados na presente investigação espelham o que a literatura atual evidencia, demonstrando o contributo positivo da intervenção educativa de enfermagem na promoção de alguns comportamentos saudáveis.

CONCLUSÃO

Os resultados principais desta investigação demonstram que a intervenção educativa personalizada e estruturada de enfermagem, no contexto da pessoa submetida a cirurgia coronária contribui para:

- A melhoria significativa da atividade física;
- A melhoria do comportamento alimentar;
- A redução do IMC e do PC.

Para além destes resultados, é possível também concluir que a intervenção educativa de enfermagem implementada não obteve resultados conclusivos acerca do consumo de álcool. Uma vez que o presente estudo conseguiu resultados positivos na obtenção de alguns comportamentos mais saudáveis por parte dos indivíduos sujeitos a educação personalizada e estruturada, foram atingidos diversos objetivos, nomeadamente, dar resposta às áreas de intervenção prioritárias da saúde nacional e internacionalmente, apresentar resultados que possibilitem a realização de um programa de intervenções educacionais estruturadas transversal à pessoa submetida a cirurgia coronária e demonstrar a relevância da intervenção de enfermagem para os ganhos em saúde, na prevenção secundária da doença cardiovascular e DCNT.

Das limitações e dos resultados do presente trabalho surgem sugestões para posteriores intervenções e investigações, nomeadamente: realizar desenhos de investigação semelhantes mas com amostras maiores e do tipo probabilístico; realizar desenhos de investigação semelhantes mas com mais tempo de acompanhamento; implementar a educação para a saúde nos cuidados em contexto de internamento hospitalar de forma mais atenta, disponível, dirigida, estruturada e uniformizada; implementar programas de acompanhamento pré-operatórios com vista a uma mais precoce alteração dos comportamentos de saúde; implementar programas de acompanhamento pós-operatórios mais prolongados (hospitalares e em articulação com os cuidados de saúde primários).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Cole, J., Smith, S., Hart, N., & Cupples, M. (2011). Systematic review of the effect of diet and exercise lifestyle interventions in the secondary prevention of coronary heart disease. *Cardiology Research and Practice*. <https://doi.org/10.4061/2011/232351>
- Lin, H., Tsai, Y., Lin, P., & Tsay, P. (2009). Effects of a therapeutic lifestyle-change programme on cardiac risk factors after coronary artery bypass graft. *Journal of Clinical Nursing*, *19*(1-2), 60-68. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2009.02980.x>
- Luisi, M., Biffi, B., Gheri, C., Sarli, E., Rafanelli, E., Graziano, E., Vidali, S., Fattiroli, F., Gensini, G. F., & Macchi, C. (2015). Efficacy of a nutritional education program to improve diet in patients attending a cardiac rehabilitation program: Outcomes of a one-year follow-up. *Internal and Emergency Medicine*, *10*(6), 671-676. <https://doi.org/10.1007/s11739-015-1211-y>
- Murphy, B. M., Worcester, M. U., Higgins, R. O., Elliott, P. C., Grande, M. R., Mitchell, F., Navaratnam, H., Turner, A., Grigg, L., Tatoulis, J., & Goble, A. J. (2013). Reduction in 2-Year recurrent risk score and improved behavioral outcomes after participation in the "Beating Heart Problems" self-management program. *Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation and Prevention*, *33*(4), 220-228. <https://doi.org/10.1097/HCR.0b013e31828c7812>
- Organização Mundial da Saúde. (2012). *Action plan for implementation of the European strategy for the prevention and control of noncommunicable diseases 2012-2016*. https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0019/170155/e96638.pdf
- Razavi, M., Fournier, S., Shepard, D. S., Ritter, G., Strickler, G. K., & Stason, W. B. (2014). Effects of lifestyle modification programs on cardiac risk factors. *Plos One*, *9*(12), 1-16. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0114772>
- Safabakhsh, L., Arbabisarjou, A., Jahantigh, M., Nazemzadeh, M., Rigi, S. N., & Nosratzahi, S. (2016). The effect of health promoting programs on patient's life style after coronary artery bypass graft-hospitalized in Shiraz hospitals. *Global Journal of Health Science*, *8*(5), 154-159. <https://doi.org/10.5539/gjhs.v8n5p154>

RESUMOS ALARGADOS

PESSOA EM SITUAÇÃO PALIATIVA

CUIDADOS PALIATIVOS: IDENTIFICAÇÃO DE NECESSIDADES EM DOENTES INTERNADOS EM HOSPITAL DE AGUDOS

JOÃO CARLOS OLIVEIRA NEVES¹
RUI FILIPE LOPES GONÇALVES²

INTRODUÇÃO

As doenças crónicas não transmissíveis (DCNT) são doenças multifatoriais que se desenvolvem. A necessidade de cuidados paliativos (NCP) tem aumentado exponencialmente, no entanto as repostas em cuidados paliativos nos sistemas de saúde não conseguem acompanhar o ritmo e, nomeadamente em contexto de hospital de agudos existem estudos que apontam que entre 15-46% dos doentes internados, a determinado momento do seu internamento, reúnem critérios que indicam a NCP.

Ainda assim, para identificar precocemente os doentes com NCP, afigura-se fundamental a criação/implementação de métodos que permitam, nos vários contextos, intervir atempadamente para prevenir elevada carga de sintomas.

A implementação sistemática e generalizada destas ferramentas de identificação precoce da NCP ainda é escassa sendo, para além disso, um tema de pesquisa insuficientemente investigado.

Atendendo a este enquadramento, os objetivos deste estudo foram:

Determinar o número de doentes adultos com NCP internados em hospital de agudos;

Analisar, nos doentes identificados com NCP, as variáveis relacionadas com os dados sociodemográficos, tempo médio de internamento, referenciação para cuidados paliativos;

Identificar, segundo a perceção dos enfermeiros, quais os sintomas apresentados pelos doentes sinalizados com NCP e a sua intensidade.

1 MSc, Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE, joaoconeves@gmail.com

2 PhD, Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, Professor Adjunto na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, UICISA: E, rgoncalves@esenfc.pt

METODOLOGIA

A questão de partida para este estudo foi: Quais as NCP identificadas por enfermeiros em doentes internados num hospital de agudos?

Para tal, desenvolveu-se um estudo descritivo, transversal, observacional, de índole exploratória e de abordagem quantitativa e a população estudada foram os doentes adultos (>18 anos) internados em hospital de agudos no dia definido para cada um dos 25 serviços selecionados.

Foi criado um instrumento de recolha de dados, do tipo questionário, organizado em três partes: 1) Dados caracterizadores do enfermeiro colaborador de investigação; 2) Instrumento de identificação precoce do doente com NCP; e 3) Ferramenta de avaliação dos sintomas, na percepção do profissional.

O trabalho de campo foi realizado numa organização de saúde da região centro de Portugal continental cuja Comissão de Ética e Conselho de Administração aprovaram a realização do estudo, tendo sido respeitado o direito à autodeterminação e obtido o consentimento informado de todos os enfermeiros que colaboraram. Os dados foram colhidos de 16 de outubro a 2 de dezembro de 2018, por 25 enfermeiros identificados pelos Enfermeiros Gestores de cada um dos 25 serviços incluídos no estudo, de forma confidencial e anónima, assegurando o sigilo e o direito à privacidade de quem os recolheu e dos beneficiários dos cuidados.

RESULTADOS

Dos 621 doentes avaliados, 159 (26,0%) foram sinalizados pela ferramenta incluída no instrumento de recolha de dados como apresentando NCP.

Dos doentes com NCP (159), pudemos verificar que os enfermeiros referenciaram que 76,1% não apresentavam “expectativa de cura” (Q1) e que em 87,4% dos casos não ficariam surpreendidos “se o doente morresse nos próximos 12 meses” (Q2). Os enfermeiros consideraram que 78,6% dos doentes com NCP têm “uma doença crónica atualmente limitante” (Q3), sendo que as doenças oncológicas foram as mais frequentemente identificadas, nomeadamente em 30,4% dos casos. Do total dos 159 doentes identificados com NCP pelo recurso à ferramenta, os enfermeiros sinalizaram a “necessidade de cuidados paliativos” (Q4) em 62,9% daqueles.

A idade média dos doentes avaliados rondou os 71,9 (15,99) anos, sendo o tempo de internamento médio de 18,5 (34,53) dias. A maior parte dos indivíduos avaliados eram do sexo masculino (55,3%) e o motivo de Internamento mais relatado foi o cancro (31,4%) seguido das situações de foro respiratório (18,9%). Dos 159 indivíduos identificados com NCP, apenas 2,5% era seguido pela Equipa Intra-hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos (EIHSCP).

Com o intuito de compreender como as respostas às questões da ferramenta de identificação precoce da NCP (segunda parte do instrumento de recolha de dados), se associam com o motivo de internamento, foram realizadas tabelas cruzadas com aplicação do teste de independência Qui-Quadrado. Todas as tabelas cumpriram o critério de 20% dos valores

esperados com contagem menor que 5, pelo que foi analisado o valor de qui-quadrado de Pearson, assim como o seu valor de significância.

Tabela 1

Associação entre Motivo de Internamento (MI) e Resposta às Questões da Ferramenta de Identificação Precoce da NCP

		Cancro		Falência de Órgãos		Fragilidade, demência e co-morbilidades		Total	
		n	% MI	n	% MI	n	% MI	n	%
Q1 – “O doente tem expectativa de cura?”	Não	42	80,8	28	70,0	51	76,1	121	76,1
	Sim	10	19,2	12	30,0	16	23,9	38	23,9
	Total	52	100,0	40	100,0	67	100,0	159	100,0
X ² =1,44; p=0,486									
Q2 – “Ficaria surpreendido se o doente morresse nos próximos 12 meses?”	Não	46	88,5	35	87,5	58	86,6	139	87,4
	Sim	6	11,5	5	12,5	9	13,4	20	12,6
	Total	52	100,0	40	100,0	67	100,0	159	100,0
X ² =0,096; p=0,953									
Q3 – “O doente tem uma doença crónica atualmente limitante?”	Não	41	78,8	29	72,5	55	82,1	125	78,6
	Sim	11	21,2	11	27,5	12	17,9	34	21,4
	Total	52	100,0	40	100,0	67	100,0	159	100,0
X ² =1,373; p=0,503									
Q4 – “Identifica no doente NCP?”	Não	32	61,5	23	57,5	45	67,2	100	62,9
	Sim	20	38,5	17	42,5	22	32,8	59	37,1
	Total	52	100,0	40	100,0	67	100,0	159	100,0
X ² =1,063; p=0,588									

Contudo, considerando os dados constantes na Tabela 1, não existe evidência de associação entre as várias respostas às questões em análise e o motivo de internamento ($p > 0,05$).

Numa análise à percepção que o Enfermeiro tem da forma como o doente evidenciou sintomatologia nos 3 dias anteriores ao estudo, foi feita uma apreciação do nível de intensidade mais referido por sintoma (Tabela 2). Salientamos que os sintomas que foram mais assinalados

como afetando *fortemente* os utentes, foram a Fadiga ou Falta de Energia (37,7%), a Imobilidade (30,8%), a Falta de Ar (20,8%) e a Dor (19,5%). Podemos também verificar que a Imobilidade foi o sintoma mais referenciado como *insuportável* (19,5%) seguido da Fadiga ou Falta de Energia (10,7%).

Tabela 2

Distribuição das Respostas Relativas à Intensidade dos Sintomas

	Nada		Ligeiramente		Moderada		Fortemente		Insuportável		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	N	%	n	%
Dor	20	12,6	44	27,7	58	36,5	31	19,5	6	3,8	159	100,0
Falta ar	51	32,1	22	13,8	46	28,9	33	20,8	7	4,4	159	100,0
Fadiga ou falta energia	9	5,7	19	11,9	54	34,0	60	37,7	17	10,7	159	100,0
Náuseas	98	61,6	32	20,1	18	11,3	10	6,3	1	0,6	159	100,0
Vómitos	132	83,0	12	7,5	7	4,4	6	3,8	2	1,3	159	100,0
Falta apetite	51	32,1	26	16,4	47	29,6	28	17,6	7	4,4	159	100,0
Prisão ventre	72	45,3	42	26,4	22	13,8	20	12,6	3	1,9	159	100,0
Problemas da boca	113	71,1	23	14,5	9	5,7	11	6,9	3	1,9	159	100,0
Sono-lência	60	37,7	19	11,9	39	24,5	29	18,2	12	7,5	159	100,0
Imobilidade	17	10,7	19	11,9	43	27,0	49	30,8	31	19,5	159	100,0
Outros	135	84,9	0	0,0	6	3,8	12	7,5	6	3,8	159	100,0

Com recurso à realização da correlação de Pearson tivemos oportunidade de verificar a presença de uma relação muito próxima de zero e não significativa entre a idade e a intensidade dos sintomas, não evidenciando a influência da idade na intensidade dos sintomas ($p>0,05$).

Pudemos ainda verificar a presença de uma relação fraca e não significativa entre o tempo de internamento e a intensidade dos sintomas, não evidenciando a influência do tempo de internamento nos sintomas ($p>0,05$).

Através da aplicação do teste *t-student* pudemos também constatar que não existe evidência que o sexo influencie a intensidade dos sintomas ($p>0,05$) e não se observaram diferenças significativas entre vários motivos de internamento e a intensidade dos sintomas ($p>0,05$).

Por outro lado, pela análise da Tabela 3 constatámos que a identificação da não expectativa de cura, assim como a identificação da NCP nos doentes se relacionam com a presença de uma maior intensidade dos sintomas ($p < 0,001$).

Tabela 3

Teste *t*-Student Relativo à Distribuição da "Intensidade dos Sintomas" Segundo as Respostas às NCP

		N	Média	Desvio Padrão	Sig Levene	t	Sig																																
Q1 – "O doente tem expectativa de cura?"	Não	121	15,01	6,86	0,481	3,92	0,000																																
	Sim	38	10,18	5,79				Q2 – "Ficaria surpreendido se o doente morresse nos próximos 12 meses?"	Sim	139	13,89	7,11	0,072	0,176	0,861	Não	20	13,60	5,57	Q3 – "O doente tem uma doença crónica atualmente limitante?"	Sim	132	14,07	7,14	0,266	0,86	0,393	Não	27	12,81	5,74	Q4 – "Identifica no doente NCP?"	Sim	100	15,34	6,84	0,707	3,66	0,000
Q2 – "Ficaria surpreendido se o doente morresse nos próximos 12 meses?"	Sim	139	13,89	7,11	0,072	0,176	0,861																																
	Não	20	13,60	5,57				Q3 – "O doente tem uma doença crónica atualmente limitante?"	Sim	132	14,07	7,14	0,266	0,86	0,393	Não	27	12,81	5,74	Q4 – "Identifica no doente NCP?"	Sim	100	15,34	6,84	0,707	3,66	0,000	Não	59	11,34	6,34								
Q3 – "O doente tem uma doença crónica atualmente limitante?"	Sim	132	14,07	7,14	0,266	0,86	0,393																																
	Não	27	12,81	5,74				Q4 – "Identifica no doente NCP?"	Sim	100	15,34	6,84	0,707	3,66	0,000	Não	59	11,34	6,34																				
Q4 – "Identifica no doente NCP?"	Sim	100	15,34	6,84	0,707	3,66	0,000																																
	Não	59	11,34	6,34																																			

DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Os resultados demonstraram que 26,0% dos doentes foram identificados como apresentando NCP, percentagem que se aproxima dos 28,8% identificados no estudo de Kozlov et al. (2018) ou dos 30,0% identificados no estudo de Gardiner et al. (2013), também eles com contextos e amostras semelhantes.

Relativamente aos doentes com NCP identificados pela aplicação da ferramenta, detetámos uma predominância de pessoas do sexo masculino (55,3%), com uma idade média que rondou os 71,9 anos e com tempo de internamento médio de 18,5 dias.

Os dados analisados podem ser enquadrados nos dados constantes no estudo de Prütz e Saß (2016) que apresentaram a realidade dos cuidados paliativos na Alemanha e onde a média de idade foi 69,5 anos e 50,5% dos doentes eram do sexo masculino.

O motivo de internamento mais frequente foi o cancro (31,4%), dados que se aproximaram dos que foram apresentados no estudo de Hamdi et al. (2018), onde 32,9% de doentes com NCP tinham diagnóstico de cancro.

Dos doentes com NCP, apenas 2,5% tinham sido referenciados para a EIHS CP, o que revela uma

realidade preocupante, também passível de ser comparada com os resultados apresentados no estudo de Passos (2015), em que apenas 6% dos doentes se encontravam referenciados.

Através da aplicação do instrumento de avaliação de sintomas, foi possível perceber que a Imobilidade foi o sintoma mais vezes referenciado como insuportável e a Fadiga ou falta de energia o sintoma mais referido como afetando fortemente o doente.

Estes dados vêm reforçar as conclusões dos estudos de Van Lancker et al. (2016), onde os sintomas mais frequentemente documentados com intensidade moderada e grave foram a fraqueza/falta de energia, o cansaço/fadiga e a necessidade de ser assistido nas Atividades de Vida Diária (AVD).

Segundo os dados recolhidos, foi possível inferir que fatores como a idade, o sexo ou até o tempo de internamento não influenciaram a intensidade dos sintomas identificados.

Os resultados apresentados estão alinhados com os resultados do estudo de Culleton et al. (2011), em que não foram encontradas diferenças significativas na intensidade dos sintomas atendendo ao sexo. No entanto, se considerarmos o estudo de Vigstad et al. (2018), pudemos concluir que foi possível identificar sintomas com maior intensidade no caso das mulheres.

CONCLUSÕES E PERSPETIVAS FUTURAS

No arranque para este estudo tínhamos como questão de investigação: quais as necessidades de cuidados paliativos identificadas por enfermeiros em doentes internados num hospital de agudos? e, a partir da concretização dos pressupostos metodológicos propostos, pudemos alcançar resultados que permitiram concretizar os objetivos, dos quais salientemos:

- Entre todos os doentes internados nos serviços do hospital de agudos onde decorreu a recolha de dados, foram identificados 26,0% dos doentes com NCP.
- Os doentes com NCP são maioritariamente homens, em média com 71,9 anos e com um tempo médio de internamento de 18,5 dias.
- Apenas 2,5% dos doentes com NCP estão referenciados para a EIHS CP.
- Nos doentes com NCP, a imobilidade foi o sintoma mais vezes referenciado como insuportável e a Fadiga ou falta de energia o sintoma mais referido como afetando fortemente o doente.
- Segundo a análise dos dados recolhidos, concluímos que fatores como a idade, o sexo ou até o tempo de internamento não influenciaram a intensidade dos sintomas identificados.

O desenvolvimento deste estudo veio evidenciar a necessidade de considerar o acesso dos

cuidados paliativos aos doentes que estão internados em hospitais de agudos, reforçando esta situação como um desafio emergente e uma prioridade de saúde pública em todo o mundo já que os cuidados paliativos e o alívio do sofrimento têm sido identificados como duas das dimensões mais negligenciadas na saúde a nível global.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Culleton, S., Dennis, K., Koo, K., Zhang, L., Zeng, L., Nguyen, J., Jon, F., Holden, L., Barnes, E., Tsao, M., Danjoux, C., Sahgal, A., & Chow, E. (2011). Gender difference in symptom presentations among patients with bone metastases in gender-specific and gender-neutral primary cancers. *World Journal Oncology*, 2(3), 102–112. <https://doi.org/10.4021/wjon306w>
- Gardiner, C., Gott, M., Ingleton, C., Seymour, J., Cobb, M., Noble, B., Bennett, M., & Ryan, T. (2013). Extent of palliative care need in the acute hospital setting: A survey of two acute hospitals in the UK. *Palliative Medicine*, 27(1), 76–83. <https://doi.org/10.1177/0269216312447592>
- Hamdi, H., Ba, O., Niang, S., Ntizimira, C., Mbengue, M., Coulbary, A. S., Niang, Rokhaya, N., Parsons, M., Amon, J. J., & Lohman, D. (2018). Palliative care need and availability in four referral hospitals in senegal: Results from a multicomponent assessment. *Journal of Pain and Symptom Management*, 55(4), 1122–1130. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2017.11.034>
- Kozlov, E., Cai, A., Sirey, J. A., Ghesquiere, A., & Reid, M. C. (2018). Identifying palliative care needs among older adults in nonclinical settings. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*, 35(12), 1477–1482. <https://doi.org/10.1177/1049909118777235>
- Passos, V. (2015). Identificação dos doentes com necessidades paliativas nos hospitais de agudos da Ilha da Madeira [Tese de mestrado, Universidade Católica Portuguesa]. Repositório UCP. <http://hdl.handle.net/10400.14/19693>
- Prütz, F., & Saß, A.-C. (2016). Daten zur Palliativversorgung in Deutschland. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 60(1), 26–36. <https://doi:10.1007/s00103-016-2483-8>
- Van Lancker, A., Beeckman, D., Van Den Noortgate, N., Verhaeghe, S., & Van Hecke, A. (2016). Frequency and intensity of symptoms and treatment interventions in hospitalised older palliative cancer patients: A multicentre cross-sectional study. *Journal of Advanced Nursing*, 73(6), 1455–1466. <https://doi.org/10.1111/jan.13230>
- Vigstad, S., Clancy, A. & Broderstad, A. (2018). Palliative patients get greater relief from early screening of symptoms and implementation of measures. *Norwegian Journal of Clinical Nursing*, 13 (74591). <https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2018.74591>

A MUCOSITE ORAL NA PESSOA COM CANCRO: INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM

JOANA MOTA DA SILVA¹
ANABELA DE SOUSA SALGUEIRO OLIVEIRA²
ISABEL MARIA PINHEIRO BORGES MOREIRA³

INTRODUÇÃO

O número de pessoas com cancro em Portugal tem vindo a aumentar nos últimos anos à semelhança da Europa. A Direção-Geral da Saúde estimou em 2017, um aumento crescente de 3% ao ano. A par deste aumento assiste-se ao desenvolvimento de diferentes modalidades de tratamento, cada vez mais eficazes e com reflexos na taxa de sobrevida.

Uma das principais modalidades de tratamento é a radioterapia (RT) e a quimioterapia (QT) que tem como objetivo a destruição das células cancerígenas. Contudo, a maioria dos agentes quimioterápicos não atua seletivamente pelo que associado ao seu mecanismo de ação, dose administrada e interação entre diferentes agentes estão diferentes efeitos adversos.

A mucosite é um dos mais importantes efeitos adversos destas duas modalidades terapêuticas com forte impacto na qualidade de vida da pessoa. Consiste numa inflamação dolorosa com ulceração da membrana mucosa de todo trato gastrointestinal. Quando as alterações apenas se verificam na mucosa oral e orofaríngea, denomina-se de mucosite oral (MO), esta é a forma mais comum (Yabro, et al. 2016).

As alterações clínicas associadas à mucosite geralmente não se manifestam imediatamente a seguir aos tratamentos, podendo comprometer funções físicas da pessoa pela dor, como a comunicação e a nutrição o que requer do enfermeiro um conhecimento profundo acerca do processo de alteração fisiopatológico desencadeado.

1 MSc, enfermeira especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, Instituto Português de Oncologia de Coimbra de Francisco Gentil, EPE, joanamota19@hotmail.com

2 PhD, Professora Adjunta na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, UICISA: E, anabela@esenfc.pt

3 PhD, Professora Coordenadora na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, UICISA: E, imoreira@esenfc.pt

A intervenção do enfermeiro na implementação, supervisão e instrução de cuidados orais é fundamental, para minimizar o risco de complicações decorrentes da MO (Araújo et al., 2015).

Assim, traçou-se como objetivos conhecer as práticas dos enfermeiros em relação aos cuidados realizados à pessoa com MO ou em risco de desenvolver MO, através do padrão de documentação e analisar o impacto de um programa formativo nas práticas documentadas pelos enfermeiros.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de investigação-ação (IA), que decorreu entre abril de 2017 e julho de 2018, numa unidade de cuidados de oncologia médica do centro de Portugal. Foi estabelecida como questão de investigação: Qual o impacto de um programa formativo nas práticas dos enfermeiros, documentadas no sistema de informação de uma unidade de QT, na avaliação do risco e minimização da MO no doente oncológico?

Na fase de planeamento foi realizada uma análise retrospectiva do padrão de documentação dos enfermeiros, na fase de ação foram apresentados os resultados da análise do padrão de documentação e construído o programa formativo com a equipa. Na fase de reflexão foi realizada nova análise retrospectiva do padrão documental e realizado o *focus group* com os elementos da equipa de enfermagem.

As técnicas utilizadas para a recolha de dados foram uma grelha de extração de dados (análise documental), que integrava uma parte relativa à caracterização do doente e outra aos registos de enfermagem sobre os cuidados prestados e o *focus group*. Esta última estratégia foi utilizada para obter dados sobre a perceção da equipa, sobre as mudanças ocorridas resultantes da fase de ação.

A população alvo foi constituída pelos enfermeiros que exerciam a sua atividade em unidades de internamento de especialidades médicas, há mais de um ano, numa instituição de saúde de oncologia. A amostra foi constituída por 10 enfermeiros, selecionados intencionalmente pela maior acessibilidade ao investigador principal.

Os dados de natureza quantitativa foram tratados através de análise estatística descritiva e inferencial IBM SPSS®, versão 22. Os dados qualitativos foram tratados através de análise temática indutiva.

Foram assegurados os princípios éticos, nomeadamente o respeito pelo exercício à autodeterminação e o respeito pela confidencialidade e anonimato dos informantes. Este estudo obteve parecer favorável da Comissão de Investigação e de Ética da Unidade de Saúde onde o estudo foi realizado.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os participantes eram maioritariamente do sexo feminino (80%), com uma média de idades de 37,9 anos, desvio-padrão (*DP*) de 6,33 anos, com mínimo de 27 e máximo de 49 anos. O tempo médio de exercício profissional foi de 14,9 anos (*DP* = 6,03), com mínimo e máximo de 4 e 23 anos, respetivamente. Relativamente às habilitações académicas, 20% têm um mestrado e 20% têm o título de enfermeiro especialista atribuído pela Ordem dos Enfermeiros. Em média, os enfermeiros exerciam funções nos serviços há 11,9 anos (*DP* = 5,5) com mínimo de 2 e máximo de 17 anos. Da amostra, 100% exerciam a sua atividade por turnos, e 70% revelaram trabalhar, em média, mais 5 horas por semana relativamente às horas contratualizadas.

Pela consulta do padrão de documentação, na fase de planeamento, de 110 processos de enfermagem de doentes internados em programa de QT ou QT e RT concomitantes, constatou-se que 75 dos doentes (68,2%) referem na avaliação inicial, hábitos de higiene oral no domicílio, face a 35 (31,8%) que não apresentam ou se desconhece informação sobre os mesmos. Destes últimos doentes 9 (8,2%) realizavam o primeiro ciclo de tratamento.

Tabela 1

Avaliação Inicial dos Hábitos de Higiene Oral dos Doentes no Domicílio Segundo o Ciclo de Tratamento - Fase de Planeamento

		Avaliação inicial dos hábitos de higiene oral no domicílio			
		Sim		Não/Desconhecido	
		<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Ciclo de tratamento	1.º Ciclo	12	10,9	9	8,2
	Outro	63	57,3	26	23,6
Total		75	68,2	35	31,8

Relativamente ao planeamento da avaliação da higiene oral durante o internamento, os registos ilustram que 78 dos processos analisados (70,9%) evidenciam que os enfermeiros planeiam realizar a avaliação dos cuidados de higiene oral dos doentes. Importa salientar que no caso dos 32 doentes (29,1%) em que não foi planeada a avaliação dos cuidados de higiene oral, 5 (4,5%) apresentavam hábitos tabágicos, o que os coloca num grupo de alto risco, para o desenvolvimento de MO.

Quanto ao planeamento dos ensinamentos sobre os principais efeitos secundários dos tratamentos, constata-se que apenas em 17 dos doentes (15,5%) se verifica planeamento dos mesmos, no total dos 110 processos. Apenas 1,8% dos ensinamentos incidem nos cuidados de higiene oral.

O planeamento da avaliação da cavidade oral e das membranas mucosas foi incluído pelos enfermeiros no plano de cuidados de 3 doentes (2,7%), valor coincidente com o número de diagnósticos de mucosite estabelecidos.

Na fase de reflexão, realizada após o desenvolvimento do programa formativo que integrou a apresentação dos resultados obtidos na fase de planeamento, verificou-se que dos 63

processos em análise 47 (74,6%) tinham realizado a avaliação dos hábitos de higiene oral no domicílio, face a 16 (25,4%) que não evidenciam registo desta intervenção. Apesar da alteração positiva encontrada nos resultados entre as duas fases, constata-se que essa diferença, não foi estatisticamente significativa ($\chi^2 = 0,795$; $p > 0,05$).

Relativamente à avaliação da higiene oral durante o internamento verificou-se que estava presente em 55 doentes (87,3%). São evidentes diferenças estatisticamente significativas em relação a esta prática, antes e após a fase de Ação ($\chi^2 = 6,056$; $p < 0,05$). Este achado particularmente importante, já que uma higiene oral cuidada é fundamental para a prevenção da MO (Lalla et al., 2014).

Já no que se refere aos ensinamentos sobre os efeitos secundários dos tratamentos surge o seu planeamento em 28 dos processos analisados (44,4%). É evidente a existência de diferenças estatisticamente significativas entre as duas fases ($\chi^2 = 17,492$; $p < 0,05$).

Quanto aos ensinamentos sobre higiene oral foram planeados em 18 doentes (28,6%). As diferenças encontradas entre os dois momentos, são estatisticamente significativas ($\chi^2 = 27,774$; $p < 0,05$).

O planeamento da avaliação da cavidade oral e das membranas mucosas consta no plano de cuidados do processo de 27 doentes (42,9%). As diferenças encontradas entre as duas fases em análise são estatisticamente significativas ($\chi^2 = 45,005$; $p < 0,05$).

Confrontando os resultados do presente estudo, com o modelo em espiral da conversão de conhecimento de Nonaka e Takeuchi (2008), verifica-se que a partilha de experiências entre os elementos da equipa, permitiu contribuir para criar conhecimento tácito. A construção deste conhecimento pode estar associada à elaboração de documentação de apoio (Carvalho, 2012), relativa aos principais fatores de risco da MO, parâmetros de avaliação da cavidade oral e normas de registo das respetivas avaliações.

Da análise do corpus de dados resultante do *Focus Group* emergiram 4 categorias: mudança das práticas, desenvolvimento profissional do enfermeiro, mudança dos hábitos/comportamentos dos doentes e mudança organizacional e dentro destas diversas subcategorias.

No que concerne à mudança das práticas os enfermeiros identificaram alterações ao nível da avaliação da cavidade oral e dos hábitos de higiene oral. Apontaram outras ações que conduziram e facilitaram as mudanças operadas, como a avaliação e disponibilização de material de higiene oral, a reflexão sobre as práticas, a documentação, a uniformização das práticas e a validação da tomada de decisão. Salientaram ainda que a avaliação da cavidade oral contribuiu para uma valorização da monitorização sistemática da cavidade oral com intuito preventivo, permitindo um diagnóstico precoce de MO.

Algumas das mudanças organizacionais percebidas pelos enfermeiros podem ter influenciado a mudança das suas práticas, nomeadamente o padrão de documentação dos enfermeiros a qual foi um dos contributos essenciais da investigação. Pode-se dizer que a necessidade sentida de (re)parametrização do SAPE foi geradora de oportunidades de reflexão sobre as práticas e mudança destas, o que está em consonância com o defendido por Paiva et al., (2014). Como defendem alguns autores o desenvolvimento de estratégias que

não sobrecarreguem os profissionais é essencial, para a criação de ambientes de trabalho positivos que se refletem numa melhoria das práticas, já que as adversidades com que os enfermeiros lutam diariamente, nomeadamente em relação à falta de profissionais nas equipas e à sobrecarga de trabalho, condicionam a satisfação profissional (Morais et al. 2018).

Relativamente ao desenvolvimento profissional do enfermeiro este foi notório ao nível dos conhecimentos, da conscientização acerca da problemática da MO e das suas práticas e do reconhecimento da necessidade de formação contínua. A formação realizada permitiu a mobilização de recursos técnicos e cognitivos, que conduziram a um aumento de conhecimentos sobre a temática e a um desenvolvimento de competências reveladas na maior capacitação para a avaliação da higiene oral, cavidade oral e realização de ensinamentos dirigidos à pessoa e à família.

As mudanças operadas ao longo do processo de investigação e que conduziram ao desenvolvimento profissional dos enfermeiros enquadram-se no defendido por Serrano et al., (2011) de que a capacidade de reflexão no processo de cuidar, a conscientização de si, do outro, das tarefas a executar e do contexto são reflexo do desenvolvimento de competências.

A mudança dos hábitos/ comportamentos dos doentes para os enfermeiros foi visível ao nível dos cuidados de higiene oral, da responsabilização dos doentes pelos seus comportamentos e do seu perfil. Os enfermeiros consideram que a maior preocupação evidenciada com os cuidados de higiene oral teve impacto direto no comportamento dos doentes, ainda que reconheçam que a mudança não é tão visível nos doentes que não tinham hábitos de higiene oral antes do internamento. Pode-se dizer que a mudança de práticas dos enfermeiros teve um efeito de modelagem nos comportamentos adotados pelos doentes, os quais passaram a valorizar a higiene oral a partir da maior valorização observada nos enfermeiros.

A mudança organizacional registou-se no desenvolvimento de estratégias de suporte para o processo de capacitação do doente, na comunicação interprofissional e na alteração do padrão de documentação. A este nível consideram que a documentação disponibilizada aos doentes é bastante redutora no âmbito da MO.

Uma das limitações do estudo está associada ao facto de este ter apenas recaído, sobre as práticas dos enfermeiros no âmbito da MO, aos doentes internados para tratamentos de QT e QT/RT, excluindo os doentes internados por intercorrências dos tratamentos e progressão da doença o que poderá ter tido reflexos no número reduzido de casos de MO diagnosticados.

CONCLUSÃO

A MO é um efeito adverso major da QT e RT, tem um forte impacto na qualidade de vida da pessoa pelo que o diagnóstico precoce é fundamental para a minimização das alterações físicas e psíquicas. Os resultados obtidos, na fase de planeamento, levam-nos a concluir que não existia uniformização das práticas entre enfermeiros relativamente ao planeamento da avaliação dos hábitos de higiene oral, da cavidade oral, do grau de MO e dos ensinamentos sobre os cuidados de higiene oral e as práticas nem sempre seguiam as *guidelines*.

Os fatores que influenciavam as práticas, estavam relacionados com os seus conhecimentos e competências técnicas, com o perfil dos doentes (hábitos tabágicos, alcoólicos a realizar tratamentos com alto risco de MO e hábitos de higiene oral deficitários) e com a organização do serviço, nomeadamente a complexidade e especificidade de um serviço de oncologia, disponibilização de materiais para a higiene oral, comunicação na equipa, parametrização do sistema de informação, documentação de apoio ao doente.

Após a formação, as práticas dos enfermeiros alteraram-se indo ao encontro do preconizado nas *guidelines*. Houve uma mudança no planeamento da avaliação sistemática da cavidade oral, dos hábitos de higiene oral, nos ensinamentos realizados à pessoa e família, na uniformização das práticas e na reflexão sobre as mesmas.

A formação foi reconhecida pela equipa de enfermagem como essencial para a melhoria de competências técnicas e cognitivas, gerando maior autoconfiança nos profissionais, padronização da linguagem no âmbito da MO e clarificação das avaliações realizadas à cavidade oral.

A alteração do padrão de documentação contribuiu para a sistematização da monitorização da cavidade oral e minimização da perda de informação, garantindo a continuidade e a qualidade dos cuidados.

Outra das mudanças significativas registou-se nos comportamentos do doente no âmbito dos cuidados orais, resultante da maior importância e preocupação demonstrada pelos enfermeiros nesta área.

A metodologia de IA ao envolver os elementos da equipa, ao permitir o uso de estratégias que conduziram à reflexão, foi um fator preponderante para a mudança. O diagnóstico a partir da análise do padrão de documentação dos enfermeiros, levou a que a equipa refletisse sobre as práticas o que teve um impacto bastante positivo e foi considerada uma estratégia de enorme interesse. A coconstrução do programa de formação com o envolvimento da equipa foi um fator promotor da cooperação e comunicação entre a equipa, das relações interpessoais e de um ambiente organizacional favorável à mudança das práticas em uso. É importante que se avalie o impacto que as mudanças operadas nas práticas tiveram na qualidade de vida dos doentes com MO ou risco de MO.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Araújo, S., Luz, M., Silva, G., Andrade, E., Nunes, L., & Moura, R. (2015). O paciente oncológico com mucosite oral: desafios para o cuidado de enfermagem. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. doi:10.1590/0104-1169.0090.2551.

Carvalho, F. (2012). *Gestão do conhecimento*. São Paulo: Editora Pearson.

Direção-Geral da Saúde (2017). Programa Nacional para as doenças oncológicas. Lisboa: Ministério da Saúde. <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/22531/1/Programa%20>

Nacional%20para%20as%20Doen%C3%A7as%20Oncol%C3%B3gicas%202017.pdf

- Lalla, R. V., Bowen, J., Barasch, A., Elting, L., Epstein, J., Keefe, D. M., & Elad, S. (2014). MASCC/ISOO clinical practice guidelines for the management of mucositis secondary to cancer therapy. 120, 1453-1461. doi:10.1002/cncr.28592.
- Morais, B. X., Pedro, C. M., Dalmolin, G. L., & Silva, A. M. (2018). Professional satisfaction of nursing workers from a service of hematology-oncology. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*, 19. doi:10.15253/2175-6783.2018193165.
- Nonaka, I., & Takeuchi, H. (2008). *Gestão do conhecimento*. Porto Alegre: Bookman.
- Paiva, A., Cardoso, A., Sequeira, A., Morais, E., Bastos, E., Pereira, F., & Marques, P. (2014). Análise da parametrização nacional do Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem: SAPE. Escola Superior de Enfermagem do Porto.
- Serrano, M. T., Costa, A. S., & Costa, N. M. (2011). Cuidar em Enfermagem: como desenvolver a(s) competência(s). *Revista de Enfermagem Referência*, III Série n.º 3, 15-23.
- Yabro, C. H., Wujcik, D., & Gobel, B. H. (2016). *Cancer Nursing: Principles and Practice* (8ª ed.). Destin, Florida: Jones & Bartlett Publishers.

IMPACTO DE UM PROGRAMA DE FORMAÇÃO NA GESTÃO EMOCIONAL DOS ENFERMEIROS PERANTE A MORTE

NELSON JACINTO PAIS¹
ISABEL MARIA PINHEIRO BORGES MOREIRA²

INTRODUÇÃO

A percepção da morte foi variando ao longo do tempo, atualmente é interpretada como algo negativo e não natural, sendo afastada e rejeitada progressivamente do quotidiano familiar e social, para o meio hospitalar (Pais et al. 2020).

Neste contexto, os profissionais de saúde são quem mais convive com a morte e o morrer. A inevitável exposição diária à morte e ao processo de morrer cria, nos profissionais de saúde em especial nos enfermeiros, desafios ao seu crescimento pessoal e profissional, para além da sobrecarga de luto a que ficam sujeitos. A exigência do cuidar em situações de morte e de morrer, implica gerir emoções relacionadas com confronto de perdas, através de um processo entre o evitamento e a intrusão. Os cuidados nesta fase de vida são considerados dos mais desgastantes, interferindo não só no equilíbrio pessoal, mas também no funcionamento do hospital, vocacionado para curar e não para cuidar o doente incurável.

Cada enfermeiro vivência a morte de forma diferente, nem todos gerem adequadamente a morte do doente, e a forma como a percebem interfere na qualidade dos cuidados de saúde que prestam. O reconhecimento da importância da gestão de emoções dos profissionais perante o cuidado à pessoa nesta fase da vida é sobejamente aceite, assim como o reconhecer que uma gestão emocional eficaz tem implicações nos cuidados às pessoas ou cuidador(es) em processos terminais e/ou de luto (Peters et al., 2013).

Neste contexto, foi construído e implementado um programa de formação em gestão emocional para enfermeiros, com o objetivo contribuir para a autogestão de emoções destes, sobre a morte e o morrer, através de treino das competências/habilidades, análise das atitudes perante

1 MSc, Enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica, no Instituto Português de Oncologia de Coimbra; paisnelson@gmail.com

2 PhD, Professora Coordenadora na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, UICISA: E, imoreira@esenfc.pt

a morte e identificação de *coping* perante a morte. O estudo teve como objetivos avaliar o impacto de um programa de formação na gestão emocional dos enfermeiros perante a morte, identificar as atitudes e examinar o *coping* dos enfermeiros perante a morte.

METODOLOGIA

O estudo desenvolvido insere-se num estudo com abordagem quantitativa do tipo *quasi-experimental* com avaliação longitudinal. A questão de investigação delineada foi: Qual o impacto de um programa de formação na gestão emocional dos enfermeiros perante a morte?

O desenho do programa de formação foi baseado nas recomendações de estudos prévios e dos pressupostos para a formação de adultos (Gómez-Díaz et al., 2017; Barros, 2018).

A amostra foi constituída por enfermeiros de serviços de internamento de uma instituição de saúde da região centro do país, que se voluntariaram para participar no estudo, tratou-se de uma amostragem por conveniência. Participaram 20 enfermeiras com idades compreendidas entre os 26 e os 58 anos, a idade média foi de $42,65 \pm 9,11$ com mediana de 43,50 anos, 70% eram casadas ou viviam em união de facto. Todas professam a religião católica. Todas eram detentoras do título de licenciatura, cinco com o título de mestre, seis com o título de especialista, embora apenas duas exerciam essa função.

As enfermeiras foram convidadas a participar em quatro sessões formativas presenciais. O tempo definido para cada sessão foi de hora e meia, perfazendo um total de seis horas, em dias e horas definidas.

Para avaliar o impacto do programa considerou-se fundamental que a recolha de dados acontecesse antes e após a sua implementação. A recolha de dados ocorreu em três momentos distintos. O primeiro momento coincidiu com a primeira sessão do programa de formação, o segundo no final do desenvolvimento do programa e o terceiro momento ocorreu cerca de dois meses após a conclusão do programa de formação. A opção por recolher os dados em três momentos distintos, prendeu-se com a necessidade de identificar as atitudes e as características de *coping* dos enfermeiros perante a morte (1º momento) para posteriormente se poder avaliar o impacto do programa de formação na gestão das emoções bem como a qualidade do programa (2º momento) e aferir as mudanças produzidas ao longo do tempo, avaliando novamente as atitudes e as características de *coping* dos enfermeiros perante a morte (3º momento).

O instrumento de recolha de dados sofreu alterações ao longo dos três momentos em que foi realizada a colheita de dados. No 1º momento foi constituído por duas escalas: a *Escala de Avaliação do Perfil de Atitudes Acerca da Morte* (EAPAM) (Loureiro, 2010) e a *Escala de Coping com a Morte* (ECM) (Camarneiro & Gomes, 2015) e por um questionário sociodemográfico. No 2º momento integrou as escalas utilizadas no primeiro momento e a *Escala de Avaliação de Implementação de Programas* (EAIP) (Jardim & Pereira, 2006). No 3º momento integrou as duas escalas usadas no primeiro momento.

No planeamento e na implementação do programa de formação foram respeitadas as questões

ético-legais. Foi solicitada autorização aos autores da escala para a sua aplicação no estudo, assim como submetido projeto à Comissão de Ética, Conselho de Administração e Gabinete Coordenador de investigação da instituição onde se realizou o trabalho, tendo obtido um parecer favorável. A garantia do anonimato e da confidencialidade foi assegurada ao não ser solicitado qualquer dado que permitisse a identificação dos participantes, através de códigos alfanuméricos. Os questionários preenchidos e colocados em envelopes anónimos foram recolhidos por uma pessoa que não o investigador.

RESULTADOS

Os enfermeiros quando confrontados com a questão sobre a sua perceção perante a autogestão da morte, três responderam não lidar eficazmente com a morte, coincidentemente foram as enfermeiras mais jovens e sem formação em cuidados paliativos que o referiram.

Os resultados da aplicação da EAPAM quando comparados nos três momentos de avaliação revelaram que para as dimensões de atitudes aproximação, escape e evitamento, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas. Mas, para as dimensões medo, os valores médios diminuíram do primeiro para o segundo momento ($\bar{X}1=27,75\pm 9,86$; $\bar{X}2=25,20\pm 9,62$; $\bar{X}3=24,95\pm 8,96$) e neutralidade ($\bar{X}1=28,15\pm 4,84$; $\bar{X}3=29,70\pm 3,25$), foram encontradas diferenças significativas, sugerindo que o programa alterou estas duas dimensões, dissipando o medo das enfermeiras e favorecendo o processo de aceitação neutral.

Na escala de ECM no que diz respeito ao coping com a morte dos outros os resultados evidenciaram diferenças significativas quando comparados os momentos pós frequência imediata do programa de formação e dois meses após essa frequência, sugerindo efeitos a médio prazo ($\bar{X}1=67,70\pm 8,90$; $\bar{X}2=63,90\pm 9,14$; $\bar{X}3=68,20\pm 13,17$). No fator do *coping* com a própria morte, verificou-se que existiram diferenças significativas quando comparados os resultados obtidos antes da frequência do programa de formação (1º momento) com os obtidos nos momentos seguintes (2º e 3º). Já quando comparados os resultados destes dois últimos momentos não há diferenças estatisticamente significativas entre si.

Os valores médios revelaram que existiu uma redução nesta dimensão, o que pode indicar que o programa de formação ajudou os participantes a trabalhar as suas emoções perante a morte ($= 62,60 \pm 14,24$; $= 34,60 \pm 3,76$; $= 34,35 \pm 4,00$).

O programa foi avaliado pelos participantes como muito bom através da aplicação da EAIP. Em todos os itens desta escala, os resultados mostram uma pontuação ≥ 4 , o valor de escala situa-se no intervalo compreendido entre [1,5]. O item com menor cotação média foi o relativo à "duração do programa" ($= 4,10 \pm 0,55$). Os itens com maior cotação, com valores médios de 5 foram: "A adequação das estratégias à consecução dos objetivos foi"; "As atividades realizadas nas sessões presenciais, em geral foram"; "A adequação dos exercícios para desenvolver as competências foi" e "A motivação dos participantes foi". A avaliação máxima do programa de formação era de 150 pontos e a mínima de 30 pontos, os valores médios obtidos foram $144,70 \pm 5,75$.

DISCUSSÃO

As participantes têm em média $19,64 \pm 8,68$ anos de experiência profissional. O estudo de Zheng et al. (2016), corrobora os achados encontrados neste estudo, no que diz respeito à relação entre idade, experiência profissional e gestão emocional perante a morte. Todos os enfermeiros que consideravam não gerir bem as emoções perante a morte faziam parte dos enfermeiros mais novos do grupo, o que nos indica que as variáveis idade e experiência profissional interferiram na capacidade dos enfermeiros em gerir as emoções perante a morte dos doentes. Este dado vai de encontro a estudos anteriores que referem que os enfermeiros com mais idade possuem mais estratégias de *coping* que os mais novos (Zheng et al., 2016).

Também se verificou que as enfermeiras que referiram lidar mais ineficazmente com a morte eram as que não tinham formação em cuidados paliativos.

O processo formativo neste estudo, à semelhança de estudos anteriores, revelou-se uma estratégia eficaz para melhorar a gestão emocional dos enfermeiros. A constatação da importância do enriquecimento de conhecimentos na área da inteligência emocional, da morte, de cuidados paliativos, e no desenvolvimento de competências que permitam aos enfermeiros gerir as suas emoções perante o sofrimento inerente à morte e ao processo de morrer dos seus doentes, são apontados como estratégias eficazes (Gómez-Díaz et al., 2017).

Os resultados sugerem que o programa de formação sobre gestão emocional implementado produziu alterações nas dimensões das atitudes: medo, neutralidade e *coping* com a própria morte e com a morte dos outros. De acordo com Gómez-Díaz et al. (2017) e Sulzbacher et al. (2009) a formação e educação emocional estruturada sobre a forma de encontros para partilhas entre profissionais, geram benefícios para estes no seu dia-a-dia.

CONCLUSÃO

A transferência dos cuidados à pessoa em fim de vida do domicílio para o hospital, associado ao aumento da longevidade, levou a que atualmente os jovens não convivam com a morte como antes, sendo os profissionais de saúde, em especial os enfermeiros, os elementos da sociedade que mais contactam com as vivências de morte, exigindo a estes uma preparação e gestão emocional eficaz perante a morte.

O programa de formação elaborado e implementado foi na sua globalidade classificado com muito bom, tendo os participantes revelado que sentiam que o mesmo lhes permitiu adquirir competências e os estimulou a desenvolverem mais estas áreas de conhecimento. Os resultados encontrados sugeriram que o programa de formação foi uma estratégia positiva para a gestão emocional dos enfermeiros perante a morte, resultados que foram obtidos pela utilização da escala de avaliação de implementação de programas. Foram identificadas, também, as atitudes de medo e de neutralidade como as dimensões que podiam ser modeladas com a aplicação do programa de formação, através da aplicação da escala de atitudes perante a morte. Sendo de salientar que o *coping* com a própria morte e com a morte dos outros, obtido pela aplicação da

escala de *coping* com a morte, apresentou alterações após frequência no curso de formação, evidenciando que os participantes apresentaram diferenças significativas nos valores de *coping* com a própria morte e com a morte dos outros, conferindo-lhes empoderamento na gestão das suas emoções perante a morte.

Perante os achados de investigação podemos concluir que o programa de formação delineado pode ser considerado um contributo positivo para a gestão emocional dos enfermeiros perante a morte, que participaram no estudo. A replicação do programa de formação é entendida como uma estratégia facilitadora do autoconhecimento e autogestão emocional dos enfermeiros.

A realização de projetos institucionais de partilha de emoções e experiências, assim como o desenvolvimento de processos formativos nas áreas da inteligência emocional, cuidados paliativos, morte, serão duas estratégias que poderão melhorar a saúde mental, emocional e física dos profissionais de saúde que lidam com a morte, assim como melhorar a qualidade dos cuidados de enfermagem perante a pessoa em fim de vida.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Barros, R. (2018). Revisitando Knowles e Freire: Andragogia versus pedagogia, ou O dialógico como essência da mediação sociopedagógica. *Educação e Pesquisa*, 44, e173244. <https://doi.org/10.1590/s1678-4634201844173244>
- Camarneiro, A., & Gomes, S. (2015). Tradução e Validação da Escala de Coping com a morte: Um estudo com enfermeiros. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(7), 113-122. <https://dx.doi.org/10.12707/RIV14084>
- Gómez-Díaz, M., Delgado-Gómez, M., & Gómez-Sánchez, R. (2017). Education, emotions and health: Emotional education in Nursing. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 237, 492– 498. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2017.02.095>
- Jardim, J., & Pereira, A. (2006). *Competências pessoais e sociais: Guia prático para a mudança positiva*. ASA.
- Loureiro, L. (2010). Tradução e adaptação da versão revista da Escala de Avaliação do Perfil de Atitudes Acerca da Morte (EAPAM). *Revista de Enfermagem Referência*, 3(1), 102-108. <https://doi.org/10.12707/RII1012>
- Pais, N., Moreira, I., Costeira, C., & Silva, A. (2020). Effectiveness of a training program for nurses' emotional management of patient death. *Revista de Enfermagem Referência*, 5(3), e20023, 1-7. <https://doi.org/10.12707/RV20023>
- Peters, L., Cant, R., Payne, S., O'Connor, M., McDermott, F., Hood, K., Morphet, J., & Shimoinaba, K. (2013). Emergency and palliative care nurses' levels of anxiety about death and coping with death: A questionnaire survey. *Australasian Emergency Nursing Journal*, 16(4), 152-159. <https://doi.org/10.1016/j.aenj.2013.08.001>

- Sulzbacher, M., Reck, A., Stumm, E., & Hildebrandt, L. (2009). Nurses in Intensive Care Unit living and facing death and dying situations. *Scientia Medica*, 19(1), 11-16. <https://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/scientiamedica/article/view/3873>
- Zheng, R., Lee, S., & Bloomer, M. (2016). How new graduate nurses experience patient death: A systematic review and qualitative meta-synthesis. *International Journal of Nursing Studies*, 53, 320-330. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2015.09.013>

A INTEGRAÇÃO DA FAMÍLIA NO PROCESSO DE CUIDADOS AO DOENTE PALIATIVO: O PAPEL DO ENFERMEIRO

SARA MARINA GOMES DIOGO¹
MARIA DO CÉU MESTRE CARRAGETA²

INTRODUÇÃO

Os cuidados paliativos constituem atualmente uma resposta imprescindível para os doentes e familiares em situações de doença incurável ou grave, em fase avançada e progressiva. A pessoa doente e a sua família são inseparáveis neste processo, pelo que é importante analisar as questões relacionadas com as intervenções dos enfermeiros na integração da família no processo de cuidados.

A família é um dos pilares nos cuidados paliativos e a sua participação pode apresentar impactos positivos no cuidar, nomeadamente sentimentos de satisfação e gratidão apesar das atividades complexas e desgastantes que desenvolve com repercussões negativas a nível físico, emocional e psicológico (Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos [APCP], 2016). A European Association for Palliative Care (EAPC), em 2013, considerava ainda que a participação da família permitia, também, sensação de recompensa e ajuda no processo de luto.

A Teoria das Transições de Meleis enfoca as interações entre os enfermeiros e a pessoa em processo de transição, sendo a saúde e o bem-estar o resultado a alcançar (McEwen & Wills, 2016). A integração da família no processo de cuidados ao doente paliativo traduz-se num processo de transição situacional com padrões múltiplos e complexos, mas, também a aquisição do papel de prestador de cuidados manifesta-se como uma experiência de transição.

Partindo da questão de investigação “Como é que os enfermeiros de unidades de cuidados paliativos da região centro integram a família do doente paliativo no processo de cuidados?”, foram definidos como objetivos: compreender a importância que os enfermeiros atribuem

1 MSc, Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, Centro Hospitalar Universitário de Coimbra, saramgdiogo@gmail.com

2 MSc, Professora Adjunta da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, UICISA: E, mceu@esenfc.pt

à participação da família no processo de cuidados; identificar elementos facilitadores e dificultadores; e analisar as estratégias utilizadas e contribuir para um “guia de boas práticas”.

METODOLOGIA

Trata-se de uma investigação qualitativa, descritiva que se desenvolveu em três contextos de cuidados paliativos na região centro.

A seleção dos participantes (enfermeiros) assenta numa amostragem intencional de informantes estratégicos para a realização de entrevistas em grupos de foco. Os critérios de inclusão contemplam a prestação de cuidados diretos aos doentes e famílias, bem como possuir formação pós-graduada em cuidados paliativos. Contudo, face às características das equipas não foi possível garantir que todos os enfermeiros tivessem formação pós-graduada em cuidados paliativos. Os critérios de exclusão contemplam os enfermeiros em função de gestão e em processo de integração nas unidades.

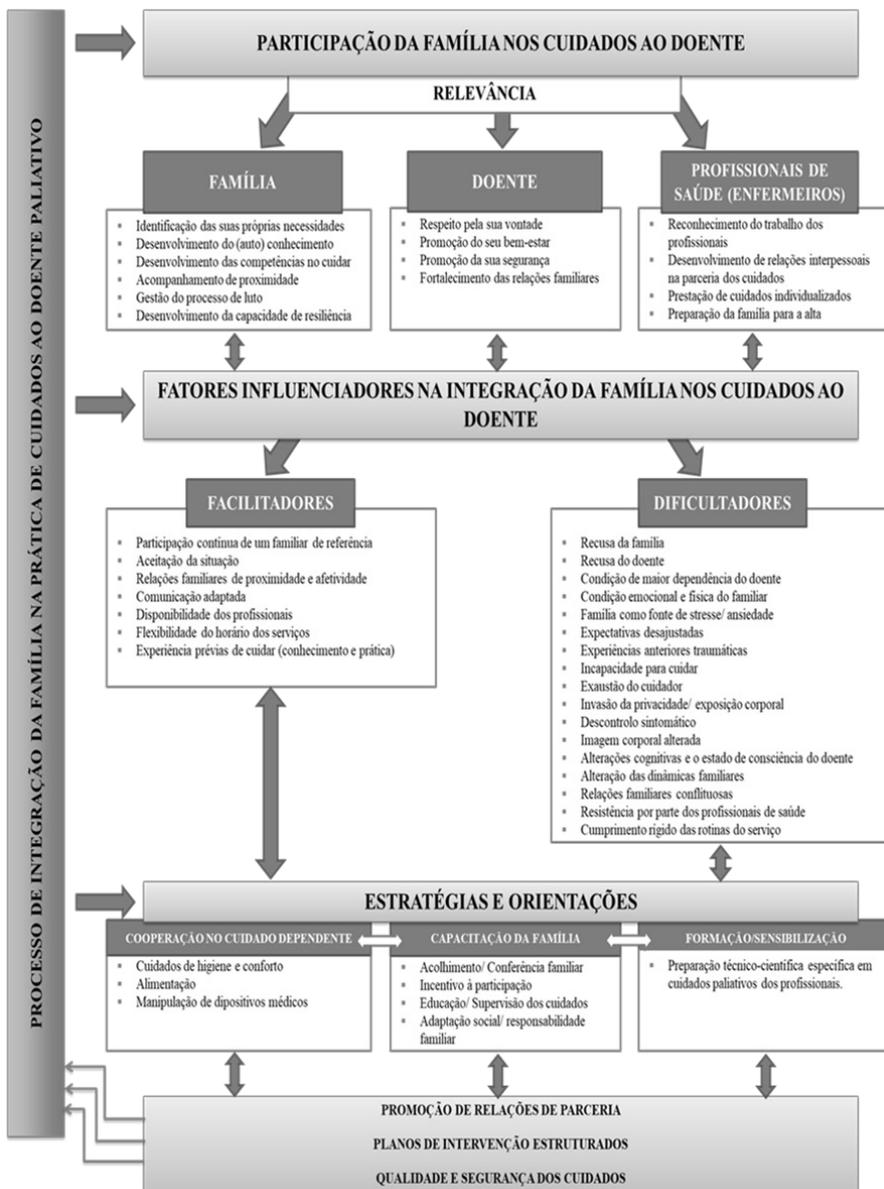
A informação recolhida foi sujeita a uma análise de conteúdo tendo por base o método proposto por Giorgi e Sousa (2010). Foram cumpridas todas as formalidades éticas para a realização do estudo.

RESULTADOS

Pela análise das entrevistas emergem três temas principais e respetivos constituintes e sub-constituintes apresentados na figura 1.

Figura 1

Esquemática dos Resultados: Processo de Integração da Família na Prática de Cuidados ao Doente Paliativo



DISCUSSÃO

Para os enfermeiros, a participação da família é considerada pertinente para a própria família, para o doente e para os profissionais de saúde.

Contudo, é descrita a existência de fatores influenciadores neste processo, tendo sido identificados mais aspetos dificultadores do que facilitadores. Estas dificuldades constituem-se como um desafio para as equipas, levando-as à necessidade de repensar estratégias e planificar novas intervenções. Assim, o processo de integração da família deve passar por contornar essas dificuldades e potenciar os aspetos facilitadores.

As estratégias e orientações para a integração da família nos cuidados foram agrupadas em três pontos: a cooperação no cuidado dependente, onde foram evidenciados aspetos técnicos ligados à colaboração nos cuidados de higiene e conforto, alimentação e manipulação de dispositivos médicos; a capacitação da família, onde são abordadas as questões do acolhimento e realização da conferência familiar, o incentivo à participação, a educação e supervisão dos cuidados e a adaptação social e responsabilidade dos próprios familiares; e, por último, é apresentada a formação e sensibilização, onde se enquadra a preparação técnico-científica dos profissionais, específica em cuidados paliativos.

À luz da teoria proposta por Meleis (2010), a integração nos cuidados ao doente traduz-se para o familiar cuidador como um processo de transição situacional, associada ao exercício do papel de prestador de cuidados. O diagnóstico de uma doença crónica, progressiva e incurável e a necessidade de cuidados paliativos constitui-se como um evento crítico. Este evento é um marco para a existência de uma consciência de mudança por parte dos familiares. Nesta situação é exigida especial atenção por parte dos profissionais de saúde pela maior vulnerabilidade dos indivíduos e pelas dificuldades que poderão manifestar para o autocuidado ou o cuidar do outro dependente (Meleis, 2010).

A aprendizagem do papel de prestador de cuidados pode tornar-se como um processo de reconhecimento da sua experiência de transição, que caracteriza o início do processo (Edwing & Grande, 2012). Deste modo, englobando as estratégias e orientações para a integração da família, a cooperação nos cuidados dependentes, a capacitação da família e a formação/sensibilização dos profissionais de saúde, conduzem à promoção de relações de parceria, a planos de intervenção estruturados e conseqüentemente a ganhos ao nível da qualidade e segurança nos cuidados.

As intervenções de enfermagem constituem-se como elementos promotores da capacitação da família e ao serem desenvolvidas num contexto relacional, integram as respostas afetivas, cognitivas e comportamentais do sistema terapêutico, em que a mudança é determinada pela harmonia da estrutura biopsicossocial do sistema familiar (Figueiredo, 2012). Neste sentido, a intervenção deve enfatizar a capacidade das famílias na resolução dos seus problemas e o papel do enfermeiro ser facilitador na construção dessas soluções (Abreu, 2011). A promoção de relações de parceria está intimamente relacionada com a participação ativa de todos os intervenientes no processo - a família, o doente e os profissionais de saúde. Salientando-se a partilha de informação e conhecimentos para uma tomada de decisão integrada e implementação das estratégias mais adequadas a cada situação.

Quanto aos planos de intervenção estruturados, Petronilho et al. (2015) falam-nos da relevância da definição e implementação de programas de educação e apoio efetivo dos familiares cuidadores, tendo em conta o significado pessoal que atribuem ao cuidado, as expectativas que possuem, as necessidades sentidas e os recursos disponíveis, promovendo a sua capacitação para o processo de cuidados. Porém, são limitados os estudos que comprovem a adequação de estratégias de intervenção na integração da família nos cuidados ao doente em cuidados paliativos.

Sendo o âmbito do presente estudo a criação de um “guia de boas práticas”, constituído por planos de intervenção estruturados relativos à integração da família na prática de cuidados ao doente em cuidados paliativos, os achados encontrados em articulação com o que é estabelecido na literatura apresentada poderão concorrer para o seu desenvolvimento. Para a sua consecução é necessário inicialmente articular os três principais envolventes deste processo: família, doente e profissionais de saúde. É fundamental que a própria família atribua um significado favorável a este tipo de parceria e que seja aceite pelo doente. Os enfermeiros, enquanto intervenientes na equipa multidisciplinar, através de uma abordagem integrada, deverão contribuir para a agilização de todo o processo.

A construção destes planos de intervenção terá em conta o reforço dos fatores facilitadores, sendo preponderante atenuar ou contornar os elementos que se constituem como dificultadores deste processo. Para que a sua realização seja possível é importante salientar o processo de capacitação da família que ocorre a partir: do seu acolhimento; da realização de conferências familiares; do incentivo à sua participação; do recurso à educação e supervisão dos cuidados; e pela consciencialização sobre a sua responsabilidade no cuidar. Importa, ainda, ter presente as suas condições emocionais e físicas, relações prévias ou outros aspetos perturbadores. A capacitação da família deve concorrer para uma adequada cooperação no cuidado dependente e para as respostas mais técnicas ao nível dos cuidados ao doente. Para tal é fundamental formação específica ao nível dos cuidados paliativos, assim como a existência de profissionais de saúde sensíveis e capazes de encontrar sentido nesta relação de parceria.

CONCLUSÃO

A integração da família nos cuidados ao doente assume relevância para a própria família, para o doente e para os profissionais de saúde (enfermeiros). Os participantes identificam elementos facilitadores e dificultadores do processo, mas enfatizam mais os dificultadores. Estes últimos relacionados com a família, o doente (exemplificados pela situação de fragilidade emocional e física doente/família), e os profissionais e, ainda pelos aspetos organizacionais.

Como estratégias e orientações destacam-se a cooperação no cuidado dependente, a capacitação da família e a sensibilização/ formação dos profissionais de saúde.

Pretende-se, assim, contribuir para a melhoria das práticas de enfermagem através da construção de planos de intervenção estruturados com possível impacto ao nível da segurança e qualidade dos cuidados. Neste sentido, sugerem-se como áreas que devem integrar o “guia de boas práticas” a capacitação na prática de cuidados, o suporte emocional e espiritual, o acolhimento/ conferência familiar, o suporte social/ recursos materiais.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abreu, W. (2011). *Transições e contextos Multiculturais*. Formasau
- Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos. (2016). Desenvolvimento dos Cuidados Paliativos em Portugal: Posição da Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos. http://www.apcp.com.pt/uploads/Ministerio_da_Saude_Proposta_vf_enviado.pdf
- Edwing, G., & Grande, G. (2012). *Development of a carer support needs assessment tool (CSNAT) for end-of-life care practice at home: A qualitative study*. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2245016>
- European Association for Palliative Care. (2013). Competências centrais em cuidados paliativos: Um Guia Orientador da EAPC sobre educação em cuidados paliativos – parte 1. <http://www.eapcnet.eu/LinkClick.aspx?fileticket=jtSaxBB-azl%3D>
- Figueiredo, H. (2012). *Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar*. Lusociência.
- Giorgi, A. & Sousa, D. (2010). *Método fenomenológico de investigação em psicologia*. Lisboa: Fim de Século.
- McEwen, M., & Wills, E., (2016). *Bases teóricas de enfermagem*. Artmed.
- Meleis, A. (2010). *Transitions Theory: Middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice*. Springer.
- Petronilho, F., Pereira, F., & Silva, A. (2015). *Perceção de autoeficácia do familiar cuidador após o regresso a casa do dependente: Etudo longitudinal*. <http://www.scielo.mec.pt/pdf/rpesm/nspe2/nspe2a02.pdf>

CARATERIZAÇÃO DOS CUIDADOS RECEBIDOS PELA PESSOA COM DOENÇA CRÓNICA NOS ÚLTIMOS TRÊS MESES DE VIDA

JOANA DOS SANTOS SARAIVA¹
LUÍS ANTÓNIO RODRIGUES PAIVA²

INTRODUÇÃO

Se o envelhecimento da população é uma conquista da humanidade ele representa também um desafio, pois com este envelhecimento ocorrerá um crescente número de pessoas com doença crónica, e uma necessidade crescente de Cuidados Paliativos (CP).

As doenças crónicas passaram a ocupar os lugares cimeiros de causas de mortalidade explicando a mudança urgente no sistema de saúde, uma vez que as unidades de cuidados devem preparar-se para a prestação de cuidados à pessoa com doença crónica, incluindo cuidados continuados e integrados.

É urgente perceber em que condições, e com que cuidados formais e informais, morrem estas pessoas com doenças crónicas avançadas. A filosofia dominante deverá basear-se na promoção da vida, não apenas no número de dias, mas também na qualidade dos mesmos (Alves, 2012).

É função do enfermeiro auxiliar os doentes e famílias a enfrentar uma doença crónica ou terminal. Na fase que antecede a morte, o doente deixa frequentemente de desempenhar autonomamente as suas necessidades humanas básicas, passando a necessitar de cuidados, e a família vê-se confrontada com a necessidade de redistribuir os papéis e reorganizar funções. O enfermeiro é o profissional de saúde mais próximo e habilitado para ajudar na satisfação destas necessidades.

Tendo em conta o referido anteriormente, é importante caraterizar os cuidados de saúde recebidos pela pessoa com doença crónica nos últimos 3 meses de vida e nos últimos 2 dias

¹ MSc, Enfermeira Especialista no Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, joana.s.saraiva88@gmail.com

² PhD, Professor Adjunto, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, UICISA: E, luispaiva@esenfc.pt

de vida, em casa, no lar, no hospital, nas unidades da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) e nas unidades de CP, na zona centro de Portugal. Estabeleceu-se como objetivo do estudo, identificar a preferência manifestada, pela pessoa com doença crónica, sobre local da prestação de cuidados em fim de vida e da morte, crónica, assim como avaliar a satisfação do familiar enlutado sobre a qualidade dos cuidados de saúde recebidos.

O estudo visa contribuir para a compreensão desta problemática, identificar resultados que sejam um alicerce para delinear estratégias que poderão permitir a melhoria dos cuidados prestados a estes doentes, servir de orientação para a realização de posteriores estudos nos diferentes serviços e contextos de prestação de cuidados.

METODOLOGIA

Realizou-se um estudo de base populacional, a partir da identificação dos óbitos no registo no Sistema de Informação dos Certificados de Óbito (SICO) e da identificação do familiar enlutado no Registo Nacional de Utentes (RNU), seguindo os critérios de inclusão e exclusão definidos e apresentados posteriormente. Optou-se por um desenho de investigação quantitativo, exploratório descritivo, não experimental e transversal, a partir da questão de investigação: quais os cuidados recebidos pela pessoa com doença crónica, na zona centro de Portugal nos últimos 3 meses de vida?

Como população alvo considerou-se os familiares enlutados de pessoas que faleceram por doença crónica na zona centro de Portugal. Calculou-se o tamanho de amostra necessário para um intervalo de confiança de 90%, e margem de erro de 5% (utilizando método definido pela Raosoft, Inc). Assim, a amostra foi constituída por 268 familiares de pessoas com doença crónica, falecidas em 2016.

Os dados foram colhidos entre 4 e 12 meses após a morte do familiar. A colheita dos dados foi efetuada pela aplicação de formulário construído para o efeito, por contato telefónico realizado a partir da sede da Direção Geral de Saúde, de forma a garantir a confidencialidade e anonimato dos dados obtidos através dos sistemas informáticos. O questionário teve o propósito de caracterizar o contexto onde foram recebidos os cuidados nos últimos 3 meses de vida (casa, lar, hospital e RNCCI), os cuidados recebidos nos últimos 2 dias de vida e as circunstâncias vividas no momento da morte.

Garantiu-se o respeito pelos princípios éticos associados à investigação com seres humanos, respeitou-se a dignidade da pessoa humana, a confidencialidade, o anonimato nas respostas e a participação voluntária no estudo.

Foram realizados dois contactos telefónicos. O primeiro para questionar o familiar enlutado sobre a disponibilidade, o interesse e a aceitação para participar no estudo. No segundo contacto foi realizada a entrevista.

O familiar contactado deu o seu consentimento informado de forma oral. As entrevistas foram áudio-gravadas com o programa Call X instalado no telemóvel exclusivo para a colheita de

dados. Durante o processo de transcrição, foram omitidos os dados que pudessem contribuir para a identificação dos participantes ou da instituição. Após a transcrição e análise do conteúdo, as gravações foram destruídas.

RESULTADOS

Verificou-se que relativamente aos serviços de ajuda ou apoio em casa nos últimos 3 meses de vida, as Unidades de Saúde Familiares/Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados foram os serviços que mais apoio prestaram, 96,3% (n=130). As Instituições Particulares de Solidariedade Social prestaram apoio em 15,6% (n=21), a presença do Médico a título particular verificou-se em 13,3% (n=18) e a presença do Enfermeiro a título particular ocorreu em 8,1% (n=11).

Sobre a ajuda e apoio recebido por parte dos serviços de saúde, 37,3% (n=63) referem que tiveram todo o apoio que necessitaram, 22,5% (n=38) afirmam que tiveram algum apoio (não tanto quanto necessitariam), 13% (n=22) não tiveram ajuda embora a tentassem receber e, 21,3% (n=36) referem que não tiveram ajuda pois, não o procuraram.

Relativamente ao controlo da dor durante a estadia em casa, os resultados indicam que 30,8% (n=52) não apresentaram dor, 26% (n=44) tinham a dor controlada a maioria das vezes, 16,6% (n=28) tinham dor controlada só algumas vezes, 12,4% (n=21) tinham a dor parcialmente controlada.

Relativamente à frequência das visitas pelo enfermeiro de família, 47,3% (n=80) referem que não tiveram contacto com enfermeiro de família nos últimos 3 meses de vida. Questionados os familiares se em algum momento foi proposto a referenciação do seu familiar para uma unidade de CP, 85,4% (n=229) responderam que não. Dos restantes, 6% (n=16) responderam que foi proposto no último mês de vida, 3,4% (n=9) responderam no momento do diagnóstico, 2,2% (n=6) indicam que foi proposto, mas, não beneficiaram porque não houve referenciação atempada e 1,1% (n=3) mencionam que beneficiaram do internamento em CP nos últimos 3 meses de vida.

Foi também colocada uma questão aos familiares sobre se a pessoa sabia que ia morrer e se foi esclarecida sobre a doença terminal e 46,3% (n=124) disseram que provavelmente o seu familiar não sabia que ia morrer, 18,3% (n=49) responderam que sim, que provavelmente sabia, 15,7% (n=42) disseram que o familiar sabia que ia morrer e 14,9% (n=40) referiram que, definitivamente, o seu familiar não sabia que ia morrer.

Foi questionado se quem deu a notícia que provavelmente ele iria morrer, falou de forma sensível e adequada e 19,4% (n=52) responderam que sim, 19% (n=51) sim de certa forma, 6,3% (n=17) referem que o profissional de saúde não deu a notícia de forma sensível e adequada, 35,4% (n=95) responderam que não se aplica, pois o familiar não sabia que ia morrer.

Questionada a pessoa enlutada sobre se foi contactada com o tempo suficiente para estar com o seu familiar antes de ele morrer, 51,5% (n=138) responderam que não.

Foi questionado se a pessoa com doença crónica tinha testamento vital tendo-se verificado que 99,3% (n=266) disseram que não e 0,7% (n=2) disseram que não sabiam.

Relativamente ao local onde a pessoa morreu, 63,5% (n=170) das pessoas morreram em contexto hospitalar, sendo que 135 pessoas morreram em diferentes serviços de internamento, 24 na urgência e 9 em cuidados intensivos.

Segundo o familiar enlutado, 83,3% (n=145) das pessoas com doença crónica referiram que preferiam morrer em casa. Já relativamente ao conhecimento dos profissionais de saúde acerca das preferências do local de morte da pessoa com doença crónica, 61,5% (n=107) responderam que os profissionais sabiam, 21,8% (n=38) responderam não ter a certeza se os profissionais sabiam e 16,7% (n=29) referiram que não sabiam. De igual forma, questionados sobre se a pessoa com doença crónica pôde escolher onde queria morrer, 51,1% (n=137) referiram que eles não puderam escolher. Relativamente a se receberam o apoio necessário por parte dos serviços de saúde no momento da morte 44,4% (n=119) referem que sim, 31,7% (n=85) referem sim parcialmente e 23,1% (n=62) referem que não.

Relativamente aos cuidados de saúde, no geral, proporcionados ao familiar nos últimos 3 meses de vida, 39,2% (n=105) referem que foram bons, 20,9% (n=56) avaliam como regulares, 17,9% (n=48) avaliam como excelentes, 9,7% (n=26) consideram que foram extraordinários, 11,9% (n=32) referem que foram maus.

Os familiares enlutados foram questionados se receberam apoio no luto por parte de alguma entidade de saúde e 38,4% (n=103) referem que sim, 34,7% (n=93) referem que não (mas não o queriam), enquanto que 23,9% (n=64) referem que não, mas que gostariam de o ter recebido.

DISCUSSÃO

Sobre a ajuda/apoio recebido por parte dos serviços de saúde nos últimos 3 meses de vida, apenas 37,3% (n=63) receberam todo o apoio que necessitaram e em 22 casos não tiveram qualquer tipo de ajuda embora o tentassem receber, o que pode revelar uma assistência insuficiente das equipas domiciliárias de CP, reforçando o preconizado no Plano Estratégico para o Desenvolvimento dos Cuidados Paliativos para o biénio 2017-2018 (Comissão Nacional de Cuidados Paliativos, 2017), quando identifica a necessidade de apoio de equipas multidisciplinares específicas de CP para prestarem cuidados ao doente/família em situação de maior complexidade ou crise, evitando o recurso ao SU.

Relativamente ao controlo da dor, segundo a DGS (2010), 50% dos idosos que vivem na comunidade apresentam dor crónica. No presente estudo, verifica-se que os dados apresentados não revelam melhorias nesta problemática, pois apenas 30,8% (n=52) das pessoas não tinham dor, e 29% (n=49) teve dor controlada parcialmente ou não controlada de maneira nenhuma. Sendo a dor o quinto sinal vital e considerando que se está perante doentes que previsivelmente, apresentariam dor, parece ainda assim um número muito elevado de pessoas em que se verificava em algum momento dor.

Na última admissão hospitalar verificou-se que 88,3% da amostra não foi avaliada pela equipa intra-hospitalar de CP. Quando se questionaram os familiares se em algum momento foi

referenciado para uma equipa de CP, mesmo no período terminal de vida, verificou-se que apenas 3,4% (n=9) da amostra responderam que sim no momento do diagnóstico, 2,2% (n=6) foi proposto CP mas não beneficiou porque não foram referenciados a tempo e 85,4% (n=229) não foram referenciados. Segundo o Plano Estratégico para o Desenvolvimento dos Cuidados Paliativos (2016) o encaminhamento precoce para este tipo de cuidados diminui os tempos de internamento hospitalar, os reinternamentos, a futilidade terapêutica, o recurso aos SU e aos cuidados intensivos e, conseqüentemente, diminuem os custos em saúde. Verificou-se que uma esmagadora maioria de pessoas não foram referenciadas para CP, mesmo tendo diversas comorbilidades e estando doente maioritariamente há mais de um ano antes de falecer.

Sobre o conhecimento da pessoa sobre a sua situação terminal constatou-se que mais de metade da amostra não estava esclarecida sobre a sua situação de saúde.

O doente deve ter toda a informação sobre a sua situação clínica de forma a decidir sobre os tratamentos e projetos e, de acordo com a lei de bases de CP, a família do doente terminal tem direito a receber informação sobre o estado clínico do doente, participar nas decisões sobre CP prestados ao doente e à família e a receber informação objetiva e rigorosa sobre condições de internamento.

Considera-se importante a presença da família junto da pessoa com doença crónica, mas apenas 10,4% dos familiares enlutados foram contactados com o tempo suficiente para estar com o seu familiar antes de ele morrer, sendo esse contacto maioritariamente por telefone (97,8%). Apenas 2,2% foram abordados presencialmente.

Relativamente ao local onde a pessoa morreu, verificou-se que apenas 15,7% morreram em casa, o que contraria o desejo manifestado em morrer no seu domicílio. Todos os demais tiveram uma morte institucionalizada, sendo que a maioria morreu em contexto hospitalar o que vai ao encontro dos estudos mais recentes e confirma a maior frequência de mortes em contexto hospitalar, desenraizando-se da família. Destaca-se a baixa percentagem de mortes em CP (4,5%; n=12), já que atendendo ao número de comorbilidades e tempo de doença prolongada, poderia justificar um maior recurso desta tipologia de cuidados.

Sendo o testamento vital uma declaração antecipada de vontade, foi relevante verificar que 99,3% disseram que o seu familiar não tinha e a maioria dos familiares desconhecia mesmo o significado de testamento vital. Segundo os números dos Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, até ao final de 2016, apenas cerca de seis mil portugueses realizaram o testamento vital, o que justifica os dados encontrados neste estudo.

Questionado o familiar enlutado se o seu familiar alguma vez lhe disse onde queria morrer denota-se que há uma clara evidência que as pessoas mantêm vontade de passar os últimos momentos de vida no domicílio. Murtagh (2015) concluiu que sempre que possível, o doente deve ser acompanhado no local da sua preferência, sabendo-se que a maioria dos doentes em fim de vida prefere o domicílio. Também, Gomes et al. (2013) refere que o domicílio é, entre as opções consideradas e, se as circunstâncias permitirem, o local de morte preferido pela população em Portugal e essa preferência aumenta significativamente com a idade, sendo partilhada por 65% daqueles com 75 ou mais anos de idade. O projeto de investigação europeu

PRISMA que incluiu 9344 participantes de 7 países diferentes, incluindo Portugal, concluiu que pelo menos dois terços dos inquiridos preferiam morrer em casa quando confrontados com uma doença oncológica avançada (Gomes et al., 2012). Todos os estudos encontrados apontam o domicílio como local de eleição para morrer, no entanto, segundo os dados de mortalidade do INE, apenas 30% dos óbitos foram em domicílios (Gomes et al., 2013). Como refere Machado (2011) o número de óbitos no domicílio tem vindo a diminuir. Este desfasamento está possivelmente relacionado com a falta de apoio dos serviços às pessoas que cuidam no domicílio o que é ressaltado neste estudo já que apenas 37,3% (n=63) da amostra referiu ter tido todo o apoio domiciliário que necessitou.

Meeussen et al. (2010) abordaram o conhecimento dos profissionais que acompanham os doentes em fim de vida sobre as preferências/vontades e constataram que a maioria desconhece essas preferências, contrariando os dados verificados no presente estudo uma vez que apenas 16,7% (n=29) referiram que não conhecer.

Este direito de escolha está plasmado no Código Deontológico do Enfermeiro, no artigo dedicado especificamente aos deveres subordinados ao respeito pelo doente terminal. Quando questionados os familiares se consideram que a pessoa podia escolher onde queria morrer, 51,1% (n=137) referiram que não puderam escolher. Quanto à opinião dos familiares enlutados sobre o local adequado para morrer, estas diferem, 76,5% referiram que o seu familiar morreu no local mais adequado.

Sobre o apoio recebido por parte dos serviços de saúde no momento da morte, 44,4%(n=119) referem que receberam todo o apoio necessário. Quanto ao apoio recebido após a morte, 15,7% (n=42) referem que não foram tratados com sensibilidade e 8,2% (n=22) não tiveram contacto com a equipa de saúde. Foi questionado familiar enlutado se recebeu apoio no luto por parte de alguma entidade de saúde e 23,9% (n=64) referem que não, mas que gostariam de ter recebido apoio.

Quanto ao envolvimento da pessoa com doença crónica nas decisões sobre os cuidados de saúde, 58,6% (n=157) foram envolvidos tanto quanto gostariam e 22,4% gostariam de ter sido mais envolvidos. No que concerne ao envolvimento do familiar enlutado nas decisões sobre os cuidados de saúde, 75% (n=201) foram envolvidos tanto quanto gostariam, 23,5% (n=63) gostariam de ter sido mais envolvidos. Relativamente ao envolvimento nas decisões, verificou-se uma maior percentagem de envolvimento dos familiares quando comparado com o envolvimento da pessoa doente. Verifica-se que em 47 casos (17,5%) das pessoas com doença crónica não concordariam com algumas decisões de saúde que foram tomadas. Destaca-se a prioridade de alterar este comportamento uma vez que o doente tem o direito de ter toda a informação sobre a sua situação clínica de forma a decidir sobre os tratamentos e projetos.

CONCLUSÃO

As Equipas de Cuidados Continuados Integrados e Equipas Comunitárias de Suporte em Cuidados Paliativos (ECSCP) continuam a ser pouco envolvidas no cuidado às pessoas com

doença crónica na fase final de vida, apenas em casos isolados há o recurso a estas equipas. Independentemente de os familiares avaliarem de forma positiva ou negativa os cuidados prestados, em todos eles se verificaram visitas regulares ou mesmo diárias à pessoa com doença crónica. Segundo o Plano Estratégico para o Desenvolvimento dos Cuidados Paliativos (2017-2018) e tendo em conta o número de residentes que consta do Plano Regional de Saúde de cada ARS, estima-se que deviam existir em Portugal Continental entre 66 e 101 ECSCP, existindo apenas 18. Esta baixa cobertura poderá justificar o baixo suporte aos cuidados no domicílio .

Sobre o conhecimento da pessoa sobre a sua situação de terminal apenas 15,7% tinham total conhecimento. Mais de metade da amostra não estava esclarecida devidamente sobre a sua situação de saúde e este dado é preocupante, pois o doente deve ter toda a informação sobre a sua situação clínica de forma a decidir sobre os tratamentos e projetos.

A presença da família junto da pessoa com doença crónica nos últimos dias de vida, ainda é uma realidade distante, apenas 10,4% dos familiares foram contactados com o tempo suficiente para estar com o seu familiar antes de ele morrer.

Relativamente ao local de morte, 83,3% das pessoas com doença crónica referiram que preferiam morrer em casa. Há uma clara evidência de que as pessoas mantêm vontade de passar os últimos momentos de vida no domicílio.

Para ir ao encontro destas preferências é prioritário desenvolver serviços de CP domiciliários, que previnam o aumento de óbitos hospitalares e que apoiem a morte em casa, com qualidade e respeitando preferências individuais. Segundo o Plano Estratégico para o Desenvolvimento dos Cuidados Paliativos (2017-2018), os CP devem garantir suporte social à família/cuidador informal e permitir o luto acompanhado.

No que diz respeito ao testamento vital verificou-se que nenhum caso tinha testamento vital. Sugere-se a promoção de políticas de divulgação de informação, pois a maioria dos familiares não revelou ter conhecimento sobre o que era um testamento vital.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alves, F. I. (2012). *Cuidar o doente terminal em serviço de medicina interna um olhar fenomenológico sobre as experiências dos enfermeiros* [Dissertação de mestrado, Universidade do Porto, Faculdade de Medicina]. Repositório Aberto da Universidade do Porto. <https://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/72959>
- Comissão Nacional de Cuidados Paliativos. (2016). *Plano estratégico para o desenvolvimento dos cuidados paliativos: Biênio 2017-2018*. https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/09/Plano-Estrat%C3%A9gico-CP_2017-2018-1-1.pdf
- Direção Geral de Saúde. (2010). *Orientações técnicas sobre o controlo da dor crónica na pessoa idosa*. <https://www.dgs.pt/?cr=16947>

- Gomes, B., Higginson, I., Calanzani, N., Cohen, J., Deliens, L., Daveson, B., & Harding, R. (2012). Preferences for place of death if faced with advanced cancer: A population survey in England, Flanders, Germany, Italy, the Netherlands, Portugal and Spain. *Annals of Oncology*, 23(8), 2006-2015. <https://doi.org/10.1093/annonc/mdr602>
- Gomes, B., Sarmiento, V., Ferreira, P., & Higginson, I. (2013). Estudo epidemiológico dos locais de morte em Portugal em 2010 e comparação com as preferências da população portuguesa. *Acta Médica Portuguesa*, 26(4), 327-334.
- Machado, M., Couceiro, L., Alves, I., Almendra, R., & Cortes, M. (2011). *A morte e o morrer em Portugal*. Almedina.
- Meeussen, K., Van den Block, L., Bossuyt, N., Bilsen, J., Echteld, M., & Casteren, V. (2010). GPs' awareness of patients' preference for place of death. *British Journal of General Practice*, 59(566), 665–670. <https://doi.org/10.3399/bjgp09X454124>
- Murtagh, F. (2015). What matters time? The importance of time for those with advanced progressive disease and their families. *Palliative Medicine*. 29(1), 3-4. <http://doi:10.1177/0269216314559899>

INTENCIONALIDADE DOS ENFERMEIROS NO CUIDAR À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA COM DECISÃO DE NÃO REANIMAR

TÂNIA CATARINA PEDROSA PRIOR¹
ISABEL MARIA PINHEIRO BORGES MOREIRA²
MARIA ISABEL DOMINGUES FERNANDES³

INTRODUÇÃO

O planeamento dos cuidados de enfermagem envolve um processo de avaliação e diálogo com a pessoa, centrado nela, por forma a responder às suas necessidades e a permitir que a pessoa defina os seus objetivos e preferências nos cuidados a receber, no presente e no futuro. Este processo fundamenta-se no conhecimento sobre a situação clínica da pessoa, sobre a pessoa em si e na sensibilidade do enfermeiro para estabelecer uma relação terapêutica.

A transmissão de informação sobre o processo de cuidados e as respostas esperadas ao processo de doença são fundamentais para a capacitação da pessoa para a tomada de decisão. A discussão sobre os cuidados a receber torna-se mais complexa, quando a pessoa se encontra em situação crítica e é difícil incluí-la na tomada de decisão, embora se reconheça que a sua inclusão é eticamente exigida.

No âmbito das decisões complexas enquadra-se a decisão de não reanimar (DNR), que deve ser definida pelo médico, enfermeiro, família e equipa multidisciplinar. Frequentemente há um escasso envolvimento da pessoa na DNR, que pode relacionar-se tanto com o seu estado de saúde ou a incapacidade de tomar de decisão como com o facto dos profissionais de saúde sentirem-se desconfortáveis sobre se, porque e como incluir os doentes nas decisões de DNR (Pettersson et al. 2014).

Protelar o envolvimento da pessoa na DNR, pela deterioração das suas condições cognitivas, compromete a tomada de decisão livre, esclarecida e consentida. Nesta situação a decisão é assumida pela família (Kim et al., 2015).

Considerando que existe uma tendência para a desproporcionalidade terapêutica, é importante

1 Mestre e Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica no Centro Hospitalar de Leiria-Pombal, EPE. taniaprior82@gmail.com

2 PhD, Professora Coordenadora na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, UICISA: E, imoreira@esenfc.pt

3 PhD, Professora Coordenadora da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, UICISA: E, isabelf@esenfc.pt

compreender a intencionalidade dos enfermeiros nos cuidados prestados à pessoa em situação crítica com DNR, que princípios orientam o processo de tomada de decisão, que cuidados de enfermagem são prestados e que obstáculos se opõem às boas práticas.

A intencionalidade resulta na ação consciente, fundamentada no saber, na individualidade das experiências e na capacidade cognitiva de transformação, integração e mobilização do conhecimento, apoiada na deontologia profissional em enfermagem (Lei n.º 156/2015). Consolida-se a ideia que as intervenções em enfermagem são mais do que atos clínicos, integram a pessoa no seu todo, no respeito pela sua dignidade e vontade (Campos-Calderón et al., 2016).

Considerando que os desafios do cuidado à pessoa em fim de vida (FV) são crescentes, exigentes e pluralistas, o estudo tem como objetivo principal estudar a intencionalidade dos enfermeiros no cuidar integrado à pessoa em situação crítica com DNR no contexto de um serviço de medicina interna.

METODOLOGIA

Este é um estudo sustentado no paradigma qualitativo, exploratório e descritivo, enquadrado na estratégia de estudo de caso. Partiu da questão de investigação “qual a intencionalidade dos enfermeiros no cuidar à pessoa em situação crítica com DNR hospitalizada num serviço de medicina?”.

A população alvo foi constituída pelos enfermeiros que prestam cuidados diretos a pessoas internadas num serviço de medicina. Como critérios de inclusão definiram-se: experiência profissional em ambiente hospitalar superior a dois anos; experiência no cuidar de doentes agudos ou crónicos agudizados; experiência profissional superior a um ano no serviço de medicina interna; e estar em atividade no período definido para a colheita de dados.

Participaram 12 enfermeiros, onze enfermeiras e um enfermeiro, cuja média de idade era de 38 anos, tempo médio de experiência profissional de 13 anos e de serviço de seis anos. Os dados foram colhidos por entrevista semiestruturada em três focus grupos (FG), realizadas entre 18 e 30 de setembro de 2017.

Para a colheita de dados foi solicitada autorização à direção do centro hospitalar e à respetiva comissão de ética, tendo-se obtido parecer favorável. Todos os enfermeiros foram informados sobre a natureza do estudo e da sua participação, para que pudessem tomar a decisão de participar, assinar o consentimento informado e autorizar a gravação das entrevistas. Foi garantida a confidencialidade sobre a sua identidade. Os grupos focais foram realizados após os momentos de formação ou reuniões de serviço, de acordo com a prévia negociação com a enfermeira chefe.

As entrevistas foram audiogravadas e posteriormente transcritas, tendo resultado um vasto corpus de análise. Este foi codificado e categorizado, dando evidência às ideias comuns dos excertos textuais, que demonstravam similitude de significado e pertinência face ao estudo.

RESULTADOS

Do processo de análise e a partir da evidência que algumas categorias e subcategorias gravitavam à volta de uma mesma área temática, emergiram três temas: “DNR doentes críticos”;

“intervenção de enfermagem em pessoas com DNR”; e “condicionantes à intervenção na pessoa com DNR”, conforme se apresenta na figura 1.

Figura 1

Representação dos Temas e Categorias



O cuidado com a pessoa com DNR acontece dentro de um conjunto de critérios apresentados como razões subjacentes à decisão tomada. As razões identificadas são: a situação clínica da pessoa; o respeito pela sua vontade sempre que é possível conhecê-la; e a idade, especialmente quando esta é avançada, "... são essencialmente pessoas muito idosas e em situação de dependência elevada e a maioria não tem condições de ser reanimada." FG1

É consensual, para os participantes, que a DNR é uma prescrição por decisão médica, contudo, por vezes, pouco clara e não assumida formalmente. É percebida também como uma decisão que exige partilha, como explicitado "... em alguns casos eles dizem-nos mesmo que não é para não reanimar, e noutros casos já sabemos o que é que vai acontecer e não há nada definido!" FG2

Os participantes consideraram que ao existir uma DNR operacionalizada e documentada, formulam-se condições ideais para um planeamento de cuidados ajustado às necessidades da pessoa e família, permite a "uniformização dos cuidados", o "seu redirecionar" e, ao mesmo tempo, "dá segurança" ao profissional.

Na "intervenção com as pessoas com DNR", o "informar", o "colher dados" e o "prestar cuidados" é preponderante. Informar é entendido como um processo, que tem subjacente algumas exigências como a relação e a comunicação (requisitos) e que, tem uma finalidade. Esta visa fundamentalmente integrar a família no processo de cuidados e, fazer com que esta compreenda o porquê destes cuidados, nesta fase do ciclo de vida, "... não é para reanimar,

tento transmitir à família, não só a preparar para... fazê-la perceber que naquele momento o mais importante para aquela pessoa não é o investimento para prolongar a vida e sim manter o conforto" FG 3.

Para preparar a pessoa/família é importante "colher dados". Para tal, consideram relevante que esteja definido um elemento da família como elo entre a pessoa e a equipa.

Na categoria "prestar cuidados", os participantes relevaram como significativo ajudar a pessoa a lidar com o FV, gerir vivências e sentimentos (medo, sensação de "ansiedade") e ajudar a reorientar o doente. Consideraram ainda importante, o controlo de sintomas, o conforto, o envolvimento da família sempre que possível, a promoção da privacidade e a flexibilização dos horários e número de visitas, "é importante o controlo da dor... é difícil ter um doente agitado em sofrimento e a família a acompanhar..." FG1.

Os fundamentos ou pressupostos em que os cuidados de enfermagem assentam, isto é, os "princípios orientadores da intervenção/cuidado em enfermagem", passam pelo cumprimento de normas/códigos institucionais, pelo respeito pelos direitos e deveres do doente de acordo com a deontologia profissional. Passam, também, pelo respeito pelos valores ou vontade do doente/família face à religião, à cultura, à harmonização e à individualização nos cuidados e ao respeito pela autodeterminação, "os cuidados têm de seguir um padrão que está definido e protocolado na instituição ... o respeito pela dignidade da pessoa. A autodeterminação é sempre importante" FG1.

As situações que influenciam os cuidados de enfermagem ao doente com DNR, integram o tema "Condicionantes à intervenção/ cuidados de enfermagem na pessoa com DNR". Neste campo sobressaem os recursos tanto de conhecimento, como materiais, humanos e de tempo, como salientam "... até em recursos materiais às vezes falha" FG3.

A "exigência/ natureza da intervenção" pode condicionar o cuidado a prestar à pessoa com DNR. A experiência ou a vivência dos profissionais, a cultura de equipa e as intervenções mobilizadoras de recursos emocionais, são identificadas como aquelas que poderão também atuar como condicionantes à intervenção, "... só faz sentido cuidar em equipa, somos diferentes, mas complementamo-nos (...) esse cuidar é muito pessoal e individualizado e requer de nós uma grande disponibilidade mental e flexibilidade emocional para o conduzir." FG1

Os participantes identificam também a "documentação dos cuidados" como uma condicionante, na medida em que o aplicativo informático, que nem sempre permite evidenciar os cuidados autónomos, é limitado na formulação de diagnósticos de enfermagem.

DISCUSSÃO

A DNR pressupõe a existência de critérios que se reportam ao conjunto de parâmetros subjacentes à tomada de decisão de DNR, realçando-se a situação clínica da pessoa, o que foi também salientado por Campos-Calderón et al. (2016), a vontade desta e a sua idade. A decisão é percecionada como uma prescrição médica com implicações no quotidiano de trabalho e de cuidados. Neste âmbito, Abu-Ghori et al. (2016) salientam que esta deverá ser uma decisão partilhada. Situação similar foi identificada também por Pettersson et al. (2014).

A DNR é percecionada como uma decisão facilitadora de um planeamento de cuidados ajustado às necessidades da pessoa e família e, em conformidade com os padrões de qualidade ético-legal, o que vem na linha do defendido por Kim et al. (2015). Também Mockford et al. (2014)

salientam este facto, ao referirem a uniformização dos cuidados em equipa, o redirecionamento destes em função das necessidades da pessoa e ao salientarem a segurança na prestação de cuidados.

A intervenção de enfermagem em pessoas com DNR envolve a informação como um processo que visa a integração da família nos cuidados, o que é percecionado como um requisito no cuidar, objetivando o seu propósito o que vem na linha do defendido por Nunes (2015).

Esta centra-se na pessoa e na família, ajudando-as a lidar com o FV e a gerir as suas vivências. Importa que haja flexibilização das visitas, respeito pela privacidade e intimidade, aproximação da equipa à pessoa e à família enquanto parceira no planeamento e gestão de cuidados de conforto físico, emocional e social, reorientando-os quando existe uma DNR o que foi salientado igualmente por Noble et al. (2015).

Na relação com pessoa e a família salientaram o respeito pelos valores/vontade do doente e família, face à religião, à cultura, ao pensar do doente e da família, à harmonização e individualização nos cuidados e, ao respeito pelo direito à autodeterminação o que vem na linha do defendido por Nunes (2015).

Os condicionantes à "Intervenção/ Cuidados de Enfermagem na Pessoa com DNR" prendem-se com os recursos, nomeadamente, o conhecimento e a experiência do enfermeiro, que podem ser promotoras de um cuidar mais assertivo, de maior proximidade e acompanhamento, evitando práticas desajustadas da realidade. Também os recursos materiais, as condições físicas do serviço e os equipamentos podem potenciar o conforto da pessoa. Estes aspetos vêm de encontro ao identificado por Mockford et al. (2014) e Nunes (2015).

A cultura da equipa influencia os participantes, ao nível da partilha de conhecimento, da informação e da decisão. Cuidar da pessoa com DNR é uma intervenção exigente, mobilizadora de recursos emocionais em que as características pessoais do enfermeiro, a sua sensibilidade e plasticidade são fundamentais. Os enfermeiros reconhecem que experienciam dificuldades emocionais e sentem-se esgotados.

A documentação/produção de cuidados, particularmente os autónomos, e a sua evidência, decorrentes do aplicativo informático, condicionam a evidência destes ao nível do plano de cuidados.

CONCLUSÃO

A intencionalidade dos enfermeiros no cuidar à pessoa em situação crítica com DNR integra processos individuais, influenciados por fatores intrínsecos e extrínsecos, cujas decisões se orientam para um cuidar humanizado e integrador da pessoa e família. É influenciada pela complexidade e diversidade de aspetos relativos à pessoa, ao conhecimento e ao meio e, revela um cuidar imbuído de relação de proximidade, de afetos e de valorização daquilo que a pessoa e a família manifestam como sua vontade. A intencionalidade é facilitadora dos cuidados em FV de elevada qualidade, sustentados nos padrões ético-legais, ajustados à pessoa/família neste processo de transição. A DNR deve ser partilhada e consensual.

A intervenção dos enfermeiros guia-se por um conjunto de princípios orientadores, tais como, a gestão e o controlo de sintomas, o conforto, a responsabilidade profissional, a promoção e o respeito pelo direito à autodeterminação e pelos valores da pessoa e a flexibilização das normas, nomeadamente da presença da família.

A escassez de recursos humanos, físicos e de tempo que podem comprometer a qualidade dos cuidados e precipitar a obstinação terapêutica. Os cuidados à pessoa com DNR exigem tempo para que as pessoas integrem as mudanças e se envolvam no processo. A gestão das emoções e as vivências pessoais, são influenciadas pela experiência, cultura da equipa e partilha de saberes e de decisões.

É necessário desenvolver modelos de trabalho adequados ao cuidar do doente em situação de FV, formar as equipas e desenvolver uma cultura de trabalho em equipa baseada em consensos éticos. A investigação sobre processos de mudança, avaliação de fatores e de procedimentos visando a qualidade de cuidados à pessoa e família, continua a ser emergente.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abu-Ghori, I., Bodrick M., Hussain, R., & Rassool, G. (2016). Nurses' involvement in end-of-life care of patients after a do not resuscitate decision on general medical units in Saudi Arabia. *Intensive and Critical Care Nursing*, 33, 21-29 <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2015.10.002>
- Campos-Calderón, C., Montoya-Juárez, R., Hueso-Montoro, C., Hernández-López, E., Ojeda-Virtoand, F. & García-Caro, M. (2016). Interventions and decision-making at the end of life: The effect of establishing the terminal illness situation. *BioMed Central Palliative Care*, 15(1), 91-102. <https://doi.org/10.1186/s12904-016-0162-z>
- Kim, H., Ersek, M., Bradway, C., & Hickman, S. (2015). Physician orders for life-sustaining treatment for nursing home residents with dementia. *Journal of the American Association of Nurse Practitioners*, 27(2015), 606-614. <https://doi.org/10.1002/2327-6924.12258>
- Lei nº 156/2015 da Assembleia da República. (2015). Diário da república: I Série n.º181. <https://dre.pt/application/conteudo/70309896>
- Mockford, C., Fritz, Z., George, R., Court, R., Grove, A., Clarke, B., Field, R., & Perkins, G. (2014). Do not attempt cardiopulmonary resuscitation (DNACPR) orders: A systematic review of the barriers and facilitators of decision-making and implementation. *Resuscitation*, 88, 99-113 <https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2014.11.016>
- Noble, H., Brown, J., Shields, J., Fogarty, D., & Maxwell A. (2015). An appraisal of end-of-life care in persons with chronic kidney disease dying in hospital wards. *Journal of Renal Care*, 41(1), 43-52. <https://doi.org/10.1111/jorc.12097>
- Nunes, L. (2015). Problemas éticos identificados por enfermeiros na relação com usuários em situação crítica. *Revista Bioética*, 23(1), 187-199 <http://dx.doi.org/10.1590/1983-80422015231059>
- Pettersson, M., Hedström, M. & Höglund, T. (2014). Striving for good nursing care: nurses' experiences of do not resuscitate orders within oncology and hematology care. *Nursing Ethics*, 21(8), 902-915 doi: 10.1177/0969733014533238

INTELIGÊNCIA EMOCIONAL PERCEBIDA DO ENFERMEIRO E A PESSOA EM FIM DE VIDA NO SERVIÇO DE URGÊNCIA

LÚCIA ANDREIA MARQUES FILIPE¹
ISABEL MARIA PINHEIRO BORGES MOREIRA²

INTRODUÇÃO

A expressão de inteligência emocional (IE) só começou a adquirir o seu verdadeiro significado e a ser estudada de forma científica na década de 90, através dos investigadores, ao publicarem na revista *Imagination, Cognition and Personality* um artigo com o seu conceito de IE, onde redefiniram as inteligências pessoais de Gardner, batizando a inteligência interpessoal e intrapessoal, por IE. Definiram-na como um conjunto de aptidões relacionadas com a perceção, expressão e regulação das emoções em si mesmo e nos outros, conseguindo deste modo, assumir com mais propriedade o pensamento e agir de forma adequada diariamente (Queirós, 2014).

Entender e gerir a emoção é uma habilidade nuclear na enfermagem, sendo requisito profissional da prática de enfermagem humanizada. Assim, o enfermeiro com uma IE mais desenvolvida exerce melhor as suas atividades, dado ser capaz de lidar com as emoções e principalmente com os sentimentos despertados por estas (Aradilla-Herrero et al., 2013).

Cuidar de pessoas nos últimos estádios de vida e lidar com a morte de outros é um dos aspetos essenciais da enfermagem em cuidados paliativos. Estas situações requerem altos níveis de IE por parte dos profissionais para gerir o impacto do contato contínuo com a morte e com a perda (Aradilla-Herrero et al., 2013).

O recurso ao serviço de urgência (SU) por pessoas em fim de vida é frequente, sobretudo, quando existem sintomas descontrolados. Cuidar destes pode-se tornar difícil para o enfermeiro em contexto de urgência, já que a sua missão é tratar de situações urgentes e emergentes, sendo exigido aos profissionais de saúde rapidez no momento de atuar. Pelo exposto, torna-se premente avaliar o nível da inteligência emocional percebida (IEP) do enfermeiro e a relação

1 MSc, Enfermeira especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, Centro Hospitalar Universitário de Coimbra, polo CHUC. luciaamfilipe@gmail.com

2 PhD, Professora Coordenadora na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, UICISA: E, imoreira@esenfc.pt

com a sua atitude face aos cuidados à pessoa em fim de vida (CPFV) no SU. O estudo tem como objetivo central analisar a relação existente entre a IEP do enfermeiro e as suas atitudes face aos CPFV no SU.

METODOLOGIA

O presente estudo desenvolve-se a partir da seguinte questão: a IEP do enfermeiro influencia as atitudes face aos CPFV no SU? Formulou-se como hipóteses de investigação: (i) H1 - O nível de IEP do enfermeiro é diferente consoante as variáveis de domínio sociodemográfico/profissional; (ii) H2 – As atitudes dos enfermeiros face aos CPFV são diferentes consoante as variáveis de domínio sociodemográfico/profissional; (iii) H3 – O nível de IEP do enfermeiro influencia as atitudes face aos CPFV no SU.

Enquadra-se no paradigma das metodologias quantitativas, do tipo não experimental, transversal e numa lógica de análise descritivo-correlacional.

A população acessível são os enfermeiros de um SU de nível III de adultos, que aceitaram voluntariamente colaborar no estudo. Optou-se por uma amostra não probabilística. Fizeram parte da amostra os enfermeiros que estiveram de serviço, no período compreendido entre 26 de outubro e 24 de dezembro de 2016. O estudo teve parecer favorável da Comissão de Ética e do Conselho de Administração.

O instrumento de colheita de dados utilizado foi o questionário, dividido em duas partes. A primeira parte integra a caracterização sociodemográfica e profissional e a segunda parte as escalas: versão portuguesa modificada da *Trait Meta-Mood Scale* (TMMS-24); e perfil de atitudes face aos cuidados ao doente em fim de vida (PACDFV), ambas validas para a população portuguesa.

Os dados foram tratados através de análise estatística descritiva e inferencial. Para tal recorreu-se a testes não paramétricos, nomeadamente, Testes U de Mann-Whitney, Teste de Kruskal-Wallis e Correlação de Ró Spearman, uma vez que após a aplicação do teste de Kolmogorov-Smirnov com a correção de Significância de Lilliefors apurou-se a inexistência de uma distribuição normal.

RESULTADOS

Integraram o estudo 142 enfermeiros, com idades compreendidas entre os 28 anos e os 60 anos, com uma média de 37,52 anos e um desvio padrão de 7,43 anos. Predomina a classe com idade igual ou inferior a 35 anos (50,70%), seguindo-se a de 36 e 45 anos (33,10%) e apenas 16,20% têm idade superior aos 45 anos. A maioria é do sexo feminino (69,00%). No que concerne ao estado civil, maioritariamente vivem em união de facto/casados 66,90% e 27,50% estão solteiros/as. Relativamente às habilitações académicas, 67,60% são licenciados, 14,80% têm uma pós-licenciatura em Enfermagem, 9,90% uma pós-licenciatura em Enfermagem com mestrado e 7,70% um mestrado.

No que se refere ao tempo de exercício na profissão 50,70% dos enfermeiros possui entre 10 e

20 anos de experiência profissional, sendo a média do tempo de 14,34 anos. Já no que respeita ao tempo de exercício profissional no SU, 45,80% trabalham há menos de 10 anos e apenas 12,70% há mais de 20 anos.

Relativamente à IEP os enfermeiros inquiridos, no que diz respeito ao fator I - "atenção às emoções", apresentam uma média de resposta de 3,52 pontos, isto é, revelam estar atentos de forma adequada às suas emoções. No que concerne ao fator II - "clareza de sentimentos", apura-se uma média de resposta de 3,64 pontos, pelo que são capazes de sentir e expressar os seus sentimentos de forma adequada compreendendo bem os seus estados emocionais. Em relação ao fator III - "reparação do estado emocional", verifica-se uma média de resposta de 4,10 pontos, logo apresentam reparação do estado emocional adequado.

A média do "perfil de atitudes" dos enfermeiros face aos CPFV é de 112,08 pontos, um mínimo de 87,00 pontos e um máximo de 137,00 pontos, com um desvio padrão de 9,98 pontos. O *score* da escala PACDFV varia entre 29 e 145 pontos sendo que os *scores* mais elevados correspondem a atitudes mais positivas, pelo que os enfermeiros em estudo apresentam atitudes positivas face aos CPFV no SU.

No que concerne às diferentes dimensões de atitudes averigua-se que as "atitudes de aproximação" apresentam uma média de 38,60 pontos, sendo que 25% dos enfermeiros apresenta até 36,00 pontos e 75% até 42,00 pontos. Pode-se afirmar que até 75% dos enfermeiros apresentam "atitudes de aproximação" face aos CPFV no SU, sendo estas atitudes consideradas positivas. Na dimensão "atitudes de evicção", atitudes estas negativas face aos CPFV, verifica-se uma média de 28,09 pontos, sendo que até 25% da amostra apresenta 26,00 pontos e até 75% da amostra 31,00 pontos. Pode-se afirmar que a amostra em causa apresenta poucas "atitudes de evicção" face aos CPFV no SU. No que respeita à dimensão "atitudes de desconforto/esmorecimento", apura-se que possui uma média de 29,70 pontos, 25% da amostra apresentam 26,75 pontos e até 75%, 33,00 pontos. Deste modo os enfermeiros em causa apresentam "atitudes de desconforto/esmorecimento" face aos CPFV no SU.

O nível de IEP do enfermeiro é superior nos enfermeiros do sexo feminino, ao nível da compreensão dos estados emocionais ($z = -3,275$; $p = 0,001$). Do mesmo modo, o nível de IEP dos enfermeiros que percecionam a necessidade de formação na área da IE, é superior no que respeita à compreensão do estado emocional ($z = -2,130$; $p = 0,033$) e à capacidade de regular os estados emocionais ($z = -2,291$; $p = 0,022$).

Na generalidade, os enfermeiros apresentam "atitudes positivas" face aos CPFV, embora sobressaia da análise individualizada dos itens uma clara dificuldade em lidar com os sentimentos da pessoa e falar sobre a morte.

As atitudes dos enfermeiros face aos CPFV são diferentes apenas nas variáveis idade ($r = -,165$; $p = 0,050$), tempo de exercício profissional no SU ($r = -0,187$; $p = 0,026$), formação em CPFV ($z = -2,39$; $p = 0,02$) e a perceção de necessidade de formação em CPFV ($z = -3,126$; $p = 0,002$) e IE ($z = -2,98$; $p = 0,003$). O nível de IEP do enfermeiro influencia as atitudes assertivas (atenção às emoções $r = 0,216$; $p = 0,010$; clareza de sentimentos $r = 0,201$; $p = 0,016$; reparação do estado emocional $r = 0,215$; $p = 0,010$) face aos CPFV no SU.

DISCUSSÃO

Num olhar retrospectivo considera-se importante refletir sobre algumas das limitações metodológicas identificadas no decurso do estudo, antes de avançar para a discussão dos resultados. O tamanho da amostra associado ao processo de amostragem acidental são dois fatores que impedem a generalização dos resultados à população de enfermeiros que exercem funções no SU.

Apurou-se que os enfermeiros se percecionam como emocionalmente inteligentes, revelando níveis adequados de atenção emocional, competência para compreender com clareza as suas emoções e especial capacidade de reparação face aos seus humores negativos. Comparando os resultados da IEP obtidos por Sousa (2015) e os do presente estudo, verifica-se que estes últimos são inferiores em todos os fatores exceto, no primeiro estudo, no fator III "reparação do estado emocional", onde o presente estudo obteve pontuação superior. No entanto, nos dois estudos os valores obtidos nos fatores da IEP, enquadram-se no nível adequado, isto é, os enfermeiros são capazes de sentir e expressar os sentimentos de forma adequada, compreendem bem os seus estados emocionais e são capazes de regular os seus estados emocionais corretamente.

Averigua-se com esta investigação que, o sexo do enfermeiro influencia a clareza de sentimentos, dado que as enfermeiras apresentam postos médios superiores, pelo que se pode apurar que estas conseguem compreender melhor, de forma adequada, os seus estados emocionais. Estes dados corroboram os obtidos por Alves et al. (2012) onde verificaram que os homens obtiveram valores médios mais baixos para a IEP.

Não se verificou relações estatisticamente significativas entre a IEP do enfermeiro e o tempo de exercício profissional global e no SU. Este resultado é contrariado pela literatura, dado que o desenvolvimento da IE é um processo dinâmico, através de trocas permanentes com modelos positivos e competentes emocionalmente, que promovem a autorreflexão sobre as práticas diárias (Goleman, 2014).

Os enfermeiros que percecionam necessidade de formação em IE apresentam um nível de IEP superior. Esta relação corrobora os resultados encontrados por Adem (2013), onde apurou que o desenvolvimento da IE permite aos enfermeiros uma melhor adaptação às mudanças e particularidades e, de igual modo, a adequação de respostas face aos fenómenos emocionais. Os aspetos pessoais e profissionais influenciam a capacidade de lidar com os próprios sentimentos, de os controlar e de compreender as emoções do outro (Adem, 2013).

A ligação entre a IE e o desempenho profissional do enfermeiro torna-se uma área de investigação interessante, onde os potenciais benefícios se dirigem à pessoa doente e ao enfermeiro. Apesar de só recentemente o conceito de IE ter aparecido na literatura em enfermagem, o seu valor começa agora a ser reconhecido nos cuidados de saúde, sugerindo-se as vantagens em associar a IE aos cuidados de saúde, o qual exige uma componente emocional nos profissionais, principalmente quando desenvolve o seu trabalho diário com a pessoa em fim de vida no SU.

A consciência e preocupação em investir na formação em cuidados paliativos é perceptível nestes enfermeiros (77,50%). Este tipo de formação no SU é imperioso para os enfermeiros, face ao aumento da longevidade e das doenças de evolução prolongada, que conduzem à recorrência contínua da pessoa em fim de vida ao SU.

A amostra em estudo tende a apresentar “atitudes positivas”, face aos CPFV no SU, evidenciando-se scores mais elevados nas “atitudes de aproximação” face às “atitudes de desconforto/esmorecimento”. Não se verificaram *scores* baixos nas “atitudes de evicção” e obteve-se também *scores* elevados nas “atitudes assertivas” relativamente aos CPFV no SU. Estes resultados vão ao encontro dos obtidos no estudo de Serra (2012). A corroborar os resultados encontrados, tem-se o estudo realizado em 2011 por Tojal, em que concluiu que 51,30% dos enfermeiros inquiridos apresentam atitudes muito favoráveis ou positivas perante a pessoa em fase terminal no SU.

Tal como se apurou com a idade do enfermeiro, constata-se que quanto menor for o tempo de exercício profissional no SU mais positivas são as atitudes dos enfermeiros face aos CPFV. Considera-se que o resultado obtido no presente estudo poderá dever-se ao facto da amostra ser extraída de um SU de nível III, local onde os enfermeiros são instruídos para atuar em situações de urgência/emergência.

Constata-se que os enfermeiros que percecionam necessidade de formação em CPFV e IE apresentam atitudes de maior aproximação com os CPFV. Cuidar de pessoas a morrer é, indubitavelmente, um processo complexo e por vezes angustiante, que requer uma série de aptidões, tanto técnicas como humanas. Apesar de se verificar que estes enfermeiros têm atitudes positivas face aos CPFV no SU, apura-se a consciência da necessidade de se capacitarem nesta prestação de cuidados e a nível de IE.

A IEP do enfermeiro influencia as atitudes assertivas face aos CPFV. Isto é, apurou-se associações positivas e baixas em todos os fatores da IEP com as atitudes assertivas, as quais são estatisticamente significativas ao nível da clareza de sentimentos e bastante significativas ao nível da atenção às emoções e reparação do estado emocional.

Cuidar de pessoas quando estas estão a sofrer, envolve um trabalho emocional significativo. O comportamento destes durante a prestação de cuidados contribui para a satisfação da pessoa, bem-estar e, posteriormente, para a qualidade do desempenho das organizações de saúde. Esse comportamento é influenciado por fatores fisiológicos, psicológicos, socioculturais, de desenvolvimento e espirituais. A IE, além de melhorar o comportamento do enfermeiro no cuidar, ajuda-o a reduzir os efeitos do *burnout* (Kaur et al., 2013).

Partindo deste conhecimento, torna-se fundamental desenvolver a IE dos enfermeiros, afim de estes poderem estabelecer relações terapêuticas eficazes com as pessoas em fim de vida e com as suas famílias, promoverem o trabalho interdisciplinar e a gestão das respostas em situações complexas da prática clínica quotidiana e deste modo uma morte digna. A incorporação de conteúdos no âmbito da IE no currículo de enfermagem é essencial, como forma de desenvolver este tipo de inteligência em futuros enfermeiros. Também, as instituições de saúde deverão de forma contínua desenvolver formação nesta área.

CONCLUSÃO

Ao terminar esta investigação, importa relembrar que o seu objetivo se centrava em analisar a relação existente entre a IEP do enfermeiro e as suas atitudes face aos CPFV no SU. Tendo-se verificado uma associação baixa e positiva entre a IEP do enfermeiro e as suas atitudes assertivas face aos CPFV no SU.

Cuidar da pessoa em fim de vida constitui uma das maiores dificuldades com a qual o enfermeiro se confronta no dia a dia profissional, verifica-se ainda assim, no presente estudo, que a maioria destes apresenta uma atitude positiva face CPFV e que esta é influenciada pela IEP apenas ao nível das atitudes assertivas.

Os enfermeiros mais velhos tendem a apresentar atitudes mais negativas face aos CPFV no SU e quanto menor for o tempo de exercício profissional no SU mais positivas são as atitudes dos enfermeiros face aos CPFV. As atitudes de evicção e de desconforto/esmorecimento aumentam com o incremento de tempo de exercício profissional no SU.

A formação em CPFV está relacionada com um decréscimo de “atitudes de desconforto/esmorecimento” pelo enfermeiro face aos CPFV no SU. Os enfermeiros que percecionam a necessidade de formação em CPFV e IE apresentam atitudes de maior aproximação face aos CPFV.

Os resultados deste estudo têm implicações para a prática de enfermagem ao contribuírem para o conhecimento de saberes, a aplicar na prática pelo enfermeiro perante a pessoa em fim de vida. Evidenciam a necessidade de capacitação dos enfermeiros no âmbito da IE e dos CPFV para que as suas atitudes conduzam à prestação de cuidados de qualidade à pessoa em fim de vida que recorre ao SU.

É necessário a confirmação dos resultados obtidos com outros estudos no mesmo âmbito, que envolvam amostras probabilísticas de tamanho superior.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Adem, E. (2013). *Inteligência emocional nos enfermeiros* [Dissertação de mestrado, Instituto Politécnico de Viseu, Escola Superior de Saúde de Viseu]. Repositório Científico do Instituto Politécnico de Viseu. <http://hdl.handle.net/10400.19/2010>
- Alves, J. A., Ribeiro, C., & Campos, S. (2012). A inteligência emocional em enfermeiros responsáveis por serviços hospitalares. *Revista de Enfermagem Referência*, 3(7), 33-42.
- Aradilla-Herrero, A., Tomás-Sábado, J., & Gómez-Benito, J. (2013). Death Attitudes and emotional intelligence in nursing students. *Omega*, 66(1), 39-55. <http://doi.org/10.2190/OM.66.1.c>
- Goleman, D. (2014). *Trabalhar com a inteligência emocional*. (Á. A. Fernandes, Trad.) Círculo Leitores.

- Kaur, D., Sambasivan, M., & Kumar, N. (2013). Effect of spiritual intelligence, emotional intelligence, psychological ownership and burnout on caring behaviour of nurses: A cross-sectional study. *Journal of Clinical Nursing*, 22, 3192-3202. <https://doi.org/10.1111/jocn.12386>
- Queirós, M. (2014). *Inteligência emocional: Aprenda a ser feliz*. Porto Editora.
- Serra, S. S. (2012). *Morrer na presença de quem cuida: Atitudes do enfermeiro* [Tese de mestrado, Universidade do Porto, Faculdade de Medicina]. Repositório Aberto da Universidade do Porto. <https://hdl.handle.net/10216/72951>
- Sousa, F. A. (2015). *Inteligência emocional em gestores de enfermagem* [Tese de doutoramento, Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro].

PROMOÇÃO DA DIGNIDADE DA PESSOA EM FIM DE VIDA NO SERVIÇO DE URGÊNCIA

CÁTIA LOURENÇO OLIVEIRA¹
ISABEL MARIA PINHEIRO BORGES MOREIRA²

INTRODUÇÃO

As mudanças demográficas a que se tem vindo a assistir na sociedade, envelhecimento da população, e as mudanças no padrão das doenças, fundamentalmente o aumento das doenças crónicas, impõe um novo desafio aos profissionais do serviço de urgência (SU), cuidar de doentes em fim de vida.

Muitos doentes com necessidades de cuidados paliativos recorrem ao SU por descontrolo de sintomas físicos, tais como dispneia, dor, obstipação, náuseas e vómitos, ou quando se sentem fragilizados, em solidão e sofrimento psicológico (Wong et al., 2014; Granero-Molina et al., 2016; Formentin et al., 2021). No entanto, o SU está concebido para salvar vidas, pelo que, cuidar de um doente em fim de vida neste contexto, pode levar a questões relacionados com a solidão, a falta de privacidade em que a dignidade da pessoa é posta em causa, ainda que não o seja com intencionalidade.

A promoção da dignidade da pessoa em fim de vida, tem-se tornado um foco de crescente preocupação nos últimos anos, tendo emergido uma série de estudos que se têm centrado no âmbito dos cuidados de saúde que contribuem para a preservação da dignidade.

O presente estudo, tem como objetivos: i) descrever as características que definem o conceito do fenómeno de enfermagem morrer com dignidade; ii) identificar as características major e minor que caracterizam o conceito do fenómeno de enfermagem morrer com dignidade; iii) identificar o nível de importância atribuído pelos enfermeiros ao conjunto de intervenções de enfermagem que integram o instrumento de colheita de dados, promotoras do morrer com dignidade; iv) relacionar o grau de representatividade das características definidoras do conceito do fenómeno morrer com dignidade com as variáveis atributo dos enfermeiros; v) Identificar as dificuldades percebidas pelos enfermeiros na promoção da dignidade da pessoa em fim de vida no SU.

1 MSc, enfermeira especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, do Centro Hospitalar Baixo Vouga, Aveiro, katy_14@sapo.pt

2 PhD, Professora Coordenadora na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, UICISA: E, imoreira@esenfc.pt

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de nível II, exploratório, descritivo-correlacional e transversal. Definiram-se como questões de investigação: que características na opinião dos enfermeiros definem o conceito do fenómeno morrer com dignidade, no SU; que intervenções de enfermagem na opinião dos enfermeiros são promotoras do morrer com dignidade, no SU; e que dificuldades são percebidas pelos enfermeiros na promoção da dignidade da pessoa em fim de vida no SU.

A recolha de dados foi realizada através da aplicação de um questionário online designado "Promoção da Dignidade da Pessoa em Fim de Vida no SU" adaptado do questionário "Morrer com Dignidade no contexto da prática de Enfermagem em Cuidados Paliativos: Que ações realizam os enfermeiros para promover o 'Morrer com Dignidade'?" de Fonseca (2012). O questionário é constituído por três secções, a primeira refere-se à caracterização dos enfermeiros, integra as variáveis demográficas, formação e contexto de cuidados em que exercem a atividade, a segunda reporta-se às características definidoras do conceito do fenómeno de enfermagem morrer com dignidade, e a terceira e última secção diz respeito às intervenções de enfermagem promotoras do morrer com dignidade. Os questionários foram enviados por correio eletrónico aos 127 enfermeiros do SU, tendo-se obtido uma taxa de resposta de 80,31% (n=102).

A população alvo foi constituída pelos enfermeiros em exercício de funções no SU de uma instituição hospitalar da região centro.

Os dados foram tratados através de análise estatística descritiva e inferencial IBM SPSS®, versão 22. Para avaliar a normalidade das distribuições foi usado o teste de *Kolmogorov-Smirnov*, como os valores obtidos ($p < 0,05$) não apresentam uma distribuição normal, recorreu-se aos testes de significância da correlação de *Spearman* e U de *Mann-Whitney*.

Foram assegurados os princípios éticos, nomeadamente o respeito pelo exercício à autodeterminação e o respeito pela confidencialidade e anonimato dos informantes. Este estudo obteve parecer favorável da Comissão de Ética da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A amostra constituída por 102 enfermeiros, era maioritariamente do sexo feminino 71,6% (n=73). A idade média dos participantes era de 36,36 anos e em média trabalhavam há 14 anos variando a experiência profissional entre 1 ano e 34 anos. O tempo de experiência no SU oscila entre 1 ano e 28 anos, sendo o valor da mediana 10 anos. Em relação à formação específica em cuidados paliativos 6,9% (n=7) dos enfermeiros frequentaram formação específica, contrariamente a 93,1% (n=95) dos enfermeiros que referiram não ter formação específica em cuidados paliativos.

No que concerne às características definidoras do conceito do fenómeno morrer com dignidade, isto é, as características major, e que incluiu as respostas à pergunta "Na sua prática

de cuidados, que representatividade têm as seguintes características definidoras do conceito de morrer com dignidade?” como se observa na tabela 1, verifica-se que as três características mais representativas para os enfermeiros, são “Verbalizar alívio da dor”, “Verbalizar conforto físico” e “Expressar controlo de sintomas”. Alves (2013) salienta que os profissionais de saúde devem ter a capacidade de controlar a dor da pessoa, encorajá-la a continuar a fazer as suas escolhas, tanto quanto possível, promover o máximo de conforto e qualidade de vida e ajudá-la a equilibrar o grau de dependência/ independência pessoal nas atividades de vida até à sua morte. A identificação destas três características, como características major, está de acordo com as verificadas por Fonseca (2012) em que “Verbalizar alívio da dor” surge como a característica mais representativa. Da mesma forma, “Expressar controlo de sintomas” aparece como uma das duas mais representativas. A representatividade atribuída a estas características, a que acresce a característica definidora “Verbalizar conforto físico”, revela que as práticas de cuidados dos enfermeiros participantes apoiam a evidência do controlo sintomático como uma área fundamental em cuidados paliativos. O conforto físico é um dos fatores que contribui para a preservação da dignidade da pessoa.

As características minor, isto é, as menos representativas do conceito do fenómeno morrer com dignidade, consideradas pelos participantes, foram “Rever experiências da vida” e “Resolver questões pessoais e familiares”. Esta atribuição pode estar associada ao defendido por Granero-Molina et al. (2016), de que os enfermeiros se sentem inseguros quando cuidam destes doentes e famílias, uma vez que não têm respostas para as questões existenciais do doente e estas confrontam-nos com as suas próprias questões existenciais. Cuidar da pessoa em fim de vida poder causar no profissional um sentimento de insucesso, já que no SU os enfermeiros são formados principalmente para manter a vida (Alves, 2013).

Os autores anteriormente referidos acrescentam ainda que, por vezes, os enfermeiros não têm recursos para lidar com a carga emocional implicada no cuidar do doente em fim de vida e que estes são preparados para tomar decisões num curto período de tempo. O imediatismo da tomada de decisão e da implementação das intervenções pode levar a uma escassez de tempo para preparar um cuidar assente na construção de uma relação com o outro (Granero-Molina et al., 2016).

Tabela 1

Caraterísticas Definidoras do Conceito do Fenómeno Morrer com Dignidade

Caraterísticas	Muito frequente		Regular.		Às vezes		Rara.		Nunca	
	N	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)
Expressar preocupações espirituais	9	8,8	31	30,4	39	38,2	19	18,6	4	3,9

Verbalizar alívio da dor	58	56,9	33	32,4	9	8,8	2	2	0	0
Participar na decisão acerca de cuidados e tratamentos	17	16,7	33	32,4	38	37,3	12	11,8	2	2
Verbalizar conforto físico	47	46,1	40	39,2	13	12,7	2	2	0	0
Verbalizar satisfação espiritual	9	8,8	25	24,5	43	42,2	21	20,6	4	3,9
Lidar conscientemente com emoções relacionadas com a morte iminente	14	13,7	33	32,4	38	37,3	16	15,7	1	1
Rever as experiências da vida	11	10,8	22	21,6	29	28,4	34	33,3	6	5,9
Expressar controlo de sintomas	34	33,3	40	39,2	17	16,7	11	10,8	0	0
Resolver questões pessoais e familiares	16	15,7	17	16,7	36	35,3	27	26,5	6	5,9
Expressar sentimentos de perda	11	10,8	24	23,5	43	42,2	20	19,6	4	3,9
Partilhar sentimentos de perda com outras pessoas significativas	10	9,8	30	29,4	38	37,3	21	20,6	3	2,9
Expressar expetativas sobre o final de vida iminente	9	8,8	22	21,6	34	33,3	32	31,4	5	4,9
Sentimentos de tristeza, dor e distanciamento processados através do luto	8	7,8	25	24,5	37	36,3	28	27,5	4	3,9
Expressar aceitação da morte	9	8,8	23	22,5	30	29,4	35	34,3	5	4,9

Relativamente às intervenções de enfermagem que promovem o morrer com dignidade na opinião dos enfermeiros são “administrar medicação para a dor”, “posicionar o doente”, “proteger a confidencialidade” e “manter a dignidade e privacidade”. Estes dados são idênticos aos obtidos no estudo de Fonseca (2012). As intervenções consideradas mais importantes pelos enfermeiros quando cuidam da pessoa em fim de vida, podem ser incluídas na área da gestão e do controlo de sintomas, uma área-chave dos cuidados paliativos.

Quanto às dificuldades percecionadas na promoção do morrer com dignidade, no SU, as consideradas pelos enfermeiros como mais frequentes são o espaço físico com 86,3% (n=88) e a filosofia e modelo organizacional do serviço com 71,6% (n=73). A comunicação é considerada por 49% (n=50) dos participantes como uma dificuldade moderadamente percecionada, assim como a falta de formação na área com 40,2% (n=48). A confrontação com a morte e o envolvimento emocional foram as dificuldades julgadas como levemente percecionadas com 40,2% (n=41) e 39,2% (n=40), respetivamente.

Estes resultados vão ao encontro dos estudos realizados por Sapeta (2011) e Hogan et al. (2016). Os SU são essencialmente direcionados para abordagem curativa da pessoa e a sua filosofia e modelo organizacional não contempla os cuidados aos doentes com doença avançada, progressiva e terminal (Sapeta, 2011).

De facto, priorizar os cuidados no fim de vida, num local onde a técnica e as intervenções medicalizadas imperam, é uma tarefa de extrema complexidade e difícil. A escassez de tempo e de recursos humanos, a estrutura física e a formação dos profissionais e o fluxo de atendimento são fatores apontados como barreiras aos cuidados de qualidade à pessoa em fim de vida (Granero-Molina et al., 2016, Formentin, 2021). A este respeito Granero-Molina et al. (2016) salientam que a falta de espaço físico e a superlotação do SU, constituem obstáculos à conservação da dignidade da pessoa, apontando o ambiente físico do SU como um ambiente dificultador do garante da privacidade da pessoa, elemento chave para a conservação da dignidade.

Se durante a trajetória do fim de vida, muitos doentes recorrem aos SU por descontrolo de sintomas, por dificuldades de acesso aos cuidados de saúde reconhece-se que este contexto pode ser o lugar crucial para identificar as necessidades em cuidados paliativos da pessoa e inclusive encaminhá-la para unidades de cuidados paliativos (DeSandre & Quest, 2013).

A análise fatorial realizada aos 14 itens relativos às “caraterísticas definidoras do conceito fenómeno morrer com dignidade”, permitiu analisar as inter-relações entre as variáveis. Os resultados apontam que as 14 caraterísticas têm uma correlação positiva entre si, podendo ser agregadas em duas áreas que decorrem do modelo de cuidados da Preservação da Dignidade: (1) Inventário da Dignidade Social, (2) Repertório de Preservação da Dignidade e Preocupações relacionadas com a Doença.

A relação entre as variáveis atributo e as caraterísticas definidoras do fenómeno no contexto da prática clínica em urgência é estatisticamente significativo para a formação em cuidados paliativos, tempo de experiência profissional e tempo de exercício profissional em SU. Pode afirmar-se que quando os enfermeiros têm formação em cuidados paliativos valorizam mais as caraterísticas “rever as experiências da vida” e “expressar sentimentos de perda” pelo que se considera que a formação em cuidados paliativos é fundamental para a prática diário dos enfermeiros, quer para dar resposta a ações paliativas quer para cuidar de doentes com situações irreversíveis de doenças terminais que recorrem ao SU.

CONCLUSÃO

Numa sociedade em que o processo de morrer e o cuidado àqueles que estão em situação de fim de vida acontece maioritariamente em contexto hospitalar, os profissionais de saúde do SU têm de estar cada vez mais preparados para cuidar das pessoas que necessitam de cuidados de paliativos.

O estudo desenvolvido teve como objeto de estudo o conceito do fenómeno morrer com dignidade e a importância das intervenções de enfermagem para a promoção de uma morte digna na prática de cuidados à pessoa em fim de vida.

As 14 caraterísticas do fenómeno morrer com dignidade são, na opinião dos enfermeiros participantes, representativas do conceito, podendo ser agregadas em duas áreas que

decorrem do modelo de cuidados da Preservação da Dignidade: (1) Inventário da Dignidade Social, (2) Repertório de Preservação da Dignidade e Preocupações relacionadas com a Doença.

As características do fenómeno morrer com dignidade identificadas como maior foram “Verbalizar alívio da dor”, “Verbalizar conforto físico” e “Expressar controlo de sintomas” e como menor “Rever experiências da vida” e “Resolver questões pessoais e familiares”.

Os enfermeiros com formação específica em cuidados paliativos, com maior tempo de experiência profissional e de exercício profissional no SU encontram maior representatividade das características definidoras do conceito do fenómeno em estudo, na sua prática de cuidados.

As intervenções consideradas mais importantes estão relacionadas com os domínios da preservação da dignidade, privacidade, gestão e controlo de sintomas. As intervenções “administrar medicação para a dor”, “manter a dignidade e a privacidade”, “posicionar o doente” e “proteger a confidencialidade” são as 4 mais importantes na promoção do morrer com dignidade.

Quanto às dificuldades percecionadas na promoção do morrer com dignidade estas estão relacionadas com o espaço físico e a filosofia e modelo organizacional do serviço.

Ao longo da investigação, experienciaram-se algumas dificuldades e limitações nomeadamente o baixo número de estudos centrados no conceito de morrer com dignidade realizados em Portugal a que se teve acesso, o que não permitiu aceder a uma informação mais alargada sobre as visões culturais ou crenças dos enfermeiros portugueses sobre a morte e o morrer no SU.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alves, P. (2013). Intervenção do enfermeiro que cuida da pessoa em fim de vida com alterações do comer e beber. *Pensar Enfermagem*, 17(1), 17-30.
- DeSandre, P. L., & Quest, T. (2013). *Palliative aspects of emergency care*. Oxford University Press.
- Fonseca, B. (2012). *Morrer com dignidade no contexto da prática de enfermagem* [Dissertação de Mestrado, Universidade Católica Portuguesa]. Veritati - *Repositório* Institucional da Universidade Católica Portuguesa. <https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/12306/3/TeseBrunoFonseca.pdf>.
- Formentin, M., Cordeiro, F., Zillmer, J., Oliveira, S., Zilli, F., & Moscoso, C. (2021). Barreiras ao cuidado no final de vida em um serviço de urgência e emergência. *Revista Uruguaya de Enfermería* 16(1), 1-13. <http://rue.fenf.edu.uy/index.php/rue/article/view/303>
- Granero-Molina, J., Díaz-Cortés, M., Hernández-Padilla, J., García-Caro, M., & Fernández-Sola, C. (2016). Loss of dignity in end-of-life care in the Emergency Department: A phenomenological study with health professionals. *Journal of Emergency Nursing*, 42(3), 233-39. <https://doi.org/10.1016/j.jen.2015.10.020>

- Hogan, K., Fothergill-Bourbonnais, F., Brajtman, S., Phillips, S., & Wilson, K. (2016). When someone dies in the Emergency Department: Perspectives of Emergency Nurses. *Journal of emergency nursing*, 42(3), 207-212. <https://doi.org/10.1016/j.jen.2015.09.003>
- Sapeta, P. (2011). *Cuidar em fim de vida: O processo de interação enfermeiro-doente*. Lusociência.
- Wong, J., Gott, M., Frey, R., & Jull, A. (2014). What is the incidence of patients with palliative care need presenting to the Emergency Department? A critical review. *Palliative Medicine*, 28(10), pp.1197-1205. <https://doi.org/10.1177/0269216314543318>

SATISFAÇÃO DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM E DE SAÚDE À PESSOA EM FIM DE VIDA

ÂNGELA MARISA ANTUNES ALVES¹
PAULO ALEXANDRE CARVALHO FERREIRA²

INTRODUÇÃO

O aumento considerável da esperança de vida, o prolongamento de algumas doenças crónicas e incapacitantes levaram ao aumento do número de pessoas com doença em fase terminal de vida. Assim, compete aos Enfermeiros darem resposta às mudanças e tendências da população que cuidam, mantendo a sua excelência de cuidados, nomeadamente, na prestação de cuidados no contexto em fim de vida – cuidados paliativos (Watson, 2002).

Cuidados paliativos são cuidados prestados a doentes com patologias que não têm tratamento curativo. Para Oliveira (2011), são cuidados ativos e totais a pessoas com doenças que constituem risco de vida, realizados por uma equipa multidisciplinar, onde a doença já não responde aos tratamentos curativos ou que prolongam a vida. Segundo o mesmo autor, cuidar de um doente terminal implica que as intervenções sejam dirigidas mais ao doente do que à doença, que se aceite a morte, mas, que se melhore a vida e que se constitua uma aliança entre o doente e os prestadores de cuidados. Segundo a Estratégia para o desenvolvimento do Programa Nacional de Cuidados Paliativos do Ministério da Saúde (2010), os cuidados paliativos devem ser abordados numa perspetiva de melhorar da qualidade de vida dos doentes e das suas famílias. Com recurso à identificação precoce e tratamento rigoroso dos problemas não só físicos, mas também dos psicossociais e espirituais (Oliveira, 2011).

Neste contexto, projeta-se um trabalho de investigação, cujos objetivos são: aprofundar o conhecimento de alguns fatores ou variáveis na perspetiva da pessoa em fim de vida, que podem influenciar a qualidade dos cuidados de saúde na generalidade e em particular no exercício da profissão de Enfermagem; analisar as características/perfil socioprofissionais(al) da pessoa em fim de vida; compreender os padrões de satisfação dos cuidados de Saúde e de

1 MSc, Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica no Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, angelamaalves@gmail.com

2 PhD, Professor adjunto, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, UICISA: E, palex@esenfc.pt

Enfermagem, percebido pelas pessoas em fim de vida; relacionar os Padrões de Vinculação no Adulto (relações interpessoais) das pessoas em fim de vida com a sua satisfação quanto aos Cuidados de Enfermagem prestados; compreender os fatores preditores para a satisfação dos Cuidados de Saúde e de Enfermagem.

METODOLOGIA

Elaborou-se a seguinte questão de investigação: Que fatores sociopsicológicos e profissionais interferem na Qualidade dos Cuidados de Saúde e de Enfermagem, na pessoa em fim de vida?

É um estudo quantitativo, descritivo, transversal e correlacional. A amostra, constituída por doentes em fim de vida, é não probabilística por conveniência constituída a partir dos seguintes critérios de inclusão: estar consciente e orientado; estar internado, há pelo menos uma semana, numa unidade de cuidados paliativos, da região centro. O período de colheita ocorreu durante 6 meses. Para a recolha da informação foram realizadas várias reuniões com os enfermeiros, no sentido de analisar todo o processo, tendo em conta a situação clínica da pessoa em fim de vida. Foi possível recolher informação de 47 pessoas.

As variáveis são: a “satisfação dos cuidados de enfermagem”; a “qualidade dos cuidados de saúde”; e as “relações interpessoais entre pessoas em fim de vida e os enfermeiros (padrões de vinculação do adulto). Foram formuladas as seguintes hipóteses:

- Hipótese 1: existe relação entre a satisfação dos cuidados de enfermagem das pessoas em fim de vida, com a percepção da qualidade dos cuidados de saúde;
- Hipótese 2: a satisfação dos cuidados de enfermagem e a percepção da qualidade de cuidados de saúde são diferentes, em função do sexo da pessoa em fim de vida;
- Hipótese 3: a satisfação dos cuidados de enfermagem e a percepção da qualidade de cuidados de saúde relaciona-se com a idade da pessoa em fim de vida;
- Hipótese 4: a satisfação dos cuidados de enfermagem e a percepção da qualidade de cuidados de saúde relaciona-se com o estado civil da pessoa em fim de vida;
- Hipótese 5: a satisfação dos cuidados de enfermagem e a percepção da qualidade de cuidados de saúde relaciona-se com a escolaridade da pessoa em fim de vida;
- Hipótese 6: a satisfação dos cuidados de enfermagem e a percepção da qualidade de cuidados de saúde relaciona-se com as relações interpessoais da pessoa em fim de vida;
- Hipótese 7: a satisfação dos cuidados de enfermagem e a percepção da qualidade de cuidados de saúde é diferente consoante a presença da pessoa significativa, no internamento, com a pessoa em fim de vida.

O instrumento de recolha de informação (questionário), tem uma pequena nota introdutória com orientações gerais do estudo. É composto por uma primeira parte de caracterização sociodemográfica e uma segunda parte composta pelas escalas:

Satisfação dos utentes com os Cuidados de Enfermagem (SUCEH 21); percepção da Qualidade dos Cuidados de Saúde (IAQH); e Escala de Vinculação do Adulto (EVA).

Para o tratamento de dados utilizou-se o programa de tratamento estatístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), na versão 21.0 de 2013.

Utilizaram-se testes da estatística descritiva e inferencial, nomeadamente de frequências, medidas de tendência central, medidas de dispersão ou variabilidade e ainda os coeficientes alfa de *Cronbach* e de correlação de *Spearman*, testes U de *Mann-Whitney* e *Kruskal-Wallis* e de significância do coeficiente de *Spearman*. Para testar a normalidade da distribuição de frequências das variáveis quantitativas em estudo foi aplicado o teste *Kolmogorov-Smirnov*. Em todos os testes fixou-se o valor $p < 0,05$ como limite de significância.

Foi realizado um pedido de autorização formal às instituições e respetivos serviços, com aprovação respetiva (Nº 04802).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

47 inquiridos apresentavam idades compreendidas entre 43 e 85 anos. Verificou-se que 40,4% dos indivíduos tinham entre 60 e 70 anos e que 31,9% pertenciam ao grupo etário dos 70 aos 80 anos. Metade dos elementos da amostra tinham pelo menos 65 anos e a distribuição de frequências para a idade apresentava características próximas de uma distribuição normal ($p = 0,479$).

A maioria dos indivíduos, concretamente 53%, era do sexo masculino e 49% eram casados, seguindo-se 34% que referiram ser viúvos.

Verificou-se que 42,6% possuíam escolaridade até à 4ª classe mas 36,2% não tinham sequer estas habilitações literárias.

Constatou-se que cerca de dois em cada três inquiridos (66%) afirmou que, tinha Visita de Referência, ou seja, que eram visitados/acompanhados por uma pessoa significativa durante o internamento. A Estratégia para o desenvolvimento do Programa Nacional de Cuidados Paliativos do Ministério da Saúde (2010) refere como princípios básicos, o direito do doente escolher ser acompanhado no final da vida, proporcionar o conforto e bem-estar necessários à permanência dos doentes e seus acompanhantes.

A aplicação da escala SUCEH21, permitiu constatar que os inquiridos revelaram menor satisfação com a Utilidade da Informação, com a Promoção da Continuidade dos Cuidados e com a Eficácia na Comunicação. Por outro lado, evidenciaram estar mais satisfeitos com a Prontidão na Assistência, com a Manutenção do Ambiente Terapêutico e com a Qualidade do

Atendimento. Atendendo a que, o intervalo de avaliação, para cada dimensão e para a escala total, poderia variar entre 0 e 3 pontos e que no total da escala, se obteve a pontuação média de 2,42 pontos com desvio padrão 0,45 pontos, pode afirmar-se que os inquiridos evidenciaram boa satisfação com os cuidados de enfermagem. Em 2012, um estudo realizado por Araújo e Silva, evidenciou, contrariamente ao preconizado, lacunas significativas no contexto da comunicação com os doentes em fim de vida. O Enfermeiro é uma “pedra angular” na prestação de cuidados paliativos pela sua permanência constante e conhecimento individual e criterioso de cada doente, tendo em conta a sua individualidade. Proporcionando assim, a Pessoa em Fim de Vida bem-estar e dignificação da morte Oliveira (2011).

Relativamente à Escala de Avaliação da Qualidade Hospitalar constatou-se que, os inquiridos fizeram melhor avaliação em termos do Pessoal de Enfermagem, da Opinião Geral e dos Cuidados Diários no Hospital. A Avaliação da Qualidade foi mais baixa nas dimensões referentes à Alta, à Admissão e à Informação. Embora, na satisfação global se ter obtido resultados para a média e para a mediana ligeiramente acima do valor central do intervalo de avaliação, os restantes resultados permitem afirmar que, os inquiridos tenderam a fazer uma baixa/razoável Qualidade Hospitalar. Verificou-se ainda que, a distribuição de frequências apenas se aproximou de uma distribuição normal na dimensão referente às Condições de Alojamento. Revela-se desta forma pertinente, evidenciar a necessidade de redes de ligação entre as unidades, hospitais e redes de apoio domiciliárias para que seja possível proporcionar uma resposta imediata e adequada às necessidades e aos problemas inerentes (Capelas e Coelho, 2014).

Através da aplicação da EVA observou-se que os inquiridos revelaram traços mais acentuados de Vinculação Segura, seguida da Vinculação Evitante e do padrão de Vinculação Ansiosa. Esta dimensão foi a única que apresentou distribuição de frequências significativamente diferente de uma distribuição normal.

Relativamente à Hipótese 6, os resultados vêm corroborá-la, permitem constatar que a maioria das correlações são estatisticamente significativas ($p < 0,050$, ou seja de $p = 0,000$ a $p = 0,028$) e que os coeficientes apresentam valores negativos com a Vinculação Ansiosa e positivos com a Vinculação Segura e Evitante, permitindo ainda afirmar que a Pessoa em Fim de Vida com padrão de Vinculação Ansiosa mais acentuado tende a revelar menor Satisfação com os Cuidados de Enfermagem e a fazer uma avaliação menos positiva da Qualidade Hospitalar. Por outro lado, a Pessoa em Fim de Vida com padrões de Vinculação Segura ou Evitante mais acentuados tende a estar mais satisfeita com o Cuidados de Enfermagem e a avaliar melhor a Qualidade Hospitalar. Faria (2008) realizou um estudo sugerindo que os cuidados de saúde serão melhores quando esta relação entre Vinculação Segura, Competência Social e qualidade da relação é favorável.

Face aos resultados da correlação da hipótese 1, pode se verificar que a maior parte das correlações são positivas e estatisticamente significativas ($p < 0,050$, ou seja de $p = 0,000$ a $p = 0,005$). Conclui-se assim que, as Pessoas em Fim de Vida mais satisfeitas com os Cuidados de Enfermagem tendem a fazer uma melhor Avaliação da Qualidade Hospitalar. Considera-se importante referir que, esta tendência se inverte na dimensão referente à Avaliação da Qualidade da Alta, ou seja, nesta dimensão os doentes mais satisfeitos com os Cuidados de Enfermagem tendem a avaliar de forma menos positiva a Qualidade da Alta Hospitalar. Ribeiro (2008),

investigou a satisfação dos doentes e a qualidade dos cuidados de enfermagem, reforçando a importância da monitorização da satisfação dos utentes, como medida de avaliação das práticas e como condição necessária para a qualidade dos cuidados de enfermagem. Enfatiza de igual forma, a importância da relação humana no cuidar.

Relativamente à Hipótese 3, apenas se observa a existência de correlação estatisticamente significativa entre a Idade e a Avaliação da Qualidade Hospitalar ao nível do Pessoal de Enfermagem ($p = 0,035$). Sendo a correlação negativa podemos afirmar que a Pessoa com mais idade e em Fim de Vida, tende a avaliar pior a Qualidade Hospitalar ao nível do Pessoal de Enfermagem. Também no estudo realizado em 2006, por Oliveira e Guirardello, se constata que indivíduos com idade menor que 60 anos, relatam maior nível de satisfação em relação àqueles com idade igual ou superior a 60 anos. Apontando assim que a satisfação da Pessoa em Fim de Vida diminuiu com o avanço da idade.

Na correlação de dados relativos à Hipótese 5, existem diferenças estatisticamente significativas na Avaliação da Qualidade Hospitalar em termos da Admissão ($p= 0,046$) e da Opinião Geral sobre os Cuidados Hospitalares ($p=0,008$). Comparando os valores das medidas de tendência central pode-se verificar que, em ambas as situações a Avaliação da Qualidade Hospitalar tende a ser mais positiva com o aumento da escolaridade da Pessoa em fim de vida.

Por último, nos dados correlativos da Hipótese 7 verificou-se a existência de diferenças estatisticamente significativas na satisfação dos Utentes com os Cuidados de Enfermagem ao nível das dimensões Eficácia na Comunicação ($p=0,004$), Utilidade da Informação ($p=0,032$), Qualidade do Atendimento ($p=0,017$) e Prontidão na Assistência ($p=0,018$) e ainda na Satisfação Total ($p=0,023$). Em todas estas situações, as Pessoas em fim de vida que tinham Visita de Referência tenderam a evidenciar maior Satisfação com os Cuidados de Enfermagem. Na Avaliação da Qualidade Hospitalar observou-se diferenças estatisticamente significativas nas dimensões Condições de Alojamento ($p=0,034$), Alta ($p=0,023$) e Opinião Geral ($p=0,015$). As Pessoas em Fim de vida que tinham visita de referência fizeram melhor avaliação das Condições de Alojamento e revelaram melhor Opinião Geral, mas fizeram uma pior avaliação da Preparação para a Alta. Surge então, a necessidade de avaliação do conjunto de pontos fortes e fracos, que vão contribuir para o estabelecimento de uma intervenção eficaz por parte da equipa de enfermagem de forma a ajudar a Família, a ajudar-se (Oliveira, 2011). As restantes correlações das hipóteses 2, 4, não se evidenciaram estatisticamente significativas.

CONCLUSÃO

Os resultados obtidos no estudo, podem através da sua análise e reflexão, contribuir para o desenvolvimento de Enfermagem, enquanto ciência dinâmica e em constante desenvolvimento, quer ao nível da prática clínica, quer ao nível do ensino. Assim, pode concluir-se que:

- A Pessoa em Fim de Vida, internada em Unidade de Cuidados Paliativos é maioritariamente idosa.

- Os idosos em Fim de Vida tendem a avaliar pior a Qualidade Hospitalar ao nível do Pessoal de Enfermagem.
- A Pessoa em Fim de Vida revela menor satisfação com a Comunicação na prestação de Cuidados de Enfermagem.
- A disponibilidade e prontidão da equipa de Enfermagem bem como, a manutenção do Ambiente Terapêutico são fatores de satisfação por parte da Pessoa em Fim de Vida.
- A alta e a continuidade de cuidados são salientadas como as dimensões de menor satisfação.
- A Pessoa em Fim de Vida revela traços mais acentuados de Vinculação Segura, seguida de Vinculação Evitante e Ansiosa (respetivamente).
- A Pessoa em Fim de Vida com padrão de Vinculação Ansiosa mais acentuado tende a revelar menor Satisfação com os Cuidados de Enfermagem e a fazer uma avaliação menos positiva da Qualidade Hospitalar.
- Verifica-se que a Pessoa em Fim de Vida que tinha Visita de Referência tende a evidenciar maior Satisfação com os Cuidados de Enfermagem e melhor Qualidade de Cuidados de Saúde.
- A Pessoa em Fim de Vida satisfeita com os Cuidados de Enfermagem tende a fazer uma melhor Avaliação da Qualidade Hospitalar.

Após a análise dos resultados, considera-se que os objetivos propostos no presente trabalho de investigação foram cumpridos, sendo que os resultados e as conclusões obtidas permitem incentivar a realização de mais estudos desta temática. As maiores dificuldades estão relacionadas com o número reduzido de Pessoas em Fim de Vida capazes de participarem no estudo. Como sugestões urge a necessidade de identificar as fragilidades e/ou dificuldades na prática clínica e desenvolver estratégias para melhoria da prestação de cuidados de saúde, nomeadamente de enfermagem, resultando assim, numa melhoria da Qualidade Hospitalar e, conseqüentemente na melhoria da qualidade dos cuidados da Pessoa em Fim de Vida.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Araújo, M. M., & Silva, M. J. (2012). O conhecimento de estratégias de comunicação no atendimento à dimensão emocional em cuidados paliativos. *Texto & Contexto Enfermagem*, 21(1), 121-129.
- Capelas, M. L., & Coelho, S. (2014). Pensar a organização dos serviços de cuidados paliativos. *Revista Cuidados Paliativos*, 1(1), 45-51. <http://hdl.handle.net/10400.14/25105>
- Faria, C. M. (2008). Vinculação e desenvolvimento epistemológico em jovens adultos [Tese de doutoramento, Universidade do Minho]. Repositório UM. <http://hdl.handle.net/1822/8077>

- Ministério da Saúde. (2010). *Estratégia para o desenvolvimento do Programa Nacional de Cuidados Paliativos*. www.rncci.min/saude.pt/siteCollectionDocuments/cuidadospaliativos_1/1/2011.pdf
- Oliveira, A. M. (2011). *A abordagem do doente em fase paliativa, no Hospital de Santa Maria: Visão do enfermeiro* [Tese de mestrado, Universidade de Medicina de Lisboa]. Repositório da Universidade de Lisboa. <http://hdl.handle.net/10451/6328>
- Oliveira, A. M., & Guirardello, E. B. (2006). Satisfação do paciente com os cuidados de enfermagem: Comparação entre dois hospitais. *Revista Escola Enfermagem USP*, 40(1), 7. www.ee.usp.br/reeusp.
- Ribeiro, N. M. (2008). *Satisfação dos utentes face ao cuidar dos enfermeiros no serviço de urgência de Machico* [Trabalho de investigação, não publicado] Universidade Atlântica.
- Watson, J. (2002). *Ciência humana e cuidar: Uma teoria de enfermagem*. Lusociência.

RESUMOS ALARGADOS

**PESSOA EM SITUAÇÃO
PERIOPERATÓRIA**

PADRÃO DE DOCUMENTAÇÃO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM NO PERÍODO INTRAOPERATÓRIO

MAGALI ALVES LOPES¹
MARIA DA CONCEIÇÃO GIESTAS BAÍA SARAIVA²
LUÍS LEITÃO SARNADAS³

INTRODUÇÃO

A enfermagem como ciência prática, estrutura-se em torno de uma abordagem sistemática, designada por processo de enfermagem. Este processo promove o planeamento dos cuidados bem como orienta a tomada de decisão. Para a obtenção de um plano de cuidados eficaz e eficiente, emerge a necessidade de clarificação dos diagnósticos e intervenções de enfermagem. A utilização de uma linguagem classificada é fundamental para a elaboração de um padrão de documentação de cuidados, uma vez que permite que todos os enfermeiros tenham acesso a uma linguagem universal. O desenvolvimento de um padrão de documentação de cuidados de enfermagem em contexto de Bloco-Operatório (BO) é relevante porque permite orientar a tomada de decisão, promover a continuidade dos cuidados e, ainda, minimizar o erro contribuindo para a segurança do doente. Neste sentido, no presente estudo pretende-se: identificar os diagnósticos e as intervenções de enfermagem e elaborar o padrão de documentação dos cuidados de enfermagem, no período intraoperatório, dirigidos à pessoa adulta submetida a cirurgia eletiva, num BO de um hospital privado da região centro, com a utilização de linguagem classificada (Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem [CIPE]).

METODOLOGIA

Face ao exposto, formulou-se a seguinte questão de investigação: quais os diagnósticos e as

1 Mestre e Enfermeira especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, Spire Southampton Healthcare, UK, magali.alopes@hotmail.com

2 PhD, Especialidade em Educação em Enfermagem, Professora Adjunta na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, UICISA: E, cbaia@esenfc.pt

3 PhD, Professor Adjunto na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, UICISA: E, sarnadas@esenfc.pt

intervenções de enfermagem, no período intraoperatório, dirigidos à pessoa adulta submetida a cirurgia eletiva, num BO de um hospital privado da região centro, de acordo com a CIPE?

Trata-se de um estudo qualitativo, exploratório, descritivo, com características de um estudo de caso. Foi utilizada a metodologia de *focus group* como técnica de recolha de informação em junho de 2019, recorrendo à entrevista semiestruturada, previamente elaborada pelos investigadores. A população em estudo foram os enfermeiros do BO, de um hospital privado da região centro, que prestam cuidados à pessoa maior de 18 anos, submetida a cirurgia eletiva.

Foi obtido consentimento informado dos participantes e do conselho de administração da unidade de saúde onde se realizou o estudo, tendo sido obtido parecer favorável da Comissão de Ética da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem, da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

Foi efetuada análise de conteúdo com recurso à metodologia de Bardin (2012). Assim, segundo este autor, o processo de análise de conteúdo contempla quatro fases: organização da análise; codificação; categorização; e tratamento dos resultados, inferência e interpretação dos mesmos. Neste estudo o critério de categorização foi semântico, isto é, os códigos foram agrupados por temas. Além disso, foi aplicado o processo de categorização por caixas (Bardin, 2012).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Do processo de análise e tratamento da informação foram identificados 35 focos de enfermagem, estando na base de 42 diagnósticos. Para os diagnósticos identificados, foram propostas as respetivas intervenções prestadas ao doente cirúrgico, no âmbito dos cuidados de enfermagem no período intraoperatório.

Os resultados encontram-se organizados em três categorias, tendo por base o autor Petersen referido por Rauta (2019): “respostas comportamentais do doente e da família à cirurgia”; “segurança do doente” e “respostas fisiológicas do doente à cirurgia”.

“Respostas comportamentais do doente e da família à cirurgia” - No período perioperatório, à semelhança de Giordani et al. (2015), os participantes identificaram frequentemente lacunas no conhecimento que o doente possui, com implicações sobretudo ao nível emocional, levando à possibilidade de identificação de outros diagnósticos de enfermagem como sendo: ansiedade, medo, não aceitação do estado de saúde ou não adesão ao regime terapêutico.

Os participantes referiram ser possível identificar diversas áreas de conhecimento não demonstrado, o que vai ao encontro do referido por Giordani et al. (2015). O grupo de participantes considerou conhecimento como uma mais-valia no sucesso do processo cirúrgico do doente, definindo intervenções como “ensinar sobre (...)” os diversos aspetos revelados pelos doentes, relacionados com o deficit de conhecimento. Cabe aos enfermeiros investir nesta área autónoma da enfermagem, devendo informar os doentes acerca dos cuidados de enfermagem que lhes serão prestados, utilizando para tal conhecimento técnico, rigor científico e uma linguagem adequada ao doente.

O diagnóstico ansiedade foi também identificado pelo grupo no contexto de estudo, à semelhança de Giordani et al. (2015) que declaram que o doente cirúrgico é frequentemente um doente ansioso.

Neste âmbito, os participantes identificaram como intervenções: incentivar a comunicação de emoções, esclarecer dúvidas do cliente e executar técnica respiratória. Silva et al. (2016) confirmam que orientar o doente para técnicas de relaxamento é uma intervenção eficaz na redução da ansiedade, bem como incentivar o suporte familiar, conforme apropriado. Esta foi também uma intervenção enunciada pelos participantes. Outra intervenção identificada pelo grupo de participantes foi gerir ambiente físico, utilizando musicoterapia e adequando níveis de ruído e temperatura, sempre que possível.

Relativamente ao diagnóstico medo, os participantes valorizaram como intervenções: encorajar a expressão dos medos, esclarecer dúvidas do cliente, executar técnica de distração e incentivar suporte familiar. Deste modo, considera-se que a escuta do doente, encorajando-o a expressar os seus medos e emoções, o esclarecimento das suas dúvidas, a ajuda em encontrar formas de distração, são intervenções relevantes para contornar ou diminuir o medo.

No decorrer do período intraoperatório o doente apresenta respostas comportamentais diferentes. Deste modo, o grupo de participantes considera que, no término da cirurgia é frequente poderem formular o diagnóstico confusão, apesar de não ter sido um diagnóstico evidenciado na literatura. As intervenções de enfermagem identificadas foram: executar terapia de orientação para a realidade e estimular a memória.

Relativamente à “segurança do doente” conforme referido por Steelman e Graling (2013), 30% dos doentes adultos hospitalizados sofrem eventos adversos. Um evento que pode ocorrer no doente cirúrgico sob anestesia, é hipotermia. O grupo de participantes refere que esta é sem dúvida uma preocupação na sua prática, e que apesar das boas práticas implementadas, por vezes chega a efetivar-se. Knaepel (referido por Steelman e Graling, 2013), estima que a hipotermia tenha uma incidência de 70% no doente cirúrgico submetido a anestesia, o que potencia a ocorrência de inúmeras complicações pós-operatórias. Apoiando este achado, vigora em Portugal o feixe de intervenções de prevenção de Infeção do Local Cirúrgico (ILC) (Norma 020/2015 da Direção Geral da Saúde [DGS], 2015) que alerta para esta problemática e para a monitorização da temperatura no período perioperatório (DGS, 2015). Conforme descrito na literatura existem dois métodos de aquecimento: o passivo, e o ativo (Steelman & Graling, 2013). Também o grupo identificou como intervenções: monitorizar temperatura corporal, aplicar dispositivo de aquecimento ativo e aplicar medidas de aquecimento passivo.

Como referido, o feixe de intervenções existe com o intuito de prevenir a ILC pelo que um dos focos de atenção dos enfermeiros perioperatórios é sem dúvida a prevenção e controlo de infeção. Além disso, à semelhança de outros autores que nos seus estudos identificaram o risco de infeção como diagnóstico de enfermagem no período perioperatório (Silva et al., 2016; Santana et al., 2017), também os enfermeiros do presente estudo consideraram ser um diagnóstico existente nos doentes que cuidam. Para além da ILC, o doente cirúrgico pode apresentar outros focos de infeção, como sejam os associados ao cateter venoso periférico, ao cateter central, ao cateter urinário, por exemplo, cabendo ao enfermeiro a implementação das boas práticas associadas à sua prevenção.

Assim, para o diagnóstico de “infecção” e “risco de infecção” os participantes identificaram as seguintes possíveis intervenções: monitorizar temperatura corporal; vigiar sinais de infecção e monitorizar cicatrização da ferida.

Um risco transversal a diversos contextos é o risco de úlcera de pressão, sendo que também no intraoperatório o doente está sujeito a uma série de fatores (potenciais) para a ocorrência de lesão. Bliss e Simini (referido Steelman & Graling, 2013) referem que 25 a 30% das úlceras de pressão adquiridas no hospital a cada ano, estão associadas ao BO. Assim, não só risco de úlcera de pressão, como efetivamente a úlcera de pressão, foram diagnósticos identificados no grupo em estudo. Para o diagnóstico de risco de úlcera de pressão, o grupo de participantes identificou monitorizar risco de úlcera de pressão, aliviar zonas de pressão através de dispositivos e avaliar a pele, sendo intervenções também sugeridas por Steelman & Graling (2013). Os participantes consideraram ainda assistir o doente a posicionar-se e executar técnica de posicionamento, como intervenções preventivas da ocorrência de úlceras de pressão. Já para o diagnóstico de úlcera de pressão, para além das intervenções identificadas para o risco, o grupo de participantes acrescenta monitorizar a úlcera de pressão, como sejam diâmetro, profundidade, exsudado, cor da pele em redor e tipo de tecido do leito da ferida

Outro diagnóstico identificado no estudo foi risco de queda, que corresponde a 21% do total de incidentes notificados em Portugal (DGS, 2019). O grupo de participantes mencionou estar bastante familiarizado com este risco, referindo que efetua a avaliação do risco de queda em todos os doentes, conforme orientação da Norma da DGS 008/2019 (DGS, 2019). Assim, monitorizar risco de queda, executar medidas de segurança (como elevar grades da mesa operatória, aplicar fitas de contenção, travar a mesa operatória) e vigiar comportamento, foram as intervenções identificadas pelo grupo de participantes neste estudo, que encontram sustentação teórica na Norma de Prevenção e Intervenção na Queda do Adulto em Cuidados Hospitalares, da DGS (2019).

Como “respostas fisiológicas do doente à cirurgia”, à semelhança do referido por Giordani et al (2015) a dor e os vómitos são alterações que ocorrem no pós-operatório e que se podem relacionar com a ansiedade pré-operatória. Também os enfermeiros do presente estudo consideraram que a dor, as náuseas e os vómitos são três diagnósticos existentes na população a quem prestam cuidados.

Silva et al. (2016), identificam a dor aguda em 100% dos doentes no estudo que desenvolveram, com o objetivo de descrever os diagnósticos de enfermagem numa Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos (UCPA). Os mesmos autores propõem como intervenções para a dor caracterizá-la e monitorizar a sua frequência, qualidade e intensidade, bem como identificar os fatores desencadeantes. Referem ainda a necessidade de assegurar cuidados de analgesia bem como eliminar ou reduzir fatores que aumentam a dor, implementando uma variedade de medidas para o alívio da mesma.

A administração de medicação, o controlo do nível de sedação e a redução da ansiedade, são intervenções referidas por Santana et al. (2017) como eficazes,. As intervenções de enfermagem identificadas pelo grupo de participantes para o diagnóstico de dor no período intraoperatório foram: monitorizar a dor, através da escala numérica de dor, executar a técnica de relaxamento,

identificar com o cliente fatores que intensificam a dor, identificar com o cliente fatores que aliviam a dor, aplicar envolvimento frio e posicionar o cliente, tal como sugerido pela literatura referida, à exceção do controlo do nível de sedação sugerido por Santana et al. (2017).

Outro diagnóstico identificado pelo grupo foi náuseas. Também Giordani et al. (2015) referem que este é um diagnóstico presente no doente cirúrgico. Por sua vez, vomitar foi também identificado como diagnóstico no contexto de estudo. O grupo de participantes definiu como intervenções para ambos os diagnósticos: vigiar a náusea, otimizar o posicionamento, otimizar a sonda gástrica e avaliar o vômito. Apesar de náusea e o vômito serem dois diagnósticos frequentemente identificados nos estudos realizados em contexto perioperatório, as intervenções de enfermagem inerentes a estes diagnósticos no período intraoperatório não foram exploradas pelos autores dos estudos.

Se algumas agressões à integridade da pele são acidentais, outras há inevitáveis, como é o caso de ferida cirúrgica. As intervenções identificadas pelo grupo de participantes prendem-se apenas com: vigiar penso da ferida cirúrgica, otimizar dreno e vigiar o líquido de drenagem.

Em síntese, importa referir que outros diagnósticos e as respetivas intervenções foram definidos e identificados pelo grupo de participantes., mas que aqui não foram apresentadas, para cumprir as regras de publicação estabelecidas.

CONCLUSÃO

O período intraoperatório, é especialmente crítico, pela complexidade do ambiente e pela vulnerabilidade do doente, colocando-o numa posição suscetível a riscos reais e potenciais. Assim, a função do enfermeiro perioperatório centra-se na gestão das respostas do doente, na segurança e na prevenção de eventos adversos.

Os cuidados de enfermagem, dirigidos ao doente cirúrgico, devem ter continuidade ao longo de todo o processo, incluindo a identificação dos diagnósticos de enfermagem no período intraoperatório, dando continuidade ao plano definido para cada doente. Com a introdução de uma linguagem comum, CIPE, no contexto onde foi realizado este estudo e o desenvolvimento de um padrão de documentação de cuidados de enfermagem ao doente cirúrgico no período intraoperatório, acredita-se que será possível melhorar a tomada de decisão dos enfermeiros no BO, sendo certamente um contributo para a melhoria dos cuidados de enfermagem perioperatória.

A definição e clarificação dos diagnósticos de enfermagem no contexto de cuidados intraoperatórios será uma oportunidade para documentar as intervenções de enfermagem e, contribuir para o avanço da profissão.

No contexto em estudo, fica o desafio de identificar diagnósticos e intervenções no pré-operatório, UCPA e pós-operatório, proporcionando um cuidado padronizado e facilitando a sua continuidade nos diferentes momentos do processo cirúrgico.

Para a comunidade científica, fica a sugestão de realização de novos estudos noutros contextos de cuidados de enfermagem perioperatória e, desse modo, extrapolar o conhecimento, culminando na identificação de novos focos de enfermagem e a sua integração em novas versões da CIPE. A criação de um catálogo de diagnósticos de enfermagem perioperatória poderia constituir, certamente, um benefício para todos os doentes cirúrgicos e profissionais que deles cuidam.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- Bardin, L. (2012). *Análise de conteúdo* (4.^a ed.). Edições 70.
- Direção Geral da Saúde. (2015), *Norma nº 020/2015 de 15/12/2015: "Feixe de intervenções" de prevenção de infeção de local cirúrgico*. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0202015-de-15122015-pdf.aspx>
- Direção Geral da Saúde. (2019), *Norma nº 008/2019 de 09/12/2019 - Prevenção e intervenção na queda do adulto em cuidados hospitalares*. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0082019-de-09122019-pdf.aspx>
- Giordani, A., Sonobe, H., Ezaias, G., Valério, M., & Barra, M. (2015). Perfil de pacientes cirúrgicos atendidos em um hospital público. *Revista de enfermagem UFPE*, 9(1), 54-61. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-998427>
- Rauta, S. (2019). *Nursing intensity and nurse staffing in perioperative settings* [Tese de doutoramento, Universidade de Turku, Faculdade de Medicina]. <https://www.utupub.fi/bitstream/handle/10024/146720/AnnalesD1414Rauta.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Santana, V., Santos, J., & Silva, P. (2017). Nursing care systematization in the immediate postoperative period after orthopedic surgeries. *Journal of Nursing UFPE*, 11(10), 4004-4010. <https://doi.org/10.5205/reuol.10712-95194-3-SM.1110sup201701>
- Steelman, V., & Graling, P. (2013). Top 10 patient safety issues: What more can we do? *AORN Journal*, 97(6), 679-701. <https://doi.org/10.1016/j.aorn.2013.04.012>
- Silva, H., Souza, V., & Silva, P. (2016). Sistematização da assistência em enfermagem perioperatória em uma unidade de recuperação pós-anestésica. *Revista de enfermagem UFPE*, 10(10), 3760-3767. <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v10i10a11441p3760-3767-2016>

INFORMAÇÃO TRANSMITIDA PELO ENFERMEIRO DE CIRURGIA AMBULATÓRIA PARA O AUTOCUIDADO DOS UTENTES

MARIA GORETE SOUSA FERRAZ¹
MARIA NAZARÉ RIBEIRO CEREJO²

INTRODUÇÃO

A constante evolução tecnológica, o aumento da procura de cuidados de saúde e consequentemente o aumento dos gastos com os mesmos, conduzem à urgência da elaboração de propostas alternativas à gestão tradicional dos serviços de saúde. A cirurgia ambulatória surge em resposta a esta exigência evolutiva na prestação de cuidados ao utente cirúrgico e concomitantemente na resposta à melhoria na prestação dos cuidados. Neste contexto, a enfermagem acompanha o evoluir da cirurgia de ambulatório (CA) visando os ganhos em saúde para as pessoas que necessitem de intervenções cirúrgicas, assim como as suas famílias, sem renunciar aos elevados padrões de qualidade inerentes a qualquer regime cirúrgico. O papel do enfermeiro é amplo e complexo, impondo uma prestação de cuidados de enfermagem diferenciados, individualizados, competentes e tranquilizadores para o utente visando a segurança, a satisfação e a qualidade dos cuidados, no sentido do bem-estar.

O facto de o utente regressar a casa no próprio dia da cirurgia, implica todo um processo de acompanhamento que lhe permita a sua rápida recuperação e a prevenção de complicações pós-operatórias. Compete assim aos enfermeiros da Unidade de Cirurgia Ambulatória (UCA) dotar os utentes das ferramentas necessárias para o autocuidado. A preparação do regresso a casa bem-sucedido, leva à mobilização de diversas estratégias, a nível das práticas educativas, que se podem constituir como facilitadoras da aprendizagem do utente contribuindo para a prevenção de complicações e recuperação do seu estado de saúde. A preparação da alta é o momento em que se fazem os últimos ensinamentos e validam as informações para os cuidados pós-operatórios empoderando o utente para o seu autocuidado, correspondendo também ao último contacto físico do utente com a unidade cirúrgica e os seus profissionais. Neste contexto, cabe

1 MSc, Enfermeira Especialista Enfermagem Médico-Cirúrgica, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, mgoreteferraz@gmail.com

2 MSc, Professora Adjunta da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, UICISA: E, ncerejo@esenfc.pt

aos enfermeiros a responsabilidade de uma correta avaliação das necessidades informativas/formativas dos utentes, por forma a garantir ensinamentos adequados que os dotem de capacidades para a recuperação do seu estado de saúde.

Face à problemática enunciada, definiu-se a questão de investigação: quais as necessidades de informação para o autocuidado, manifestadas pelos utentes submetidos a cirurgia ambulatória sob anestesia geral? Desta, emergiram os seguintes objetivos: identificar as necessidades informativas manifestadas pelo utente; analisar se a informação transmitida corresponde às necessidades do utente para o seu autocuidado; identificar complicações pós-operatórias; identificar a importância, para o utente, do seu cuidador/familiar partilhar da informação transmitida.

METODOLOGIA

Realizou-se um estudo exploratório, descritivo, de abordagem quantitativa, com uma amostra não probabilística acidental.

A população foi constituída por 84 utentes submetidos a cirurgia ambulatória, sob anestesia geral, com alta no próprio dia. Os sujeitos foram incluídos à medida que foram estando presentes no local preciso e reunindo todos os critérios pré-estabelecidos (maiores de 18 anos; cirurgia sob anestesia geral; alta no próprio dia; atendimento telefónico às 24h e 14º dia de pós-operatório) até a amostra atingir a dimensão desejada e a melhor representatividade possível.

O instrumento de recolha de dados eleito, foi o questionário, sendo este da autoria da investigadora e submetido a um pré-teste, sendo constituído por questões de escolha múltipla e duas questões de resposta aberta.

A recolha de dados foi efetuada telefonicamente em duas fases, a primeira decorreu nas primeiras 24 horas após a cirurgia (recolha foi efetuada através da consulta de *follow up* não presencial, realizada pelos enfermeiros da UCA) e a segunda fase decorreu no 14º dia de pós-operatório e foi realizada pela investigadora.

Foram recolhidos dados relativos a: apoio pós alta; identificação da informação transmitida; existência de dúvidas; adequabilidade da informação recebida; informação considerada importante; identificação de complicações; identificação dos serviços de recorrência em caso de complicação; existência de relação entre complicações e a informação, e por último, importância da partilha da informação com o cuidador.

Foram desenvolvidos e cumpridos os diversos processos inerentes ao cumprimento de normas e condutas relacionadas com as exigências formais e éticas de um trabalho de investigação.

APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Verificou-se que a idade média da amostra se situou nos 51,98 anos, com um mínimo de 19 anos e máximo de 81 anos. Traçando um perfil da amostra, 66,7% dos indivíduos eram do

sexo masculino, com 91,7% da amostra a referir viver acompanhado, 53,6% com escolaridade inferior ao 9º ano e 60,7% desempenha atividade profissional. Quanto à especialidade cirúrgica a que os utentes recorreram para ser intervencionados, verificou-se que 23,8% da amostra recorreu ao serviço no âmbito da Cirurgia Geral, 21,4% no âmbito das especialidades cirúrgicas de Ginecologia e Ortopedia e apenas 1 indivíduo recorreu ao serviço pela especialidade de Neurocirurgia.

Complicações Pós-operatórias: dos resultados obtidos às 24h de pós-operatório verifica-se que 35,7% dos indivíduos referenciaram pelo menos uma complicação, sendo a mais mencionada a presença de dor no local cirúrgico (80,0%) e a menos referida (3,3%) náuseas/vômito, cefaleias e dor de garganta. Apenas 10,0% dos inquiridos recorreu a um serviço de saúde por essa complicação e destes, 2 recorreram ao Centro de Saúde e 1 à Urgência Hospitalar. Estes resultados estão em consonância com os resultados alcançados por Sousa (2014) em que a maioria dos inquiridos (92,5%) não referiu complicações, sendo a dor a mais referida, igualmente Berg (2016) obteve resultados semelhantes no seu estudo, sendo a dor o fator mais perturbador no período de pós-operatório imediato. Comparando os resultados obtidos ao 14º dia de pós-operatório, verifica-se uma redução do número de indivíduos a referir a presença de complicações (20,2%) em comparação com as primeiras 24h, sendo a complicação mais apontada relacionada com o processo cicatricial (55,5%). Stracieri (2008), refere que a maior parte das complicações pós-operatórias em CA ocorrem até às quarenta e oito horas depós-operatório, após este período é comum observar-se outro tipo de complicações, como as associadas à ferida operatória (infecção, febre e deiscência). Neste período mais tardio de pós-operatório, verificou-se um aumento significativo no recurso aos serviços de saúde para resolução de complicações, inversamente ao período das primeiras 24h. Os utentes recorreram maioritariamente (53,8%) a uma Urgência Hospitalar em detrimento do Centro de Saúde, resultado corroborado por Sousa (2014) cuja investigação também decorreu numa UCA. Esta inversão na recorrência aos serviços de apoio, Centro de Saúde/Urgência Hospitalar, pode indiciar um aumento da gravidade das complicações, de referir que idênticos resultados foram obtidos por Dahlberg et al. (2019) ao constatarem que houve situações que pela sua gravidade, exigiram encaminhamento para uma instituição hospitalar, estando estas relacionadas com a ferida cirúrgica.

Informação Transmitida para os Cuidados no Domicílio: constatou-se que na avaliação efetuada nas primeiras 24h de pós-operatório, 100% dos inquiridos consideraram que a informação transmitida foi *explícita/adequada/suficiente*, no entanto verifica-se um decréscimo da avaliação positiva da informação transmitida aos 14 dias depós-operatório, em relação à clareza (90,5%), adequabilidade e suficiência (79,8%). Sobre estes indicadores, Lemos et al. (2006) constataram que a satisfação geral no pós-operatório imediato é alta, verificando-se o seu decréscimo aos 30 dias.

Relativamente à identificação da informação transmitida aquando da alta, 98,8% dos inquiridos referiram ter recebido informação sobre a medicação/regime terapêutico, 98,5% sobre os cuidados à ferida/penso e 96,4% em relação ao repouso/retoma da atividade/mobilização. Quando inquiridos sobre a existência de dúvidas acerca da informação transmitida e quais essas dúvidas, verificou-se que 40% dos utentes tinham dúvidas sobre os cuidados à ferida cirúrgica e 25% sobre repouso/retoma atividade/mobilização. A maioria (65%), referiu “outra”

sendo esta relacionada com temas mais personalizados estando maioritariamente ligados à retoma das atividades de vida diária. Vários autores afirmam que os utentes apontam como lacunas do processo informativo, o défice de informações sobre a anestesia e o processo de recuperação, tendo Berg (2016) encontrado resultados semelhantes ao verificar que as informações nem sempre são claras e os utentes manifestam necessidade de estar mais informados. Também Stadler et al. (2019) aludem que os utentes ao regressarem ao domicílio, deparam-se com situações desafiadoras, sendo nesse ambiente que começam a surgir as dúvidas e mudanças de hábitos que vão alterar as suas rotinas.

Constatou-se que os utentes procuram conhecimentos úteis para a gestão da sua recuperação, procurando indicações, formas seguras para lidar com a ferida cirúrgica, tempo de recuperação normal para a cirurgia, tipo de medicação e gestão da mesma, higiene pessoal, nível de exercício e regresso ao trabalho, o que foi também aferido no estudo de Berg (2016). Conferiu-se assim que as questões colocadas pelos utentes evidenciam que o retomar da atividade se faz acompanhar de dúvidas muito concretas e específicas relacionadas com a dinâmica individual.

Ainda na continuidade da apreciação dos inquiridos, 20,2% destes percecionou a informação como não sendo suficiente para os seus cuidados após a cirurgia, tendo 47,1% referido situações variadas, relacionadas com um maior nível de personalização/individualização, nomeadamente o uso de dispositivos de marcha, assim como as possíveis complicações das cirurgias (41,2%). Relativamente aos conteúdos mais enfatizados pelos inquiridos para o sucesso do autocuidado, os resultados alcançados são corroborados pelos do estudo de Berg (2016), onde apurou que a informação considerada central para a continuidade dos cuidados no domicílio, é a que diz respeito ao pré-operatório, concretamente para o controlo da dor, informações pós-alta, controlo da ansiedade, náuseas e vômitos, cuidados nopós-operatório, ajuda e repouso.

Apoio Familiar: a quase totalidade da amostra (96,4%), referiu ser importante o seu familiar ser informado dos cuidados pós-operatório. Como principal justificação (60,5%) inquiridos mencionou o “apoio na debilidade no pós-operatório”, seguido do “esquecimento/dúvidas” indicado por 29,6% e 22,2% referiu a “sonolência/desorientação” como uma razão para a presença dos familiares no momento da alta. Sibbern et al. (2017) referem que a presença de um membro da família no momento de transmissão da informação foi considerada positiva pelos utentes, visto permitir-lhes em casa discutir com os familiares/cuidadores as informações transmitidas.

Os motivos mais mencionados para a necessidade do acompanhamento do familiar no momento da alta foram: efeito residual da anestesia; sonolência; ansiedade; dificuldade em fixar as informações; incapacidade em reter a informação; medo de esquecer a informação; não se sentirem capacitados para fixar toda a informação; os familiares ao serem informados podem vir a esclarecer dúvidas que possam surgir; e a importância de esclarecer bem os familiares para que estes sejam capazes de prestar os cuidados no domicílio.

Berg (2016) no estudo que efetuou identificou sentimentos de expressão semelhante nos utentes inquiridos. Para este autor, alguns utentes ainda sentiam o efeito residual da anestesia, estando sonolentos e acabando por esquecer a informação transmitida. McCloy & McCutcheon (2016)

acrescentam que devido ao período de recuperação do ato anestésico, existe dificuldade em fixar as informações, no que são corroborados por Dahlberg et al. (2019), quando afirmam que esta incapacidade pode ainda resultar do déficit de habilidades de alfabetização em saúde dos utentes.

CONCLUSÃO

No que diz respeito ao utente cirúrgico, o papel do enfermeiro, compreende as ações relacionadas com o percurso cirúrgico, que engloba o pré, intra e pós-operatório e visa proporcionar bem-estar, conforto, diminuir ou eliminar o risco de ocorrência de complicações no pós-operatório e permitir ao utente/família dar continuidade aos cuidados de forma segura e eficaz, atendendo o utente como um todo, em todas as necessidades físicas, psicológicas e espirituais, não descurando o seu contexto vivencial.

A literacia em saúde assume um papel preponderante estando ligada à alfabetização envolvendo o conhecimento, a motivação e as competências das pessoas para aceder, entender, avaliar e aplicar informações sobre saúde, com a finalidade de identificar e tomar decisões sobre os cuidados com a sua saúde, promoção da mesma e prevenção de doenças, mantendo ou melhorando a sua qualidade de vida.

A informação eficaz melhora a satisfação e reduz a ansiedade relacionada com a experiência da cirurgia, devendo ser transmitida de modo formal e organizado, procurando sempre a personalização da mesma, tendo como referencial a retoma das atividades de vida diária do utente.

Os resultados obtidos, permitem afirmar que a informação transmitida deve incluir comportamentos que ajudem a retomar as atividades de vida diária e o bem-estar, sendo estes temas a origem de grande percentagem das dúvidas enunciadas pelos utentes. Conhecer os seus principais receios, dúvidas e necessidades informativas, permite intervir de forma ativa, prevenindo complicações e auxiliando na transição e recuperação do estado de saúde.

Com o aumento dos índices de produtividade dos serviços, a informação transmitida tende a ser *standard* correndo o risco de esquecer a individualidade e realidade de cada utente e estas devem ser tidas como peças centrais para o sucesso da sua aprendizagem.

Constatou-se que os utentes consideram importante receber informação que lhes permita atuar em consonância com as limitações do ato cirúrgico realizado, em concreto sobre a ferida cirúrgica, mobilização, regime terapêutico, retoma da atividade, alimentação, entre outras. Assim como saber identificar as complicações, reconhecer o que é expectável ao longo do período de recuperação, nomeadamente sinais de complicações com o processo cicatricial, edemas, seromas, infeção urinária, alteração da coloração da pele, em suma sentirem-se seguros na continuidade dos cuidados e apoiados aquando do regresso a casa. A envolvência do familiar/cuidador no momento da alta, mostrou ser de extrema importância para os utentes, dando-lhes a sensação de apoio e segurança por poderem recorrer ao familiar caso sujam dúvidas sobre os cuidados, ou esqueçam os mesmos, sobretudo num momento de vulnerabilidade e fragilidade.

Face aos resultados sugere-se a replicação do estudo noutras instituições hospitalares onde se realize CA com diferentes populações/amostras, com o objetivo de perceber se os resultados obtidos relativos à informação que os utentes consideraram importante para o seu autocuidado são corroborados, o que poderia permitir a criação de protocolos de preparação para a alta dos utentes de CA. Será igualmente importante explorar a relação existente entre as complicações pós-operatórias e a presença de dúvidas para o autocuidado. Assim como comparar o nível de satisfação e a presença de complicações dos utentes submetidos a ensinos *standard* e dos utentes submetidos a ensinos específicos e personalizados.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Berg, K. (2016). Provision of preoperative and postoperative information increases the likelihood a person will be fully prepared for home recovery. *Evidence-Based Nursing*, 19(2), 60. <https://doi.org/10.1136/eb-2015-102097>
- Dahlberg, K., Jaensson, M., & Nilsson, U. (2019). Factors influencing day surgery patients' quality of postoperative recovery and satisfaction with recovery: A narrative review. *Perioperative Medicine*. <https://doi.org/10.1186/s13741-019-0115-1>
- Lemos, P., Regalado, A., Soares, J., & Alves, E. (2006). A Evolução recente da Cirurgia Ambulatória em Portugal: Resultados do IV Inquérito Nacional. *Revista Portuguesa de Cirurgia Ambulatória*, 8(3), 2-7. <https://doi.org/10.1186/s13741-019-0115-1>
- McCloy, O., & McCutcheon, K. (2016). The day surgery experience from the perspective of service users. *British Journal of Nursing*, 25(13), 736-739. <https://doi.org/10.12968/bjon.2016.25.13.736>
- Sibbern, T., Bull Sellevold, V., Steindal, S. A., Dale, C., Watt-Watson, J., & Dihle, A. (2017). Patients' experiences of enhanced recovery after surgery: A systematic review of qualitative studies. *Journal of Clinical Nursing*, 26(9-10), 1172-1188. <https://doi.org/10.1111/jocn.13456>
- Sousa, B. J. (2014). *O follow-up e as complicações pós-operatórias em cirurgia de ambulatório* [Dissertação de mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra]. Repositório Científico da ESEnfC. <https://repositorio.esenfc.pt>
- Stadler, D.V., Giordani, A.T., Paulino, G. M., Sonobe, H. M., Zanardo, R. R., & Valério, M. A. (2019). Estratégias para o ensino do autocuidado de pacientes cirúrgicos: Uma revisão integrativa da literatura. *Revista Eletrônica Gestão & Saúde*, 128-141. <https://doi.org/10.26512/gsv0i0.23332>
- Stracieri, L. D. (2008). Cuidados e complicações pós-operatórias. *Medicina*, 41(4), 465-468. <https://doi.org/10.11606/issn.2176-7262.v41i4p465-468>

INFLUÊNCIA DA CONSULTA PRÉ-OPERATÓRIA DE ENFERMAGEM NA SATISFAÇÃO DAS NECESSIDADES INFORMATIVAS DO DOENTE

LEONARDO FILIPE TOMÉ FERNANDES BREDA¹
MARIA DA NAZARÉ RIBEIRO CEREJO²

INTRODUÇÃO

A prática de enfermagem compreende um conjunto de ações e cuidados amplos que permitem estabelecer uma relação que favoreça um ambiente propício à manifestação das preocupações e medos do doente (Gomes, 2015). A consulta pré-operatória de enfermagem (CPOE) permite construir uma relação que facilite a comunicação centrada no doente. O enfermeiro conhece a história do doente, através de uma entrevista e, posteriormente, adequa intervenções às necessidades identificadas (Pettersson et al., 2018).

Com frequência, os doentes no período de acolhimento, verbalizam informações díspares a respeito da preparação pré-operatória, podendo assim comprometer todo o procedimento anestésico e/ou cirúrgico. Manifestam, também, medo relativo ao pós-operatório imediato e incertezas ligadas ao momento da alta clínica e à recuperação pós-cirúrgica no domicílio. Concomitantemente, o curto período de internamento limita o contacto dos enfermeiros com os doentes, no que diz respeito à transmissão de informações sobre o pós-operatório. Assim, é frequente os doentes sentirem dúvidas e dificuldades no autocuidado após a alta, acabando por contactar ou recorrer de novo ao hospital.

O estudo foi realizado num hospital privado, em Portugal, onde o doente, no pré-operatório, tem uma consulta com o cirurgião e com o anestesista, sendo que toda a informação referente à preparação pré-operatória é transmitida posteriormente por um elemento do secretariado clínico, via telefone. Resulta assim, que, o primeiro contacto com o enfermeiro ocorre somente no dia do acolhimento, isto é, no pré-operatório imediato. Decorrente da problemática enunciada, emergiu a necessidade de perceber se a CPOE responde às necessidades informativas do doente e se influencia a sua satisfação com a informação recebida.

1 MSc, Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, Hospital Misericórdia da Mealhada. leobreda12@gmail.com

2 MSc, Professora Adjunta na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. UICISA: E, ncerejo@esenfc.pt

METODOLOGIA

Formulou-se como questão de investigação: Qual a influência da CPOE na satisfação das necessidades informativas do doente?

Os objetivos enunciados foram: avaliar, no pós-operatório, a satisfação do doente com a informação recebida e analisar a influência da CPOE na satisfação das necessidades informativas do doente.

Formulou-se a hipótese de investigação: A satisfação das necessidades informativas dos doentes é diferente consoante receberam ou não consulta pré-operatória de enfermagem.

Foi desenvolvido um estudo descritivo, correlacional, quase-experimental. Ao grupo experimental (GE) foi realizada a CPOE, seguindo um guião pré-estabelecido e os doentes que o constituíram receberam um folheto informativo sobre a preparação para a cirurgia e o percurso hospitalar. Os doentes do grupo de controlo (GC) seguiram os procedimentos pré-operatórios implementados na instituição onde se realizou o estudo. A avaliação do processo em ambos os grupos foi realizada no pós-operatório, imediatamente antes da alta clínica, através da aplicação de um questionário.

Definiu-se uma amostra não probabilística acidental. A CPOE foi a variável independente em estudo e a dependente a satisfação das necessidades informativas do doente. Definiram-se também algumas variáveis atributo para caracterizar os sujeitos. Cada CPOE teve a duração de 20 minutos e foi iniciada por uma questão aberta que permite ao doente desenvolver o seu discurso e ao enfermeiro identificar as necessidades informativas. Para a colheita de dados foi utilizado um questionário, composto por duas partes. A primeira avaliava alguns dados sociodemográficos, familiares e clínicos; e a segunda possibilitou a avaliação da satisfação dos doentes relativamente às informações obtidas no pré-operatório, através da escala Satisfação dos doentes com a informação transmitida no pré-operatório no hospital, não validada para a população portuguesa, adaptada de Ribeiro (2003). Esta escala, do tipo *Likert*, é constituída por 22 questões e está subdividida em duas partes: a primeira, comporta 12 questões, que permitem determinar a frequência com que a informação foi transmitida no pré-operatório; a segunda, constituída por 10 questões, avalia a satisfação com a informação transmitida no pré-operatório. Cada questão da escala tem quatro hipóteses de resposta, pontuadas de 0 a 3. O *score* da primeira parte varia entre o mínimo de 0 e o máximo 36 pontos e da segunda parte entre 0 e 39 pontos. O α de *Cronbach* da escala foi de 0,943.

A colheita de dados decorreu entre agosto e outubro de 2019. As CPOE foram realizadas no dia em que os doentes efetuavam os exames complementares de diagnóstico. O instrumento de colheita de dados foi aplicado a ambos os grupos em estudo no período pós-operatório, imediatamente antes da alta clínica. Escolheu-se este momento de avaliação para que os doentes pudessem refletir se as informações transmitidas no pré-operatório tinham correspondido às realidades vivenciadas ao longo do internamento. Utilizou-se técnicas de estatística descritiva e inferencial. Garantiram-se todos os procedimentos éticos.

RESULTADOS

A amostra foi constituída por 90 doentes, 40 do GE e 50 do GC. Quanto ao sexo, no GC houve maior número de doentes do sexo feminino (52,0%) e no GE maior número de doentes do sexo masculino (55,0%). A média de idade dos doentes do GC foi de 58,30 e no GE de 59,93.

Pela análise da primeira parte da escala, verificou-se que o GE apresenta uma maior percentagem de respostas *sempre*, apresentando valores maioritariamente entre os 57,5% e os 100%, enquanto que o GC obteve uma percentagem entre os 6,0% e os 76,0%. Destacam-se as questões sobre a preocupação em manter um ambiente calmo, simpatia e paciência no atendimento, foram as que obtiveram maiores percentagens de respostas *sempre* (60,0% - 76,0%) no GC. As questões referentes a: informações para lidar com as necessidades; ensinos de acordo com as necessidades; explicação compreensível; importância dada aos problemas do doente destacam-se no GE com respostas *sempre* acima de 85,0%, enquanto que no GC predominou às vezes (30,0% - 40,0%). A preocupação em envolver a família obteve no GC 30,0% de respostas *nunca* e no GE 57,5% de respostas *sempre*.

No que diz respeito à segunda parte da escala, é importante destacar diferenças consideráveis nos níveis de satisfação dos doentes quanto à informação que receberam. Globalmente, 81,5% dos doentes do GE manifestaram-se satisfeitos com a informação transmitida no pré-operatório, enquanto que no GC foram apenas 44,2%. Quanto ao nível de insatisfação, no GE foi de 0,6%, enquanto que o GC se situou nos 19,7%. As questões sobre o pré-operatório (preparação para a cirurgia e percurso hospitalar) apresentaram valores de satisfação entre os 90,0% e os 92,5% no GE e no GC entre os 60,0% e 70,0%. Quanto à informação fornecida no folheto informativo, o GE apresentou 75,0% de respostas *satisfeito* enquanto que o GC obteve 74,0% de respostas *não se aplica/sem opinião*. Sobre os cuidados pós-operatórios imediatos e a ter no domicílio, destaca-se que não houve *insatisfeitos* no GE, apresentando valores acima de 77,5% de satisfação. No GC, verifica-se respostas de insatisfação entre os 18,0% e os 32,0% e entre 34,0% e os 50,0% de *satisfeito*. Quando questionados sobre a quantidade e adequação da informação, a forma como era transmitida, os conhecimentos dos profissionais e o tempo disponibilizado para escutar dúvidas e medos, no GE situou-se entre os 70,0% e os 95,0% de respostas *satisfeito* e 2,5% de *insatisfeito*. No GC, estas questões obtiveram maioritariamente valores de respostas *nem satisfeito/nem insatisfeito* entre os 38,0% e os 42,0% e de respostas *insatisfeito* entre os 12,0% e os 26,0%.

O teste de Kolmogorov-Smirnov revelou que a amostra não apresenta distribuição normal ($p < 0,001$). Pelo que se aplicou o teste de U de Mann-Whitney de modo a determinar a relação entre o nível de satisfação das necessidades informativas dos doentes e a CPOE. Verificou-se uma diferença estatisticamente significativa entre a satisfação das necessidades informativas dos doentes que receberam CPOE (postos médios = 64,51) e os que não receberam (postos médios = 30,29), com um nível de significância inferior a 0,001 ($U = 239,5$; $Z = -6,232$).

DISCUSSÃO

Reportando os resultados obtidos através da primeira parte da escala aplicada, é possível verificar que os doentes do grupo alvo da CPOE receberam mais informação para poder vivenciar o processo cirúrgico. A questão relativa ao envolvimento da família destacou-se no GE face ao GC. Corroborando estes factos, o estudo de Gonçalves et al. (2017) revela que os enfermeiros devem adotar uma posição privilegiada em relação à informação ao doente e família, por ser a classe profissional mais presente.

Quanto aos resultados apurados na análise descritiva da segunda parte da escala, bem como no teste estatístico aplicado à hipótese que relaciona o nível de satisfação das necessidades informativas dos doentes e a CPOE, é possível afirmar de forma clara que este tipo de consulta contribuiu para aumentar o nível de satisfação dos doentes relativamente às informações transmitidas. Outros autores defendem que a CPOE é uma ferramenta privilegiada na criação do relacionamento de confiança enfermeiro-doente e permite satisfazer as necessidades emocionais e informativas características destes momentos de ansiedade (Gonçalves et al., 2017; Pettersson et al., 2018). Com o suporte dos resultados dos autores anteriormente mencionados, é razoável referir que este estudo permite corroborar a evidência científica existente. No entanto, devem interpretar-se os resultados com prudência, sem extrapolar para outras realidades, ou contextos, visto que a amostra do estudo era de dimensão reduzida e referente apenas a uma instituição de saúde.

A CPOE foi iniciada com uma entrevista informal, possibilitando ao enfermeiro/investigador avaliar as necessidades e de seguida, planejar as intervenções de acordo com a individualidade do doente. Esta prática é defendida no estudo de Pettersson et al. (2018), pois permite incluir os discursos dos doentes no contexto clínico, esclarecer dúvidas e clarificar conhecimentos acerca do processo cirúrgico. Os doentes do GE apresentaram valores mais elevados de satisfação relativamente à quantidade de informação transmitida e à adequação dessa informação às suas necessidades, quando comparados com os do GC. Estes resultados demonstram que a CPOE permitiu ao enfermeiro intervir de acordo com a individualidade do doente, estando em consonância com os resultados apurados por Melgo (2015) que defende a importância de adotar uma prestação que permita identificar as necessidades do doente e planejar cuidados individualizados, minimizando o desconforto gerado por todo o processo cirúrgico.

A inconsistência de informações sobre o pré-operatório incorre no risco de comprometer o procedimento anestésico e/ou cirúrgico. Para superar esta dificuldade, foi entregue um folheto informativo aos doentes do GE. Esta intervenção revelou elevada satisfação com a informação escrita fornecida. A par disso, os resultados obtidos através das questões sobre as informações transmitidas acerca da preparação para a cirurgia e para o percurso a efetuar no hospital foram mais elevados quando comparados com os do GC. A CPOE assume aqui uma posição importante na melhoria dos cuidados e no controlo de vazios existentes na preparação do doente para o procedimento anestésico-cirúrgico. Assim, os resultados obtidos são corroborados pela literatura, nomeadamente o estudo de Bayraktar et al. (2018) ao demonstrar que conciliar a transmissão de informação verbal e escrita é eficaz na educação pré-operatória, na gestão das emoções e no aumento da satisfação do doente. No folheto constavam informações importantes sobre a prevenção da infeção do local cirúrgico,

de acordo com a Norma 020/2015 da Direção-Geral da Saúde (2015). Sendo o doente um dos pilares para o sucesso cirúrgico, a CPOE revela-se assim como uma estratégia fundamental para promover a educação pré-operatória.

Ao longo das CPOE os doentes relataram a existência de medos e dúvidas associados ao pós-operatório imediato e após alta clínica. As respostas às questões relacionadas com esse tema mostraram níveis mais elevados de satisfação no GE, face ao GC, demonstrando que os doentes que receberam a CPOE sentiram-se mais confiantes relativamente aos cuidados que devem adotar no internamento e no domicílio, de forma a minimizar desconfortos e potenciar a recuperação. Corroborando estes resultados, Pettersson et al. (2018) concluíram que a CPOE é importante no envolvimento do doente no seu processo de cuidados através da educação pré-operatória e, concomitantemente, na compreensão de toda a informação transmitida, essencial na minimização do risco de complicações pós-operatórias. Também o estudo de Mendes et al. (2018) defende que a prestação de cuidados de enfermagem ao longo do processo cirúrgico, começando na CPOE, influencia a qualidade dos resultados do doente após a recuperação cirúrgica.

Tendo em conta os resultados deste estudo e as evidências científicas, constata-se a importância dos enfermeiros compreenderem a experiência de transição que o doente cirúrgico vivencia. Esta compreensão exige avaliar as necessidades e a individualidade do doente e do seu meio envolvente, partindo da perspectiva do próprio, para posteriormente planear e implementar intervenções autónomas de enfermagem.

CONCLUSÃO

Os doentes que tiveram a CPOE perceberam receber mais informação para poder vivenciar o processo cirúrgico e, por conseguinte, sentiram-se mais satisfeitos para vivenciar esta transição. A consulta permitiu ao enfermeiro apostar na educação pré-operatória como ferramenta para avaliar, planear e intervir de acordo com a individualidade e as necessidades informativas do doente, reduzindo o impacto emocional gerado pelas alterações consequentes da cirurgia. Este momento privilegia a transmissão de informações verbais e escritas importantes na prevenção de lacunas aquando da preparação para a cirurgia, bem como na promoção do autocuidado após a mesma. A consulta pré-operatória é eficaz para a construção da relação enfermeiro-doente, pois permite ao enfermeiro escutar atentamente os problemas e as dúvidas do doente para posteriormente planear intervenções autónomas.

Para além destes ganhos para o doente, este estudo também permitiu momentos de reflexão entre os enfermeiros de perioperatório para mudarem práticas e comportamentos que privilegiassem uma avaliação inicial detalhada e uma preparação para alta clínica eficaz.

Sugere-se a realização de um estudo, que permita avaliar a influência de uma consulta pós-operatória de enfermagem e o envolvimento da família/pessoa significativa na recuperação pós-operatória e na promoção do autocuidado. Seria de igual forma importante a validação da escala Satisfação dos doentes com a informação transmitida no pré-operatório no hospital.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bayraktar, N., Berhuni, O., Berhuni, M., Zeki, O., Sener, Z., & Sertbas, G. (2018). Effectiveness of lifestyle modification education on knowledge, anxiety, and postoperative problems of patients with benign perianal diseases. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, 33(5), 640-650. doi:10.1016/j.jopan.2017.03.006
- Direção-Geral da Saúde. (2015). *Norma 020/2015*. Recuperado de <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0202015-de-15122015-pdf.aspx>
- Gomes, C. (2015). *Acolhimento do doente no bloco operatório* (Dissertação de mestrado). Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Portugal. Recuperado de <http://repositorio.esenfc.pt/?url=vQm3Yflb>
- Gonçalves, M., Cerejo, M., & Martins, J. (2017). A influência da informação fornecida pelos enfermeiros sobre a ansiedade pré-operatória. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(14), 17-26. doi:10.12707/RIV17023
- Melgo, A. (2015). *Satisfação do doente cirúrgico face aos cuidados de enfermagem na ULSNE: Unidade de Bragança* (Dissertação de mestrado). Recuperado de <http://repositorio.ipv.pt/handle/10400.19/3025>
- Mendes, D., Ferrito, C., & Gonçalves, M. (2018). *Intervenções de enfermagem no programa Enhanced Recovery After Surgery: Scoping Review*, 71(6). 2824-2832. doi:10.1590/0034-7167-2018-0436
- Pettersson, M., Öhlén, J., Friberg, F., Hydén, L., Wallengren, C., Sarenmalm, E., & Carlsson, E. (2018). Prepared for surgery: Communication in nurses' preoperative consultations with patients undergoing surgery for colorectal cancer after a person-centred intervention. *Journal of clinical nursing*, 27(13-14), 2904-2916. doi:10.1111/jocn.14312
- Ribeiro, A. (2003). *Satisfação dos utentes com os cuidados de enfermagem: Construção de instrumento de medida* (Dissertação de mestrado). Escola Superior de Enfermagem de S. João, Porto, Portugal. Recuperado de <https://www.researchgate.net/publication/273704774>

AVALIAÇÃO DA CULTURA DE SEGURANÇA DO DOENTE EM CIRURGIA DE AMBULATÓRIO

JOANA RAQUEL LUÍS PINTO¹
LUÍS LEITÃO SARNADAS²

INTRODUÇÃO

A cultura de segurança (CS) de uma organização de saúde pode ser genericamente definida como produto dos valores individuais e do grupo, das suas atitudes, percepções, competências e comportamentos que determinam o seu empenho e compromisso para a prosperidade organizacional e a sua gestão segura. Um estilo de comunicação baseado na confiança mútua, percepções partilhadas sobre a importância da segurança e a confiança na eficácia de medidas preventivas são características de organizações com uma CS positiva (Smith et al., 2015). Este conceito abrange assim toda a estrutura organizacional, desde a liderança administrativa até aos prestadores de cuidados. Inclui também competências não técnicas como o trabalho em equipa, comunicação e reporte de eventos adversos. Defeitos nestes aspetos podem lesar os doentes tanto como os erros técnicos (Fan et al., 2016).

O objetivo da avaliação da Cultura de Segurança do Doente (CSD) é habilitar as organizações a compreender as características da sua CS e proporcionar *insights* para a transformar. Para atingir uma CSD satisfatória é necessária uma liderança efetiva e que todos os trabalhadores compreendam e partilhem os valores, crenças e normas da organização sobre o que é realmente importante e quais as atitudes e comportamentos que são expectáveis (Smith et al., 2015). Assim, a *Agency for Healthcare Research and Quality's* (AHRQ) desenvolveu, em 2014, o *Ambulatory Surgery Center Survey on Patient Safety Culture*. O questionário foi desenhado especificamente para contextos de Cirurgia de Ambulatório (CA) e pretende ajudar estas unidades a avaliar em que medida a sua cultura enfatiza a importância da segurança do doente, solicitando a opinião de toda a equipa multidisciplinar no que concerne à CSD no seu local de trabalho (Smith et al., 2015).

1 MSc, Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica no Hospital da Luz de Coimbra, joanaraq@esenfc.pt

2 PhD, Professor Adjunto na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, UICISA: E, sarnadas@esenfc.pt

O questionário pode ser utilizado para sensibilizar a equipa sobre a SD, avaliar o estado atual da CSD, identificar pontos fortes e áreas que necessitam de melhoria relativamente à CSD, examinar as tendências na mudança da CSD ao longo do tempo, avaliar o impacto cultural das iniciativas e intervenções relativas à SD e realizar comparações (*benchmarking*) dentro das próprias organizações e entre organizações.

A CA conceptualiza-se como um modelo organizativo centrado no utente, que perspetiva o incremento da qualidade dos cuidados prestados aos doentes cirúrgicos pela maior personalização e humanização de cuidados (Comissão Nacional para o Desenvolvimento da Cirurgia de Ambulatório [CNADCA], 2008; Davidson, 2014).

De acordo com a *International Association for Ambulatory Surgery*, citada pela CNADCA (2008), a CA consiste na realização de uma intervenção cirúrgica programada, que habitualmente decorreria em regime de internamento e cuja alta ocorre algumas horas após o procedimento.

A CA tem um carácter inovador relativamente à cirurgia eletiva em regime de internamento, estando suportada por um paradigma organizacional que é centrado na pessoa que irá ser submetida à intervenção cirúrgica. Todo o processo cirúrgico é realizado por circuitos diferentes do convencional, sendo possível encontrar mais-valias relativamente à eficiência e à qualidade e obter resultados mais positivos no campo da humanização dos cuidados e satisfação da pessoa submetida a cirurgia, família, instituição hospitalar e sociedade (CNADCA, 2008; Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses [AESOP], 2012).

Em Portugal, em 2006, pouco mais de um quarto do total das cirurgias programadas eram realizadas em ambulatório. Numa década, a percentagem de cirurgias efetuadas nesta modalidade cirúrgica duplicou. No início de 2017, a Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS) anunciou que entre janeiro e novembro de 2016, mais de 60% das cirurgias programadas no Serviço Nacional de Saúde foram realizadas em regime de ambulatório. A meta de 60% da CA no total das intervenções cirúrgicas programadas estava traçada no Orçamento do Estado de 2016 (ACSS, 2017).

Com o recente desenvolvimento da CA em Portugal associado aos incentivos governamentais e institucionais criados, o nosso país tende a criar uma prática de CA semelhante à existente noutros países onde esta é mais desenvolvida, usufruindo de todas as suas vantagens clínicas, organizacionais, sociais e económicas.

METODOLOGIA

Questões de investigação e objetivos: verificou-se a ausência de um instrumento que avalie a CSD em CA traduzido para a população portuguesa e percebeu-se a necessidade de proceder à sua implementação no nosso país. Neste sentido, foi desenvolvido um trabalho de investigação para responder às seguintes questões:

Questão 1 - O questionário da AHRQ *Ambulatory Surgery Center Survey on Patient Safety*

Culture terá validade linguística, cultural e conceptual para a população portuguesa?

Questão 2 - Como avaliam os profissionais a CSD numa Unidade de Cirurgia Ambulatória (UCA) de uma instituição privada de saúde?

Questão 3 - Quais as oportunidades de melhoria da CSD na UCA de uma instituição privada de saúde?

Definiram-se os seguintes objetivos:

- Proceder à adaptação e à validação linguística, cultural e conceptual do questionário desenvolvido pela AHRQ – Ambulatory Surgery Center Survey on Patient Safety Culture para português, realizando a sua tradução, adaptação e avaliação de propriedades psicométricas;
- Identificar os aspetos mais relevantes da avaliação da CSD da UCA de uma instituição privada de saúde;
- Apontar oportunidades de melhoria da CSD da UCA de uma instituição privada de saúde.

Desenho do estudo: No que diz respeito ao desenho do estudo, em primeiro lugar, foi necessário identificar qual o instrumento mais adequado para avaliar a CSD em CA. Dado que foi verificada a ausência de um instrumento que faça essa mesma avaliação, traduzido e validado para a população portuguesa, foi identificado e selecionado o questionário *Ambulatory Surgery Center Survey on Patient Safety Culture*. Realizou-se, um estudo metodológico que compreendeu o processo de validação do questionário da AHRQ, para português (europeu) com posterior avaliação das suas propriedades psicométricas em termos da sua validade e fiabilidade na prática clínica, pela tradução, adaptação cultural e linguística (Polit & Beck, 2011).

Para responder à segunda e terceira questões foi realizado um estudo exploratório/descritivo, transversal e retrospectivo, numa UCA privada na região centro de Portugal.

Instrumento de colheita de dados: O instrumento de colheita de dados utilizado resulta da tradução e adaptação realizado pela investigadora, designando-se "Questionário para Avaliação da CSD em CA".

A tradução e adaptação teve por base as diretrizes internacionais sugeridas por Sousa e Rojjanasrirat (2011), desenvolvendo-se nas seguintes etapas: tradução do questionário para português; elaboração de uma versão síntese; retroversão (*back-translation*) e elaboração de versão preliminar em português; proposta da versão final por painel de especialistas; teste piloto; e avaliação psicométrica da versão preliminar.

Este questionário compreende 27 itens com uma distribuição multidimensional, que medem 8 áreas de cultura organizacional relativas à SD, tratando-se de um questionário de auto-preenchimento. O questionário utiliza duas escalas tipo *Likert*: uma para avaliar o grau em que o participante está ou não de acordo com o enunciado (*Discordo fortemente* a *Concordo fortemente*) e outra que avalia a frequência com que o participante efetua o que está no enunciado (*Nunca* a *Sempre*).

As questões referem-se às 8 dimensões da CSD (Sorra et al. 2015), sendo: comunicação relacionada com informação do doente; abertura comunicacional; equipa, pressão e ritmo de trabalho; trabalho em equipa; capacitação do pessoal (conhecimento das tarefas a executar); aprendizagem organizacional – melhoria contínua; resposta ao erro; apoio da administração/superiores hierárquicos para a SD.

O questionário inclui também um item que pretende medir a frequência com que as UCA documentam os *near-misses* (*quase eventos*); assim como um item que avalia a comunicação entre a equipa antes e depois das cirurgias/procedimentos. Por último, existe ainda um item que pede ao participante para fazer uma avaliação global da UCA onde trabalha, dois itens que pedem informação acerca das características do participante (função desempenhada e número de horas de trabalho semanais) e uma secção aberta para comentários (Sorra et al. 2015).

Amostra: A amostra do estudo realizado foi constituída por profissionais que exercem funções em UCA, numa unidade privada da região centro de Portugal Continental.

Para o estudo utilizou-se uma amostra acidental de 221 participantes, estando de acordo com o que é referido na literatura (Sousa & Rojjanasirat, 2011). Foram critérios de inclusão na amostra: tempo de atividade profissional superior a 6 meses e participação livre e consentida no estudo por parte dos profissionais.

A colheita de dados decorreu entre 29 de setembro e 20 de dezembro de 2017.

Procedimentos formais e éticos: Antes de se iniciar o processo de tradução e validação, foi feito um pedido através de correio eletrónico para a AHRQ, que emitiu um parecer favorável para a realização da tradução e validação do questionário.

Foi solicitado parecer à Comissão de Ética da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde da Enfermagem da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, assim como ao Conselho de Administração da instituição de saúde onde o estudo foi desenvolvido, tendo sido obtidos pareceres favoráveis.

RESULTADOS

A fidelidade do Questionário para Avaliação da CSD em CA foi determinada mediante o cálculo do *Alfa de Cronbach*. Em termos globais, a escala apresenta boa consistência interna ($\alpha=0,93$), o que constitui um importante indicador de precisão e fiabilidade do instrumento de medida utilizado. Os valores de α obtidos no presente estudo são consistentes com os do estudo original quer para o total da escala, quer para cada uma das subescalas.

A validade de conteúdo no presente estudo foi obtida através do julgamento do comité de especialistas envolvidos no processo de tradução e adaptação cultural, conferindo ao questionário equivalência linguística, semântica, cultural e conceitual.

Para verificar a validade de constructo foi, em primeiro lugar, realizada uma análise exploratória; a análise da adequação da amostra foi feita com recurso ao teste de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO), tendo-se observado um KMO=0,902; e pelo teste de esfericidade de Bartlett ($\chi^2=1960,145$; $p<0,001$). A amostra apresentou adequação para a realização de análise fatorial. Foi realizada a análise fatorial exploratória por componentes principais, com método de rotação *Varimax*, que resultou numa solução de 6 fatores que explicam 64,79% da variância da CS em CA. Procedeu-se, então, a uma análise forçada a um resultado de 8 fatores, tal como preconizado no questionário original, para avaliar como se distribuiriam os itens e qual a validade estatística desta opção. Verificou-se que a percentagem de variância explicada passou de 64,8% (da solução de 6 fatores) para 70,9%. Optou-se por usar a solução fatorial original do questionário.

Na presente investigação não houve nenhuma dimensão da CSD que globalmente obtivesse uma percentagem de respostas positivas igual ou superior a 75%. Houve, no entanto, itens que se destacaram pela positiva, sendo os pontos mais fortes da CSD: "Partilhamos informações importantes sobre os doentes assim que estas se encontram disponíveis" (81%), "Nesta instituição, fazemos um bom trabalho relativamente à comunicação de informações que afetam os cuidados ao doente" (81%), "Fazemos melhorias quando alguém refere problemas com a segurança do doente" (82%) e "Sentimo-nos confortáveis para fazer perguntas quando alguma coisa não parece correta" (82%). Como itens mais críticos da CSD, que necessitam de uma intervenção dirigida e urgente, encontrou-se: "Sentimo-nos apressados quando prestamos cuidados aos doentes" (23%) e "A administração avalia os quase-eventos que poderiam ter prejudicado os doentes, mas não o fizeram" (21%).

Verifica-se que existe uma subnotificação de (quase eventos) near-misses muito acentuada (36% dos inquiridos raramente notifica e 21% nunca notifica).

A classificação da segurança do doente é globalmente positiva, assim como a comunicação nas salas operatórias.

Os comentários deixados pelos inquiridos prendem-se com a melhoria a nível da formação, melhores dotações de profissionais e melhoria contínua.

DISCUSSÃO

Através da avaliação da consistência interna do questionário *Ambulatory Surgery Center Survey on Patient Safety Culture*, na versão original disponibilizada pela AHRQ e na versão traduzida para português, verifica-se que o *alfa de Cronbach* para as diversas subescalas das duas versões do questionário se situa entre 0,658 e 0,84. Na sua versão original, o α mínimo das dimensões é de 0,69 e o mais alto tem um valor de 0,84; já na versão traduzida para português, o valor mais baixo de α é 0,658 e o valor mais elevado é de 0,800. Para o total do questionário, o *alfa de Cronbach* obtido no presente estudo foi de 0,934, o que mostra uma muito boa consistência interna do instrumento traduzido.

Pelo estudo da validade de conteúdo e de constructo do instrumento traduzido, este estudo

mostrou que as dimensões da versão traduzida do questionário espelham os indicadores avaliativos do que se pretendem medir.

Comparando os resultados obtidos com os do estudo piloto, é possível encontrar algumas semelhanças relativamente às dimensões mais positivas e às mais críticas. Neste estudo, a amostra de profissionais considerou que as dimensões 6 “aprendizagem organizacional”, 1 “comunicação relacionada com informação do doente” e 4 “trabalho em equipa” como as mais positivas, atribuindo-lhes um total de 73%, 72% e 70% de repostas positivas, respetivamente. Estes dados vão ao encontro aos obtidos no estudo piloto, pois, as dimensões onde são encontradas mais repostas positivas são a 6 “aprendizagem organizacional” (92%) e a 1 “comunicação relacionada com informação do doente” (91%). Por outro lado, como dimensões mais negativas, os profissionais apontaram a dimensão 8 “apoio que a administração dá para a SD” (35% de repostas positivas), a dimensão 3 “equipa, pressão e ritmo de trabalho” (36%) e a dimensão 5 “capacitação do pessoal” (37%).

CONCLUSÃO

A triagem da CSD em contexto de CA é importante e urgente na nossa realidade, pois o sucesso da cirurgia ambulatória em Portugal depende muito de uma melhoria qualitativa a nível das organizações.

O presente trabalho permitiu obter a primeira versão em português (de Portugal) do questionário *Ambulatory Surgery Center Survey on Patient Safety Culture*, adaptada e validada para a realidade portuguesa. A versão traduzida apresentou boa qualidade na avaliação psicométrica com excelente consistência interna e validade de conteúdo e de constructo, podendo ser considerado um instrumento válido e fiável para a avaliação da CSD em CA em Portugal.

Os resultados desta investigação reforçam a ideia da necessidade de uma liderança proativa e preocupada com a SD, sendo esta uma componente basilar da CS da própria organização. Esta deve promover uma comunicação aberta em toda a organização, uma partilha de valores sobre segurança, assim como a consciência do risco e a aceitação da sua falibilidade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Administração Central do Sistema de Saúde. (2017). *Atividade cirúrgica do SNS atinge o valor mais elevado de sempre em 2016*. <http://www.acss.min-saude.pt/2017/08/29/atividade-cirurgica-do-sns-atinge-o-valor-mais-elevado-de-sempr-em-2016/>
- Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses. (2012). *Enfermagem perioperatória: Da filosofia à prática dos cuidados*. Lusodidata.

- Comissão Nacional para o Desenvolvimento da Cirurgia de Ambulatório. (2008). Relatório final - *Cirurgia de Ambulatório: Um modelo de qualidade centrado no utente*. http://www.apca.com.pt/documentos/relatorio_final_CNADCA_20Out08.pdf
- Davidson, J. (2014). *Why a column on ambulatory best practices?* *AORN Journal*, 99(5), 612-15. <https://doi.org/10.1016/j.aorn.2014.01.018>
- Fan, C., Pawlik, T., Daniels, T., Vernon, N., Banks, K., Westby, P., Wick, E., Sexton, B., & Makary, M. (2016). Association of safety culture with surgical site infection outcomes. *American College of Surgeons*, 222(2), 122-128. <https://doi.org/10.1016/j.jamcollsurg.2015.11.008>
- Polit, D., & Beck, C. (2011). *Fundamentos de pesquisa em enfermagem: Avaliação de evidências para as práticas da enfermagem* (7.^a ed.). Artmed.
- Smith, S., Sorra, J., Franklin, M., Rockville, W., & Behm, J. (2015). *Ambulatory surgery center survey on patient safety culture: User's guide*. AHRQ. Recuperado de <https://www.ahrq.gov/sites/default/files/wysiwyg/professionals/quality-patient-safety/patientsafetyculture/asc/userguide/ascguide.pdf>
- Sorra, J., Smith, S., & Franklin, M. (2015). *Results From the 2014 AHRQ Ambulatory Surgery Center Survey on Patient Safety Culture Pilot Study*. AHRQ. <https://www.ahrq.gov/professionals/quality-patient-safety/patientsafetyculture/asc/index.html>
- Sousa, V., & Rojjanasrirat, W. (2011). Translation, adaptation and validation of instruments or scales for use in cross-cultural health care research: A clear and user-friendly guideline. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 17(2), 268-74. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2753.2010.01434.x>

IMPACTO DA CIRURGIA BARIÁTRICA NA QUALIDADE DE VIDA DOS DOENTES

CÉLIA MANSO¹
MARIA DA NAZARÉ RIBEIRO CEREJO²

INTRODUÇÃO

A obesidade é uma doença crónica de proporções epidémicas, representando um grave problema de saúde pública a nível mundial. A crescente prevalência tem vindo a preocupar diferentes entidades de saúde, tendo-se verificado a implementação de medidas que visam a sua prevenção e tratamento (Organização Mundial da Saúde [OMS], 2017).

Considera-se a obesidade como resultante de um desequilíbrio energético positivo que afeta a saúde e que é condicionado por fatores genéticos, metabólicos, ambientais e comportamentais. Para a sua avaliação e classificação é aceite universalmente, a utilização do Índice de Massa Corporal [IMC] (Andolfi & Fisichella, 2018).

A obesidade condiciona a existência de múltiplas comorbilidades, o aumento da morbilidade e mortalidade, custos económicos elevados, dificuldade de tratamento e uma diminuição da Qualidade de Vida [QV] (Andolfi & Fisichella, 2018).

As opções terapêuticas para esta patologia incluem o tratamento conservador e o tratamento cirúrgico. O primeiro corresponde ao tratamento de primeira linha e compreende intervenções ao nível do estilo de vida (dieta, exercício físico e terapia comportamental) e medicação. Estas medidas muitas vezes não são eficazes, pelo que se recorre ao tratamento cirúrgico, o qual tem indicações específicas. Este tipo de tratamento, a cirurgia bariátrica, tem vindo a desenvolver-se ao longo dos últimos anos e atualmente inclui técnicas restritivas, técnicas mistas de predomínio restritivo e técnicas que induzem uma má absorção (Serra et al., 2011).

Como tratamento de última linha, a realização da cirurgia bariátrica tem como objetivos a redução do peso corporal, a melhoria das comorbilidades e também a melhoria da Qualidade de Vida (QV) dos doentes (Serra et al., 2011).

1 Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica, Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, ce.pm@hotmail.com

2 Mestre em Saúde Pública, UICISA: E, Professora Adjunta, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, ncerejo@esenfc.pt

No contexto social atual a QV surge como um tema de relevante importância e a sua avaliação é utilizada como uma medida de resultados dos cuidados e intervenções em saúde.

A OMS refere-se à QV numa perspetiva transcultural e multidimensional, que contempla a complexa influência da saúde física e psicológica, nível de independência, relações sociais e crenças pessoais. Em saúde, a QV deve ser entendida num contexto subjetivo.

A obesidade como doença crónica que é, tem significativa repercussão na saúde e QV daqueles que a vivenciam. Esta interferência com a QV acontece devido à sua associação com a diminuição do bem-estar psíquico, dificuldade de interação social e baixa autoestima, favorecendo o isolamento social, situações de depressão e diminuição da capacidade funcional (Segura et al., 2014).

A realização de cirurgia bariátrica surge como uma intervenção capaz de influenciar a QV destes doentes. Assim, para este estudo definiram-se os seguintes objetivos:

- avaliar a QV dos doentes em pré e pós-operatório de cirurgia bariátrica;
- analisar a QV dos doentes consoante o momento da avaliação (pré e pós-operatório);
- identificar fatores sociodemográficos e clínicos que fazem variar a QV dos doentes submetidos a cirurgia bariátrica.

METODOLOGIA

Para conduzir o presente estudo optou-se por uma abordagem quantitativa, num desenho descritivo e correlacional, tendo-se delineado a seguinte questão de investigação:

- qual o impacto da cirurgia bariátrica na qualidade de vida dos doentes de um hospital central?

Foram enunciadas as seguintes hipóteses de investigação:

- a QV dos doentes é melhor três meses após a realização da cirurgia bariátrica;
- existe relação entre a qualidade de vida e os fatores sociodemográficos do doente submetido a cirurgia bariátrica;
- existe relação entre a QV e os fatores clínicos do doente submetido a cirurgia bariátrica.

Optou-se por uma amostra não probabilística acidental, constituída por um subgrupo de 30 doentes que foram submetidos a cirurgia bariátrica nas enfermarias de cirurgia geral, de um centro hospitalar, no período de tempo em que decorreu a colheita de dados. Posteriormente, três meses após a realização da cirurgia, foi efetuada nova colheita de informação a esses doentes. Os participantes foram selecionados através da consulta da lista operatória e de acordo com os critérios de inclusão estabelecidos.

Para proceder à recolha dos dados, foi utilizado um questionário, o qual apresentava duas

partes distintas. A primeira parte, com questões relativas a dados sociodemográficos, familiares e clínicos. A segunda parte, constituída pela escala de avaliação da QV, WHOQOL-Bref, na sua versão em português, a qual foi desenvolvida e validada pelo Centro Português para a Avaliação da QV e permite a avaliação da QV, em termos gerais e nos seus domínios: físico, psicológico, relações sociais e ambiente.

O tratamento dos dados foi realizado informaticamente com recurso ao programa informático *Statistical Package for the Social Science* (SPSS), na sua versão 22. As técnicas estatísticas descritivas utilizadas foram: distribuições de frequências (frequência absoluta e relativa); medidas de tendência central (média, mediana e moda); medidas de dispersão ou variabilidade (amplitude, variância, desvio padrão e coeficiente de variação). Quanto às técnicas de estatística inferencial recorreu-se ao teste de *Wilcoxon* e à técnica estatística *Generalized linear model*.

De modo a garantir todos os princípios éticos e para a aplicação do instrumento de colheita de dados nos vários serviços, foi realizado um pedido de autorização dirigido à Comissão de Ética do centro hospitalar onde decorreu o estudo. O respeito pelo consentimento livre e esclarecido de cada participante foi traduzido pela sua participação voluntária no estudo, com obtenção de prévio consentimento informado. Foi ainda assegurado o direito à privacidade e confidencialidade das informações pessoais prestadas.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A amostra da população inquirida (n=30) é constituída na sua maioria por mulheres (80%) com uma média de idades a rondar os 41 anos, sendo que o grupo etário entre os 35 e os 50 anos é o mais representativo (43%). Estas características da amostra são representativas da população do estudo. Como referem Bastos et al. (2013), verifica-se uma maior procura por parte das mulheres pelo tratamento cirúrgico da obesidade. Pode admitir-se que isso acontece devido às mulheres tenderem a apresentar uma maior preocupação com a sua saúde e controlo ponderal, também por motivações estéticas, sociais e emocionais. É ainda de salientar que a prevalência da obesidade é maior nas mulheres tanto internacionalmente, como nacionalmente, de acordo com a Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE, 2017), considerando os dados divulgados em 2016, pelo Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge.

Relativamente à avaliação da QV, verifica-se a sua melhoria, nos participantes no período pós-operatório relativamente ao período pré-operatório. Esta melhoria é global, abrange a faceta geral da QV e todos os seus domínios, sendo que apenas no domínio ambiente não foi estatisticamente significativa. Os resultados obtidos são consistentes com outros estudos, os quais revelam que indivíduos obesos sem tratamento cirúrgico apresentam uma baixa QV comparativamente a indivíduos que realizaram a cirurgia. A cirurgia bariátrica surge associada a uma melhoria na QV. É de salientar que estudos como os de Silveira et al., (2015), entre outros, apesar de metodologicamente distintos, utilizando formas de avaliação diferentes, no que respeita à QV, os resultados são semelhantes aos apurados: uma melhoria da QV no pós-operatório.

Alguns autores sugerem que após 12 meses, a QV dos indivíduos começa a decrescer, no entanto, continua a ser melhor do que antes da cirurgia. Em outros estudos o período associado a melhor QV é alargado até aos dois anos de pós-operatório. Tal acontece no estudo observacional, descritivo e transversal conduzido por Sousa (2015), onde, comparou a QV em 5 grupos de doentes. Os resultados revelaram melhores pontuações de QV no grupo dos operados entre os 13 e 24 meses, seguindo-se o grupo até aos 6 meses. Após os 24 meses os *scores* de QV diminuíram. No entanto, a QV foi pior no grupo em pré-operatório, relativamente a todos os grupos submetidos a cirurgia.

Quando se tentou perceber quais as variáveis sociodemográficas que influenciaram a QV, verificou-se que a faceta geral desta, em todos os domínios, à exceção do domínio ambiente, foram influenciados por uma variável comum, as habilitações literárias. Outra variável a destacar é a situação profissional que influenciou a QV na faceta geral e nos domínios físico e psicológico. Estes resultados revelam claramente que os participantes, com maior nível de escolaridade e com emprego, apresentam melhor QV, nos domínios referidos no pós-operatório. Resultados semelhantes foram encontrados no estudo de Mayaet al. (2014), onde foi utilizado o mesmo instrumento de avaliação da QV. Os autores verificaram que o nível de escolaridade foi significativo na faceta geral da QV pós-operatória e em todos os domínios da escala, incluindo o domínio ambiente. Assim, os participantes com maior nível de escolaridade apresentaram *scores* maiores de QV. Quanto à situação profissional foi estudada em termos de nível socioeconómico, o qual só não influenciou significativamente o domínio físico da QV. Mais uma vez se verifica que *scores* maiores de QV estão associados a níveis socioeconómicos elevados. Estes resultados podem ser explicados, pelo facto de os indivíduos com maior grau académico, maior nível socioeconómico e situação profissional estável possuírem, maior nível de literacia em saúde, o que lhes confere mais competências e capacidades para a gestão e a adaptação ao processo pós-operatório, permitindo-lhes retirar benefícios em termos de QV.

Relativamente à variável clínica IMC, os resultados revelaram uma diferença estatisticamente significativa ($p=0,0001$) no IMC, 3 meses após a realização da cirurgia bariátrica. Assim, em termos médios, passou-se de uma amostra com obesidade classe 3 ($IMC \geq 40$) para obesidade classe 1 ($IMC: 30 - 34,9$). Estes resultados estão de acordo com o expectável, pois é esta a realidade espelhada na literatura. Também, Silveira et al., (2015) no seu estudo, que tinha como objetivo identificar alterações nutricionais em doentes submetidos a cirurgia bariátrica e correlacioná-los com a perda de peso, o controlo de comorbilidades e a QV, obtiveram resultados que revelaram que no final do 3º mês, 25,45%, dos participantes tinham perdido 50% ou mais do excesso de peso e 84,7% dos participantes tinham-no perdido ao fim do 6º mês. No estudo conduzido por Sousa (2015), já anteriormente referido, observou-se no grupo de indivíduos operados até 6 meses e no grupo de indivíduos operados entre 7 e 12 meses, uma perda de peso estatisticamente significativa ($p=0,000$), existindo uma estabilização nos grupos operados há mais de 12 meses.

Os participantes com maior IMC no pré-operatório foram aqueles que, revelaram um aumento estatisticamente significativo da QV no domínio relações sociais. De todas as condições estigmatizadas pela cultura ocidental, o estigma do sobrepeso parece ser o mais debilitante,

pois é condição visível a todas as pessoas, podendo afetar, em grande proporção, as interações sociais dos indivíduos em especial das mulheres, onde se perpetua o estereótipo da magreza. Deste modo, pode-se inferir que as alterações proporcionadas pela rápida perda de peso no pós-operatório, num curto prazo de tempo, sobretudo nos participantes que apresentavam maior IMC, fê-los sentir menos discriminados perante a sociedade, levando-os a perceberem uma melhor QV nas relações sociais.

No período pós-operatório, apenas três meses, os participantes relatam melhorias nas comorbidades mais prevalentes. Das comorbidades estudadas, depressão, hipertensão arterial, diabetes, dislipidemia, síndrome da apneia obstrutiva do sono, doença cardiovascular e alterações osteoarticulares, identificadas nos participantes no período pré-operatório, verificou-se uma remissão/redução destas patologias no pós-operatório, à exceção da doença cardiovascular e cardíaca, onde nenhum participante revelou melhoria. A comorbidade mais frequente no pré-operatório foi a hipertensão arterial presente em 43,3% dos participantes. Após a realização da cirurgia bariátrica 30% destes revelaram melhorias, sendo que apenas 16,7% dos inquiridos no pós-operatório assumiu ser hipertenso. Contudo, advogamos que num maior período de acompanhamento, é expectável que se verifiquem mais melhorias, além disso, os participantes também poderão vir a perceber uma melhor QV devido, em parte, à resolução das comorbidades e aos benefícios que tal acarreta.

CONCLUSÃO

A procura por uma melhor QV, é um objetivo comum dos doentes que se submetem a cirurgia bariátrica. A avaliação da QV constitui-se como uma mais-valia para o planeamento de intervenções direcionadas capazes de ajudar os doentes em todo o processo de adaptação a uma nova realidade. Conhecer as dimensões da QV que melhores e piores resultados apresentam, permite a adequação do plano de intervenção, promovendo o autocuidado e garantindo os melhores resultados em QV, concretizando assim, ganhos em saúde.

Neste sentido, de forma a dar um contributo para uma melhor compreensão desta temática, procedeu-se à avaliação da QV dos doentes propostos para cirurgia bariátrica nos períodos pré e pós-operatório, bem como à análise da relação entre algumas variáveis sociodemográficas e clínicas com a QV. Considerando a pesquisa realizada, o presente estudo, é precursor em Portugal, na avaliação longitudinal da QV, nos seus diferentes domínios, em doentes submetidos a cirurgia bariátrica.

Apesar das limitações, acredita-se que esta investigação poderá fornecer alguns contributos para a reflexão e prática de enfermagem, quer no internamento, quer no seguimento posterior dos doentes, seja em contexto de consulta hospitalar ou cuidados de saúde primários. Serve ainda como impulsionar para investigações futuras na área, promovendo o desenvolvimento da profissão.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Andolfi, C. & Fisichella, P. M. (2018). Epidemiology of obesity and associated comorbidities. *Journal Laparoendoscopic & Advanced Surgical Techniques*, 28(8). <https://doi.org/10.1089/lap.2018.0380>
- Bastos, E.; Barbosa, E.; Soriano, G.; Santos, E. & Vasconcelos, S. (2013). Fatores determinantes do reganho ponderal no pós-operatório de cirurgia Bariátrica. ABCD. Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva, 26(1), 26-32. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-67202013000600007>
- Maya, A., Duque, T. & Acevedo, L. (2014). Perception of quality of life of a group of individuals subjected to bariatric surgery. *Investigación y Educación en Enfermería*, 32(1), 22-32. <https://doi.org/10.17533/udea.iee.v32n1a03>
- Organização Mundial da Saúde. (2017). *Facts sheets*. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/>
- Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico. (2017). *Obesity Update 2017*. <http://www.oecd.org/health/obesity-update.htm>
- Segura, D., Nascimento, F., Beuren, T., & Wozniak, S. (2014). Análise da qualidade de vida de pacientes submetidos à cirurgia bariátrica e hábito de atividade física pós-cirurgia. *Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research*, 9(1), 12-19. https://www.mastereditora.com.br/periodico/20141130_220251.pdf
- Serra, M.M., Martín, M.B., Chamizo, S.G., Pérez, M.C., Alcalde, J.P., & Sola, M.M. (2011). Obesidad mórbida: Guía para elaborar una trayectoria clínica. *Revista ROL de Enfermería*, 34(10), 24-28.
- Silveira, S., Albuquerque, M., Nascimento, R., Rosa, L., Hygidio, D., & Zapelini, R. (2015). Nutritional repercussions in patients submitted to bariatric surgery. *ABCD: Arquivos Brasileiros de cirurgia digestiva*, 28(1), 48-52. <https://doi.org/10.1590/s0102-67202015000100013>
- Sousa, A. V. (2015). *Impacto na qualidade de vida em resposta à Cirurgia Bariátrica* [Dissertação de mestrado, Universidade de Lisboa, Faculdade de Medicina]. Repositório da Universidade de Lisboa. <http://hdl.handle.net/10451/25061>

INFLUÊNCIA DE UM PROGRAMA FORMATIVO PRÉ-OPERATÓRIO NA QUALIDADE DE VIDA E NA VIDA SEXUAL EM PESSOAS SUBMETIDAS A ARTRODESE LOMBAR: ESTUDO QUASE-EXPERIMENTAL

MARISA ALEXANDRA MARTINS VICENTE¹
LUÍS LEITÃO SARNADAS²

INTRODUÇÃO

A lombalgia é um dos principais problemas de saúde no mundo, com uma prevalência estimada de 70 a 80% da população mundial, sendo esta mais prevalente entre as mulheres com 40 a 80 anos de idade (Hoy et al., 2012). As causas da lombalgia são múltiplas, merecendo diferentes tipos de tratamento consoante a causa (Manusov, 2012), sendo que cirurgia tem sido uma opção cada vez mais usada nas duas últimas décadas (Cheng et al., 2011). Por outro lado, a sexualidade é um aspeto central na vida humana. Quando a saúde sexual é afetada ocorrem frequentemente uma série de outras alterações no bem-estar e qualidade de vida da pessoa (Organização Mundial da Saúde [OMS], 2006). Conjugando estas duas problemáticas, sabe-se que a patologia da coluna, nomeadamente, as hérnias discais lombares, pode afetar a sexualidade da pessoa (Bahouq et al., 2013). Por fim, constata-se que os programas de reabilitação após cirurgia lombar têm demonstrado pouco efeito na redução da dor e incapacidade, bem como os programas formativos pré-operatórios - focados numa perspetiva biomédica, baseados apenas em informação sobre o procedimento e anatomia - não tem demonstrado resultados significativos (Louw et al., 2014). Num estudo realizado em Marrocos (Bahouq et al., 2013), no qual participaram doentes com lombalgia crónica e com vida sexual ativa, verificou-se que a grande maioria referia problemas sexuais, sendo que grande percentagem dessa maioria referia nunca tinha discutido estes problemas com um profissional de saúde. Identificaram-se como principais barreiras a esta discussão o facto de o sexo ainda ser tabu e a falta de condições apropriadas do gabinete de consulta. O tema escolhido para

1 MSc, Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica do Spine Center - Coimbra, marisanurse@gmail.com

2 PhD, Professor-Adjunto na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, UICISA: E, sarnadas@esenfc.pt

o desenvolvimento deste estudo, refere-se à atuação do enfermeiro na promoção da vida sexual e da qualidade de vida, na pessoa submetida a artrodese lombar. Constituem objetivos deste trabalho: avaliar o impacto de um programa formativo pré-operatório, providenciado pelo enfermeiro, realizado à pessoa com lombalgia crónica submetida a artrodese lombar na retoma da sua vida sexual, na capacidade funcional, na qualidade de vida e na dor no período pós-operatório; e analisar como as variáveis sociodemográficas, sexo e idade, influenciam no impacto do programa formativo pré-operatório, nas mesmas variáveis.

METODOLOGIA

Realizou-se um estudo quantitativo, longitudinal, quase-experimental, com desenho antes-após, pré-teste/pós-teste, (1.º e 3.º mês pós-cirurgia) composto por dois grupos: o grupo de intervenção e o grupo de controlo. Incluíram-se pessoas adultas submetidos a artrodese lombar, sem alterações cognitivas, e com vida sexual ativa previamente. A todos os doentes foi realizada educação sobre a cirurgia e cuidados pós-cirurgia. Os doentes assistiram a um programa formativo de enfermagem que contou com sessões individuais, com o enfermeiro, em sala própria, com a participação da pessoa que seria submetida a cirurgia. Como meio auxiliar da sessão, foi usado um computador com a projeção de uma breve apresentação em powerpoint.

A informação oral foi reforçada com a entrega de folhetos com informações sobre a cirurgia, com orientações e cuidados gerais pós-alta. Aplicou-se um questionário que incluiu a *Oswestry Disability Index* (ODI), cujo item 8 avalia a vida sexual, a *Short Form 36 Health Survey Questionnaire* (SF-36) (0-100%) e a Escala Visual Analógica da Dor (EVA) (0-10).

O GC foi constituído pelas pessoas que já faziam parte da base de dados do serviço envolvido, isto porque, as escalas mencionadas neste projeto já eram preenchidas neste serviço. Também os momentos de colheita de dados são os mesmos, ou seja, com este trabalho de investigação a única modificação foi a introdução de um programa formativo, constituído por uma sessão de educação mais uniformizada e com conteúdo mais específico. Desta forma, o grupo de controlo não foi prejudicado face ao grupo de intervenção.

Participaram neste estudo todas as pessoas submetidas a artrodese lombar e que aceitaram participar de forma livre e esclarecida e que cumpriram os seguintes critérios de inclusão: adultos (≥ 18 anos); sem alterações da capacidade de comunicação e compreensão da informação; pessoas com parceiro sexual antes da cirurgia e/ou antes do início dos sintomas. O nosso estudo englobou 40 doentes. Relativamente ao grupo de controlo, este foi constituído por todas as pessoas submetidas a artrodese lombar, que já faziam parte da base de dados do serviço e com os mesmos critérios de inclusão da amostra, mas que não foram sujeitos ao programa formativo, sendo constituído por 228 doentes.

Para a realização desta investigação seleccionámos o questionário, preenchido pelos participantes, aplicado em três diferentes momentos: antes da intervenção e no 1.º e 3.º mês de pós-operatório. Os dados demográficos e clínicos foram colhidos pela enfermeira. O questionário incluiu as escalas que avaliaram os *outcomes* em causa, tratam-se de instrumentos métricos

validados em língua portuguesa: ODI - versão 2.0 designadamente, SF-36 e EVA . O ODI é utilizado para avaliação funcional da coluna lombar, incorporando medidas de dor e atividade física. Permite avaliar a incapacidade gerada por dor lombar específica ou não específica em várias atividades funcionais, é constituído por 10 questões, contendo cada uma delas seis possibilidades de resposta, que refletem a repercussão das lombalgias nas atividades da vida diária (cuidados pessoais, levantar objetos, marcha, sentar, ficar em pé, dormir, vida sexual, vida social e viajar) e para identificar as suas limitações. Cada afirmação é pontuada de 0 (*ausência de disfunção*) a 5 (*maior disfunção*) e o score final, em percentagem, mede o grau de incapacidade: 0% - 20% - incapacidade mínima; 21% - 40% - incapacidade moderada; 41% - 60% - incapacidade severa; 61% - 80% - incapacidade muito severa; 81% - 100% - exagero dos sintomas. O SF-36 constitui um indicador genérico do estado de saúde englobando oito dimensões a considerar: a Função Física (FF), com 10 itens (3a; 3b; 3c; 3d; 3e; 3f; 3g; 3h; 3i; 3j); o Desempenho Físico (DF), com 4 itens (4a; 4b; 4c; 4d); o Desempenho Emocional (DE), com 3 itens (5a; 5b; 5c); Dor Corporal (DR), com 2 itens (7, 8); Saúde em Geral (SG), com 5 itens (1; 11a; 11b; 11c; 11d); Vitalidade (VT), com 4 itens (9a; 9e; 9g; 9i) ; a Função Social (FS) com 2 itens (6; 10) e Saúde Mental –SM , com 5 itens, 9b; 9c; 9d; 9f; 9h. A dimensão correspondente à função física pretende medir desde a limitação para executar atividades físicas menores, até às atividades mais exigentes, passando por atividades intermédias. As dimensões de desempenho medem a limitação em saúde em termos do tipo e da quantidade de trabalho executado. A escala da funcionalidade pretende captar a quantidade e a qualidade das atividades sociais, assim como o impacto dos problemas físicos e emocionais nas atividades sociais do respondente. A dimensão da saúde mental inclui questões referentes a ansiedade, a depressão, a perda de controlo em termos comportamentais ou emocionais e o bem-estar psicológico. Por fim, a transição ou mudança de saúde pede à pessoa que informe, com base na experiência, a quantidade de mudança em geral na sua saúde. As oito dimensões podem ser agrupadas em duas componentes, a saúde física e a saúde mental. Contêm de 2 a 10 itens e são pontuadas através do método de Likert. Cada uma das dimensões é classificada de 0, o *pior estado de saúde possível*, a 100, o *melhor estado de saúde possível*. Ainda a EVA é utilizada para a avaliação da dor, para que seja possível realizar uma avaliação quantitativa, para o seu diagnóstico, para o acompanhamento e tratamento. A EVA varia de 0 a 10, sendo 0 a *ausência de dor* e 10 a *pior dor*. Assim, de 0-2 é considerada dor leve; de 3-7, moderada; de 8-10 a dor forte.

Solicitou-se o parecer sobre a realização do estudo à Comissão de Ética da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, cuja autorização foi obtida a 26 de junho de 2016. Após este parecer, foi pedida autorização para a sua realização ao Diretor Clínico do Spine Center - SANFIL, com quem o projeto já tinha sido discutido. Obtida esta autorização elaborou-se o consentimento informado para todos os doentes que cumpriam os critérios de inclusão no estudo. Neste consentimento, os doentes foram esclarecidos quanto à finalidade, ao objetivo do estudo, à garantia de confidencialidade, ao carácter voluntário da sua participação e quanto ao tipo de estudo.

Após a leitura devida e os necessários esclarecimentos verbais, todos os participantes que o assinaram decidiram participar de forma voluntária.

Para o tratamento estatístico dos dados usou-se o programa de análise estatística SPSS, IBM 20.0®. Assumiu-se $\alpha = 0,05$ como valor crítico de significância dos resultados dos testes de hipóteses, rejeitando-se a hipótese nula quando a probabilidade de erro tipo I foi inferior àquele valor ($p < 0,05$). A descrição das variáveis realizou-se com recurso a medidas de estatística descritiva, nomeadamente de tendência central (média) e de dispersão (desvio padrão). Para determinar a possibilidade de utilização de testes paramétricos procedeu-se à validação dos seus pressupostos, começando-se pelo pressuposto da normalidade da distribuição da variável dependente. Pela observação do resultado dos testes verifica-se a rejeição da hipótese nula ($p < 0,05$), ou seja, a rejeição da normalidade da distribuição destas variáveis. Assim, optou-se pela realização de testes não paramétricos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O grupo de intervenção (GI) incluiu 40 doentes e o grupo de controlo (GC) 228, maioritariamente mulheres (GI=60%, GC=63%). O motivo desta frequência superior entre as mulheres pode estar relacionado com o facto das mulheres, cada vez mais, combinarem a realização de tarefas domésticas com o trabalho fora de casa, onde estão expostas a cargas ergonómicas, principalmente repetição, posição viciosa e trabalho com grande ritmo e velocidade (Gonçalves, 2015). Os doentes do GI apresentavam menor idade média (56 ± 12 vs 61 ± 12 anos) e pior capacidade funcional em 2 itens da ODI ($p < 0,05$).

A dor lombar se intensifica com o aumento da idade, apresentando maior prevalência no grupo etário 50-65 anos. Podemos afirmar que as pessoas submetidas a artrodese lombar que participaram no programa formativo obtiveram níveis mais satisfatórios em termos de melhoria na capacidade funcional (ODI total), retorno da vida sexual (item 8 ODI) e dor (EVA), tanto no 1º como no 3º mês de pós-operatório. Não se verificou que as mesmas pessoas tenham obtido níveis mais satisfatórios em termos de qualidade de vida (SF-36), do que aquelas que não participaram no referido programa. Podemos ainda afirmar, com base nos resultados obtidos, que em termos das variáveis sexo e idade no impacto deste programa, podemos constatar que as mulheres apresentaram maior melhoria em termos de dor (no 1º e 3º mês de pós-operatório) e de capacidade funcional (3º mês), mas em termos de retoma da vida sexual não se verificaram diferenças quanto ao sexo. O medo-evitamento, um elemento chave na cronicidade da dor lombar e a sua compreensão é essencial (Nguyen et al., 2009). O medo da dor e/ou do movimento pode levar a pessoa a evitar estímulos que possam ser desagradáveis, reforçando assim o comportamento de evitamento. No que diz respeito à idade, esta não mostrou influenciar de forma significativa nenhuma das variáveis dependentes. Verificou-se ainda que o programa formativo influenciou, de forma estatisticamente significativa, os resultados, nomeadamente o fazer parte do grupo de intervenção demonstrou ser uma variável estatisticamente significativa para a explicação da melhoria das variáveis dependentes e que a idade não se mostrou significativa em nenhum modelo, tanto no 1º como no 3º mês de pós-operatório.

Apesar de escassos, os estudos que têm sido desenvolvidos nesta área dos programas educacionais ao doente cirúrgico, já vêm demonstrando a sua importância na melhoria dos

resultados cirúrgicos nomeadamente na maior sensação de segurança e autocontrolo sentida por parte dos doentes, que se sentem mais esclarecidos e acompanhados (Louw et al., 2014). Diversos estudos confirmam que os doentes com lombalgia crónica apresentam uma deterioração na qualidade de vida, comparativamente com a população saudável, repercutindo-se negativamente tanto a nível funcional como emocional.

Em suma, esta análise permitiu confirmar que o programa formativo influenciou de forma estatisticamente significativa os *outcomes*, mesmo quando considerada a influência de outras variáveis.

CONCLUSÃO

O enfermeiro é o profissional que, ao estar preparado e sendo detentor da informação que o doente carece, deve legal e moralmente informá-lo acerca dos cuidados de enfermagem que serão prestados em todo o período peri-operatório bem como fornecer-lhe as orientações e os esclarecimentos necessários para a preparação para a alta e recuperação pós-operatória, através de uma linguagem acessível. Assim, a principal motivação surgiu do nosso contexto de trabalho e a nossa experiência profissional, pois no centro cirúrgico onde desenvolvemos a nossa atividade profissional, já realizávamos consultas de enfermagem pré e pós-operatórias com aplicação das escalas de avaliação funcional (ODI, SF-36, EVA) com distribuição de folhetos sobre a cirurgia a realizar e sobre aspetos de recuperação após a alta. Neste contexto demos conta que existia uma lacuna, um tema que era muito pouco abordado e explorado e com o qual, por vezes, éramos confrontados com as dúvidas por parte dos doentes. Esse tema era o retorno à atividade sexual após a artrodese lombar. Além disso os estudos demonstram que a patologia da coluna pode afetar a sexualidade da pessoa e que existem programas de reabilitação após cirurgia lombar e programas formativos pré-operatórios, mas que são todos muito focados numa perspetiva biomédica, baseados apenas em informação sobre o procedimento e anatomia, e ao nível das dúvidas sobre a sexualidade têm revelado pouco efeito.

Assim sendo e fazendo uma breve síntese dos nossos resultados podemos concluir que observámos melhorias significativas em várias variáveis do nosso estudo. Não obstante à concretização dos nossos objetivos, pretendíamos que este trabalho servisse de inspiração para o reconhecimento da importância das consultas pré e pós-operatórias de enfermagem à pessoa com lombalgia crónica, submetida a artrodese lombar, como forma de potenciar os efeitos da cirurgia e diminuir as comorbilidades que possam existir, contribuindo significativamente para a melhoria da qualidade de vida e na retoma da vida sexual destas pessoas ajudando as pessoas a redefinir a sua sexualidade, salientando que não se limita à funcionalidade, mas envolve sobretudo afetividade que pode ser explorada a vários níveis. As limitações com que nos confrontamos foram, nomeadamente: a dificuldade na abordagem do tema vida sexual com os doentes e a falta de formação académica e profissional específica dos enfermeiros nessa área, que se manifesta na pouca preparação para a abordarem. Outra dificuldade foi a necessidade de seguimento de cada pessoa durante 3 meses e no limite de tempo para a entrega deste trabalho levaram a que a amostra fosse constituída apenas por 40

peessoas. Apesar de termos usado várias escalas para a realização deste estudo e todas elas devidamente validadas, os instrumentos utilizados podem ser alvo de análise, uma vez que não usámos nenhuma escala específica da sexualidade. No entanto, a escolha destes instrumentos teve por base várias razões, nomeadamente os estudos realizados nesta área, e que fazem parte da nossa bibliografia. Relativamente a perspetivas futuras, sugerimos a replicação do estudo noutras instituições (públicas e privadas), noutros contextos clínicos (com a mesma e/ou com outras patologias) e com diferentes populações/amostras; nomeadamente com a introdução de novas variáveis de dimensão física, cognitiva, psicológica, sociodemográfica, social/saúde, espiritual/cultural e económica. Como um dos motivos para relevar para segundo plano a sexualidade é a falta de formação nesta área, a aplicação do modelo PLISST poderia revelar-se uma ferramenta bastante útil no quotidiano dos profissionais que cuidam destes doentes, além disso ajuda os doentes a ultrapassarem a barreira do tabu, ao proporcionar e promover o diálogo

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bahouq, H., Allali, F., Rkain, H., & Hajjaj-Hassouni, N. (2013). Discussing sexual concerns with chronic low back pain patients: barriers and patients' expectations. *Clinical Rheumatology*, 32(10), 1487-1492. doi: 10.1007/s10067-013-2299-y.
- Cheng, J., Lee, M., Massicotte, E., Ashman, B., Gruenberg, M., Pilcher, L., & Skelly, A. (2011). Clinical guidelines and payer policies on fusion for the treatment of chronic low back pain. *Spine*, 36(21), S144-163. doi: 10.1097/BRS.0b013e31822ef5b4
- Gonçalves, J. (2015). Expressão da dor, ansiedade e depressão em doentes com lombalgias recorrentes (Tese de Doutoramento). Universidade Autónoma de Lisboa – Departamento de Psicologia, Lisboa – Portugal.
- Hoy, D., Bain, C., Williams, G., March, L., Brooks, P., Blyth, F., Woolf, A., Vos, T., & Buchbinder, R. (2012). A systematic review of the global prevalence of low back pain. *Arthritis Rheum*, 64(6), 2028-2037. doi:10.1002/art.34347
- Louw, A., Butler, D., Diener, I., & Puentedura, E. (2014). Development of a preoperative neuroscience educational program for patients with lumbar radiculopathy. *American Journal of Physical Medicine and Rehabilitation*, 92(5), 446-452. doi: 10.1097/PHM.0b013e3182876aa4
- Manusov, E. G. (2012). Surgical treatment of low back pain. *Primary Care*, 39(3), 525- 531. doi: 10.1016/j.pop.2012.06.010
- Nguyen, C., Poiraudreau, S., Revel, M. & Papelard, A. (2009). Lombalgie chronique: facteurs de passage à la chronicité. *Revue du rhumatisme*, 76(6), 537-542. doi:10.1016/j.rhum.2009.03.003
- Organização Mundial da Saúde (2006). World Health Organization Defining sexual health Report of a technical consultation on sexual health. http://www.who.int/reproductivehealth/publications/sexual_health/defining_sexual_health.pdf.

SATISFAÇÃO DA PESSOA SUBMETIDA A CIRURGIA OFTALMOLÓGICA FACE AOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM NA PREPARAÇÃO PARA A ALTA

AIDA CRISTINA OLIVEIRA VITORINO¹
JOSÉ CARLOS AMADO MARTINS²

INTRODUÇÃO

A satisfação da pessoa com os cuidados recebidos, enquanto indicador de qualidade, tem vindo cada vez mais a afirmar-se como um aspeto central nas organizações que se preocupam com a melhoria da qualidade dos mesmos (Martins, 2009). Contudo, dada a sua natureza multidimensional, torna-se difícil a sua operacionalização, sendo vários os fatores que a podem influenciar, incluindo as características e atributos da pessoa, experiências anteriores e, ainda, as suas expectativas sobre as próprias dimensões da satisfação (Sillero-Sillero & Zabalegui, 2019).

A visão é o sentido de maior relevância na interação da pessoa com os outros e com o meio ambiente. Quando há patologia oftalmológica com implicações na visão a pessoa enfrenta dificuldades na satisfação das suas necessidades e consequências negativas no seu bem-estar físico, psicológico e social. As soluções terapêuticas em patologia oftalmológica, apesar da evolução farmacológica, passam na maioria das situações por tratamento cirúrgico que atualmente se realiza quase exclusivamente em regime de ambulatório (Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses [AESOP], 2012).

Entre as vantagens deste regime cirúrgico a AESOP (2012) aponta a comodidade do doente, o envolvimento do doente e família nos cuidados, a promoção da recuperação pós-operatória com uma reabilitação socioprofissional mais rápida e maior envolvimento e responsabilização no processo cirúrgico. Emerge daqui a preocupação com a preparação para a alta, tendo em vista a melhoria da qualidade dos cuidados e sua continuidade. Esta investigação foi desenvolvida com o intuito de compreender o nível de satisfação da pessoa submetida a cirurgia oftalmológica

1 Enfermeira Especialista e Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica; Centro de Responsabilidade Integrado de Oftalmologia – Bloco Operatório do Centro Hospitalar Universitário de Coimbra. aidavitorino@gmail.com

2 † *In Memoriam*. Professor Coordenador na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

com os cuidados de enfermagem na preparação para a alta e identificar os fatores que estão associados ao nível de satisfação evidenciado pela pessoa com a preparação para a alta.

METODOLOGIA

A crescente preocupação com a preparação para a alta garantindo a continuidade dos cuidados, esteve na origem a questão de partida: “Qual o nível de satisfação da pessoa, submetida a cirurgia oftalmológica, com os cuidados de enfermagem na preparação para a alta e que fatores estão associados?”

Trata-se de um estudo observacional, descritivo-correlacional e transversal com uma abordagem quantitativa e com os objetivos: analisar o nível de satisfação da pessoa submetida a cirurgia oftalmológica com os cuidados de enfermagem na preparação para a alta; e identificar os fatores associados ao nível de satisfação da pessoa submetida a cirurgia oftalmológica com os cuidados de enfermagem na preparação para a alta. Foi definido um conjunto de características sociodemográficas e clínicas para analisar a sua influência na satisfação.

A população em estudo foi constituída pelas pessoas submetidas a cirurgia oftalmológica, em regime de ambulatório num bloco operatório (BO) de oftalmologia, que evidenciassem condições físicas e psicológicas para responder ao questionário. A amostra integrou 250 pessoas recrutadas no momento da alta, de forma acidental.

O instrumento de colheita de dados foi composto por três partes: caracterização sociodemográfica; questionário de Satisfação dos Utentes com os Cuidados de Enfermagem (SUCEH21); e questionário de Saúde (EQ-5D-3L), introduzido em 1990 pelo Grupo EuroQol. Este consiste no sistema descritivo EQ-5D (score de 0 a 1) e a escala visual analógica EQ VAS (0 a 100), (Ferreira et al., 2013b).

A colheita de dados, foi realizada após parecer favorável da Comissão de Ética da instituição, obedecendo aos pressupostos e compromissos aí apresentados.

Os dados obtidos foram tratados com recurso ao software SPSS (Statistical Package for the Social Sciences), versão 23.0. Após teste de Kolmogorov-Smirnov, verificou-se que as variáveis centrais têm uma distribuição não normal ($p < 0,05$), pelo que na análise inferencial foram utilizados testes não paramétricos - teste de correlação de Spearman, teste de Kruskal-Wallis e teste U de Mann-Whitney.

RESULTADOS

A caracterização sociodemográfica da amostra resume-se na Tabela 1, onde se verifica que a maioria (161 pessoas) está no grupo etário >65 anos, é do sexo feminino, co-habita com família (77%), reside numa aldeia, é casada (142 pessoas) e tem o 1º ciclo como habilitações literárias (52,4%).

Tabela 1

Caraterização sociodemográfica

Variável		n	%
Grupo etário	≤ 35 anos	26	10,4
	35-65 anos	63	25,2
	≥ 65 anos	161	64,4%
Sexo	feminino	141	56,4%
	masculino	109	43,6%
Co-habitação	família	193	77%
	Só / em Instituição	57	23%
Área residência	Rural/aldeia	138	55%
	Cidade e periferia	112	45%
Estado civil	Solteiro	36	14,4%
	Casado	142	56,8%
	Viúvo, Divorciado e Separado	72	28,8%
Habilitações literárias	Menos que 1º Ciclo	27	10,8
	1º ciclo	131	52,4%
	2º e 3º ciclo	33	12,4%
	Ensino secundário e superior	61	24,4%

No que diz respeito à situação clínica (Tabela 2), a maioria refere já ter tido experiência cirúrgica prévia, que em 72% dos casos foi cirurgia de catarata e sob anestesia local (92,4%). O enfermeiro prestador de cuidados é reconhecido por 81,2% dos doentes e quase a totalidade refere ter recebido preparação para a alta complementada com informação escrita. Foi sentida a necessidade de contactar o serviço para 22% da amostra. Quando indagados sobre o motivo do contacto, referiram que se prendeu com informação relativa à data e hora da consulta médica, apenas 6 elementos manifestaram necessidade de esclarecimento de dúvidas acerca dos cuidados de enfermagem.

Tabela 2

Caraterização da situação clínica

Variável		n	%
Experiência cirúrgica	Sim	147	58,8%
	Não	103	41,2%
Tipo de cirurgia	De catarata	180	72%

	Refrativa, retina e outras	70	28%
Tipo de anestesia	local	231	92,4%
	Outra, não responde	19	7,6%
Reconheceu o enfermeiro	sim	203	81,2%
	Não	47	18,8%
Preparação alta/Inf. escrita	Sim	245 / 249	98% / 99,6%
	Não	5 / 1	2% / 0,4%
Necessidade contactar serviço	Sim	55	22%
	Não	195	78%

A satisfação dos utentes com os cuidados de enfermagem (Tabela 3), avaliada numa escala de zero (0) a três (3) pontos, revelou valores médios superiores a 2,5. A dimensão onde se registaram pontuações mais elevadas (\bar{X} - 2,87) foi a “eficácia na comunicação”. Inversamente, a que obteve pontuações mais baixas e inferior a dois pontos foi a “promoção da continuidade dos cuidados”. As dimensões “prontidão na assistência” e “promoção da continuidade dos cuidados” apresentam valores mínimos de zero e o primeiro quartil abaixo dos dois pontos (1,50).

Tabela 3

Estatística descritiva referente à satisfação da pessoa segundo as dimensões avaliadas

Dimensões	\bar{X}	s	Percentis				
			Min.	Max.	25	50	75
Eficácia na Comunicação	2,87	0,76	0,67	3,00	3,00	3,00	3,00
Utilidade da Informação	2,56	0,44	1,20	3,00	2,40	2,60	3,00
Qualidade Atendimento	2,59	0,55	1,00	3,00	2,20	3,00	3,00
Prontidão na Assistência	2,17	0,88	0,00	3,00	1,50	2,50	3,00
Manutenção do Ambiente Terapêutico	2,73	0,41	0,75	3,00	2,50	3,00	3,50
Promoção da Continuidade Cuidados	1,82	0,91	0,00	3,00	1,50	1,50	2,75

Na percepção do estado de saúde (Tabela 4) maioritariamente, os participantes, revelaram a percepção de que a sua saúde estava sem problemas no que se prende com: “mobilidade”; “cuidados pessoais”; “atividades habituais”; e “ansiedade/depressão”. Na dimensão “dor/mal-estar” foi mais frequente (n=141) a percepção de ter *alguns problemas*. Na mobilidade não se registaram *problemas extremos*. Nas restantes dimensões foram os menos frequentes.

Tabela 4

Distribuição dos elementos da amostra segundo o seu estado de saúde e as dimensões avaliadas

Estado de Saúde	Dimensões									
	Mobilidade		Cuidados Pessoais		Atividades Habituais		Dor/ Mal-estar		Ansiedade/ Depressão	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Sem Problemas	176	70,4	189	75,6	152	60,8	104	41,6	156	62,4
Alguns Problemas	74	29,6	57	22,8	88	35,2	141	56,4	89	35,6
Problemas Extremos	-	-	4,0	1,6	10	4,0	5,0	2,0	5,0	2,0
TOTAL	250	100,0	250	100,0	250	100,0	250	100,0	250	100,0

Correlação de Spearman: o score do EQ-5D-3L e a percepção do estado de saúde atual, revelaram valores muito próximos em todas as medidas de estatística descritiva (ex. escala, \bar{X} =70,51 e EQ-5D-3L, \bar{X} =0,73).

A associação entre as dimensões do SUCEH21 com a qualidade de vida (QV) e a idade, registou uma correlação com as duas medidas de QV próxima de zero e estatisticamente não significativa. Nas dimensões “prontidão na assistência” e “promoção da continuidade dos cuidados”, regista-se uma correlação inversa, muito fraca e estatisticamente significativa ($p < 0,05$). Para a idade, obtiveram-se correlações positivas, fracas e estatisticamente significativas ($p < 0,05$) com a “qualidade no atendimento”, a “prontidão na assistência” e a “promoção da continuidade dos cuidados”.

Diferença entre grupos: as mulheres estão globalmente mais satisfeitas do que os homens, contudo as diferenças apenas são estatisticamente significativas ($p < 0,05$) para a “qualidade no atendimento” e “promoção da continuidade dos cuidados”; nas habilitações literárias, as diferenças são estatisticamente significativas ($p < 0,05$) para todas as dimensões, exceto “eficácia na comunicação”; na co-habitabilidade, experiência cirúrgica, tipo de anestesia e informação escrita, não há diferenças estatisticamente significativas.

No reconhecer o enfermeiro prestador de cuidados verificou-se que há diferenças estatisticamente significativas para a “utilidade da informação”, sendo as pessoas que reconheceram o enfermeiro as que manifestam valores mais elevados de satisfação.

No tipo de cirurgia, há pelo menos uma diferença estatisticamente significativa em todas as dimensões, exceto na “eficácia da comunicação”. Na “utilidade da informação”, “prontidão na

assistência” e “manutenção do ambiente terapêutico” são as pessoas submetidas a cirurgia de retina que apresentam valores mais altos de satisfação, enquanto na “promoção da continuidade dos cuidados” são as pessoas submetidas a cirurgia de catarata e as de cirurgia refrativa as que registam valores mais baixos.

Há diferenças estatisticamente significativas entre as pessoas que necessitaram de contacto após a alta e a “promoção da continuidade dos cuidados”, sendo estas as que manifestaram valores mais elevados de satisfação.

DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Os valores de satisfação obtidos globalmente revelam que a população em estudo está satisfeita com a preparação para a alta. O carácter subjetivo inerente ao conceito de satisfação, apontado por uma avaliação da satisfação baseada nas reações cognitivas e afetivas da pessoa e, na importância de conhecer as suas expectativas no processo, cujos resultados dependem da interação entre profissionais cuidadores e pessoa cuidada, podem condicionar o maior ou menor grau de satisfação com o serviço recebido.

Os resultados globais obtidos vão ao encontro das conclusões de Ferreira, Brás e Anes (2013a) em que a satisfação global dos utentes dos hospitais foi de 2,58, com desvio padrão de 0,24.

Os resultados apontam níveis de satisfação menores com a continuidade de cuidados, o que é sobreponível às conclusões de Nunes e Gaspar (2016) que, usando o mesmo instrumento de avaliação, identificam pessoas pouco satisfeitas na mesma dimensão. Situação similar se verifica no estudo de Ferreira et al. (2013a) sobre satisfação global dos utentes dos hospitais, onde a “promoção da continuidade dos cuidados”, regista um valor médio de 1,61.

O resultado relativo à “promoção da continuidade dos cuidados” merece reflexão especialmente se associado com o da “prontidão na assistência”, pois ambas registam valores mínimos de zero e o primeiro quartil inferior a dois pontos, o que pode ser consequência da demora na resposta, da intervenção não ter acontecido ou desta não ir ao encontro das necessidades e interesses da pessoa. Importa olhar para este resultado considerando a visão de Sillero-Sillero e Zabalegui, (2019 p. 8), em que a experiência do doente é resultado da efetiva qualidade da atenção que recebem e da percepção que tem dela, pois “a satisfação com o cuidado representa uma parte importante da qualidade da assistência hospitalar”.

A melhor pontuação média registou-se na dimensão “eficácia na comunicação”, o que vai ao encontro dos resultados de Ferreira et al.(2013a) e realça a comunicação como um domínio de intervenção dos enfermeiros com impacto na satisfação do doente com os cuidados recebidos. No entanto importa explorar a relação entre esta dimensão e a continuidade de cuidados pois a preparação da pessoa para o cuidado pode ser determinada por uma comunicação mais ou menos efetiva.

A identificação de fatores associados ao nível de satisfação da pessoa submetida a cirurgia

oftalmológica com os cuidados de enfermagem na preparação para a alta, revelou que co-habitabilidade, experiência cirúrgica, tipo de anestesia e informação escrita não tem relação estatística significativa com a satisfação.

Os resultados apontam para uma relação inversa, fraca, mas estatisticamente significativa, entre a QV e a satisfação com a “prontidão na assistência” e “promoção da continuidade dos cuidados” o que surge em oposição aos resultados de Azenha (2014) que não identificou relação entre satisfação e QV.

A identificação de fatores associados ao nível de satisfação da pessoa submetida a cirurgia oftalmológica com os cuidados de enfermagem na preparação para a alta, revelou que têm relações estatisticamente significativas com a idade, sexo, habilitações literárias e tipo de cirurgia tal como no estudo de Ferreira et al. (2013a).

Os mais elevados níveis de satisfação ocorrem nas pessoas que manifestam necessidade de contacto após a alta, o que permite concluir sobre o benefício do contacto telefónico após a alta particularmente em cirurgia oftalmológica.

Dos resultados obtidos a idade, sexo, residência, estado civil, habilitações literárias, reconhecer o enfermeiro, tipo de cirurgia e a necessidade de contacto após a alta, não podem deixar de ser equacionados como fatores que influenciam a satisfação na preparação para a alta. Estes são resultados próximos aos obtidos por Dorigan & Guirardello (2010) e Ferreira et al. (2013b):

A literatura aponta as expectativas da pessoa como um dos fatores que influenciam a satisfação, contudo, esta não foi objeto de análise sendo relevante conhecer a sua influência em estudos subsequentes.

CONCLUSÃO

As duas áreas temáticas em estudo - satisfação da pessoa com os cuidados e qualidade dos cuidados na preparação para alta - necessitam de contínua exploração e divulgação de conhecimentos, nomeadamente, e de acordo com esta investigação, no que se prende com a pessoa submetida a cirurgia oftalmológica de ambulatório.

Tendo presente a subjetividade e complexidade inerente ao conceito de satisfação que torna a sua avaliação difícil de concretizar, este estudo concluiu que estas pessoas apresentam níveis elevados de satisfação relativamente aos cuidados recebidos na preparação para a alta. Destaca-se o elevado nível de satisfação com a “eficácia na comunicação”, o que releva o significado que a comunicação assume nos ensinamentos aquando da preparação para a alta. Os níveis mais baixos de satisfação com a “promoção da continuidade dos cuidados” devem merecer reflexão e atenção diferenciada do enfermeiro perioperatório, pois um dos objetivos da preparação para alta é a continuidade dos cuidados.

Concluiu-se que a qualidade de vida, idade, sexo, residência, estado civil, habilitações

literárias, reconhecer o enfermeiro, tipo de cirurgia e necessidade de contacto após a alta, são variáveis com associação estatisticamente significativa ao nível de satisfação manifestado pelos participantes.

Ao centrar a atenção na opinião da pessoa que se cuida, revela-se preocupação com a forma como os cuidados de saúde satisfazem as suas necessidades objetivas e subjetivas e contribuem para manter e melhorar o seu estado de saúde e a sua qualidade de vida.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Associação de Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses. (2012). *Enfermagem perioperatória: Da filosofia à prática dos cuidados*. Lusodidacta.
- Azenha, C. (2014). *Qualidade de vida e satisfação com o tratamento em diabéticos tipo 2* [Tese de mestrado, Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra]. Estudo Geral Repositório científico da UC. <http://hdl.handle.net/10316/27504>
- Dorigan, G., & Guirardello, E. (2010). Satisfação do paciente em uma unidade de gastroenterologia. *Acta Paulista Enfermagem*, 23(4), 500-505. <https://doi.org/10.1590/S0103-21002010000400009>
- Ferreira, C., Brás, M., & Anes, E. (2013a). *Satisfação dos utentes dos hospitais de uma ULS do norte de Portugal face aos cuidados de enfermagem*. In Jornadas de Enfermagem da Escola Superior de Saúde (pp. 472-486). Instituto Politécnico de Bragança. <http://hdl.handle.net/10198/9443>
- Ferreira, P., Ferreira, L., & Pereira, L. (2013b). Contributos para a validação da versão Portuguesa do EQ-5D. *Acta Medica Portuguesa*, 26(6), 664-67.
- Martins, J. (2009). Satisfação dos doentes oncológicos com os cuidados recebidos durante o internamento: Contributo para a validação e utilização da EORTC IN-PATSAT 32 na população portuguesa. *Referência*, 2(9), 41-49.
- Nunes, E., & Gaspar, M. (2016). A liderança em enfermagem e a satisfação dos pacientes em contexto hospitalar. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 37(2), e55726. <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2016.02.55726>
- Sillero-Sillero, A., & Zabalegui, A. (2019). Safety and satisfaction of patients with nurse's care in the perioperative. *Revista Latino-Americana Enfermagem*, 27, e3142. <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.2646.314>

ANSIEDADE DO DOENTE NO PRÉ-OPERATÓRIO DE CIRURGIA DE AMBULATÓRIO: INFLUÊNCIA DA CONSULTA DE ENFERMAGEM

SARA CATARINA NEIVA MACHADO¹
MARIA DA NAZARÉ RIBEIRO CEREJO²

INTRODUÇÃO

O ato cirúrgico é um método de tratamento que surge na vida do indivíduo como um fator adverso no sentido que irá provocar alterações no seu equilíbrio fisiológico, psicológico e sociofamiliar. Cuidar do doente em contexto cirúrgico assume-se como um desafio, com o intuito de assegurar a prestação de cuidados da mais alta qualidade a doentes que frequentemente se sentem assustados e vulneráveis.

O conceito de enfermagem perioperatória surge pela primeira vez através da American Association of Operating Room Nurses (AORN), segundo esta associação, corresponde às “atividades de enfermagem desempenhadas pelo profissional de enfermagem durante as fases pré, intra e pós-operatórias da experiência cirúrgica do doente” como referido por (Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses [AESOP], 2006, p. 6).

O doente, perante a experiência cirúrgica, sente medos e inseguranças, cabendo ao enfermeiro de perioperatório ajudá-lo a vivenciar esta experiência, diminuindo-lhe a ansiedade através da informação necessária à sua situação clínica.

A realização de uma consulta pré-operatória de enfermagem permite ao enfermeiro no âmbito das suas competências, avaliar a situação do doente, as suas necessidades específicas e transmitir informações sobre os cuidados pré-operatórios, o próprio procedimento, os cuidados a ter no pós-operatório, a data previsível para a alta clínica e além disso, efetua o acolhimento do doente na unidade cirúrgica (AESOP, 2006). Além da forte componente educativa subjacente à consulta, é essencial estabelecer uma relação empática com o doente e família, uma vez que será a aliança entre enfermeiro-doente-cuidador que ditará os resultados da intervenção (AESOP, 2006).

1 MSc Enfermagem Médico-Cirúrgica, Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, Centro Hospitalar de Leiria, saraneiva_m@hotmail.com

2 MSc Professora Adjunta na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, UICISA: E, ncerejo@esenfc.pt

O conceito de ansiedade reveste-se de diversos significados de acordo com o contexto e particularidades do indivíduo que a experiencia (Serra, 1980). Este autor define ansiedade como “um conjunto complexo de emoções, formado pela emoção dominante do medo, à qual se associam outras, como a amargura, a vergonha e o interesse-excitação” (p. 93). O mesmo autor refere que Spielberger desenvolveu na década de setenta, uma teoria que distingue ansiedade como um traço da personalidade de ansiedade como estado emocional transitório. A ansiedade-traço refere-se a um estado relativamente estável correspondendo ao nível basal de ansiedade de cada indivíduo, enquanto a ansiedade-estado é uma reação emocional complexa evocada por um estímulo percebido como perigo ou ameaça. Na presença de um estímulo percebido como deletério, a pessoa irá experienciar uma elevação da sua ansiedade-estado. Os estados de ansiedade variam em intensidade e duração e são intermitentes ao longo do tempo, dependendo do estímulo e da interpretação do indivíduo a esse estímulo (Serra, 1980). No presente estudo, o foco recaiu sobre a ansiedade-estado, uma vez que pretendemos conhecer a sua influência num momento transitório.

A introdução da consulta pré-operatória de enfermagem poderá aumentar o conhecimento do doente acerca dos procedimentos, contribuir para ampliar a sua colaboração e reduzir a possibilidade de complicações. Além disso, promove a interação enfermeiro-doente.

METODOLOGIA

Definimos um desenho quase-experimental, com avaliação antes e após intervenção, em grupo único, aliado a uma componente descritiva-correlacional a partir da questão de investigação: será que a consulta pré-operatória de enfermagem interfere no nível de ansiedade dos doentes de cirurgia de ambulatório?

De modo a obter resposta para a questão, enunciamos os objetivos: avaliar a ansiedade dos doentes antes e após a consulta pré-operatória de enfermagem; verificar se existe relação entre as características sociodemográficas da amostra e o nível de ansiedade pré-operatória; analisar a influência da consulta pré-operatória de enfermagem na ansiedade dos participantes. Para tal, formulamos duas hipóteses:

- as características sociodemográficas dos doentes influenciam o nível de ansiedade pré-operatória;
- existe diferença no nível de ansiedade dos participantes antes e após a consulta pré-operatória de enfermagem.

A amostra foi constituída pelos doentes propostos para intervenção cirúrgica em regime de ambulatório numa Unidade de Cirurgia de Ambulatório da Região Centro, teve como critérios de inclusão: saber ler e escrever; ser submetido a intervenção cirúrgica em regime ambulatório; não apresentar alterações mentais diagnosticadas. Tratou-se de uma amostra não probabilística acidental.

Os dados foram obtidos através de questionário, aplicado antes e após a consulta pré-operatória de enfermagem. O questionário, constituído por duas partes, integrava na primeira as características sociodemográficas e na segunda, o Inventário de Ansiedade Estado de Spielberger. No segundo momento de colheita de dados, após a consulta pré-operatória de enfermagem, aplicamos apenas a segunda parte do questionário.

Foram observados todos os princípios éticos requeridos, salvaguardando o anonimato e assegurando o consentimento livre e esclarecido de cada um dos intervenientes.

RESULTADOS

A amostra foi constituída por 30 indivíduos, 60,0% (n=18) do sexo masculino e 40,0% do sexo feminino (n=12), com média de idades de 53,27 anos, variando entre os 20 e os 77 anos. Nas habilitações literárias, verificámos que a maioria dos participantes possuíam o 1º ciclo/4ª classe (n=16) 53,3% e 10,0% (n=3) eram licenciados. Quanto à situação laboral a maior percentagem 40,0% (n=12) encontrava-se desempregado e um elemento era estudante (n=1) 3,3%. No que respeita ao agregado familiar, 1 participante (3,3%) vivia só, enquanto os restantes elementos da amostra tinham entre 2 e 3 conviventes. A maioria dos participantes referiu já ter sido submetido a cirurgia (n=20) 63,3%. Quando questionados sobre o seu conhecimento acerca da intervenção cirúrgica, a maioria dos participantes (n=26) 86,7% considerou-a suficiente. Relativamente ao nível de ansiedade dos participantes obtivemos uma média de 58,90 pontos, com mínimo de 37 e máximo de 98 pontos, antes da consulta pré-operatória, após a consulta o nível de ansiedade médio dos participantes foi de 57 pontos com um mínimo de 36 e um máximo de 91 pontos.

Na testagem da 1ª hipótese: as características sociodemográficas influenciam o nível de ansiedade pré-operatória, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas no nível de ansiedade antes da consulta pré-operatória de enfermagem segundo as características sociodemográficas da amostra. Quanto à 2ª hipótese: existe diferença no nível de ansiedade dos participantes antes e após a consulta pré-operatória de enfermagem, verificámos uma diferença estatisticamente significativa entre a ansiedade pré-operatória antes ($58,90 \pm 14,84$) e após a consulta de enfermagem ($57,00 \pm 13,56$), observando-se uma redução significativa dos níveis de ansiedade nos doentes ($t(29) = 2,242$; $p=0,033$).

DISCUSSÃO

Realizamos um estudo com uma amostra de 30 indivíduos, maioritariamente do sexo masculino (60,0%), com média de idades de 53,27 anos, na sua maior percentagem com o primeiro ciclo/quarta classe (53,3%) e desempregados (40,0%). Identificámos que a maioria dos indivíduos vivia em coabitação, integrado em agregado familiar de duas ou mais pessoas (96,6%). Apesar da reduzida dimensão da amostra, constatámos que refletia as características da população

submetida a intervenção cirúrgica em ambulatório no hospital onde decorreu o estudo. No que respeita ao conhecimento acerca da intervenção cirúrgica, a maioria dos participantes, antes da consulta pré-operatória de enfermagem, considerou ter um nível de conhecimento suficiente (86,7%), outros estudos consultados revelam que a maioria dos indivíduos também se consideravam informados.

Contudo, a percepção de que se possui conhecimento ou informação suficiente não se traduz linearmente em estados de ansiedade reduzida, porque a ansiedade pré-operatória é também influenciada por outros fatores, além disso, estratégias puramente informativas, que têm como intuito aumentar o conhecimento dos indivíduos, nem sempre são eficazes na redução da ansiedade uma vez que na maioria dos casos assentam em intervenções padrão, como folhetos informativos, que não respeitam a individualidade do doente. Este aspeto reflete-se na amostra em estudo, tendo-se verificado que, em média, os indivíduos apresentavam um nível moderado de ansiedade ($M=58,90$ pontos, numa escala de 30 a 120). Estes resultados são corroborados pelos obtidos por Cunha (2011), também em cirurgia de ambulatório, que apurou uma ansiedade média de 39,60 pontos (numa escala de 20 a 80 pontos). No estudo de Gonçalves (2016) os valores médios de ansiedade foram mais elevados, com uma média de 46,33 pontos o que poderá ser explicado pelo tipo de cirurgias e necessidade de internamento. Igualmente, outro estudo realizado no início da década de 2000, com doentes de cirúrgica programada, identificou um nível de ansiedade pré-operatória mais elevada com média de 65,86 pontos.

O nível de ansiedade dos indivíduos no pré-operatório tem sido associado a inúmeros fatores pessoais e sociais que importa determinar de forma a permitir uma gestão apropriada da ansiedade pré e pós-operatória, nomeadamente, intervenções personalizadas em pessoas com fatores de risco, com o intuito de tornar a experiência cirúrgica mais segura (Cunha, 2011). A correlação da ansiedade pré-operatória com as variáveis sociodemográficas não nos permitiu obter diferenças estatisticamente significativas. No entanto, relativamente ao sexo, inúmeros estudos apontam as mulheres como tendo maiores níveis de ansiedade no pré-operatório (Agac et al., 2014; Cunha, 2011; Gonçalves, 2016). Pode admitir-se que este facto decorre de uma vulnerabilidade intrínseca à mulher, pelas suas características biológicas e hormonais ou pelo tipo de avaliação realizada, essencialmente focado nos aspetos emocionais da ansiedade (Gonçalves, 2016).

Quanto à idade, os dados bibliográficos são ainda mais controversos, mas na maioria também não foram identificadas diferenças significativas, como revelam os estudos de (Cunha, 2011; Gonçalves, 2016). No entanto, Jin et al. (2015) no seu estudo obtiveram níveis de ansiedade superiores nas pessoas com idade mais avançada, o que poderá estar associado à presença de outras comorbilidades. No que respeita às habilitações literárias, tal como Cunha (2011), não se identificou diferenças. Contudo, vários estudos indicam que as pessoas com um nível de escolaridade mais baixo têm tendência a sentir-se mais ansiosas (Agac et al., 2014; Jin et al., 2015) facto que evidencia estar relacionado com maiores dificuldades em assimilar a informação transmitida e maior incerteza na tomada de decisões, (Agac et al., 2014). Por outro lado, são referenciados maiores níveis de ansiedade em pessoas com maior nível de

escolaridade, podendo decorrer do maior conhecimento sobre o procedimento e riscos a ele associados (Cunha, 2011). De acordo com este autor, é de extrema relevância adequar a informação a cada indivíduo e ao seu nível de compreensão, bem como avaliar o impacto produzido por essa informação.

Relativamente ao agregado familiar não verificámos diferenças significativas, facto também verificado por Gonçalves (2016). No entanto, Cunha (2011) verificou que os indivíduos com maior disfunção familiar revelavam níveis mais elevados de ansiedade pré-operatória. Admite-se que pessoas com um suporte familiar mais alargado terão maior apoio e, maior capacidade para enfrentar os seus medos relativamente ao procedimento cirúrgico. Tal como os autores Cunha (2011), Gonçalves (2016) verificámos que os indivíduos com cirurgia prévia não apresentaram menos ansiedade, ao contrário dos resultados obtidos por (Agac et al., 2014; Matthias & Samarasekera 2012).

Por fim, verificámos que o nível de conhecimento em relação ao procedimento, não se relacionou de forma significativa com o nível de ansiedade pré-operatória, tal como apurado por Gonçalves (2016), apesar disso, o autor identificou uma correlação negativa entre as duas variáveis o que poderá antever que pessoas mais informadas têm menores níveis de ansiedade.

Analisando a influência da consulta pré-operatória de enfermagem, verificámos que reduziu a ansiedade dos indivíduos que iriam ser submetidos a cirurgia de ambulatório. Este resultado é corroborado pelo estudo de Fonseca (2014), ao concluir que os participantes do grupo experimental submetidos à consulta pré-operatória apresentavam menor ansiedade do que os participantes do grupo de controlo. O autor realça que no bloco operatório, os doentes se apresentavam mais tranquilos, conversavam mais com a equipa e não estranhavam os procedimentos, realça que os indivíduos a quem foi ministrado ensino pré-operatório estruturado apresentavam níveis de ansiedade significativamente mais baixos do que aqueles que não foram alvo desse ensino.

Ao longo da revisão da literatura constatamos a importância atribuída pelos autores à realização da visita ou consulta pré-operatória de enfermagem, no entanto, à semelhança do referido pela AESOP (2006), em muitos casos elas não são realizadas de forma regular. Numa revisão sistemática da literatura consultada, concluímos que a visita pré-operatória de enfermagem é de extrema importância, porque permite o estabelecimento da confiança entre o enfermeiro e o doente, favorecendo o processo de comunicação (Souza et al. 2010). Estes autores argumentam que a importância desta intervenção deve ser incutida aos profissionais desde o início da sua formação em enfermagem, reforçam que o profissional de saúde que permita ao doente o esclarecimento de dúvidas sobre o ato cirúrgico e que o informe de todas as rotinas a acontecer durante o procedimento, minimiza os níveis de ansiedade e, conseqüentemente, possíveis complicações. Realçam ainda este momento como privilegiado para o enfermeiro identificar e diagnosticar problemas, bem como, planear os cuidados e gerir os materiais e equipamentos.

Durante a consulta pré-operatória foi-nos possível avaliar o processo, explorar as dúvidas do doente e identificá-las, bem como os seus sentimentos face ao procedimento cirúrgico e explorar estratégias de forma a lidar com a situação. Apesar do reconhecimento, por parte dos profissionais dos benefícios deste tipo de cuidado no pré-operatório, a sua implementação tem sido um verdadeiro desafio para a equipa de enfermagem, especialmente no que respeita aos cuidados em ambulatório. A redução dos tempos de internamento tem dificultado uma intervenção de enfermagem mais ativa, pelo que se procuram estratégias inovadoras e personalizadas que deem resposta às necessidades destes doentes. Além do papel visível na redução dos níveis de ansiedade, a consulta pré-operatória poderá associar-se à diminuição dos custos associados à cirurgia, uma vez que níveis mais baixos de ansiedade aumentam a colaboração/adesão dos doentes. Pelos estudos existentes, é inquestionável a importância atribuída ao diagnóstico e reconhecimento precoces da ansiedade pré-operatória, explicando o porquê de se ter tornado um foco de atenção dos enfermeiros. Cabe ao enfermeiro o papel de cuidar de forma individualizada e holística da pessoa que irá ser submetida a cirurgia.

CONCLUSÃO

A essência da Enfermagem assenta cada vez mais na procura do conhecimento como forma de sustentar as práticas, assim, pretendemos com esta investigação contribuir para a demonstração da eficácia da consulta pré-operatória de enfermagem num contexto de cirurgia de ambulatório, acreditando que esta permite ao enfermeiro desenvolver atividades que se coadunam com as necessidades do doente. A relevância da consulta pré-operatória de enfermagem encontra-se amplamente divulgada em múltiplos artigos de investigação e os enfermeiros reconhecem o seu valor, no entanto, no dia-a-dia, enquanto prestadora de cuidados a doentes que necessitam de intervenção cirúrgica, constatamos que a consulta pré-operatória ainda não constitui procedimento implementado na maioria das instituições de saúde. Acreditamos que este estudo possa concorrer para reforçar a importância do papel do enfermeiro de perioperatório no acolhimento ao doente de cirurgia de ambulatório, contribuindo para aumentar o sucesso da intervenção cirúrgica e favorecer a recuperação pós-operatória, traduzindo-se em ganhos em saúde e aumento da satisfação do doente e família.

Refletindo criticamente acerca das limitações metodológicas e formais que o possam ter influenciado os resultados, confirmamos ter realizado um estudo quase-experimental com desenho *antes e após* de grupo único, pelo que a ausência de grupo de controlo poderá representar uma limitação metodológica. O segundo aspeto, que revela tanto uma limitação como uma dificuldade sentida, foi o facto de, à data da colheita de dados, não estar totalmente implementada e estruturada a consulta de enfermagem no Centro Hospitalar onde foi desenvolvido o estudo. Esta condicionante limitou a colheita de dados e o tamanho da amostra.

Sugerimos como investigação, a elaboração de um estudo que correlacione o nível de ansiedade do doente com a recuperação pós-operatória, no sentido de perceber o impacto da ansiedade em todo o processo.

A consulta pré-operatória de enfermagem visa tranquilizar o doente na procura de uma melhoria do seu bem-estar num ambiente novo e que lhe é hostil.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses. (2006). *Enfermagem perioperatória da filosofia à prática dos cuidados*. Lusodidacta.
- Agac, A., Ulucanlar, H., Ay, A., & Ozden, M. (2014). Risk factors for perioperative anxiety in laparoscopic surgery. *Journal of the Society of Laparoendoscopic Surgeons*, 18(3), 1-7. <https://doi.org/10.4293/JLS.2014.00159>
- Cunha, A. (2011). *Avaliação de expectativas e grau de ansiedade pré e pós-operatórias em cirurgia de ambulatório: Estudo de doentes de cirurgia geral e cirurgia vascular* [Dissertação de mestrado, Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar]. Repositório Aberto da Universidade do Porto. <https://hdl.handle.net/10216/62237>
- Fonseca, M. (2014). A influencia do ensino pré-operatório de enfermagem na redução da ansiedade intraoperatória em cirurgia ambulatória de extração de catarata. *Enformação*, (Ago.-Out.), 28-34.
- Gonçalves, M. (2016). A influência da informação de enfermagem na ansiedade pré-operatória [Dissertação de mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra]. Repositório Científico: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. <https://repositório.esenfc.pt>
- Jin, Z., Ding, P., Liu, L., Yang, Q., & Chen, M., (2015). Factors related to anxiety and depression in patients undergoing adrenalectomy in 220 chinese people. *International Journal of Clinical and Experimental Medicine*, 8(5) 8168-8172
- Matthias, A., & Samarasekera, D. (2012). Perioperative anxiety in surgical patients experience of a single unit. *Acta Anesthesiologica Taiwanica*, 50(1), 3-6. <https://doi.org/10.1016/j.aat.2012.02.004>
- Serra, A., (1980) O que é a ansiedade? *Psiquiatria clinica*, 1(2), 93-104.
- Souza, L., Souza, M., Pinto, A., Cortez, E., Carmos, T., & Nascimento, R. (2010). Os benefícios da visita pré-operatória de enfermagem para o cliente cirúrgico, revisão sistemática de literatura. *Revista Cuidado é Fundamental*, 2(2), 797-806.
- <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IisScript=iah/iah.xis&src=google&base=BDENF&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=22081&indexSearch=ID>

FATORES DE RISCO DE ÚLCERA POR PRESSÃO NO DOENTE CIRÚRGICO

MARINA BATALHA FIGUEIREDO¹
MARIA DA NAZARÉ RIBEIRO CEREJO²
LUÍS ANTÓNIO RODRIGUES PAIVA³

INTRODUÇÃO

As Úlceras por Pressão (UPP) são definidas como uma lesão localizada da pele e/ou tecido subjacente, geralmente sobre uma proeminência óssea, resultante de uma pressão ou combinação desta com forças de torção (European Pressure Ulcer Advisory Panel [EPUAP], 2014). As UPPs são um indicador importante que traduz a qualidade e a segurança dos cuidados prestados, são também identificadas como um problema de saúde pública a nível global. São das complicações mais comuns experienciadas pelos doentes internados, sendo os doentes cirúrgicos dos mais suscetíveis a desenvolver UPPs. Estas feridas estão associadas a experiências negativas do doente, como dor, desconforto, medo, aumento da morbilidade e mortalidade, do tempo de internamento, dos custos, entre outros.

A World Health Organization em 2009, no manual "Cirurgia Segura Salva Vidas", afirma que as complicações associadas aos cuidados prestados no Bloco Operatório (BO) consistem numa das principais causas de morte e de incapacidade no mundo. Tornando-se assim imperioso que as equipas de enfermagem reconheçam o BO como um local de risco para o desenvolvimento de UPPs, de modo a aumentar o conhecimento sobre os fatores associados ao desenvolvimento deste tipo de feridas nos doentes cirúrgicos, com vista ao planeamento e realização de práticas preventivas, individualizadas e adequadas a cada doente.

Na literatura somos confrontados com a afirmação de que o doente cirúrgico é mais suscetível a desenvolver UPP do que o doente não cirúrgico. A evidência científica patente em vários estudos corrobora essa afirmação, ao confirmar que a ocorrência das UPPs no doente cirúrgico

1 MSc, Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica, Bloco Operatório no Centro Hospitalar Regional de Orléans - França, marina.batalha.figueiredo@gmail.com

2 MSc Professora Adjunta na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, UICISA: E, ncerejo@esenfc.pt

3 PhD, Professor Adjunto da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, UICISA: E, luispaiva@esenfc.pt

se deve, entre outros, ao uso de anestésicos, dado que provocam alterações a nível metabólico e circulatório favorecendo o desenvolvimento de feridas. A taxa de incidência de UPPs em doentes cirúrgicos varia entre os 21,2% e os 54,8%, sendo que a taxa de prevalência, nesta população oscila entre os 3,5% e os 29% (Lumbley 2014).

As UPPs adquiridas durante o período intraoperatório são caracterizadas por se desenvolverem geralmente do interior para o exterior, sobre o músculo ou proeminência óssea, ou invés de uma UPP num doente não cirúrgico que se desenvolve do exterior para o interior. Devido a esta característica singular, as UPPs adquiridas no intraoperatório nem sempre são reconhecíveis após o alívio da pressão. Os autores indicam que do final do intraoperatório até dois dias de pós-operatório, pode ser observável uma UPP de categoria I ou II, podendo esta evoluir no prazo de seis dias para as categorias III e IV.

A literatura científica referencia a existência de mais de cem fatores de risco para o desenvolvimento de UPPs. Para a realização deste estudo foram selecionados os mais frequentes, tendo por base os três momentos do perioperatório. Importa referir que um fator isoladamente poderá não aumentar o risco de UPP, este aumenta pela conjugação de vários fatores predisponentes.

No período pré-operatório, o risco decorre principalmente de fatores inerentes ao doente, sendo um deles a idade, os indivíduos mais envelhecidos apresentam maior risco de desenvolvimento de UPPs. Outro indicador é o sexo, os homens têm mais risco de desenvolver este tipo de ferida. O estado nutricional constitui outro fator de risco, um IMC baixo é preditor do desenvolvimento de UPPs, assim como o nível baixo de albumina no sangue. Comorbilidades como a diabetes, doenças do foro respiratório, cardíacas e a hipertensão são as patologias mais referenciadas na literatura como estando associadas à incidência das UPPs. Também a toma de alguns medicamentos, como os corticosteroides são um indicador de risco, assim como valores baixos de hematócrito e de hemoglobina. Os doentes cirúrgicos com classificação da American Society of Anesthesiology (ASA) elevada têm, também, maior risco de desenvolver UPPs, assim como os que apresentam um *score* baixo na escala de Braden (Abouleish, et al., 2015).

No intraoperatório o risco de desenvolver UPPs relaciona-se principalmente com fatores extrínsecos ao doente, nomeadamente a duração e o tipo de cirurgia. Quanto maior a duração da cirurgia maior o risco, o mesmo se passa em relação ao tipo de cirurgia. As cirurgias cardíaca e ortopédica demonstram ter maior risco. O posicionamento do doente durante o ato cirúrgico é outro indicador, os estudos indicam que os decúbitos ventral e dorsal são os de maior risco para a ocorrência de UPPs. Os dispositivos utilizados no posicionamento do doente são também um fator de risco, sobretudo quando são usadas almofadas, rolos de lençóis, cunhas de espuma e a elevação dos pés. O tipo de anestesia constitui outro fator de risco, sendo a anestesia geral e a regional as que tornam o doente mais vulneráveis às UPPs. Por último, constituem também fatores de risco no intraoperatório para o desenvolvimento de UPPs, a temperatura central do doente diminuída e a presença de hipotensão.

No pós-operatório, a evidência científica indica que doentes que apresentam abrasões major desenvolvidas durante a cirurgia, vêm a desenvolver UPPs, também uma pontuação baixa na Escala de Branden, assim como a mobilidade reduzida no primeiro dia de pós-operatório, constam dos fatores de risco referidos.

METODOLOGIA

Realizou-se um estudo de caráter exploratório descritivo, que permitiu identificar e descrever alguns fatores associados ao desenvolvimento de UPPs no doente cirúrgico, em contextos de cuidados da região centro do país. Formulou-se como questão central: Quais os fatores de risco no desenvolvimento de UPPs no doente cirúrgico? Formularam-se, ainda, outras questões orientadoras da investigação como: será que a idade influencia o desenvolvimento de UPPs no doente cirúrgico? A duração do ato cirúrgico influencia o desenvolvimento de UPPs no doente? O posicionamento do doente no intraoperatório influencia o desenvolvimento de UPPs? Os objetivos enunciados foram: identificar os fatores de risco para o desenvolvimento de UPPs no doente cirúrgico; analisar os fatores preditores de UPPs no doente cirúrgico; compreender a influência dos fatores identificados e o desenvolvimento de UPPs no doente cirúrgico; identificar a incidência de UPPs na amostra em estudo. Relativamente à população, esta foi constituída por doentes submetidos a cirurgia em hospitais da região centro do país, foi composta por doentes que aceitaram participar na investigação e que cumpriam os critérios: idade igual ou superior a 18 anos, saber ler e escrever, estar proposto para intervenção cirúrgica de média ou longa duração e pelo menos 24 horas de permanência no hospital, no pós-operatório. Foram excluídos os doentes que apresentavam UPPs no pré-operatório. A amostra foi composta por 94 doentes, 54,3% mulheres e 45,7% homens, submetidos a cirurgias de média e longa duração.

Para a colheita dos dados recorreu-se a um questionário, desenvolvido pela investigadora, visto à data não existir nenhum instrumento de colheita de informação específico para o problema em estudo. Este questionário, composto por três partes em que a primeira respeitava a dados colhidos no pré-operatório, a segunda aos dados do intraoperatório e a terceira parte dizia respeito à informação recolhida às 24h de pós-operatório. As questões ético-legais foram cumpridas, foi solicitado parecer à Comissão de Ética da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, pedido de autorização formal aos Presidentes dos Conselhos de Administração dos hospitais onde decorreu o estudo. Aos participantes, foi solicitado o consentimento informado.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram identificadas 3 UPPs de categoria I em 3 doentes, sendo a sua localização: no íliaco esquerdo, no íliaco direito e no trocânter esquerdo. Assim, a taxa de incidência de UPPs nos doentes cirúrgicos em estudo, foi de 3,19%. O valor encontrado é inferior aos referidos na literatura internacional, o que poderá estar relacionado com o momento de recolha da informação no pós-operatório, às 24h, de acordo com os estudos consultados, as UPPs podem evidenciar-se até aos 6 dias após o ato cirúrgico. Contudo, é necessário enfatizar a gravidade do aparecimento da UPP, que surgiu em cada um dos doentes, dado não estar presente no momento da admissão no hospital, ter aumentado o sofrimento do doente, o tempo e os custos do tratamento, entre outros.

No que respeita aos fatores de risco, serão apresentados e discutidos aqueles que se pensa terem influenciado o desenvolvimento das 3 UPPs identificadas. As UPPs surgiram em ambos

os sexos, no entanto nos homens ocorreram 2 UPPs e nas mulheres 1 UPP. Assim, os resultados obtidos, indicam que o sexo masculino é mais suscetível ao desenvolvimento deste tipo de ferida, tal como referido na literatura. O estado nutricional é outro fator de risco relevante no desenvolvimento de UPPs em doentes cirúrgicos. Neste estudo, 2 UPPs ocorreram em doentes com índice de massa corporal (IMC) normal e num doente com IMC de pré-obesidade. Comparando com a restante amostra, verifica-se que os doentes que desenvolveram UPPs apresentaram um IMC médio de 23,94 kg/m², enquanto a média da restante amostra foi de 27,66kg/m². Estes são resultados que vão ao encontro do concluído na investigação de Tschannen et al. (2012). As comorbilidades de maior risco para o desenvolvimento de UPPs são as que afetam a perfusão dos tecidos, como a diabetes, a hipertensão, as doenças vasculares e respiratórias. A hipertensão e a doença vascular foram as comorbilidades mais frequentes nos doentes em estudo. Realça-se que um doente, que desenvolveu UPP, apresentava doença respiratória.

No intraoperatório, a classificação ASA poderá ser classificada como um bom preditor de risco de UPPs, quando os doentes têm classificações elevadas. No presente estudo verificou-se que os doentes que apresentaram UPPs foram classificados com ASA I e II. Sendo que das três UPPs identificadas, duas ocorreram em doentes com classificação ASA II e uma num doente com ASA I. Quanto ao fator de risco, duração da intervenção cirúrgica, as três UPPs surgiram em doentes submetidos a cirurgias de longa duração, 2h a 5h, pelo que se poderá admitir uma tendência no sentido de quanto maior o tempo cirúrgico, maior a probabilidade de ocorrência de alterações cutâneas. Todavia, cinco dos doentes deste estudo foram submetidos a intervenções com duração superior a 5h, apesar disso, nenhum deles desenvolveu UPPs. Por seu turno, as especialidades cirúrgicas mais recorrentes nos doentes da amostra foram no âmbito da ortopedia, cirurgia geral e urologia.

De acordo com o referido na literatura, a ortopedia é uma das especialidades mencionadas com elevado risco, essencialmente relacionado com os posicionamentos a que os doentes são submetidos. Os resultados obtidos neste estudo corroboram o referido na literatura, uma vez que as três feridas ocorreram em doentes submetidos a cirurgias do foro de ortopédico, cirurgia geral e neurocirurgia. Podendo, assim, admitir-se que o tipo de cirurgia é um fator de risco para o desenvolvimento de UPPs. Em relação ao posicionamento dos doentes, a posição em decúbito dorsal foi a mais frequente, como é comum na maioria abordagens cirúrgicas. Nesta investigação, não foi possível apurar qual dos posicionamentos apresentou maior número de casos, visto só terem sido identificadas três feridas, todas resultantes de posicionamentos diferentes. No entanto, de referir que duas das feridas surgiram em doentes posicionados em decúbito dorsal e em ventral, considerados pela literatura como de maior risco. O tipo de anestesia mais utilizado foi a geral, com uma percentagem de 76,6%, seguindo-se a raquidiana. As três UPPs identificadas ocorreram em doentes submetidos a anestesia geral, resultado corroborado pela evidencia científica. Desta forma, admite-se que a anestesia geral poderá ter concorrido como fator influenciador da formação das UPPs identificadas. Quanto à temperatura corporal, verificou-se um valor médio de 36,08°C, pelo que se pode afirmar que a amostra manteve um estado normotérmico.

Em relação à manta de aquecimento, dispositivo de prevenção da hipotermia durante o ato cirúrgico, apenas foi utilizada em 30% dos doentes da amostra, veio a constatar-se que um

destes desenvolveu UPP. O doente manteve a normotermia durante a cirurgia devido ao uso do dispositivo de aquecimento, mas por outro lado, a sua aplicação pode ter contribuído para aumentar o risco de UPPs, em consequência do aumento do metabolismo tecidual, condicionando um maior risco de isquemia dos tecidos.

No que diz respeito à hipotensão, verificou-se que apenas 25,5% dos doentes apresentou hipotensão diastólica, com um valor médio de 44,79mmHg, inferior ao mencionado na literatura, como valor de risco para o desenvolvimento de UPPs. Dois dos doentes que desenvolveram UPPs não apresentaram hipotensão diastólica, o outro doente a quem foi identificada alteração cutânea, apresentou uma hipotensão diastólica com valor de 50mmHg. Considera-se assim com prudência, que valores de pressão diastólica inferiores a 60mmHg constituem fator de risco para o desenvolvimento de UPPs.

Por último, relativamente ao período pós-operatório, verificou-se que 4,3% dos doentes da amostra foram mobilizados apenas uma vez por dia, sendo que nenhum destes apresentou UPP. Assim, as três feridas identificadas ocorrem em doentes que foram mobilizados mais do que uma vez nas primeiras 24h de pós-operatório. No que respeita à realização de levante até às 24 horas de pós-operatório, confirmou-se que 31,9% dos doentes não o efetuou e destes um desenvolveu UPP.

CONCLUSÃO

Esta temática está, atualmente, estudada com alguma profundidade, principalmente a nível internacional. Estão também disponíveis, neste momento, instrumentos de colheita de dados específicos e validados nacional e internacionalmente. Ainda assim, a maioria dos estudos atuais são revisões da literatura, o que nos leva a crer que a problemática por ser conhecida, não desperta muito interesse nos profissionais de saúde, no entanto é de evidenciar o esforço considerável que a comunidade científica tem realizado na procura de estratégias e criação de novos equipamentos para a prevenção das UPPs no doente cirúrgico. Em Portugal não existe, ainda, nenhum estudo consistente e abrangente da realidade nacional referente às UPPs nos doentes cirúrgicos, pelo que procurou-se realizar uma investigação exploratória e descritiva da problemática que se espera venha a contribuir para uma maior atenção e aprofundamento desta área de cuidados.

A literatura científica indica que os doentes cirúrgicos estão mais expostos e suscetíveis para desenvolver UPPs do que os doentes não cirúrgicos. Esta situação decorre essencialmente do uso de anestésicos, do trauma cirúrgico, do posicionamento e de outros fatores inerentes ao perioperatório que aumentam o risco de desenvolvimento de UPPs. Estes fatores são tanto intrínsecos ao doente, como ao ambiente intraoperatório (extrínsecos). Torna-se essencial a identificação precoce dos fatores de risco, com o objetivo de implementar medidas de prevenção individualizadas de forma a reduzir e/ou suprimir a ocorrência deste tipo de feridas. Neste estudo, a taxa de incidência revelou-se inferior às descritas em diversas investigações. Todavia, apesar da incidência identificada ser reduzida, podendo mesmo ser compreendida como pouco relevante,

para o doente que desenvolveu a UPP, esta taxa de incidência foi de 100%. Importa refletir o custo quantificável do tratamento destas feridas e os custos não quantificáveis.

Verificou-se que alguns fatores de risco descritos, revelaram ter influência nas feridas identificadas na amostra estudada. Contudo, são necessários mais estudos com maior duração no tempo e amostras de maior dimensão para se poder retirar ilações e apurar o risco efetivo consoante os fatores presentes. Dado o reduzido tamanho da amostra, não foi possível atribuir uma relação de causa-efeito, no entanto alguns dos fatores de risco apontados na literatura foram identificados nos três doentes que desenvolveram UPPs.

São vários os fatores de risco que se admite terem estado na causa das três UPPs identificadas, o sexo, o estado nutricional, as comorbilidades, a classificação ASA, a duração e tipo da cirurgia, o posicionamento, a anestesia, a utilização de manta de aquecimento, a hipotensão e a imobilidade do doente no pós-operatório. Importa referir que os diversos fatores isoladamente poderão não elevar o risco, mas acreditamos que a sua conjugação está na base do seu aumento.

Espera-se contribuir para o aumento do conhecimento nesta área específica, com vista a melhorar a prestação de cuidados de Enfermagem com impacto na qualidade dos mesmos, com ganhos em saúde e com consequente diminuição da incidência de UPPs nos doentes cirúrgicos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abouleish, A., Leib, M., & Cohen, N. (2015). ASA provides examples to each ASA physical status class. *ASA Monitor*, 79, 38-9. <http://monitor.pubs.asahq.org/article.aspx?articleid=2434536>
- European Pressure Ulcer Advisory Panel; National Pressure Ulcer Advisory Panel; Pan Pacific Pressure Injury Alliance (EPUAP; NPUAP; PPPIA). (2014). *Prevention and Treatment of Pressure Ulcers: Quick Reference Guide*. Australia: Cambridge Media.
- Lumbley, J., Ali, S., & Tchokouani, L. (2014). Retrospective Review of Predisposing Factors for Intraoperative Pressure Ulcers Development. *Journal of Clinical Anesthesia*, 26(?), 368-374.
- Tschannen, D., Bates, O., Talsma, A., & Guo, Y. (2012). Patient-Specific and Surgical Characteristics in the Development of Pressure Ulcers. *American Journal of Critical Care*, 21(2), 116-125.
- World Health Organization (WHO). (2009). *Cirurgia Segura Salva Vidas*. (DGS, Trad.) Genebra: World Health Organization. ISBN:9789841598552

INFLUÊNCIA DA INFORMAÇÃO DE ENFERMAGEM NA ANSIEDADE PRÉ-OPERATÓRIA

MARCO ANTÓNIO RODRIGUES GONÇALVES¹
MARIA DA NAZARÉ RIBEIRO CERREJO²

INTRODUÇÃO

A cirurgia constitui-se como uma nova realidade que provoca alterações profundas na vida de cada indivíduo, tem implicações importantes no bem-estar e na saúde, nos padrões basilares da vida ao nível individual e familiar, produzindo mudanças que se manifestam nos papéis, nas relações, nas identidades, nas capacidades e nos padrões do comportamento (Gonçalves et al., 2017).

Segundo Meleis (2010), os enfermeiros antecipam, avaliam, diagnosticam, lidam e ajudam a lidar com as mudanças, promovendo um nível máximo de autonomia e de bem-estar. A transição é assim assumida como uma área de intervenção dos enfermeiros quando interfere com a saúde, ou quando as respostas à transição são manifestadas através de comportamentos relacionados com a saúde. A transição de saúde-doença, como é considerada a experiência cirúrgica, está associada a uma mudança súbita no desempenho de papel resultante da alteração da condição de saúde.

A informação providenciada pelos enfermeiros ajuda a aumentar a satisfação dos clientes, a reduzir a ansiedade e a proporcionar uma rápida recuperação em casa. O fornecimento de informação ao cliente cirúrgico tem vindo a alterar-se tanto no conteúdo como na forma. Atualmente, a abordagem é focada na tarefa, havendo oportunidades restritas para o diálogo entre o enfermeiro e o cliente, limitando a possibilidade de este colocar questões (Mitchell, 2016).

Tendo por base o referido, propusemo-nos realizar um estudo intitulado "Influência da informação de enfermagem na ansiedade pré-operatória", definindo-se os seguintes objetivos:

1 MSc. Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, enfmarco.pbl@gmail.com

2 MSc Professora Adjunta na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, UICISA: E, ncerejo@esenfc.pt

- Avaliar a ansiedade pré-operatória dos clientes propostos para cirurgia programada;
- Avaliar a informação que os clientes têm acerca do ato anestésico-cirúrgico, no pré-operatório de uma cirurgia programada;
- Analisar se algumas variáveis sociodemográficas influenciam a ansiedade pré-operatória dos clientes propostos para cirurgia programada;
- Analisar a relação entre a informação acerca do ato anestésico-cirúrgico e a ansiedade pré-operatória manifestada pelos clientes propostos para cirurgia programada.

METODOLOGIA

De acordo com os objetivos da investigação, desenvolvemos um estudo descritivo e correlacional que partiu das seguintes questões iniciais:

- Quais os fatores que influenciam o nível de ansiedade no pré-operatório, dos clientes propostos para cirurgia programada?
- Qual a influência da informação pré-operatória acerca do ato anestésico-cirúrgico, sobre a ansiedade dos clientes propostos para cirurgia programada?
- Para além disso, formularam-se as seguintes hipóteses de investigação:
- O nível de ansiedade no pré-operatório do cliente proposto para cirurgia programada está relacionado com a idade e o sexo;
- O nível de ansiedade no pré-operatório do cliente proposto para cirurgia programada está relacionado com o apoio familiar durante o internamento;
- Existe diferença no nível de ansiedade no pré-operatório do cliente proposto para cirurgia programada em função das experiências cirúrgicas anteriores;
- O nível de ansiedade pré-operatória dos clientes propostos para cirurgia programada está inversamente correlacionado com a informação de enfermagem.

Optámos por uma amostra não probabilística por conveniência de 200 indivíduos, 109 mulheres e 91 homens, propostos para cirurgia programada e internados em serviços de cirurgia geral, ortopedia, ginecologia e urologia de um centro hospitalar e universitário público. Os critérios de inclusão foram: ter idade igual ou superior a 18 anos; ter capacidade para ler, interpretar e dar respostas por escrito; ter acuidade auditiva, visual e sem alterações mentais; não ter diagnosticada doença oncológica; e estar a aguardar uma cirurgia programada do âmbito das especialidades cirúrgicas referidas.

O método de colheita de dados que seleccionámos para a realização desta investigação foi o questionário, dividido em três partes distintas. A primeira parte diz respeito a alguns dados sociodemográficos, familiares e clínicos. Foram elaboradas questões a fim de determinar: idade, sexo, habilitações literárias/académicas, situação profissional, zona de residência, estado civil, número de elementos do agregado familiar, previsão de receber ou não visitas de familiares/amigos durante o internamento, experiências e respetivas complicações cirúrgicas anteriores, tempo de espera pela cirurgia e tipo de cirurgia. Na segunda parte do questionário, aplicou-se uma escala tipo *Likert* construída por nós, em que perante quinze afirmações

relativas à Informação Pré-Operatória acerca do ato anestésico-cirúrgico, os indivíduos da amostra selecionaram se estavam: *nada informados*, *pouco informados*, *informados o suficiente* ou *informados demais*. As afirmações foram formuladas com base na fundamentação teórica e na operacionalização das variáveis em estudo. Cada afirmação foi pontuada da seguinte forma: *nada informado* = 0 pontos, *pouco informado* = 1 ponto, *informado o suficiente* = 3 pontos e *informado demais* = 2 pontos. A pontuação total obtida poderá oscilar entre 0 e 45 pontos, sendo que quanto maior a pontuação, melhor a percepção dos clientes relativamente à informação pré-operatória que possuem acerca do ato anestésico-cirúrgico. Por último, a terceira parte é constituída pelo *Inventário de Ansiedade Traço-Estado* desenvolvido por Spielberger e seus colaboradores, tendo sido utilizada uma versão adaptada à população portuguesa.

A colheita dos dados decorreu entre setembro e novembro de 2015, no período pré-operatório, com a colaboração dos enfermeiros das respetivas equipas. Após a realização de uma explicação e de um esclarecimento acerca do estudo às equipas de enfermagem dos diferentes serviços, contámos com a sua colaboração para a entrega e recolha dos questionários aos clientes. Os dados colhidos foram tratados informaticamente com recurso ao *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 22.0.

Foram garantidos os procedimentos éticos. Foi obtida autorização da administração do centro hospitalar para o desenvolvimento e parecer favorável de Comissão de Ética (Ofício n.º CES/114 e Parecer n.º 268/03-2015).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A amostra de 200 clientes era maioritariamente do sexo feminino (54,5%), do foro da cirurgia geral (56,0%) e submetida a grande cirurgia (57,5%). As idades variaram entre os 19 e os 85 anos, com média de $53,17 \pm 15,35$ anos e mediana de 53 anos. O grupo etário mais representado foi o de 51-65 anos (32,5%) e o menos representando o de 35 anos ou menos (14,0%). A maior percentagem dos inquiridos possuía apenas o 1.º Ciclo do Ensino Básico (35,0%) em termos de habilitações académicas. Relativamente à situação profissional, mais de metade da amostra estava empregado (51,0%), havendo 33,0% de reformados. A maioria dos inquiridos eram casados ou viviam em união de facto (76,5%), residindo em meio rural (60,0%) e tinha um agregado familiar composto por três a cinco elementos (56,0%). No que diz respeito à previsão em receber visitas de familiares ou amigos durante o internamento, a larga maioria dos inquiridos respondeu afirmativamente (94,0%) e a maioria dos clientes (77,5%) já teve experiências cirúrgicas anteriores. Dos clientes já submetidos a cirurgia anteriormente, apenas 7,1% referiram a ocorrência de complicações. Em relação ao tempo em lista de espera para a realização da cirurgia, obtivemos uma média de aproximadamente 197 ± 242 dias, sendo o intervalo mais frequente entre os 6 e 12 meses (22,0%).

Quando questionados acerca da origem da informação que possuíam, verificamos que a maior parte dos inquiridos obteve informação exclusivamente dos profissionais de saúde (59,5%). Para além disso, 25,5% indicou múltiplas fontes de informação e 20,5% refere outras fontes que

não os profissionais de saúde. No seu estudo, Marín et al., (2015) verificaram que 70,7% dos doentes foram informados acerca do ato anestésico-cirúrgico pelo médico/cirurgião, apenas 4% pelo enfermeiro e 1% pela própria família. Apesar disso, os enfermeiros são os profissionais de saúde que passam mais tempo junto aos clientes, e como tal, têm um papel fulcral no que diz respeito à transmissão de informação.

Relativamente à variável informação pré-operatória e após a divisão da escala em dois fatores, percebemos claramente que os clientes revelaram estar melhor informados em relação aos aspetos organizacionais e logísticos ($x = 2,17$ pontos) comparativamente com os cuidados de enfermagem ($x = 1,33$ pontos). Estes resultados vão de encontro ao que afirmam Barbosa, Terra e Carvalho (2014) as informações pré-operatórias, embora sejam consideradas obrigatórias, não estão a ser fornecidas de forma efetiva. Quanto ao nível de ansiedade pré-operatória, num score final que podia variar entre 20 e 80 pontos, a amostra apresentou uma média de $46,33 \pm 5,24$ pontos. O valor de ansiedade mais baixo foi de 34 e o mais alto de 63 pontos. Também Akinsulore et al., (2015) utilizando o IDATE forma Y1 no seu estudo, obtiveram um resultado médio de ansiedade de 42,72 pontos em 51% dos clientes inquiridos, apontando como fatores responsáveis o medo de complicações bem como o resultado da cirurgia e o medo de agulhas, erro clínico e pausa alimentar.

Um dos interesses do nosso estudo incluía estabelecer eventuais diferenças nos níveis de ansiedade pré-operatórios consoante a idade e sexo dos clientes. Em relação à variável idade, verificámos que existe uma correlação negativa fraca, no entanto não é estatisticamente significativa ($r_s = -0,108$; $p = 0,129$). Quanto à variável sexo, verificamos que existem diferenças entre homens (média dos postos = 85,36) e mulheres (média dos postos = 113,14) e que essas diferenças são estatisticamente significativas ($z = -3,386$; $p = 0,001$).

O apoio familiar durante o internamento, ao qual nos referimos como suporte social do cliente, foi analisado tendo em conta três variáveis que constavam do nosso instrumento de colheita de dados: o estado civil, a previsão de receber ou não visitas durante o internamento e o número de elementos do agregado familiar. Verificamos que apesar de existirem diferenças em relação ao estado civil ($X^2 = 5,137$; $p = 0,162$) à existência de visitas no internamento ($X^2 = 1,211$; $p = 0,546$) e ao agregado familiar ($r_s = -0,028$; $p = 0,691$) estas não são estatisticamente significativas.

Analisando a relação entre o nível de ansiedade pré-operatória e a existência de experiências cirúrgicas anteriores percebemos que não existe diferença estatisticamente significativa no nível de ansiedade em função de o cliente ter ou não realizado cirurgias anteriormente ($z = -0,107$; $p = 0,915$).

Ao relacionar as variáveis ansiedade e informação pré-operatórias, verificamos uma correlação negativa fraca, que não é estatisticamente significativa ($r_s = -0,054$; $p = 0,449$). Donate Marín et al. (2015) concluíram que existe uma associação entre os níveis de informação e de ansiedade no pré-operatório, corroborando a hipótese de que os clientes que acreditam que precisam de mais conhecimento sobre o ato anestésico-cirúrgico têm níveis de ansiedade mais elevados. Também Rhodes et al. (2015), num estudo randomizado e prospetivo com 65 indivíduos, concluíram que estes necessitavam de informações adequadas à idade e de estratégias educacionais no sentido de minimizar a ansiedade pré-operatória.

Perante os resultados encontrados no estudo que desenvolvemos e aqueles evidenciados na literatura consultada, acreditamos que a atuação autónoma do enfermeiro no período pré-operatório é essencial no controlo e na diminuição dos níveis de ansiedade pré-operatória, nomeadamente através do fornecimento adequado de informações, traduzindo-se assim numa melhor aceitação da nova condição de vida e promoção da saúde por parte do cliente.

CONCLUSÕES

O bem-estar do cliente deve constituir o principal objetivo do enfermeiro que presta cuidados ao cliente cirúrgico, pois, no período pré-operatório, este pode apresentar níveis elevados de ansiedade, bem como desenvolver sentimentos que atuam negativamente no seu estado emocional, tornando-o mais vulnerável.

Neste sentido, e assumindo a complexidade do fenómeno, de forma a dar um contributo para uma melhor compreensão desta temática, propusemo-nos avaliar a ansiedade e informação pré-operatória dos clientes propostos para cirurgia programada, bem como analisar a relação entre algumas variáveis sociodemográficas e clínicas e a informação acerca do ato anestésico-cirúrgico com a ansiedade pré-operatória desses clientes.

De acordo com os resultados apresentados, podemos afirmar que no período pré-operatório, a perceção dos clientes acerca da informação que possuem sobre o ato anestésico-cirúrgico é baixa. Ainda assim, percecionam como estando melhor informados no que toca aos aspetos administrativos, organizacionais e logísticos, comparativamente com os cuidados de enfermagem de que serão alvo ao longo do período perioperatório. A maioria dos clientes refere-se aos profissionais de saúde como fonte exclusiva da informação que possuem.

Podemos ainda afirmar que os clientes que constituíram a nossa amostra manifestam baixos níveis de ansiedade pré-operatória. Verificaram-se diferenças estatisticamente significativas no nível de ansiedade em função do sexo, ao contrário do verificado para as restantes variáveis sociodemográficas analisadas. O nível de ansiedade não é diferente na presença ou ausência de experiências cirúrgicas anteriores e não se correlaciona de forma significativa com a informação de enfermagem.

Face aos resultados do estudo, sugerimos o incremento de programas de formação em serviço dirigidos aos enfermeiros, de modo a focalizarem parte da sua atenção na ansiedade pré-operatória do cliente cirúrgico; o investimento na preparação pré-operatória destes clientes, inclusive no que diz respeito às suas necessidades psicológicas e informativas, dando ênfase às intervenções autónomas dos enfermeiros; a criação de uma consulta de enfermagem no período pré-operatório mediato, coincidindo com o dia da consulta de anestesia, onde o cliente possa colocar as suas dúvidas e medos, no sentido de diminuir os níveis de ansiedade presentes no pré-operatório imediato. Apointamos para uma intervenção estruturada, exequível, objetiva e individualizada, que tenha em consideração as diferenças individuais e as circunstâncias clínicas de cada cliente.

Relativamente a perspetivas futuras, sugerimos a replicação do estudo noutras instituições, noutros contextos clínicos e com diferentes populações/amostras, a introdução de novas variáveis, nomeadamente o tipo de anestesia, a espiritualidade e o tempo de internamento pré-operatório, no sentido de saber de que forma podem influenciar o nível de ansiedade e a posterior recuperação do cliente. Com base nos resultados obtidos, admitimos a pertinência da eventual realização de um estudo, em Portugal, com enfermeiros que cuidam de clientes cirúrgicos, no sentido de explorar os fatores que interferem com o fornecimento de informações pré-operatórias na perspetiva do enfermeiro, bem como a sua perceção relativa ao ensino pré-operatório.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Akinsulore, A., Owojuyigbe, A., Faponle, A., & Fatoye, F. (2015). Assessment of preoperative and postoperative anxiety among elective major surgery patients in a tertiary hospital in Nigeria. *Middle East Journal Of Anaesthesiology*, 23(2), 235-240.
- Barbosa, A., Terra, F., & Carvalho, J. (2014). Humanização da assistência médica e de enfermagem ao paciente no perioperatório em um hospital universitário. *Revista Enfermagem UERJ*, 22(5), 699-704.
- Gonçalves, M., Cerejo, M., & Martins, J. (2017). A influência da informação fornecida pelos enfermeiros sobre a ansiedade pré-operatória. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(14), 17-26. <https://doi.org/10.12707/RIV17023>
- Donate Marín, M., Litago Cortés, A., Monge Sanz, Y., & Martínez Serrano, R. (2015). Aspectos de la información preoperatoria relacionada con la ansiedad del paciente programado para cirugía. *Revista Enfermería Global*, 14(37), 170-180. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1695-61412015000100008&lng=pt&nrm=iso
- Meleis, A. (2010). *Transitions theory: Middle range and situation specific theories in nursing research and practice*. Springer.
- Mitchell, M. (2016). Day surgery nurses' selection of patient preoperative information. *Journal of Clinical Nursing*, 26(1-2), 225-237. <https://doi.org/10.1111/jocn.13375>
- Rhodes, L., Nash, C., Moisan, A., Scott, D., Barkoh, K., Warner Jr., W. C., Sawyer, J. R., & Kelly, D. M. (2015). Does preoperative orientation and education alleviate anxiety in posterior spinal fusion patients? A prospective, randomized study. *Journal Of Pediatric Orthopaedics*, 35(3), 276-279. <https://doi.org/10.1097/BPO.0000000000000260>

RESUMOS ALARGADOS

**PRÁTICAS PROFISSIONAIS E
AMBIENTES DE CUIDADOS SEGUROS**

CUIDADOS DE ENFERMAGEM OMISSOS E FATORES RELACIONADOS

ANA RITA DOS SANTOS LOUREIRO¹
LUÍS MANUEL DE JESUS LOUREIRO²
MARIA ISABEL DOMINGUES FERNANDES³

INTRODUÇÃO

Estudos em vários países têm revelado que os enfermeiros omitem cuidados aos doentes internados em hospitais (Jones, Hamilton & Murry, 2015). Cuidados de enfermagem omissos (CEO) são definidos por Kalisch (2015) como os cuidados de enfermagem necessários que são omitidos (em parte ou na totalidade) ou significativamente adiados, o que corresponde a um erro de omissão. Trata-se de uma problemática significativa e global (Jones, Hamilton & Murry, 2015), apontada como um novo indicador da qualidade dos cuidados de enfermagem e segurança do doente.

A revisão da literatura realizada por Jones, Hamilton e Murry (2015), aponta que o ambiente da prática de cuidados (APC) tem uma forte influência nos CEO. Este conceito proposto por Eileen Lake (2002) consiste num conjunto de características de um local de trabalho que facilitam ou dificultam a prática de Enfermagem. Por conseguinte, ao pretender estudar os CEO num determinado contexto, optou-se por incluir esta variável no desenho do estudo.

Na literatura surgem vários instrumentos que permitem quantificar os CEO e as razões apontadas para a sua ocorrência. Este estudo pretende apresentar o processo de tradução e validação do questionário MISSCARE (Kalisch & Williams, 2009) e, através dos dados obtidos a partir deste instrumento, conhecer quais são os CEO reportados pelos enfermeiros que trabalham em serviços de medicina e cirurgia de um centro hospitalar português, identificando também as causas explicativas do fenómeno.

1 MSc, Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra. anaritasantosloureiro@gmail.com

2 PhD, Professor Adjunto na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, UICISA: E, luisloureiro@esenfc.pt

3 PhD, Professora Coordenadora na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. UICISA:E, isabelf@esenfc.pt

Assim, a investigação realizada tem como objetivos:

- Analisar os CEO identificados pelos enfermeiros na prática de cuidados em unidades de internamento médicas e cirúrgicas;
- Identificar as variáveis do domínio socioprofissional associadas aos CEO identificados pelos enfermeiros;
- Analisar as causas que os enfermeiros atribuem aos CEO identificados;
- Identificar a relação entre os CEO e as causas atribuídas pelos enfermeiros;
- Analisar a perceção dos enfermeiros relativamente ao APC;
- Analisar a relação entre os CEO, as causas que lhe são atribuídas e o APC.

METODOLOGIA

Estudo metodológico e descritivo-correlacional, assente numa abordagem quantitativa e transversal, que pretende dar resposta à questão geral: quais as causas dos CEO que são reportados pelos enfermeiros que trabalham em unidades de internamento médicas e cirúrgicas de adultos de um centro hospitalar? Foram formuladas sete hipóteses: H1: Existe diferença entre os CEO identificados de acordo com o tipo de unidades de internamento; H2: Há relação entre os CEO identificados e o número de anos de serviço dos enfermeiros; H3: Existe diferença entre os CEO identificados e a intenção de abandonar a instituição; H4: Há relação entre os CEO identificados e o número de doentes atribuídos a cada enfermeiro; H5: Há relação entre os fatores e os CEO identificados pelos enfermeiros; H6: Existe diferença entre o APC de acordo com o tipo de unidade de internamento; H7: Os fatores associados e o APC identificados pelos enfermeiros permitem prever os CEO.

A amostra do estudo é não probabilística de conveniência, tendo sido incluídos 208 enfermeiros de unidades de internamento médicos e cirúrgicos de um centro hospitalar da região centro de Portugal, que reuniam os critérios de inclusão: prestar cuidados diretos ao doente; e ter pelo menos seis meses de experiência no atual serviço.

Os participantes tinham idades entre 25 e 61 anos ($\bar{X} = 39,77$; $DP = 7,94$), 75% era do sexo feminino, com um tempo de experiência profissional a variar entre 3 e 36 anos ($\bar{X} = 16,82$; $DP = 7,58$) e tempo de experiência na instituição a variar entre 1 e 34 anos ($\bar{X} = 10,10$; $DP = 7,76$). Registou-se um nível de absentismo entre 0 e 90 dias de falta ao trabalho nos últimos 3 meses ($\bar{X} = 1,15$; $DP = 0,49$).

Foi pedida autorização aos autores das escalas para a sua utilização e assegurada a autorização formal do Centro Hospitalar incluído no estudo. O projeto de investigação obteve ainda parecer favorável de uma Comissão de Ética. A recolha de dados foi realizada após consentimento informado, assegurando o anonimato dos participantes e a confidencialidade dos dados.

A escala MISSCARE na versão original (Kalisch & Williams, 2009) é um instrumento constituído por 41 itens, organizado em 2 partes: a A, constituída por 24 afirmações sobre cuidados de enfermagem com resposta numa escala de 5 itens (tipo Likert), em que os indivíduos expressam a sua perceção sobre a frequência com que aquele cuidado é omitido, por toda a equipa de enfermagem; a B, constituída por 17 afirmações – fatores contribuintes dos CEO – onde os indivíduos reportam se consideram aquela razão como *significativa, moderada, menor ou não é razão para CEO*.

Para a tradução da MISSCARE, optou-se por seguir as recomendações de Beaton et al. (2000) e as 6 etapas sugeridas pelos autores.

As propriedades psicométricas da escala MISSCARE foram avaliadas pelo estudo da sua validade de construto (análise fatorial) e avaliação da consistência interna (alfa de Cronbach). Para a parte A da MISSCARE, a solução encontrada mostrou 5 fatores com valores próprios $\geq 1,00$ e que explicam na totalidade 64,18% da variância: cuidados instrumentais; avaliação do doente e documentação; pontualidade na resposta ao doente/equipa; capacitação/autonomia do doente; e eficiência na alimentação e medicação. O alfa de Cronbach, que variou entre 0,71 e 0,88, com um valor global de 0,86. Para a Parte B, a análise fatorial agregou os itens em 5 fatores com valores próprios $\geq 1,00$ e que explicam na totalidade 65,58% da variância: “comunicação na equipa”; “recursos materiais”; “gravidade e fluxo de doentes”; “gestão e organização”; e “dotação de profissionais”. O alfa de Cronbach variou entre 0,56 e 0,89, com um valor global de 0,86.

RESULTADOS

Procedeu-se à análise estatística das diferentes dimensões da escala MISSCARE – Parte A. A dimensão “cuidados para a capacitação/autonomia do doente” (3,13) apresentou o valor médio superior, seguido de pontualidade na resposta ao “doente/equipa” (2,70), “eficiência na alimentação e medicação” (2,65) e “avaliação do doente e documentação” (2,53). Com valor médio mais baixo, emergiu a dimensão “cuidados instrumentais” (2,28). Globalmente, verificou-se um valor médio de omissão de 2,64, variando entre 1,13 e 4,46.

Para o total da escala MISSCARE Parte A, verificou-se que não existe diferença estatisticamente significativa na omissão de cuidados e o tipo de unidade de internamento, exceção para a dimensão “pontualidade na resposta ao doente/equipa” ($p < 0,05$), em que o nível de CEO era significativamente superior em unidades médicas ($= 2,83$; $p = 0,03$).

Relativamente à hipótese 2, “há relação entre os CEO identificados e o número de anos de serviço dos enfermeiros”, calcularam-se coeficientes de correlação entre a escala MISSCARE – Parte A e o número de anos de experiência profissional, não se verificando relação estatisticamente significativa ($r = -0,119$; $p > 0,05$).

No que diz respeito à hipótese 3, “existe diferença entre os CEO identificados e a intenção de abandonar a instituição”, procedeu-se ao teste t student para amostras independentes. A diferença observada não é estatisticamente significativa ($= 2,66$; $p > 0,05$).

Para testar a hipótese 4, “há relação entre os CEO identificados e o número de doentes atribuídos a cada enfermeiro”, foi calculado o coeficiente de correlação de Pearson entre a omissão de cuidados dada pela MISSCARE – Parte A e o número de doentes cuidados no último turno da manhã. O valor da correlação não é estatisticamente significativo ($r=-0,013$; $p>0,05$).

Procedeu-se à análise estatística das diferentes dimensões da MISSCARE – Parte B. Os enfermeiros, em média, reportaram razões que consideravam moderadas/significativas para a omissão de cuidados. As médias sugerem que a “gravidade e fluxo de doentes” (3,27) e “dotação de profissionais” (3,26) eram as dimensões com valor médio superior, seguidas pelas dimensões “recursos materiais” (2,79) e “gestão e organização” (2,70). Finalmente, a dimensão “comunicação na equipa” surgiu com o valor médio mais baixo (2,51).

Para testar a hipótese 5, “há relação entre os fatores e os CEO identificados pelos enfermeiros”, foram calculados coeficientes de correlação entre os fatores da MISSCARE Parte A e MISSCARE Parte B. Verificaram-se correlações positivas, ligeiras e estatisticamente significativas entre todas as dimensões da parte A com a “comunicação na equipa” ($0,195 \leq r \leq 0,295$; $p<0,01$).

Procedeu-se à análise estatística das diferentes dimensões da escala PES-NWI. Analisando os resultados no global da escala, observou-se um nível médio de APC de 2,32, com mínimo de 1,48 e máximo de 3,48. Procedeu-se ao cálculo dos coeficientes de correlação entre as dimensões da escala MISSCARE – Parte A e a escala PES-NWI. Verificaram-se correlações negativas ligeiras, estatisticamente significativas, entre algumas dimensões da MISSCARE e da PES-NWI.

Considerando a globalidade da pontuação das escalas MISSCARE – Parte A, MISSCARE – Parte B e PES-NWI, procedeu-se ao cálculo de coeficientes de correlação entre as escalas. Foi encontrada correlação negativa ligeira bicaudal e estatisticamente significativa entre a PES-NWI e a MISSCARE Parte A ($r = -0,141$; $p<0,05$), ou seja, quanto maior era a frequência de CEO menor era o índice de APC. Foi também encontrada correlação positiva, moderada e estatisticamente significativa ($r = 0,247$; $p<0,05$) entre a parte A e B da escala MISSCARE. Verificou-se que quanto maior a frequência de CEO, maior a frequência de razões para a omissão.

Para testar a hipótese 6, “existe diferença entre o APC de acordo com o tipo de unidade de internamento”, procedeu-se ao teste t student para amostras independentes. Existe diferença estatisticamente significativa entre o APC das unidades de internamento médicas e cirúrgicas, sendo APC menos favorável nas unidades cirúrgicas ($=2,27$; $p=0,049$).

Para testar a hipótese 7, “os fatores associados e o APC permitem prever os CEO”, procedeu-se à realização de seis análises de regressão múltipla pelo método stepwise. Consideraram-se como variáveis critério as cinco dimensões da parte A da MISSCARE e como preditores as dimensões da parte B da MISSCARE e da PES-NWI. O principal preditor da omissão retido no modelo e que era estatisticamente significativo foi a “comunicação na equipa” ($\beta=0,269$; $p=0,000$).

DISCUSSÃO

No estudo de Kalisch e Williams (2009), os autores optaram por não categorizar as dimensões emergidas da análise fatorial da parte A, justificando que se tratava de uma lista de cuidados de enfermagem independentes e não relacionados entre si. Nesta investigação, optou-se por agregar os itens de acordo com a análise fatorial, emergindo 5 dimensões e mantendo-se o mesmo número de itens da escala original. Globalmente, o instrumento apresentou bons valores de consistência interna, semelhantes à versão da MISSCARE de Kalisch e Williams (2009).

No que diz respeito à frequência de CEO, a dimensão “cuidados para a capacitação/autonomia do doente” foi evidenciada como aquela em que se verificou maior omissão. Nesta linha, a revisão de Jones, Hamilton e Murry (2015), também aponta como CEO mais frequentes o suporte emocional, a educação do doente e o planeamento da alta. Todavia, salientam que os estudos que assentam na abordagem “missed nursing care” identificam maior omissão de atividades relacionadas com a mobilidade do doente. Tal como sublinham Jones, Hamilton e Murry (2015), estes resultados parecem indiciar que os enfermeiros priorizam atividades no domínio das necessidades fisiológicas imediatas.

Neste estudo, para o valor médio da parte A da escala MISSCARE, verificou-se que não existe diferença estatisticamente significativa entre a omissão de cuidados e o tipo de unidade de internamento. Em 2015, Jones, Hamilton e Murry (2015), analisaram 54 artigos, tendo sumariado as características dos enfermeiros, do doente, do hospital e da unidade de internamento que apresentaram relação com a omissão de cuidados. Esta investigação vem assim ao encontro da maioria dos estudos, integrados na revisão de Jones, Hamilton e Murry (2015), em que a relação entre o tipo de unidade de internamento e a omissão de cuidados de enfermagem é inconsistente.

No caso da experiência profissional, não foi encontrada correlação significativa entre os CEO identificados e o número de anos de serviço dos enfermeiros. Este resultado vai ao encontro do evidenciado na revisão de Jones, Hamilton e Murry (2015), que indicou que a maioria dos estudos revelaram relação inconsistente com a omissão de cuidados. A intenção de abandonar a instituição tem sido considerada como uma possível consequência da omissão de cuidados para os profissionais por Kalisch (2015). Nesta investigação, o teste de hipótese não revelou diferença significativa entre a intenção de abandonar a instituição e a omissão de cuidados.

Diversos estudos têm correlacionado a omissão de cuidados de enfermagem e a dotação de enfermeiros (Jones, Hamilton & Murry, 2015) contudo, nesta investigação, não se verificou relação significativa entre o número de doentes atribuídos a cada enfermeiro no turno da manhã e o nível de CEO.

Nas investigações que utilizam a MISSCARE, os “recursos laborais” têm sido identificados como uma das causas significativas para CEO, não obstante a correlação ser fraca. A inadequação dos recursos materiais e a comunicação surgem como segunda e terceira causa atribuída aos CEO (Jones, Hamilton & Murry, 2015). Os resultados deste estudo vão ao encontro dos achados explicitados, uma vez que os itens da dimensão “recursos laborais”, da versão original da MISSCARE, ficaram incluídos na dimensão “gravidade e fluxo de doentes” e “dotação de profissionais” (Kalisch & Williams, 2009).

A “comunicação na equipa” correspondeu à dimensão da Parte B da MISSCARE com valor médio mais baixo, em que a maioria dos seus itens obtiveram maior pontuação como razão menor para CEO. No entanto, esta configura-se como um fator preditor da omissão de cuidados.

CONCLUSÃO

Este estudo demonstrou que a versão portuguesa da MISSCARE é um instrumento válido e fiável. Constatou-se que os CEO são uma problemática presente no contexto das unidades de internamento médicas e cirúrgicas da instituição em estudo. Todos os participantes identificaram pelo menos um cuidado como omissão. Os CEO mais frequentes situam-se na dimensão “cuidados para capacitação/autonomia do doente”.

A “gravidade e fluxo de doentes” e a “dotação de profissionais” foram consideradas razões significativas para a omissão de cuidados, seguida dos “recursos materiais”, “gestão e organização” e “comunicação na equipa”. Contudo, apenas esta última dimensão apresentou relação estatisticamente significativa com todas as dimensões da omissão de cuidados, emergindo assim, como fator preditor dos CEO.

A investigação apresenta algumas limitações. Por um lado, o conceito de CEO é, ainda, pouco conhecido pela generalidade dos enfermeiros. Por outro lado, persiste uma cultura assente no erro/culpabilização ou ausência de notificação, bem como uma dificuldade em assumir que existe omissão, pela fraca cultura de desocultação dos problemas que podem interferir na qualidade dos cuidados. É também uma limitação o estudo ter ficado circunscrito a uma parte do centro hospitalar e assim, não se conhecer a perceção sobre os CEO na globalidade da instituição.

Fomentar uma discussão sobre a temática da omissão de cuidados ao nível das instituições de saúde e suas equipas, é essencial, podendo a escala MISSCARE constituir um instrumento útil de auditoria interna. O APC desfavorável revelado nesta investigação, orienta para a análise das suas dimensões, a identificação de problemas e a implementação de ações de melhoria como aspetos urgentes a implementar.

Importa assim, investigar mais sobre CEO no contexto português, onde é relevante conhecer o processo de tomada de decisão individual do enfermeiro que conduz à omissão, os dilemas éticos que se colocam, bem como avaliar as consequências deste fenómeno na perspetiva do doente, dos enfermeiros e das instituições de saúde.

As questões da qualidade e segurança têm de estar presentes na formação contínua dos enfermeiros, integrando-se o fenómeno dos CEO. A experiência da racionalização e priorização continuadas podem, inconsistentemente, conduzir à normalização do desvio, ou seja, à aceitação de adiar ou omitir cuidados por parte dos enfermeiros.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Beaton, D., Bombardier, C., Guillemin, F., & Ferraz, M. (2000). Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-reported measures. *SPINE*, 25(24), 3186-3191. <https://doi.org/10.1097/00007632-200012150-00014>
- Jones, T. L., Hamilton, P., & Murry, N. (2015). Unfinished nursing care, missed care, and implicitly rationed care: State of the science review. *International Journal of Nursing Studies*, 52(6), 1121-1137. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2015.02.012>
- Kalisch, B. (2015). *Errors of omission: How missed nursing care imperils patients*. American Nurses Association.
- Kalisch, B. J., & Williams, R. A. (2009). Development and psychometric testing of a tool to measure missed nursing care. *Journal of Nursing Administration*, 39(5), 211-219. <https://doi.org/10.1097/NNA.0b013e3181a23cf5>
- Lake, E. T. (2002). Development of the Practice Environment Scale of the Nursing Work Index. *Research in Nursing & Health*, 25, 176-188. <https://doi.org/10.1002/nur.10032>

A VIOLÊNCIA CONTRA OS ENFERMEIROS DO SERVIÇO DE URGÊNCIA: UM ESTUDO DE CASO

DORA ALEXANDRA LEAL COELHO¹
ISABEL MARIA PINHEIRO BORGES MOREIRA²

INTRODUÇÃO

A violência no local de trabalho não é um fenómeno de hoje, ela existe desde que existem relações laborais. Este fenómeno tem vindo a aumentar ao nível mundial, ameaçando gravemente o desempenho dos profissionais, e consequentemente o êxito, a eficácia e a eficiência das organizações laborais.

Segundo a Direção Geral da Saúde (DGS, 2015) reportando-se à International Labour Office (ILO), a violência no trabalho, a par das drogas, álcool, tabaco e VIH/sida, representa um dos cinco maiores riscos do mundo do trabalho. As organizações de saúde não estão imunes a este fenómeno e o serviço de urgência (SU) devido às suas características particulares, o estar aberto a qualquer hora do dia, ser a principal porta de entrada para muitos doentes, principalmente para os que necessitam de cuidados mais urgentes, é o local onde ocorrem mais episódios de violência. Os/as enfermeiros/as ao serem os/as primeiros/as provedores/as de cuidados de saúde são os/as que estão mais expostos/as a episódios de violência (Alyaemni & Alhudaithi, 2016) e veem afetada a sua saúde e bem-estar o que tem repercussões na qualidade dos cuidados de saúde prestados.

Pese embora o reconhecimento deste fenómeno, muitos profissionais, vítima de episódios de violência, ainda não os reportam, pelo que o número de notificação ainda é baixo (DGS, 2015), o que leva a que os dados não espelhem a verdadeira magnitude do problema nas instituições de saúde. Só conhecendo o fenómeno na sua globalidade é possível, às organizações, desenvolver medidas que garantam a segurança dos seus profissionais. Neste sentido pretende-se identificar a prevalência da violência nos enfermeiros de um SU; caraterizar a tipologia de violência exercida sobre os enfermeiros de um SU; identificar o tipo de agressor mais frequente; identificar a perceção dos enfermeiros sobre as causas da violência sofrida,

1 MSc, Enfermeira especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica no Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra. DoraLCoelho@hotmail.com

2 PhD, Professora Coordenadora na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, UICISA:E, imoreira@esenfc.pt

e identificar a percepção dos enfermeiros sobre o que acontece após o episódio de violência.

METODOLOGIA

Enunciou-se como questões orientadoras do estudo: Qual a prevalência e o padrão de violência nos enfermeiros do SU? e O que acontece após o episódio de violência?

Trata-se de um estudo descritivo-exploratório recorrendo a alguns dos pressupostos do estudo de caso. A população alvo foi constituída pelos/as enfermeiros/as que exerciam funções num SU de uma instituição de saúde da região centro, num total de 207 enfermeiros. A amostra integrou 50 enfermeiros/as, maioritariamente do sexo feminino (84%), 20 (40%) eram solteiros, 26 (52%) casados e 4 (8%) tinham outro estado civil. Dos 50 enfermeiros, 23 eram licenciados, 12 tinham uma pós-graduação, 15 um mestrado e 28% frequentou ações de formação sobre violência. Todos os participantes eram de nacionalidade portuguesa. A idade média dos enfermeiros foi de 36,38 anos, variando entre um mínimo de 26 e máximo de 55 anos. Relativamente ao tempo de exercício profissional a média foi de 13,22 anos.

O instrumento de recolha de dados utilizado foi o questionário organizado em 2 partes, a primeira de caracterização da amostra e a segunda relativa às questões da violência construída a partir do questionário de Alyaemni, A. e Alhudaithi, H. (2016). O questionário foi enviado a todos os/as enfermeiros/as do SU por email, após autorização do Presidente do Conselho de Administração da Instituição de saúde. Juntamente com o questionário foi enviada uma carta informativa e solicitado consentimento informado.

Os dados recolhidos foram tratados em SPSS. As respostas abertas foram analisadas através da análise de conteúdo.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A maioria dos/as enfermeiros/as (80%) que referem ter sido vítimas de violência nos últimos 12 meses, destes 68% são do sexo feminino e 12% do sexo masculino. Os enfermeiros que assinalaram não terem sido vítimas de violência (20%), podem segundo New Zealand Nurses Organization - NZNO (2018), estarem inseridos numa cultura de aceitação ou ter uma percepção de violência diferente.

Segundo o relatório anual de avaliação dos episódios de violência contra os/as profissionais de saúde da DGS em Portugal no ano de 2015, 73,2% das notificações são de enfermeiras. Também para Banda et al. em 2016, no Malawi em Africa, 75% dos/as enfermeiros/as vítimas de violência eram do sexo feminino, provavelmente por ser uma profissão maioritariamente de mulheres, e serem gentis e submissas.

Relativamente ao tipo de violência mais exercida sobre os/as enfermeiros/as, aparece em primeiro lugar a injúria (16,4%), seguida da ameaça (15,1%) e difamação (13,8%) [formas de

violência verbal]. A discriminação (5,6%) e o assédio sexual (5,0%) foram as menos perpetradas (Tabela 1).

Tabela 1

Tipos de Violência e Número de Vezes em que foi Exercida

		1 vez	2 vezes	3 vezes	4vezes	+ 4 vezes	Total (n)	Total (%)
Tipos de violência	Injúria	8	1	12	-	5	26	16,4%
	Difamação	6	3	8	2	3	22	13,8%
	Calúnia	4	4	8	1	3	20	12,6%
	Discriminação	7	1	1	0	0	9	5,6%
	Ameaça	8	2	14	0	0	24	15,1%
	Empurrar	7	5	1	0	1	14	8,8%
	Pontapear	5	5	3	0	0	13	8,2%
	Cuspir	5	3	3	0	0	11	6,9%
	Assédio Sexual	6	1	1	0	0	8	5,0%
	Outro	7	3	2	0	0	12	7,5%

Os resultados de um estudo realizado em Riade em 2016 (Alyamni, & Alhudaithi, 2016), apontam também que a violência verbal foi a mais comum (74,1%) e o assédio sexual a menos comum (1,9%). O relatório da DGS de 2015, afirmava também que a violência verbal é a mais perpetrada, contudo ao contrário do estudo desenvolvido, a discriminação/ameaça foi a mais notificada, seguindo-se a injúria. O assédio sexual não apresentou nenhuma notificação.

O turno com mais episódios de violência notificados foi o da tarde (67,5%) e o com menor número de notificações foi o da noite, com 15%. Os resultados do relatório da DGS de 2015 apontam o turno da manhã como o mais propício a episódios de violência e o da noite a menos. No entanto, os resultados do estudo desenvolvido corroboram os de Pich et al. em 2010, uma vez que o turno da tarde foi o identificado pelos autores como o de maior risco, com 37% a 40% das notificações.

Em relação ao local, os episódios de violência foram perpetrados, na sua maioria, no posto de enfermagem (35%) e ao lado do doente (27,5%). A triagem e a sala de espera foram as áreas com mais baixa frequência. Para Palagi et al. (2015), o posto de enfermagem é uma das áreas onde se prestam a maioria dos cuidados de enfermagem, os quais nem sempre são prestados no tempo que o doente considera como o adequado às suas necessidades, o que pode levar ao seu descontentamento e dos seus familiares/acompanhantes.

Na maioria dos casos, o agressor identificado era do sexo masculino, 52,5% era o próprio

doente, seguido dos familiares/acompanhantes 22,5%. 47,5% dos agressores têm entre 31-50 anos de idade. Também a DGS, no relatório publicado em 2015, indica os doentes como os principais agressores nos serviços de urgência, seguidos dos familiares e dos profissionais de saúde. Saliencia igualmente que a maioria dos agressores pertence ao grupo etário dos 40-49 anos, seguido do grupo etário 50-59 anos e do grupo 30-39 anos.

A maioria dos/as enfermeiros/as, no momento da agressão, não identificou alterações relevantes no comportamento dos/as agressores/as (70,0%). Contudo 30% admite ter identificado alterações de comportamento.

Relativamente à atitude dos/as participantes perante um episódio de violência, 32,5% referiu que disse aos colegas de trabalho, seguido de 17,5% que pediu ao agressor para parar, 22,5% dos/as enfermeiros/as referiu não ter reagido e 7,5% fez de conta que o episódio nunca aconteceu. Os/as enfermeiros/as ao procurarem apoio nos colegas fazem-no para os ajudar a lidar com os efeitos emocionais.

No que respeita aos motivos da agressão, a situação de doença (32,5%) foi o principal fator apontado pelos/as enfermeiros/as, seguido de o estar sob o efeito de álcool e/ou substância ilícitas e a falta de direitos explícitos ou procedimentos, ambos com (20%). A existência no SU de doentes com dores e em angústia pode predispor a comportamentos violentos assim como, alguns diagnósticos ou sintomas são mais suscetíveis em resultar em violência não intencional (Pich et al., 2010). Segundo os autores anteriormente citados, 40% dos doentes admitidos no SU estão sob o efeito de álcool e/ou substâncias ilícitas, sendo que 25% a 90% dos episódios de violência são atribuídos ao consumo de álcool. O álcool e as drogas nos/as doentes parecem constituir fatores de risco major para a violência.

A maioria dos/as enfermeiros/as 70% não notificou o episódio de violência. Estes dados corroboram totalmente com a literatura existente. Segundo dados do último relatório DGS de 2015, os números das notificações da violência ainda são baixos, apesar de estarem a aumentar. A não notificação dos episódios pode estar relacionada com a ausência de medidas de notificação de eventos no sistema hospitalar e pode prender-se com a errada perceção dos profissionais de saúde sobre a notificação do evento (Xing et al., 2015).

Só 30% dos/as participantes notificou a situação junto de um superior hierárquico e da polícia/segurança, nenhum dos/as participantes o fez junto da administração da entidade empregadora. A razão para a baixa notificação pode estar associada à desvalorização do episódio de violência por parte dos/as participantes (42,5%) e, por não saberem como o fazer 25,0%. Pode ainda estar relacionada com a tolerância dos/as profissionais para com a violência e por acreditarem que o doente se encontra sob tensão devido ao seu estado de saúde, aceitando o comportamento violento deste como uma resposta à doença. Xing et al. (2015) apontam como razões para a não notificação a ausência de medidas de notificação de eventos no sistema hospitalar. É importante salientar que a notificação é fulcral para que se conheçam os verdadeiros números do problema da violência e se possa atuar ao nível preventivo de forma a criar ambientes seguros e saudáveis que não comprometam a qualidade dos cuidados.

CONCLUSÃO

A violência é um fenômeno complexo e que afeta os/as enfermeiros/as de todo o mundo. Dos resultados, pode-se concluir que as principais vítimas foram os profissionais do sexo feminino; a violência verbal a mais assinalada, sob a forma de injúria e ameaça; o período de trabalho da tarde (16h às 24h) foi onde ocorreram mais episódios de violência; o posto de enfermagem o local mais assinalado; o principal agressor foi o doente do sexo masculino na faixa etária dos 40-49anos; a causa mais apontada foi a situação de doença, seguida do efeito de álcool e/ou substâncias ilícitas; e a maioria dos/as enfermeiros/as preferiu não notificar o episódio de violência desvalorizando-o.

A violência no local de trabalho requer uma atuação a nível preventivo e interventivo. Os números reais são camuflados devido a uma cultura de aceitação e de subnotificação da violência.

A violência ao levar ao empobrecimento das relações humanas, à diminuição da satisfação profissional e à baixa autoestima, pode pôr em risco a qualidade dos cuidados e a segurança dos cuidados prestados pelo que, as instituições de saúde devem desenvolver uma cultura de notificação criando protocolos de atuação contextualizados e desenvolver programas de formação nesta área que visem a educação para a prevenção da violência.

Com a realização do estudo espera-se ter dado visibilidade a um problema de saúde pública que atinge todas as instituições de trabalho. É necessário realizar mais estudos particularmente estudos que visem a implementação de programas que capacitem os profissionais para atuar de forma assertiva numa situação de violência e avaliação da sua efetividade.

As limitações à elaboração deste estudo prendem-se com o uso de questionários online, o tipo e o tamanho da amostra, a falta de estudos específicos e a subnotificação.

Em suma, a violência sobre os/as enfermeiros/as tem ganho uma enorme dimensão, contudo, é um problema que pode ser evitado e prevenido, com consequências que podem ser minimizadas, basta que para isso se aposte numa cultura de prevenção, formação da população e dos profissionais e de notificação.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alyaemni, A. & Alhudaithi, H. (2016). Workplace violence against nurses in the emergency departments of three hospitals in Riyadh, Saudi Arabia: A cross-sectional survey. *NursingPlus Open*, 2, 35-41. <https://doi.org/10.1016/j.npls.2016.09.001>
- Banda, C., Mayers, P., Duma, S. (2016) Violence against nurses in the Southern region of Malawi. *Health SA Gesondheid*, 21, 415-421. <https://doi.org/10.1016/j.hsag.2016.01.002>
- Direção geral da saúde. (2015) *Relatório técnico da notificação on-line de violência contra profissionais de saúde - 2014*. <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/notificacao-on-line-de-violencia-contra-profissionais-de-saude-relatorio-2014-pdf.aspx>

- New Zeland Nurses Organization - NZNO (2018). Violence and Aggression Towards Nurses. e1-5.
- Palagi, S., Noguez, O., Amestoy, S., & Porto, A. (2015) Violência no trabalho: Visão de enfermeiros de um serviço de urgência e emergência. <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/10759/11885>
- Pich, J., Hazelton, M., Sundin, D. & Kable, A. (2010) Patient-related violence against emergency department nurses. *Nursing & Health sciences*, 12(2), 268-274. <https://doi.org/10.1111/j.1442-2018.2010.00525.x>
- Xing, K., Jiao, M., Qiao, H., Hao, Y., Li, Y., Gao, L., Sun, H., Kang, Z., Liang, L. & Wu, Q. (2015). Physical violence against general practitioners and nurses in chinese township hospitals: A cross-sectional survey. *PLoS One*, 10(11), e0142954. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26571388>

CUIDADOS DE ENFERMAGEM OMISSOS: PERCEÇÃO DOS ENFERMEIROS DE UM HOSPITAL DE ONCOLOGIA PORTUGUÊS

IVO CRISTIANO SOARES PAIVA¹
ANTÓNIO FERNANDO SALGUEIRO AMARAL²
ISABEL MARIA PINHEIRO BORGES MOREIRA³

INTRODUÇÃO

A qualidade da prestação dos cuidados de saúde e a segurança do doente são dois aspetos fundamentais a ter em consideração pelos enfermeiros que exercem as suas funções em ambientes com grande complexidade de cuidados.

As mudanças ocorridas nas organizações de saúde, onde os doentes se apresentam cada vez mais exigentes e informados dos seus direitos, exigem uma utilização racional dos recursos disponíveis, conduzindo os profissionais à necessidade de hierarquizar os cuidados deixando alguns por fazer.

É neste contexto que surgem os cuidados de enfermagem omissos (CEO) que são definidos como os cuidados que são deixados por fazer, na sua totalidade ou em parte, ou significativamente adiados constituindo um forte indicador de qualidade dos cuidados em saúde (Kalischet al., 2009).

Considerando que o conhecimento contextual dos CEO e das razões subjacentes à sua ocorrência permite aos gestores implementar diretrizes específicas minimizadoras desta problemática, esta investigação tem como objetivos compreender quais as razões percecionadas, pelos enfermeiros de um hospital de oncologia, como conducentes à omissão de cuidados de enfermagem e quais as estratégias percebidas como promotoras da sua minimização.

1 MSc Enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, Instituto Português de Oncologia de Coimbra de Francisco Gentil, EPE, ivocsoarespaiva@gmail.com

2 PhD, Professor Coordenador na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, UICISA: E, amaral@esenfc.pt

3 PhD, Professora Coordenadora na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, UICISA: E, imoreira@esenfc.pt

METODOLOGIA

Para dar resposta aos objetivos formulou-se como questão de investigação: Quais as razões promotoras de CEO percecionadas pelos enfermeiros de um hospital de oncologia?

Desenhou-se um estudo descritivo de natureza qualitativa assente em alguns pressupostos do estudo de caso.

A população alvo foi constituída pelos enfermeiros que exerciam a sua atividade em unidades de internamento de especialidades médicas, há mais de um ano, numa instituição de saúde de oncologia. A técnica de amostragem foi a amostra de meio, constituída por 10 enfermeiros, selecionados intencionalmente pela maior acessibilidade ao investigador principal.

A recolha de dados foi realizada através de questionário e de entrevista semiestruturada, realizou-se entre 5 de setembro e 9 de outubro de 2018, após obtenção do consentimento informado, livre e esclarecido dos participantes. As entrevistas tiveram uma duração média de 50 minutos.

Após a realização de cada entrevista, os dados gravados em áudio, foram transcritos e analisados segundo a técnica de análise de conteúdo de Bardin (2016), seguindo as fases de pré-análise, exploração do material e tratamento dos dados (inferência e interpretação). Os dados constantes do questionário foram tratados através de análise estatística descritiva.

Foram assegurados os princípios éticos inerentes à natureza desta investigação, nomeadamente o respeito pelo exercício à autodeterminação e o respeito pela confidencialidade e anonimato dos informantes, codificando as entrevistas (de E1 a E10); foi assegurada a destruição das gravações efetuadas, bem como das transcrições integrais das entrevistas, dos consentimentos e dos questionários preenchidos. Este estudo obteve parecer favorável da comissão de investigação e ética da unidade de saúde em estudo (Parecer n.º: TI 12/2020).

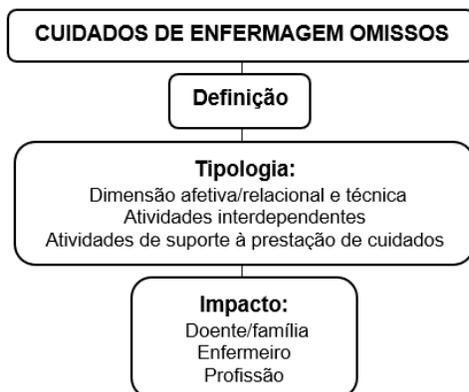
RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os participantes do estudo eram maioritariamente do sexo feminino (80%), com média (\bar{x}) de idades de 37,9 anos com desvio-padrão (DP) de 6,33 anos, com mínimo e máximo de 27 e 49 anos. O tempo médio de exercício profissional foi de 14,9 anos ($DP = 6,03$), com mínimo e máximo de 4 e 23 anos. Relativamente às habilitações académicas, 20% têm um mestrado e 20% têm o título de enfermeiro especialista atribuído pela Ordem dos Enfermeiros. Em média, os enfermeiros exerciam funções nos serviços há 11,9 anos ($DP = 5,5$) com mínimo e máximo de 2 e 17 anos. Da amostra, 100% exerciam a sua atividade por turnos e 70% revelaram trabalhar, em média, mais 5 horas por semana relativamente às horas contratualizadas.

Do processo da análise de conteúdo emergiu como categorias centrais: CEO (que integra a Definição, Tipologia e Impacto, esquematizados na Figura 1), Razões para a ocorrência de CEO e Estratégias para a minimização de CEO.

Figura 1

Esquema Síntese da Categoria Cuidados de Enfermagem Omissos (CEO)



Para os participantes, a definição de CEO diz respeito aos cuidados de enfermagem que, por diversas razões, não são executados na totalidade ou em parte. Como salientam “planeados para que fossem feitos, mas que deixamos por fazer de forma consciente ou inconsciente e que podem ter sido deixados por fazer na totalidade, ou só em parte” (E9, E1, setembro de 2018, E10, 9 de outubro de 2018), o que corrobora a definição proposta por Jones et al. (2015).

Quanto à tipologia dos cuidados de enfermagem identificados como omissos, estes encontram expressão internacional nos estudos compilados na revisão integrativa da literatura de Jones et al. (2015) e nacional, no estudo de Braga et al. (2018). Foram identificados cuidados relacionados com a dimensão afetiva/relacional do cuidar, como comunicar com o doente e família e ensino ao doente e família, referem que se cingem “à comunicação mínima e necessária; unidirecional ou bidirecional, caso queiras obter alguma informação e tens um questionamento simples e direto, porque não podes perder tempo e tens que passar para o seguinte” (E7, 1 de outubro de 2018).

Outra das dimensões em que reportam a ocorrência de CEO é ao nível dos cuidados de higiene oral, cuidados de higiene corporal, posicionamentos, levante e deambulação e alimentação:

“deixamos por fazer os cuidados à boca, que deveriam ser fundamentais no nosso serviço” (E5)

“a alternância de posicionamentos não é cumprida” (E1)

“não incentivamos os doentes a que comam a ceia. . . e é tão omissos que nem existe nas nossas predefinições o horário de alimentar-se às 22h” (E5)

As atividades de suporte à prestação de cuidados surgem também como CEO, nomeadamente o documentar os cuidados de enfermagem ou elaborar/atualizar planos de cuidados (PC). Como salientam “são a última coisa que faço. Se tiver que abdicar de alguma coisa será, com certeza, dos registos de enfermagem” (E4).

Por último, e no âmbito das atividades interdependentes, surgem como CEO a monitorização de sinais vitais/glicémia capilar, identificação e administração da terapêutica até 30 minutos após a sua prescrição e cuidados de manutenção com dispositivos médicos:

“às vezes não se avalia com medo do resultado que vamos ter porque podemos ter de desencadear outras ações que ainda darão mais trabalho” (E10)

“Muitas vezes não há identificação da terapêutica em perfusão” (E1)

“E muitas vezes temos dispositivos novos, por exemplo drenos torácicos, sistemas de drenagem novos e não otimizamos porque não sabemos trabalhar com eles” (E9)

Os cuidados de manutenção com os dispositivos médicos e a identificação da terapêutica prescrita, de acordo com a literatura consultada, é a primeira vez que são referenciados como CEO, fruto da utilização de instrumentos que permite a exploração da problemática em profundidade (Dehghan-Nayeri et al., 2018).

Na opinião dos participantes os CEO têm implicações para os diferentes agentes de cuidado, como havia sido reportado por Recio-Saucedo et al. (2018). Para o doente, a não realização de cuidados de acordo com as necessidades identificadas e as boas práticas incorre num “potencial agravamento do estado de saúde do doente” (E6, 28 de setembro de 2018) e consequentemente prejuízo para a família. Já para o enfermeiro os cuidados de enfermagem ao não serem prestados em segurança e ao não responderem às necessidades individuais dos doentes colocam-lhes problemas de consciência. Os participantes consideraram ainda que quando a qualidade dos cuidados é prejudicada, a visão da sociedade face aos cuidados prestados pelos enfermeiros é negativa e, consequentemente a da profissão também.

Como razões para a ocorrência de CEO surge a negligência/desvalorização, o dolo e as crenças dos enfermeiros, a escassez de recursos e a cultura organizacional, as quais já haviam sido apontadas por Amaral (2015) e Bragadóttir et al. (2016).

Para os entrevistados, a negligência/desvalorização surge quando priorizam a realização de cuidados de enfermagem interdependentes face aos cuidados autónomos. Esta priorização acontece pela facilidade de objetivação da omissão dos cuidados interdependentes, “deixamos por fazer cuidados que são mais difíceis de operacionalizar. O apoio emocional a um doente, por exemplo é pouco operacionalizável” (E4, E5, E6, E10), embora reconheçam que é no domínio autónomo que podem acrescentar valor à enfermagem:

Nesta categoria, surge ainda a delegação de tarefas dos enfermeiros para os assistentes operacionais, reconhecendo os participantes que estes nem sempre “têm formação adequada, nem suficiente” (E8) para os desenvolver.

Outra razão para a existência de CEO é o dolo dado que há uma intencionalidade e um sentido de moralidade percebidos no discurso dos enfermeiros entrevistados para a não efetivação dos cuidados, sobretudo daqueles que “exigem tempo, atenção e dedicação (E7)”. Como salientam “Trata-se de não fazer porque não te apetece fazer...e nós sabemos que isso também acontece na nossa prática...” (E3, E4).

Da análise das entrevistas, emergem as crenças dos enfermeiros, uma vez que são as suas convicções que os levam a decidir sobre a realização ou não de determinado cuidado, pois pode “já não valer a pena (E3)”, preterindo os cuidados que consideram terem um menor impacto no estado de saúde do doente:

“Acabamos sempre por prevaricar em cuidados que achamos menos importantes; naquele momento, temos de fazer uma opção e optamos por esses que achamos que são menos importantes e fazem menos mal.” (E4, E5, E9)

A escassez de recursos humanos e materiais surge como outra das razões que conduzem à existência de CEO. Os participantes reportaram o reduzido número de “*enfermeiros e auxiliares*” (E2) e a sobrecarga de trabalho como comprometedores da qualidade dos cuidados prestados e potencialmente geradores de CEO:

“Os CEO passam exatamente pelas excessivas cargas de trabalho, de doentes ao teu cuidado, o rácio número de horas de cuidados/enfermeiro” (E4)

A complexidade dos cuidados ao doente/família, quer pelo estado clínico deste, quer pelo questionamento da díade doente/família sobre a situação, leva ao desgaste emocional e físico dos enfermeiros, como salientam “a complexidade dos doentes e famílias exigem muito de nós e é claro que não pudemos fugir a isso” (E1).

A desmotivação, o cansaço revelado pelos enfermeiros, a incapacidade de resposta às necessidades de cuidados, e a falta de reconhecimento monetário pelo trabalho pelo trabalho que realizam são fatores que contribuem igualmente para os CEO.

Os enfermeiros reportam que os recursos materiais ao não serem suficientes em número ou ao estarem desatualizados, “os sistemas de informação e o equipamento informático são obsoletos” (E7), podem conduzir à alteração do planeamento dos cuidados.

Também as condições estruturais podem comprometer a individualização e a qualidade dos cuidados, como apontam os “quartos de banho não estão adaptados à tipologia dos doentes” (E10) e “*Não tens espaço com privacidade para falar com o doente...*” (E6).

A cultura organizacional do serviço e da instituição surge como uma categoria que pode influenciar a ocorrência de CEO em que o não acolhimento da instituição a projetos inovadores desenvolvidos por enfermeiros e a falta de medidas de reconhecimento por parte dos “*órgãos de chefia*” (E4, E5, E9) são geradores de sentimentos negativos e comprometedores do bem-

estar individual e organizacional:

“Falta o descongelamento e a progressão da carreira” (E2, E8, E9, E10)

Os enfermeiros gestores ao estarem muito tempo ausentes do serviço não têm, por vezes, percepção sobre a natureza, exigência e complexidade dos cuidados o que contribui para a desmotivação dos enfermeiros. Como destacam “Muitos [enfermeiros] estão desmotivados pelo papel da liderança” (E10).

As falhas na comunicação entre os profissionais, a ausência de trabalho em equipa e de espírito de entreajuda entre os seus elementos, condicionam a qualidade dos cuidados prestados uma vez que “cada um orienta o trabalho olhando para si, e não há trabalho em equipa, organização, e não há metas a alcançar” (E1, E3).

O padrão de documentação e a plataforma de registo ao serem “confusos e muito espartilhados” (E6), desadequados face às especificidades de cada contexto e às necessidades do doente, e em que a “capacidade para lidar com a tecnologia não é a mesma” (E4) entre enfermeiros, concorrem também para a ocorrência de CEO.

Como Estratégias para a minimização de CEO, sendo necessariamente correlacionadas com as causas subjacentes (Jones et al., 2015), emergiram a “conscientização do erro”, a “formação”, a “comunicação”, a “adequação de recursos” e a “mudança da cultura organizacional” .

A conscientização do erro surge como estratégia para minimizar a problemática aos níveis: individual, na medida em que cada profissional não tem a noção da gravidade dos CEO e “a melhor estratégia passa pela consciencialização” (E2); e institucional ao “dar relevo aos cuidados de enfermagem potencialmente omissos e estudar cada causa” (E8).

A formação é identificada como a melhor estratégia para “despertar mentalidades” (E10) e “capacitar as pessoas” (E6), quer se trate da formação autodirigida, formação em serviço para enfermeiros e outros profissionais, bem como para o cuidador informal. O “Journal Club” (E5), “o role play ou o centro de escuta” (E6) são reportados como estratégias a adotar para motivar os enfermeiros a participarem na formação e a analisarem construtiva e criticamente a sua prática clínica.

A comunicação entre pares e entre enfermeiros e os restantes elementos da equipa multidisciplinar foi outra estratégia identificada. Os enfermeiros realçam a necessidade de mudança da passagem de turno e de fomentar o trabalho em equipa, como apontam podia haver “reuniões de serviço com resultados a transmitir à equipa” (E1)

Os enfermeiros reiteram a necessidade de “um líder forte e que tenha o potencial de motivar a equipa e de os fazer sentir bem com aquilo que fazem” (E4) e de um enfermeiro afeto à coordenação de cuidados que poderia prestar “apoio burocrático em circunstâncias como a admissão do doente, orientar exames ou transferências” (E8) o que permitiria “evitar interrupções na prestação de cuidados” (E8).

A adequação de recursos afigura-se como uma estratégia minimizadora de CEO, englobando

melhor alocação dos recursos humanos e ativação correta de recursos materiais, pois existem, mas “quem tem que os ativar, não os ativa” (E4).

A mudança da cultura organizacional surge como outra estratégia a considerar na minimização dos CEO. A instituição ao “aceitar que eles existem e falar abertamente sobre eles [CEO]” (E6) estaria a contribuir para “minimizá-los” (E5). Só depois do seu reconhecimento será possível: a reestruturação dos serviços de enfermagem, padronizando a prestação de cuidados para que “os cuidados que efetuamos aos doentes sejam realizados, por todos os profissionais” (E2) seguindo os mesmos princípios; a criação da figura do profissional gestor de caso responsável por garantir o cumprimento de “um plano global, multidisciplinar, de cuidados que englobe as várias dimensões dos cuidados ao doente e família e depois ser reavaliado ou alterado” (E5) mediante as respostas da pessoa ao plano instituído; a função do enfermeiro “auditor devia de ser reformulada, este deveria de ter uma atitude proativa, explicar o que vai fazer e deixá-lo [enfermeiro auditado] à-vontade” (E6).

A implementação de medidas minimizadoras de CEO decorre da análise de cada contexto (autores).

CONCLUSÃO

A identificação dos CEO, pelos enfermeiros entrevistados, encontra-se plasmada na literatura, e abrange tanto o campo de atuação autónomo (comunicar com o doente e família, ensino ao doente e família, documentar os cuidados de enfermagem, elaborar ou atualizar planos de cuidados, alimentação, cuidados de higiene oral, cuidados de higiene corporal, posicionamentos e levante e deambulação) como o campo interdependente das atividades do enfermeiro (monitorização de sinais vitais/glicémia capilar, a identificação e administração da terapêutica até 30 minutos após a sua prescrição e cuidados de manutenção com dispositivos médicos).

A identificação da terapêutica prescrita em perfusão e os cuidados de manutenção com os dispositivos médicos foram referidos pela primeira vez como CEO.

As razões que, na perceção dos enfermeiros, promovem a ocorrência de CEO estão relacionadas com o ambiente da prática de cuidados (escassez de recursos e cultura organizacional) e o enfermeiro (negligência/desvalorização, o dolo e as crenças).

Foram identificadas a conscientização do erro, a formação, a comunicação, a adequação de recursos e a mudança da cultura organizacional como estratégias que permitem reajustar os ambientes da prática, os enfermeiros e demais profissionais que neles coabitam e, conseqüentemente, minimizar os CEO identificados.

Este estudo fornece algumas estratégias passíveis de implementação noutros contextos mediante avaliação prévia das razões que conduzem aos CEO e à avaliação da efetividade das estratégias implementadas.

Seriam profícuas novas investigações que correlacionem o impacto de cada razão promotora de CEO na sua incidência bem como explorar os processos de tomada de decisão dos enfermeiros, aquando da priorização de cuidados.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Amaral, A. (2015). Editorial. *Revista Sinais Vitais*, 118(3), 4.
<https://www.sinaisvitais.pt/images/stories/revista/RSV118.pdf>
- Bardin, L. (2016). *Análise de Conteúdo*. Almedina Brasil.
- Braga, C., Jesus, E., & Araújo, B. (2018). RN4Cast study in Portugal: Nurses and care left undone. *Journal of Hospital Administration*, 7(2), 58-66. <https://doi.org/10.5430/jha.v7n2p58>
- Bragadóttir, H., Kalisch, B. & Tryggvadóttir, G. (2016). Correlates and predictors of missed nursing care in hospitals. *Journal of Clinical Nursing*, 26, 1524-1534. <https://doi.org/10.1111/jocn.13449>
- Dehghan-Nayeri, N., Shali, M., Navabi, N., & Ghaffari, F. (2018). Perspectives of oncology unit nurse managers on missed nursing care: A Qualitative study. *Asia Pacific Journal of Oncology Nursing*, 5(3), 327-336. https://doi.org/10.4103/apjon.apjon_6_18
- Jones, T., Hamilton, P., & Murry, N. (2015). Unfinished nursing care, missed care, and implicitly rationed care: State of the science review. *International journal of nursing studies*, 52(6), 1121-1137. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2015.02.012>
- Kalisch, B., Landstrom, G. & Hinshaw, A. (2009). Missed nursing care: A concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 65(7), 1509–1517. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2009.05027.x>
- Recio-Saucedo, A., Dall’Ora, C., Maruotti, A., Ball, J., Briggs, J., Meredith, P., Redfern, O. C., Kovacs, C., Prytherch, D., Smith, G. B., & Griffiths, P. (2018). What impact does nursing care left undone have on patient outcomes? Review of the literature. *Journal of Clinical Nursing*, 27(11-12), 2248-2259. <https://doi.org/10.1111/jocn.14058>

PRÁTICAS DOS ENFERMEIROS NA OTIMIZAÇÃO DO CATETER VENOSO CENTRAL

MICAELA DENISE DA SILVA RODRIGUES¹
ISABEL MARIA HENRIQUES SIMÕES²

INTRODUÇÃO

As Infecções da Corrente Sanguínea (ICS) inserem-se no grupo das Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS) mais frequentes, com maior morbidade e custos elevados. Dados epidemiológicos de 2013 revelaram a presença de Cateter Venoso Central (CVC) em 51,9% dos episódios de ICS com taxas de 16,8% de ICS associadas ao CVC e 9,8% de mortalidade (Direção-Geral da Saúde [DGS], 2013).

Reconhecendo a importância de adotar estratégias de intervenção para a prevenção das ICS associadas ao CVC, o *Centers of Disease Control and Prevention* (CDC, 2011) sugere a implementação de programas de formação estruturados sobre as práticas dos enfermeiros na otimização do CVC.

Em 2016, a taxa de incidência nacional das ICS por 1000 dias de CVC foi de 0,9% nas unidades de cuidados intensivos de adultos e 1,7% noutros serviços de internamento. Desde 2015 que a DGS recomenda a implementação do “Feixe de intervenções de prevenção de infeção relacionada com CVC”, reforçando a importância de formar profissionais de saúde de modo a disseminar as recomendações de boas práticas na prevenção e controlo destas infeções (DGS, 2017).

Esta problemática é relevante nos cuidados a doentes oncológicos, cujo recurso a CVC é usual, pois frequentemente estão imunodeprimidos e, por isso, com elevado risco de infeção associado. A inquietude face a esta realidade impulsionou o seu estudo, com vista a definir e implementar estratégias para a prevenção das ICS associadas ao CVC.

Assim, emerge o presente estudo, que tem como objetivos conhecer as práticas dos enfermeiros

1 MSc, Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica no Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE; micaela.denise@hotmail.com

2 MSc, Professora Adjunta da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, UICISA: E, isabels@esenfc.pt

na otimização do CVC antes e após uma formação estruturada e conhecer o impacto de uma formação estruturada nas práticas dos enfermeiros na otimização do CVC.

METODOLOGIA

Partindo das questões de investigação “quais as práticas dos enfermeiros na otimização do CVC, antes e após uma formação estruturada?” e “qual o impacto de uma formação estruturada nas práticas dos enfermeiros na otimização do CVC?”, desenvolveu-se um estudo quantitativo, descritivo-exploratório com comparação de 2 grupos. A investigação ocorreu numa unidade de internamento médico multidisciplinar de um hospital do centro do país. Trata-se de uma amostra não-probabilística acidental, constituída por 17 enfermeiros.

Recorreu-se à observação não-participante, tendo-se realizado 34 observações às práticas dos enfermeiros na otimização do CVC, antes e após uma formação estruturada sobre prevenção de ICS associadas ao CVC. A colheita de dados decorreu entre outubro de 2017 e maio de 2018. Para tal, foi construído um guião de observação das práticas dos enfermeiros na otimização do CVC, tendo por base as orientações da DGS (2015) e foi sujeito a pré-teste não tendo havido necessidade de alteração do mesmo. Procedeu-se, ainda, à aplicação de questionário que permitiu a caracterização sociodemográfica e profissional dos participantes.

A presente investigação obteve parecer favorável da Comissão de Ética e Conselho de Administração da instituição onde foi realizada e, o consentimento informado de todos os participantes, sendo assegurada a confidencialidade e anonimato.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os participantes do estudo foram predominantemente mulheres (82,4%), o grupo etário com maior representatividade foram os enfermeiros com 30 a 34 anos (41,2%), cuja média de idades foi 37,9 anos (sd=9,9 anos), sendo a maioria solteiros (52,9%). Prevaleram os enfermeiros de cuidados gerais (70,6%), apenas 17,6% possuíam especialização em enfermagem. Quanto ao tempo total de exercício profissional, verificou-se um intervalo alargado, de 5 a 35 anos, de acordo com a ampla dispersão de idades. Predominaram os enfermeiros com 6 a 10 anos de exercício profissional (41,2%), seguidos dos enfermeiros com 11 a 15 anos (23,5%), com uma média de 14,0 anos de experiência. Metade dos enfermeiros (52,9%) exerciam funções há 2 anos no serviço, enquanto os restantes estavam ainda em período de integração. Sabe-se que enfermeiros treinados e com prática frequente na otimização do CVC, demonstram eficácia inequívoca na redução da incidência das ICS (CDC, 2011). Todavia, neste estudo, 52,9% dos enfermeiros referiram não ter prática frequente na otimização do CVC antes de exercerem neste serviço (criado em 2015).

Nos 2 anos que antecederam ao estudo, a maioria dos enfermeiros (64,7%) não tinha frequentado formação sobre prevenção e controlo das IACS e 82,4% referiu não ter formação

específica sobre ICS associadas ao CVC. A formação contínua sobre práticas baseadas em evidência e, conseqüentemente, a melhoria do conhecimento dos enfermeiros é essencial à prevenção de ICS associadas ao CVC (Humphrey, 2015). A revisão da literatura reforça esta premissa, ao concluir que a implementação de programas formativos estruturados para profissionais de saúde sobre otimização do CVC, tem impacto positivo na melhoria das suas práticas (Humphrey, 2015; Page et al., 2016) e, simultaneamente, na redução das taxas de infeção associadas ao CVC (Jones et al., 2015; Page et al., 2016).

As observações permitiram verificar que existem diferenças nas práticas dos enfermeiros na otimização do CVC, antes e após a formação estruturada. A análise exploratória e comparativa dos 2 grupos possibilitou inferir o impacto da formação nas práticas dos enfermeiros. Especificamente, na avaliação da necessidade de manter o CVC, as práticas dos enfermeiros foram idênticas antes e após formação, em 76,5% das observações os enfermeiros expressaram a sua avaliação, mas não foram encontrados registos dessa avaliação.

Todos os enfermeiros, antes e após formação, avaliaram a necessidade de realizar o tratamento ao local de inserção do CVC, também com elevada conformidade nos registos de enfermagem.

O motivo mais frequente da realização do tratamento ao local de inserção foi a substituição de penso transparente às 72h (44,1% antes e 52,9% após formação), seguido da troca de penso com compressa às 48h (29,4% *versus* 32,4%) e visualização de penso com sangue, húmido ou descolado (11,8% *versus* 5,9%). Cumprindo, na sua maioria, a periodicidade recomendada de pelo menos cada 7 dias se penso transparente, cada 2 dias se penso com compressa, e sempre que húmido, descolado ou visivelmente sujo com sangue (CDC, 2011; DGS, 2015). Nas restantes observações o tratamento foi realizado 24h depois da inserção do CVC (14,7% *versus* 8,8%), que embora não esteja de acordo com as recentes recomendações, cumpriram a norma do serviço. Verificou-se, assim, aumento da conformidade com as recomendações após formação.

A monitorização visual do local de inserção do CVC ao substituir o penso é fundamental, no sentido de identificar manifestações sugestivas de infeção (CDC, 2011). Durante as observações, os enfermeiros verbalizaram esta avaliação (97,1% *versus* 100%), todavia manteve-se similar escassez de registos (14,7% *versus* 20,6%).

Em todas as observações, o local de inserção do CVC estava protegido com compressa esterilizada ou penso estéril, transparente e semipermeável (CDC, 2011). Observou-se um aumento significativo em datar o penso após formação (58,8% *versus* 85,3%), em que alguns enfermeiros declararam desconhecer esta recomendação da DGS (2015).

Em relação à preparação do ambiente e doente, considerou-se que todos os enfermeiros cumpriram o dever de assegurar cuidados em segurança e promover um ambiente seguro. Foi garantida a privacidade e correto posicionamento corporal dos doentes (97,1% *versus* 100%). Os enfermeiros, cumprindo o seu dever de informar sobre os cuidados prestados, esclareceram os doentes quanto ao procedimento e respetivo motivo (85,3% *versus* 94,1%), tendo obtido o consentimento informado dos doentes. No entanto, alguns enfermeiros (14,7% *versus* 5,9%) não expressaram verbalmente este esclarecimento, partindo possivelmente do pressuposto do consentimento tácito.

A adesão à higiene das mãos foi sempre elevada ($\geq 88,2\%$) e associada a melhoria após formação, embora um reduzido número de enfermeiros não tenha cumprido todos os momentos de higiene das mãos. Após formação, os enfermeiros higienizaram as mãos, sempre, antes de reunir e dispor o material, após tratamento ao local de inserção e após substituição dos sistemas. A DGS (2015) recomenda lavar as mãos com água e sabão de pH neutro, seguido de fricção com Solução Antisséptica de Base Alcoólica (SABA), antes de manusear o CVC, contudo, esta recomendação tem por base uma menor evidência científica. Nesta investigação adotámos a recomendação de higienizar as mãos, lavando-as com água e sabão ou friccionando com SABA (CDC, 2011; DGS, 2010), estando contraindicado o uso concomitante de sabão antimicrobiano e SABA (DGS, 2010).

Todos os enfermeiros reuniram previamente o material necessário, não se verificando diferenças antes e após formação. Durante o tratamento ao local de inserção do CVC, verificou-se elevada taxa de conformidade no uso de máscara cirúrgica, mas mesmo assim, houve aumento após formação (97,1% *versus* 100%). Como maioria dos doentes estavam imunodeprimidos, não foi possível determinar, se o uso foi justificado pelo isolamento protetor ou, especificamente, para a realização do tratamento.

A adesão ao uso de luvas para remover o penso aumentou consideravelmente após formação (73,5% *versus* 91,2%), embora ainda, em 3 observações não foram usadas luvas. Já no uso de luvas estéreis, para realizar tratamento ao local de inserção, verificou-se elevada conformidade (97,1% *versus* 100%). Na formação debateram-se as variantes observadas e potenciais lacunas e, posteriormente, observou-se uma prática mais uniforme, sendo que todos os enfermeiros usaram luvas estéreis em ambas as mãos. Considerando-se, assim, que a formação teve impacto positivo na uniformização da prática.

Em relação ao uso de “kit de penso” e/ou campo esterilizado para suporte de material, verificou-se melhoria significativa após formação (88,2% *versus* 97,1%). Todos os enfermeiros mantiveram técnica asséptica na manipulação do material, embora adotassem diferentes estratégias para o dispor e manusear.

Também na antisepsia da pele houve melhorias (91,2% *versus* 100%). Maioritariamente foi realizada com clorohexidina a 2% em álcool, embora antes da formação em 3 observações tenha sido utilizada iodopovidona. Na formação deu-se ênfase às recomendações que revelam a maior eficácia da clorohexidina na diminuição das ICS associadas ao CVC, quando comparada com a iodopovidona ou álcool simples (CDC, 2011).

Todos os enfermeiros garantiram a limpeza do local de inserção do CVC, antes de aplicar penso oclusivo. Quanto a datar o penso, observou-se um aumento considerável após formação (73,5% *versus* 100%), em que se enunciou esta recomendação da DGS (2015) e debateram-se as vantagens na prática. Relativamente à eliminação de resíduos para contentor apropriado, verificaram-se também melhorias após formação (94,1% *versus* 97,1%).

Em todas as observações, aquando da substituição dos sistemas, foram descontaminados os pontos de acesso antes de conectar dispositivo estéril, predominantemente com álcool a 70° (80,8% *versus* 57,7%) ou clorohexidina a 2% em álcool.

A substituição dos sistemas foi realizada maioritariamente às 72-96h, conforme recomendação do CDC (2011), simultaneamente com o tratamento ao local de inserção do CVC (47,1% *versus* 52,9%). Observou-se, embora com menos frequência após formação, a substituição às 48h (norma do serviço) aquando tratamento ao local de inserção se penso com compressa (29,4% *versus* 23,5%). Na justificação verbal e registo do motivo da substituição dos sistemas, houve um aumento significativo após formação (29,4% *versus* 58,8%).

Particularizando a documentação de enfermagem, verificou-se que os enfermeiros registaram a maioria dos cuidados realizados (ex. execução do tratamento ao local de inserção do CVC e substituição dos sistemas). Todavia, quando se reporta a questões de avaliação e justificação das práticas, foi frequente a omissão do registo, embora nas observações expressassem esse juízo verbalmente.

Os resultados mostraram diferenças nas práticas dos enfermeiros na otimização do CVC, antes e após a formação estruturada. É evidente a importância das recomendações, tendo por base a evidência científica, e a divulgação das mesmas através da formação, permitindo, então, inferir o impacto da formação estruturada na melhoria das práticas dos enfermeiros na otimização do CVC.

Os enfermeiros observados consideraram, igualmente, que a formação teve impacto na melhoria das suas práticas, uma vez que lhes permitiu adquirir novos conhecimentos, principalmente pela atualização das recomendações.

Contudo, a formação como estratégia isolada poderá não ser significativa para a melhoria das práticas dos enfermeiros, pelo que apelamos a uma intervenção multimodal, com conjugação de métodos pedagógicos teóricos e práticos, que possibilitem a validação das aprendizagens (ex. simuladores de alta fidelidade) e, estimulem a discussão e reflexão em equipa. Bem como, a afixação de cartazes referentes ao “feixe de intervenções de prevenção de infeção relacionada com CVC” e aos “5 momentos para a higiene das mãos”. A projeção de vídeos demonstrativos de boas práticas é, também, uma alternativa viável. Sugere-se a organização de “kits” de material para o tratamento ao local de inserção do CVC e substituição dos sistemas, de forma a uniformizar as práticas e otimizar a gestão do tempo.

CONCLUSÃO

Os resultados revelaram existir diferenças nas práticas dos enfermeiros na otimização do CVC, antes e após a formação estruturada. Globalmente, verificou-se melhoria das práticas dos enfermeiros, e, importa realçar, que nunca se observou decréscimo no cumprimento das recomendações após formação.

A análise dos resultados revelou que as práticas dos enfermeiros na otimização do CVC melhoram após a formação estruturada, inferindo-se, então, o impacto positivo da formação nas práticas dos enfermeiros, evidenciando a necessidade de investir na formação contínua, associada a processos de monitorização das práticas.

Neste contexto, é imperioso rever a norma de otimização do CVC vigente no serviço onde o estudo foi realizado, no sentido de promover cuidados de qualidade e seguros, baseados nas mais recentes evidências científicas.

Face aos resultados da investigação, a formação sobre as práticas dos enfermeiros na otimização do CVC será replicada anualmente, tendo sido incluída no plano de formação do serviço.

Acredita-se que a presente investigação constitua uma referência para estudos futuros, pelo que se sugere uma amostra maior, que possibilite a generalização dos achados, com a inclusão e comparação de diferentes contextos de prestação de cuidados.

Para além disso, sugere-se que cada enfermeiro seja observado antes e após a formação, de forma a determinar se as possíveis diferenças são estatisticamente significativas. Em complemento, será relevante comparar a taxa de ICS associadas ao CVC, antes e após formação, com o intuito de determinar de forma objetiva a sua influência na prevenção da infeção.

Face ao exposto, sugerimos a implementação de programas formativos estruturados sobre a otimização do CVC, com o intuito de melhorar o conhecimento e a prática dos enfermeiros e, simultaneamente, contribuir para a redução das taxas de ICS associadas ao CVC.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Centers for Disease Control and Prevention. (2011). *Guidelines for the Prevention of Intravascular Catheter-Related Infections*. <https://www.cdc.gov/infectioncontrol/guidelines/pdf/bsi/bsi-guidelines-H.pdf>

Direcção-Geral da Saúde. (2010). Circular Normativa nº 13/DQS/DSD de 14/06/2010: *Orientação de boa prática para a higiene das mãos nas Unidades de Saúde*. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/circular-normativa-n-13dqsd-ds-de-14062010.aspx>

Direcção-Geral da Saúde. (2013). *Relatório de vigilância epidemiológica das infeções nosocomiais da corrente sanguínea de 2013*. <https://www.dgs.pt/programa-nacional-de-controlo-da-infeccao/relatorios/relatorio-da-vigilancia-epidemiologica-das-infeco-es-nosocomiais-da-corrente-sanguinea-de-2013.aspx>

Direcção-Geral da Saúde. (2015). Norma nº 022/2015 de 16/12/2015: *“Feixe de Intervenções” de prevenção de infeção relacionada com Cateter Venoso Central*. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0222015-de-16122015.aspx>

Direcção-Geral da Saúde. (2017). *Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos 2017*. https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/12/DGS_PCIRA_V8.pdf

- Humphrey, J. S. (2015). Improving registered nurses' knowledge of evidence-based practice guidelines to decrease the incidence of central line-associated bloodstream infections: An educational intervention. *Journal of the Association for Vascular Access*, 20(3), 143-149. <https://doi.org/10.1016/j.java.2015.05.003>
- Jones, C. M., Stewart, C., & Roszell, S. S. (2015). Beyond best practice: Implementing a Unit-Based CLABSI Project. *Journal of Nursing Care Quality*, 30(1), 24-30. <https://doi.org/10.1097/NCQ.0000000000000076>
- Page, J., Tremblay, M., Nicholas, C., James, T. A. (2016). Reducing Oncology Unit central line-associated bloodstream infections: Initial results of a simulation-based educational intervention. *Journal of Oncology Practice*, 12(1), e83-e87. <https://doi.org/10.1200/JOP.2015.005751>

FATORES QUE INFLUENCIAM A OCORRÊNCIA DE ERROS DE MEDICAÇÃO, NA GESTÃO DO ENFERMEIRO, NO SERVIÇO DE URGÊNCIA

ANA RITA PACHECO ALVES PRATAS¹
AMÉLIA FILOMENA DE OLIVEIRA MENDES CASTILHO²

INTRODUÇÃO

A segurança do doente assume primordial importância na qualidade dos cuidados prestados. O erro relacionado com a medicação é uma das áreas prioritárias, levando a Organização Mundial de Saúde a promover como o 3º desafio mundial “a medicação sem dano” (World Health Organization, 2017). A Ordem dos Enfermeiros (OE, 2006) considera que todas as intervenções de enfermagem junto de um doente envolvem a possibilidade de erro e um certo nível de risco à sua segurança. Acrescenta, ainda, que a identificação dos fatores que levam ao aparecimento de erros é o primeiro passo para os prevenir, daí a escolha do tema desta investigação. O serviço de urgência (SU) e emergência é uma área de alto risco para ocorrência de eventos indesejáveis, devido à rotatividade e dinâmica de atendimento, pela grande procura de doentes com graus variados de gravidade, pela deficiência quantitativa e qualitativa dos recursos humanos e materiais, sobrecarga de trabalho e stress profissional e ambiental.

É consensual que qualquer instituição de saúde tem como principal finalidade a garantia de cuidados globais de saúde, de forma a que doentes e famílias, se sintam confiantes e seguros enquanto utilizadores desse mesmo serviço. Os sistemas complexos e instáveis, como os SU, requerem uma gestão atenta e inovadora dos numerosos aspetos humanos, técnicos e organizacionais associados à prestação de cuidados de saúde, assumindo um papel proactivo na gestão dos riscos e na implementação de processos de melhoria (Ministério da Saúde, 2015). Embora a segurança na administração da medicação seja uma prioridade das organizações de saúde, reconhece-se que falta percorrer um longo caminho, face a outras organizações, que já introduziram procedimentos de segurança sistematizados. Com esta investigação, pretendeu-se contribuir para a produção de conhecimento ao nível dos fatores que influenciam o erro de

1 MSc, Enfermeira Especialista em Enfermagem médico-cirúrgica, no serviço de Urgência do Hospital Distrital de Santarém, ritinha_enf@live.com.pt

2 PhD, Professora Adjunta da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, UICISA: E, afilomena@esenfc.pt

medicação em contexto de urgência, para que se possam desenvolver medidas preventivas e minimizar o mesmo. Deste modo, o estudo tem como objetivo geral compreender os fatores associados ao erro de medicação, durante o processo de gestão da mesma, na perspetiva dos enfermeiros de umSU. São objetivos específicos explorar a perceção dos enfermeiros sobre a ocorrência de erros durante o processo de gestão de medicação no SU; identificar o contexto da ocorrência do erro (profissionais envolvidos e momento do dia); compreender as causas precipitantes do erro na gestão de medicação (falhas humanas ou falhas sistémicas); descrever as dificuldades dos enfermeiros no processo de gestão de medicação no SU; identificar a necessidade de formação e/ou implementação de protocolos de melhoria das práticas.

METODOLOGIA

Enveredou-se por um estudo de natureza qualitativa, transversal e assente no paradigma interpretativo. Participaram no estudo dez enfermeiros, do SU de um hospital distrital. Na colheita de dados recorreu-se a entrevistas semi-estruturadas. O guião e análise do conteúdo da entrevista foram orientados pelo modelo de análise, proposto pela Joint Commission, adaptado por Castilho (2014), que permitiu estruturar a informação em 5 eixos temáticos (tipo de evento; causas; impacto; domínio; e prevenção/mitigação). No sentido de assegurar o cumprimento dos princípios éticos e formais da investigação qualitativa, foi obtida autorização do conselho de administração e o parecer favorável da comissão de ética do hospital em causa, para a realização do estudo, bem como o consentimento informado dos participantes do estudo, garantindo-se o anonimato dos mesmos aquando da recolha, análise e tratamento dos dados.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A maioria dos enfermeiros relatou incidentes na gestão da medicação. Ainda que sejam relatados erros na fase de prescrição e de armazenamento quando se analisa o tipo de erro verifica-se que predominam os erros ocorridos na fase de administração, salientando-se a troca de doente, troca de via de administração e erro na dosagem. A administração de medicamento errado, monitorização/vigilância inadequada dos efeitos do fármaco e momento de administração errado também foram relatadas pelos entrevistados.

Os profissionais assumem o erro de medicação como resultante de falha na performance individual, associada a falhas nos processos de gestão ou de comunicação entre os profissionais, sendo referido que a grande rotatividade dos doentes e a passagem por diversos exames no SU potenciam o erro.

Salienta-se a dificuldade de separar as falhas humanas das sistémicas pois parecem estar profundamente interligadas. Embora assumam claramente que os erros decorreram de falhas profissionais, salientando a violação do método individual de trabalho, falhas na identificação do doente, na comunicação, pressa, distrações/fadiga e excesso de confiança, os enfermeiros também explicitam falhas do sistema que contribuíram para o erro, nomeadamente as dotações inadequadas, o circuito do doente, a sobrelotação de doentes associada a grande volume de

trabalho e confusão e as múltiplas interrupções a que os enfermeiros estão sujeitos: “*estava a administrar a medicação quando fui interrompida por um familiar,.. respondi que estava ocupada mas perante a insistência, distraí-me e quando me apercebi já tinha administrado bem mais que a dose prescrita*”, E5; ou neste caso: “*encontrava-me a assegurar dois postos de trabalho, com a pressão de perceber se estavam pessoas para triar, administrei a medicação sem ler corretamente a prescrição...só me apercebi quando voltei a assegurar apenas a sala de verdes e reví a terapêutica.*”.

Como fator potenciador do erro, os profissionais referem que a grande rotatividade dos doentes e a sua deslocação para realização de diversos exames, como se exemplifica “*a constante permuta de doentes naquele espaço físico levou a que isto acontecesse*”, E8. O turno da tarde foi considerado o mais crítico, particularmente no final deste, como se exemplifica “*estava a terminar um turno da tarde, um turno bastante confuso, com muita gente e algum atraso na administração de medicação...*”, E9. Apenas um enfermeiro referiu uma situação ocorrida no início do turno da noite e ainda associada à confusão e atraso do turno da tarde. Vários estudos, nomeadamente os referidos por Castilho (2014), têm chamado a atenção para os momentos particularmente críticos designados “*períodos de transição*”, em que ocorre transferência de doentes entre os profissionais. No final de cada turno, a sobreposição de múltiplas atividades, parece competir entre si e deixar menos tempo e disponibilidade mental ao enfermeiro, comprometendo a prestação de cuidados, alertando para a possibilidade de, nesse período, os profissionais terem maior dificuldade em dar uma resposta segura às solicitações (Castilho, 2014; Silva et al., 2014).

Quando se analisa o impacto destes eventos, constata-se que a maioria dos enfermeiros tende a subvalorizar o impacto dos incidentes ocorridos, identificando maior impacto do erro no profissional que o comete, comparativamente ao que se manifesta no doente ou mesmo na organização. Tendem a considerar que as consequências para o doente foram mínimas e referem sobretudo o impacto físico, resultante do erro de medicação. Por outro lado, a maioria dos enfermeiros assume que o erro teve um forte impacto pessoal, originando sentimentos de culpa, tristeza, ansiedade e frustração, mas também servindo para refletir nas situações e reforçar os cuidados numa próxima situação.

Apesar de na literatura (Silva et al., 2014; Santi et al., 2016) ser visível o impacto do erro nas instituições, o mesmo não foi verbalizado pelos enfermeiros entrevistados e quando referido, consideram que o impacto na instituição foi mínimo, valorizando sobretudo o aumento do gasto de material e tempo de permanência no serviço. Na maioria das situações foi solicitada observação médica e aumentada a vigilância do doente mas em nenhuma situação houve notificação ou conhecimento por parte do lesado. “*... quando dei conta fui logo chamar o médico, avaliámos os sinais vitais no imediato e monitorizamos o doente para perceber se ocorriam repercussões hemodinâmicas.*” E5; “*informei o médico, o doente acabou por não se aperceber, não houve notificação, mas também não houve grande risco, foi detetado a tempo.*”, E2.

Quando analisamos a forma como os enfermeiros aprendem com os erros, verificamos que, na maioria dos casos, o foco de análise está centrado sobretudo no exercício do profissional e o enfermeiro acaba por vivenciar e aprender com a situação individualmente. Regista-se a

preocupação na adoção de estratégias de redução do dano prevenção de novas ocorrências. Quase todos os profissionais reconhecem que muitos dos erros poderão ser prevenidos e propõem medidas de melhoria dirigidas ao profissional como um aumento de concentração, nomeadamente na identificação positiva do doente “temos de verificar sempre na pulseira a identificação do doente e chamá-lo pelo nome completo e validar, validar, validar...”, e o esforço em manter o foco durante o processo de gestão de medicação, não quebrando o método individual de trabalho: “quem prepara tem de ser aquele que administra, que é o que está preconizado”, E3. Propuseram também medidas relativas à gestão de recursos humanos, ajustando os rácios tendo por base as dotações seguras “o objetivo é ter um rácio melhor, mais ajustado...”, E9. Na gestão de processos são propostas melhorias no circuito do doente, gestão dos familiares e educação da população, no sentido de melhorar as condições do exercício profissional. A notificação não é referida como estratégia importante para a aprendizagem organizacional, o que nos alerta para a necessidade de melhorar a cultura de segurança e a formação sobre segurança dos doentes. Em Portugal, criada uma plataforma destinada à gestão de incidentes ocorridos no Sistema de Saúde, Notific@, contudo parece ainda não existir a política de notificação nas organizações, o que também foi perceptível no discurso dos entrevistados.

CONCLUSÃO

A análise dos relatos permite constatar que o erro de medicação continua a ser um problema de segurança na prática dos profissionais de enfermagem noSU. Todos os enfermeiros descreveram uma ou mais situações de erro de medicação, em que estiveram envolvidos. Relataram maioritariamente situações de evento adverso, com impacto no doente, que apesar de classificarem como minor, marcou a sua experiência profissional. Embora identifiquem erros na fase de armazenamento e preparação de medicação, a maioria os erros relatados ocorreram na fase de administração, envolvendo a troca de fármaco, de dose, de via e a troca de doente. Identificam como causa próxima, falhas na performance individual, na gestão do processo e na comunicação.

Nas falhas humanas salientam a violação do método individual de trabalho, falha na identificação do doente, pressa, distrações/fadiga, falha na comunicação e excesso de confiança. Nos fatores sistémicos salientam as dotações inadequadas, o circuito do doente, o excesso de doentes com grande volume de trabalho e confusão e as múltiplas interrupções a que estão sujeitos. Quanto ao período do dia, o turno da tarde foi considerado o mais crítico, especialmente nos períodos de transição. No que concerne ao impacto que estes eventos adversos provocaram no doente verificou-se que existe uma tendência geral para a sua desvalorização, considerando maioritariamente que o dano foi mínimo. O mesmo foi percecionado relativamente ao impacto para a organização, valorizando sobretudo o aumento do gasto de material e aumento do tempo de permanência no SU.

Nas consequências para o enfermeiro valorizam sobretudo o impacto negativo (culpa, pânico, ansiedade), identificando também a oportunidade de aprendizagem individual, na prevenção de situações futuras. Quando se apercebem do erro, os enfermeiros adotam de imediato

estratégias de redução do dano, nomeadamente aumentando a vigilância e chamando ajuda especializada. Os relatos permitem perceber que os enfermeiros têm a noção que muitas vezes estes erros poderiam ser evitados, sugerindo por isso, algumas estratégias a fim de prevenir novas ocorrências. Os enfermeiros apresentaram como medidas preventivas de erros o aumento da dotação de profissionais, o cumprimento do método individual de trabalho, em especial no que concerne à gestão do medicamento, a otimização na identificação positiva do doente e maior concentração aquando da preparação e administração dos medicamentos.

Os resultados evidenciam que ainda não há uma cultura de notificação, já que todos os enfermeiros dispunham de uma ou mais situações de erro de medicação, mas nenhum notificou os mesmos. Certamente que os resultados nos desafiam a refletir com a equipa e os responsáveis de serviço no sentido de desenvolver uma cultura de segurança promotora de sistemas e práticas profissionais mais seguras. A existência de mais estudos sobre o erro clínico, e mais especificamente sobre o erro de enfermagem, permitirá uma maior maturidade de enfermeiros, clínicos, gestores, governantes e sociedade civil sobre a forma de encarar um erro, que é humano, mas que resulta de uma responsabilidade partilhada.

Os resultados desafiam-nos a refletir sobre a cultura de segurança e gestão do processo de medicação, promovendo a aprendizagem.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Castilho, A. F. (2014). *Eventos adversos nos cuidados de enfermagem ao doente internado: Contributos para a política de segurança* [Tese de Doutoramento Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar]. Repositório Aberto Universidade do Porto. <https://hdl.handle.net/10216/78357>
- Ordem dos Enfermeiros. (2006). *Tomada de posição sobre a Segurança dos Doentes*.
- Ministério da Saúde. (2015). Despacho n.º 1400-A/2015. Diário da República: II série, n.º 28. <https://dre.pt/application/conteudo/66463212>
- World Health Organization. (2017). Patient safety: Making health care safer. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/255507>
- Santi, T., Beck, C., Silva, R., Aozane, F., Machado, L., & Donaduzzi, D. (2016). Sentimentos e condutas de trabalhadores de enfermagem diante do erro de medicação. *Revista de enfermagem UFPE On Line*, 10(11), 4058-4064. <https://doi.org/10.5205/reuol.9881-87554-1-EDSM1011201630>
- Silva, F., Faveri, E. & Lorenzini, E. (2014). Erro de medicação no exercício da enfermagem: Uma revisão integrativa. *Enfermeria Global*, 34. https://scielo.isciii.es/pdf/eg/v13n34/pt_revision1.pdf

EVENTOS ADVERSOS ASSOCIADOS AOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM NUM SERVIÇO DE URGÊNCIA

RUI MANUEL FERREIRA MARCELINO SANTOS COSTA¹
AMÉLIA FILOMENA DE OLIVEIRA MENDES CASTILHO²

INTRODUÇÃO

Os avanços científicos e tecnológicos, particularmente nos contextos de urgência/emergência, potenciaram a capacidade de tratar e controlar situações graves, mas, simultaneamente, aumentaram a complexidade dos cuidados, potenciando o risco de ocorrerem falhas humanas e organizacionais. O ambiente nos serviços de urgência, enquanto sistema instável e complexo, associado à sobrelotação, exiguidade dos espaços e imprevisibilidade, tornam estes espaços caóticos, dificultando o julgamento clínico e o tratamento (Fragata, 2011).

Assume-se que a principal missão das organizações de saúde é potenciar a qualidade e a segurança da prestação de cuidados de saúde, para garantir os direitos dos cidadãos na sua relação com o sistema de saúde (Ministério da Saúde, 2015). O Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020, que integra a Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2020, indica que as instituições hospitalares e de cuidados de saúde primários devem avaliar a cultura de segurança do doente na perspetiva de assegurar que as funções de governação, coordenação e ação local, centradas no doente, estão devidamente alinhadas, com respeito pelas dimensões da efetividade, eficiência, acesso, segurança, equidade, adequação, oportunidade, continuidade e respeito pelo cidadão. Os Serviços de Urgência (SU) têm sido identificados como os serviços hospitalares com maior prevalência de eventos adversos (EAs). Num estudo realizado em 21 SU de hospitais de Espanha, (Tomás et al., 2010), os autores identificaram que, dos 3.854 doentes incluídos no estudo, 12% apresentaram pelo menos um incidente de EAs, dos quais 7,2% com dano registado, levando à morte de 0,05% da população estudada.

1 MSc, Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, no Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, rcmarcelino@gmail.com

2 PhD, Professora Adjunta da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, UICISA-E afilomena@esenfc.pt

Reconhecendo que a segurança do doente constitui um desafio importante para todos os profissionais que trabalham no SU, destacamos o papel do enfermeiro no âmbito do contexto multidisciplinar da prestação de cuidados.

O presente estudo tem como objetivo “Caraterizar os eventos adversos associados às práticas de enfermagem percebidos pelos enfermeiros no SU de um hospital polivalente”. Analisar numa perspetiva de processo (práticas preventivas e/ou falhas) e de resultado (risco e ocorrência de EAs), a relação entre estas variáveis e a eventual influência de características individuais; analisar os EAs mais relevantes e as medidas de melhoria propostas.

METODOLOGIA

Procedeu-se a uma investigação de natureza quantitativa e com carácter descritivo, correlacional e transversal, que procurou dar resposta às seguintes questões orientadoras: os enfermeiros no SU percebem risco e ocorrência de EAs associados à prática de enfermagem? Quais os EAs mais relevantes em cada uma das áreas de cuidados do SU?

A amostra em estudo é constituída por 64 enfermeiros do SU de um hospital polivalente, com pelo menos 6 meses de exercício no SU, que aceitaram participar no estudo.

Na colheita de dados, realizada em outubro de 2017, foi utilizado um questionário, constituído por três partes. Na primeira parte colhe-se informação que permite a caracterização socioprofissional dos inquiridos, nomeadamente, a idade, o sexo, tempo de exercício profissional, nível de formação (habilitações) e tempo de exercício profissional em SU. Na segunda parte obtém-se a informação que permite dar resposta à questão central desta investigação. Para tal utiliza-se a escala de eventos adversos associados à prática de enfermagem (EAAPE) (Castilho & Parreira, 2012; Castilho, 2014). Esta escala tipo Likert, pontuável de 1 a 5, foi selecionada por versar especificamente sobre os EAs e as práticas profissionais da população que se pretende estudar – os enfermeiros. Trata-se de um instrumento composto por duas subescalas (processo e resultado) que abrangem seis tipos de EAs em áreas de cuidados determinantes para a segurança do doente. A subescala de práticas de enfermagem é composta por 40 itens, agrupados em 10 dimensões que permitem avaliar o cumprimento de práticas preventivas e falhas na aplicação de normas profissionais: vigilância; advocacia; prevenção de quedas; prevenção de úlceras; falhas na preparação da medicação; falhas na administração de medicação; falhas na vigilância da medicação; higienização das mãos; cuidados com equipamentos de proteção individual e higiene ambiental. A subescala de EA é constituída por 12 itens, avaliando o resultado relativo ao risco/ocorrência de EA com base nos seguintes fatores: agravamento do estado do doente, risco e ocorrência de infeções associadas aos cuidados, risco e ocorrência de erros de medicação, risco de quedas e úlceras de pressão, ocorrência de quedas e úlceras de pressão.

Na terceira parte, em questões abertas, solicitou-se a identificação de pelo menos dois EA relevantes e duas medidas para minimizar a ocorrência destes EA, em cada uma das sete áreas de prestação de cuidados do SU (Triagem, Área Médica 1, Área Médica 2, ...)

Foram cumpridos os aspetos formais e considerações éticas na elaboração deste trabalho. Foi obtida autorização dos autores da escala e do conselho de administração do centro hospitalar, parecer favorável de comissão de ética n.º P382-12/2016, e consentimento informado dos inquiridos.

Procedeu-se à análise e ao tratamento dos dados, orientados pela questão de investigação e pelos objetivos definidos, com recurso ao Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versão 22.0. Utilizámos técnicas da estatística descritiva e estatística inferencial. Para todos os testes foi fixado o valor 0,05 (5%) como limite de significância,

RESULTADOS

Participaram no estudo 64 enfermeiros com idades compreendidas entre os 28 e 60 anos, sendo a idade média 40,53 e o desvio padrão de 8,44 anos. A maioria dos inquiridos, concretamente 56,3%, era do sexo feminino. O tempo de exercício profissional situou-se entre 5 e 35 anos, sendo o tempo médio 17,06 anos e o desvio padrão de 7,67 anos. Relativamente ao tempo de exercício no SU, verificamos que foram referidos valores entre 1 e 27 anos, sendo a média 12,22 anos e o desvio padrão de 7,53 anos. Quanto às habilitações literárias, constata-se que a maioria, 51,6% dos enfermeiros possuía apenas a licenciatura. 25,0% tinham uma pós-graduação e 20,3% possuíam especialidade/mestrado.

Seguidamente apresentamos os dados e resultados obtidos através da aplicação da EAAPE. Analisaremos primeiramente a subescala das práticas de enfermagem e posteriormente a subescala de EAs.

Na síntese dos resultados foram calculados os valores médios de respostas positivas (frequentemente e sempre) dos itens de cada dimensão. De acordo com os autores da escala seria desejável observar percentagens de respostas positivas com valores médios $\geq 75\%$, contudo observamos que apenas as dimensões referentes à higienização das mãos ($M=84,9\%$) e à privacidade e confidencialidade ($M=76,6\%$) podem ser consideradas de boa adesão às práticas preventivas. Por sua vez, as dimensões vigilância do doente ($M=50,1\%$), advocacia do doente ($M=59,4\%$), falhas na preparação de medicação ($M=62,0\%$), falhas na administração de medicação ($M=68,1\%$) e cuidados com os equipamentos de proteção individual e higiene ambiental ($M=59,4\%$) são áreas em que carecem de alguma atenção para que possam ocorrer as convenientes melhorias. As dimensões relativas à prevenção de quedas ($M=30,2\%$), à prevenção de úlceras por pressão ($M=14,1\%$) e às falhas na vigilância da medicação ($36,0\%$) constituem áreas mais problemáticas que carecem de atenção prioritária, no sentido de se obterem melhorias substanciais na adesão a práticas preventivas de EA em enfermagem.

Quando analisamos a perceção sobre o risco e ocorrência de EAs no SU, o cálculo das percentagens médias de respostas positivas em cada uma das dimensões, permite identificar as dimensões em que os enfermeiros evidenciaram perceção de menor ocorrência de EA e aquelas em que ocorreu a situação contrária. Verificámos que em todas as dimensões desta subescala foram observadas percentagens médias de respostas positivas embora inferiores a 75%. Saliêntamos as dimensões em que os enfermeiros revelaram perceção de elevado risco de

ocorrência de EA e, que conseqüentemente, exigem implementação de mudanças tendentes a inverter a atual realidade, nomeadamente, o risco de infeções associadas aos cuidados de saúde (apenas 13,3% de respostas positivas), o risco e ocorrência de úlceras por pressão (18,0% de respostas positivas), o risco de agravamento por défice de vigilância e julgamento clínico (23,5% de respostas positivas) e o risco e ocorrência de quedas (26,6% de respostas positivas). Em termos de percepção geral, verificamos que 25% dos profissionais consideram que *frequentemente* ou *sempre* ocorrem EAAPE, que comprometem a segurança do doente. Salienta-se que 48,4% dos profissionais considera que estes EAs *frequentemente* ou *sempre* se poderiam evitar. A análise inferencial, com recurso a testes não paramétricos (Correlação de Spearman e Teste U de Mann-Whitney) permitiu inferir que não existe relação estatisticamente significativa ($p > 0,05$) entre a percepção dos enfermeiros sobre as práticas de cuidados de enfermagem (dimensões e total) e as variáveis idade, tempo de profissão, tempo de exercício profissional SU e género dos profissionais. Também verificamos a existência de correlações fracas, positivas e estatisticamente significativas na percepção global dos enfermeiros sobre o risco e ocorrência de eventos ($r_s = 0,26$; $p = 0,041$) com o tempo de exercício em SU, indiciando que os enfermeiros que exercem a sua atividade no SU há mais tempo tendem a perceber maior risco e ocorrência de EAs. Os resultados na análise inferencial permitem concluir que, no geral, a percepção dos enfermeiros sobre as práticas profissionais e os EA no SU não variam significativamente em função das características individuais dos inquiridos.

Quando solicitámos aos enfermeiros que identificassem os eventos mais relevantes das diferentes áreas do SU, verificamos que em todas as áreas foi dado relevo ao défice de vigilância/julgamento clínico, aos erros na administração da medicação e à estrutura física desadequada, evidenciando que estes problemas são comuns aos diferentes contextos do SU. As falhas na privacidade foram identificadas na área médica 1, área médica 2, área de ortopedia e área de cirurgia e urologia. Já a sobrelotação de doentes foi considerada um problema, particularmente na área médica 1 e área de cirurgia e urologia. Na área de psiquiatria salientaram problemas na segurança do enfermeiro e o risco de queda. Na sala de emergência destacaram o défice na formação dos enfermeiros.

Os enfermeiros identificaram as principais fragilidades nos diferentes contextos do SU, mas também propuseram medidas que consideram poder minimizar os problemas identificados. Maioritariamente, apontaram a necessidade de alteração da estrutura física do SU, tornando-a mais adaptada às diferentes áreas de prestação de cuidados. Salientaram a necessidade de aumentar o número de postos de triagem e a realização de *transfer* do doente, que minimize erros na sua identificação; alertaram para a necessidade de espaços que melhorem a administração de medicação sob vigilância e a privacidade do doente; identificaram a necessidade de melhorar a dotação de profissionais, nomeadamente, enfermeiros e assistentes operacionais, alertando para a necessidade de mais formação, particularmente adequada à prestação de cuidados em contexto de emergência e de psiquiatria.

DISCUSSÃO

A dimensão da amostra, embora expressiva para contexto em estudo, não permite a generalização a outros contextos. Contudo, os resultados apresentados, refletem a percepção dos enfermeiros sobre a segurança do doente num SU, permitindo um diagnóstico útil para a

dinamização de ações de melhoria, como referem os autores da escala utilizada (Castilho & Parreira, 2012). A análise das práticas profissionais permitiu salientar as dimensões: prevenção de quedas, prevenção de úlceras por pressão, vigilância do doente e as falhas na preparação, administração e vigilância da medicação como áreas mais problemáticas na adesão a práticas preventivas. Estes resultados são sobreponíveis aos encontrados por Alves (2016) e Castilho (2014), mas inferiores aos observados por Pedreira (2015), que em contexto de cuidados intensivos encontrou percentagens de adesão às práticas de enfermagem superiores a 90%, indiciando que os contextos em que as estruturas físicas, as dotações e formação dos profissionais estão bem delineadas, potenciam as boas práticas profissionais.

A dimensão Advocacia dos doentes (59,4% de respostas positivas), apesar de evidenciar uma adesão menos problemática merece particular atenção para que possam ser implementadas melhorias. Os estudos apresentados por Pedreira (2015), Castilho (2014) e Alves (2016) apresentam valores coincidentes, indiciando um problema cultural, que desafia ao desenvolvimento de competências profissionais nesta dimensão. De acordo com Castilho (2014) as falhas na advocacia são suscetíveis de comprometer a segurança do doente, nomeadamente, quando o enfermeiro não questiona as práticas erradas da equipa multidisciplinar, não ajuda o doente a ter acesso aos cuidados adequados, não respeita a confidencialidade, a privacidade, a autonomia esclarecida, entre outros direitos do doente.

Os resultados observados são um desafio ao desenvolvimento de competências dos enfermeiros, evidenciando que a complexidade e imprevisibilidade das situações de urgência exigem profissionais com elevada maturidade profissional e com condições ambientais adequadas ao exercício profissional.

CONCLUSÃO

Os enfermeiros reconhecem o SU como um contexto com elevado risco de EAs, nomeadamente, ocorrência de infeções associadas aos cuidados de saúde, de úlceras por pressão, de quedas e de agravamento do estado do doente por défice de vigilância e julgamento clínico. Identificaram várias áreas onde a adesão às práticas recomendadas é inferior ao desejável. A oportunidade de refletir sobre os EAs mais relevantes em cada posto de enfermagem do SU permitiu refletir sobre as práticas profissionais e identificar áreas críticas da prática de enfermagem associadas às características dos doentes e das condições ambientais que afetam a prestação de cuidados. Os resultados encontrados alertam para a necessidade de adequar a estrutura física às exigências da prestação de cuidados, criando condições para se ajustar aos períodos de sobrelotação; e desafiam a organização a melhorar as dotações profissionais e a formação contínua dos enfermeiros. Deste modo potenciam o desenvolvimento de competência para o trabalho em equipa, em situações complexas, e fornecem um diagnóstico útil para a gestão e formação dos profissionais.

Reconhecendo o contexto limitado em que se realizou o presente estudo, seria importante efetuar um estudo transversal numa amostra representativa de todos os serviços de urgência, para que os resultados pudessem ser generalizados e orientadores de políticas tendentes a resolver o caos que se vive nos serviços de urgência.

Palavras chave: Segurança de doentes; eventos adversos; práticas de enfermagem; serviço de urgência.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alves, M. F. (2016). *Satisfação profissional e a segurança do doente na prática de enfermagem* [Tese de mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra].
- Castilho, A. F. (2014). *Eventos adversos nos cuidados de enfermagem ao doente internado: Contributos para a política de segurança* [Tese de doutoramento, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar]. Repositório Aberto da Universidade do Porto. <http://hdl.handle.net/10216/78357>
- Castilho, A. F., Parreira, P. M. (2012). Construção e avaliação das propriedades psicométricas de uma escala de eventos adversos associados às práticas de enfermagem. *Revista de Investigação em Enfermagem*, 26, 59-74.
- Fragata, J. (2011). *Segurança dos doentes – Uma Abordagem Prática*. Lidel
- Ministério da Saúde, (2015). Despacho n.º 1400-A/2015. Diário da República: II Série, n.º 28. <https://dre.pt/application/conteudo/66463212>
- Pedreira, M. F. (2015). *Segurança de doentes e eventos adversos associados à prática de enfermagem em cuidados intensivos* [Tese de mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra]. Repositório Científico Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. <https://repositorio.esenfc.pt>
- Tomás, S., Chanovas, M., Roqueta, F., Alcaraz, J., Toranzo, T., & Grupo de Trabajo Evadur-Semes, G. (2010). EVADUR: Eventos adversos ligados a la asistencia en los servicios de urgencias de hospitales españoles. *Emergencias: Revista de la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias*, 22(6), 415-428.

IMPACTO DO *DEBRIEFING* NA PERCEÇÃO DOS ENFERMEIROS SOBRE O CUMPRIMENTO DAS *GUIDELINES* NO CATETERISMO VENOSO PERIFÉRICO

ANA CATARINA MENDES DE OLIVEIRA¹
JOÃO MANUEL GARCIA DO NASCIMENTO GRAVETO²
VERÓNICA RITA DIAS COUTINHO³

INTRODUÇÃO

Na prestação de cuidados, os enfermeiros confrontam-se diariamente com barreiras à mobilização dos seus conhecimentos aquando da execução do procedimento de cateterismo venoso periférico (cvp), nomeadamente no Serviço de Urgência, contexto onde este procedimento é uma realidade muito presente. Segundo Oliveira (2014), os enfermeiros são responsáveis pela punção e vigilância do utente com cvp.

A formação em serviço proporcionada aos enfermeiros, de acordo com Tojal (2011), visa colmatar as suas necessidades de formação e promover o desenvolvimento de competências nos contextos e para os contextos de trabalho. Neste âmbito, as metodologias ativas têm vindo a conquistar terreno, nomeadamente o método designado de *debriefing* que se entende ser uma forma estruturada de conduzir os formandos na reflexão sobre a ação, ajudando a consolidar saberes e a modificar comportamentos menos adequados (Coutinho et al., 2014).

A pertinência do presente trabalho traduz-se por identificar o impacto da aplicação do método de *debriefing* na prestação de cuidados de enfermagem, mais concretamente na perceção que os enfermeiros têm sobre o cumprimento das recomendações no procedimento de cvp. Procurou-se ainda identificar quais os fatores que têm influência na performance dos enfermeiros no cumprimento das *guidelines* no procedimento de cvp.

1 MSc, Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico Cirúrgica, no Centro Hospitalar do Oeste ana_sirp@hotmail.com

2 PhD, Professor Coordenador na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, UICISA: E, jgraveto@esenfc.pt

3 PhD, Professora Adjunta na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, UICISA: E. vcoutinho@esenfc.pt

METODOLOGIA

A questão de investigação colocada foi: Qual o impacto da aplicação do *debriefing* na perceção dos enfermeiros no cumprimento das *guidelines* de cvp e na sua performance? Após recorrer ao método dedutivo, foram formuladas as seguintes hipóteses:

H1 – Existem diferenças no cumprimento das *guidelines* no procedimento de cvp consoante o tempo de experiência profissional.

H2 - O cumprimento das *guidelines* no procedimento de cvp aumenta após a aplicação do método de *debriefing*.

A investigação foi realizada entre janeiro e abril de 2017, num Centro Hospitalar Português com três Unidades Hospitalares, mais concretamente em três serviços de urgência: duas urgências médico-cirúrgicas e uma urgência básica, perfazendo cerca de 100 enfermeiros. Foram estabelecidos critérios de inclusão e exclusão previamente, obtendo-se uma amostra de conveniência num total de 48 enfermeiros.

Foi realizada uma Investigação Quantitativa – Estudo quase experimental, antes e após com grupo único. O desenho deste estudo passou pela aplicação de um questionário em formato papel sustentado nas normas da Administração Central do Sistema de Saúde e nas Guidelines for the Prevention of Intravascular Catheter-Related Infections, 2011, sobre o cvp, construído para o efeito (O’Grady, 2017). Este, foi sujeito a dois pré-testes e, posteriormente, realizados os ajustes necessários tendo em conta as respetivas recomendações. O questionário permitiu identificar a perceção que os enfermeiros possuíam relativamente ao cumprimento das recomendações, sendo que foi tido em conta o facto de cada serviço poder ter diretivas próprias instituídas. Posteriormente realizaram-se diversas observações (não participantes) das técnicas associadas ao procedimento de inserção e manutenção de cvp, seguidas da aplicação de um momento de *debriefing* com os enfermeiros que executaram o procedimento. Repetiu-se a aplicação do questionário, anteriormente referido, e por último uma nova observação, aqui sem recurso ao *debriefing* mas com aplicação da escala de *Debriefing*. Assim, tornou-se possível conhecer o impacto do *debriefing* na perceção dos enfermeiros sobre o cumprimento das recomendações sobre o cvp e na respetiva performance.

Na colheita de dados respeitaram-se os princípios éticos e deontológicos, como a garantia do anonimato e confidencialidade. O projeto de investigação mereceu parecer favorável da Comissão de Ética do respetivo Centro Hospitalar.

Após a recolha de dados, estes foram organizados e inseridos numa base de dados. Foram tratados informaticamente, recorrendo ao programa estatístico SPSS®. Para sistematizar a informação fornecida pelos dados utilizaram-se técnicas de estatística de análise descritiva e inferencial. Verificada uma distribuição afastada da normalidade e uma amostra de reduzida dimensão, optou-se pela utilização de testes não paramétricos (Martinez & Ferreira, 2010). Recorreu-se aos testes de Wilcoxon, de Shapiro-Wilk e de Significância de Ró para testar as hipóteses formuladas.

RESULTADOS

Relativamente aos resultados referentes ao conhecimento das *guidelines* e a adequação à prática, na aplicação do primeiro questionário constatou-se que dos 48 enfermeiros, 33 (66,75%) referiram ter conhecimento das *guidelines* face a 15 enfermeiros (31,25%) que afirmavam desconhecer as mesmas. Contudo, dos primeiros 33 enfermeiros somente 21 (63,60%) assumiram adequar a sua prática às *guidelines*. Já na aplicação do segundo questionário, dos 37 enfermeiros (77,1%) que afirmaram conhecer as *guidelines* verificou-se que 7 desses (18,9%) ainda não adequavam a sua prática às respetivas orientações. Quando questionados relativamente ao motivo pelo qual não adequavam a prática às *guidelines*, no primeiro momento os fatores identificados foram a falta de tempo e falta de recursos materiais. Já no segundo momento referiram não executar devidamente por opção própria ou por falta de recursos.

No que diz respeito à higienização das mãos, no primeiro momento 37 (77,1%) enfermeiros referiram que higienizavam as mãos, já no segundo momento 35 (72,9%) enfermeiros fizeram essa afirmação. No entanto, aquando das observações, só se corroborou no momento que antecede o providenciar de recursos, na primeira observação em 39 (81,3%) enfermeiros tendo-se obtido uma melhoria de 16,7%. Na segunda observação verificou-se uma adesão de 100% dos enfermeiros ao procedimento. Já no final do procedimento verificou-se em ambos os momentos a higienização das mãos em 75%. Os motivos identificados para a não higienização das mãos foram a falta de tempo no primeiro momento e no segundo momento, além desse, surgiu a opção própria. Em todos os outros momentos da higienização das mãos esta foi verificada em percentagens inferiores às afirmadas pelos enfermeiros nos questionários, nomeadamente antes da instrução do utente e após a remoção das luvas.

Quanto ao uso de luvas verificou-se uma melhoria de 18,8% na utilização de luvas durante o procedimento quando comparadas a primeira e a segunda observações.

Um aspeto a realçar foi o facto dos 48 (100%) enfermeiros, em ambas as observações, desinfetaram previamente o local de punção.

Um dos aspetos com melhorias significativas entre a primeira e a segunda observação foi referente à instrução do utente. No primeiro questionário 43 (89,6%) enfermeiros referiram instruir o utente já no segundo questionário o número de enfermeiros subiu para 46 (95,8%). Efetivamente, verificou-se uma melhoria de 12,5% na instrução do utente sobre o procedimento tendo sido observada em 100% das observações no segundo momento. O mesmo aconteceu no que respeita à instrução sobre o início da punção, tendo sido a melhoria de 20,8%. Os enfermeiros primeiramente, no questionário, identificaram o esquecimento, a alteração do estado de consciência do utente, a falta de tempo e a opção própria como motivos para a não realização dos ensinamentos. No segundo questionário os fatores que levaram à não instrução dos utentes foram a opção própria e a alteração do estado de consciência do utente.

Relativamente à seleção do apósito correto, no primeiro questionário 36 (75%) enfermeiros referiram selecionar o apósito correto enquanto que no segundo questionário o número subiu para 37 (77,1%) enfermeiros. Aquando das observações constatou-se uma correta seleção dos apósitos em 72,9% e 89,6% na primeira e segunda observação respetivamente. Quando

optavam por outro tipo de apósito não recomendado, os motivos justificativos foram a falta de recursos materiais e a opção própria.

Quando se aborda a substituição do cvp nas 72-96h após a sua inserção a maioria dos enfermeiros afirma não o realizar por falta de registo, em todos os momentos.

A adoção da técnica de *flushing* foi um dos aspetos em que se verificou mais discrepância entre o que os enfermeiros referem executar e o que efetivamente executam. Nos questionários 29 (60,4%) enfermeiros, no primeiro momento, e 34 (70,8%) no segundo momento, afirmaram efetuar esta técnica. Contudo, esta só foi observada entre a administração de terapêutica, em 6 e 8 enfermeiros, respetivamente na primeira e segunda observação; na manutenção da permeabilidade do cvp, foi observada apenas em 5 e 8 enfermeiros, respetivamente na primeira e segunda observação. A falta de tempo e a opção própria foram os motivos mencionados pela não implementação desta técnica.

Quando questionados sobre os registos em plataforma adequada, no primeiro questionário 36 (75%) enfermeiros referiram realizar os respetivos registos, no segundo o número de enfermeiros subiu para 39. Em ambas as observações verificou-se que 45 (93,8%) enfermeiros realizavam os registos, quando não os realizavam devia-se, segundo os próprios, ao esquecimento, à falta de plataforma (no primeiro momento) e à falta de tempo e opção própria (no segundo momento).

Quando analisamos a confiabilidade da escala de avaliação do *debriefing* e as suas dimensões, verificamos que a mesma apresenta um valor de Alpha Total elevado (0,898), o que revela uma boa consistência interna. Também se verificaram bons valores para a dimensão psicossocial (Alfa de cronbach de 0,917) e cognitiva (Alfa de cronbach de 0,914) e valores razoáveis para a dimensão afetiva com Alfa de cronbach de 0,780.

A análise dos resultados permitiu identificar quais os principais contributos do *debriefing* na prestação de cuidados de enfermagem, mais concretamente, no procedimento de cvp. Os enfermeiros concordaram que o *debriefing* contribuiu em 75% para identificar dificuldades e prioridades na atuação; 83,4% para aprenderem mais e aprofundarem conhecimentos específicos; 87,5% para desenvolverem competências para a tomada de decisões acertadas; 89,6% para identificarem melhor os recursos a utilizar; 91,7% para estruturarem o pensamento e refletirem sobre as suas competências; e 95,9% para identificarem aspetos a melhorar e a focar em aspetos importantes.

Quando falamos de discórdia, destaca-se que em 100% dos casos os enfermeiros discordaram que *debriefing* tivesse contribuído para a criação de conflitos ou para se sentirem desrespeitados.

Na procura do impacto do *debriefing* nos diversos momentos do procedimento de cvp, optou-se por recorrer ao Teste de Wilcoxon de forma a obter a significância dos itens observados. Isto é, os itens com menor significância foram aqueles em que se verificou uma melhoria significativa no que respeita ao cumprimento das recomendações durante o procedimento de cvp pelos enfermeiros, como se pode verificar na tabela 1.

Tabela1

Teste de Wilcoxon das Grelhas de Observação: Significância

TESTE DE WILCOXON DAS GRELHAS DE OBSERVAÇÃO	
Item Observado	Significância
Primeiro momento de higienização das mãos	0,003
Instruir sobre o procedimento	0,014
Massajar o membro	0,000
Instruir para abrir e fechar a mão	0,000
Calçar luvas	0,029
Informar do início da punção	0,002
Instruir sobre cuidados pós-punção	0,000

DISCUSSÃO

Quando confrontados os resultados com a literatura, verificou-se que vários aspetos se corroboravam. O conhecimento das recomendações por parte dos enfermeiros é baixo, o que implica risco potencial na segurança do utente (Cicolini et al, 2013). Existem desvios nas práticas observadas e identificadas pelos enfermeiros, pelo que há necessidade de implementar estratégias formativas e reflexão sobre a ação para uma melhoria da qualidade do desempenho (Oliveira, 2014). O valor da adesão aos pensos estéreis subiu. Constatou-se uma melhoria na adesão à higienização das mãos após a estratégia formativa. Assim como obtiveram 100% na adesão à desinfeção do local de punção nos dois momentos (Kampf et al, 2013).

Relativamente ao contributo do *debriefing* na prestação de cuidados de enfermagem, os dados obtidos são corroborados pelos resultados obtidos no estudo de Coutinho et al. (2014), num estudo realizado em contexto de simulação e com estudantes de enfermagem.

Respondendo à questão de investigação, pode-se afirmar que a aplicação do *debriefing* teve impacto positivo na percepção e *performance* dos enfermeiros no procedimento de cvp, pois assistimos a uma melhoria de resultados quando comparados os resultados obtidos no questionário e a grelha de observação antes e após o *debriefing*. O mesmo foi constatado por Coutinho (2016, p.139), quando afirma que o "*debriefing* tem um impacto muito positivo no desenvolvimento de competências no que concerne às dimensões psicossocial, cognitivo e afetiva".

CONCLUSÃO

Considerando que o procedimento de cvp é uma prática corrente em contexto hospitalar, torna-se importante que os enfermeiros detenham literacia sobre este procedimento. Tendo o método de *debriefing* demonstrado ter impacto no desenvolvimento dos cuidados de enfermagem e na respetiva performance, particularmente no procedimento do cvp, torna-se fundamental o esclarecimento de todos os profissionais de enfermagem sobre a relevância deste método formativo. Com a concretização deste estudo, foi possível demonstrar a pertinência da reflexão sobre a ação, mesmo em procedimentos frequentes como é o cvp, alertando os enfermeiros para a necessidade de saber fazer e sobretudo saberem como, quando e porquê fazer. Através desta investigação verificou-se ainda que os enfermeiros muitas vezes têm conhecimento das recomendações nacionais e internacionais, contudo nem sempre adequam a sua prática ao conhecimento. Os resultados têm significado para a enfermagem, para os enfermeiros, para os serviços e para a instituição, principalmente no que concerne às questões referentes à gestão de cuidados, de estratégias formativas, e de recursos humanos e materiais. Neste desiderato, considera-se necessária a realização de mais estudos nesta área nomeadamente sobre a literacia dos profissionais.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Cicolini, G., Simonetti, V., Comparcini, D., Labeau, S., Blot, S., Pelusi, G., & Di Giovanni, P. (2013). Nurses' knowledge of evidence-based guidelines on the prevention of peripheral venous catheter-related infections: A multicentre survey. *Journal Of Clinical Nursing*, 17-18, 2578-2588. <https://doi.org/10.1111/jocn.12474>
- Coutinho, V. (2016). *Impacto do debriefing associado a práticas simuladas no desenvolvimento de competências em Estudantes de Enfermagem* [Tese de Doutoramento, Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Repositório Aberto da Universidade do Porto. <https://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/105354>
- Coutinho, V., Martins, J., & Pereira, M. (2014). Construção e validação da Escala de Avaliação do Debriefing associado à Simulação (EADaS). *Revista de Enfermagem Referência*, 4(2), 41-50. <https://doi.org/10.12707/R111392>
- Kampf, G., Reise, G., James, C., Gittelbauer, K., Gosch, J., & Alpers, B. (2013). Improving patient safety during insertion of peripheral venous catheters: An observational intervention study. *GMS Hygiene And Infection Control*, 8(2), Doc18. <https://doi.org/10.3205/dgkh000218>
- Martinez, L., & Ferreira, A., (2010). *Análise de dados com SPSS – primeiros passos*. (3.ª ed.). Scolar.
- O'Grady, N., Alexander, M., Burns, L., Dellinger, P., Garland, J., Heard, S., Lipsett, P., Masur, H., Mermel, L., Pearson, M., Raad, I., Randolph, A., Rupp, M., Saint, S., & Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee. (2017). *Guidelines for the Prevention of Intravascular Catheter-Related Infections, 2011*. <https://www.cdc.gov/infectioncontrol/pdf/>

guidelines/bsi-guidelines-H.pdf

- Oliveira, A. (2014). *Intervenção nas práticas dos enfermeiros na prevenção de Flebites em pessoas portadoras de cateteres venosos periféricos: Um estudo de investigação-ação* [Tese de doutoramento, Universidade de Lisboa]. Repositório da Universidade de Lisboa. <http://hdl.handle.net/10451/12149>
- Tojal, A. (2011). *A percepção dos enfermeiros sobre a formação em serviço* [Dissertação de mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra]. Repositório Científico da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. <https://repositorio.esenfc.pt/>

PRÁTICAS PREVENTIVAS E OCORRÊNCIA DE EVENTOS ADVERSOS: PERCEÇÃO DOS ENFERMEIROS

ANABELA DE JESUS PEREIRA¹
ISABEL MARIA HENRIQUES SIMÕES²

INTRODUÇÃO

Consideram-se eventos adversos (EAs), as ocorrências indesejáveis que causam dano, quer por ato quer omissão, decorrentes sempre de tratamento, não estando relacionados com a doença. Não implicam erros ou atitudes negligentes, podem ser evitáveis ou inevitáveis e podem ser causadores de danos físicos ou meros transtornos do fluxo de tratamento, com perda da eficiência e aumento dos custos (Fragata, 2012). De acordo com Castilho (2014), EA é um efeito não desejado decorrente dos cuidados de saúde. O estudo das práticas preventivas e a ocorrência de EAs associados à prática de enfermagem, foram durante muito tempo centrados na descoberta do “culpado” e na sua punição, gerando sentimentos de culpa, vergonha e medo o que contribuiu para a sua omissão.

Segundo Uva et al. (2010) só se pode prevenir o que se conhece e apontam taxas de incidência de EAs nos hospitais de 4%-16%, com repercussões clínicas, económicas e sociais. Afirmam ainda, que 50% a 70% dos EAs são passíveis de ser prevenidos, pelo que as instituições devem promover nos profissionais uma cultura de qualidade. Neste âmbito, foi desenvolvido um estudo sobre as práticas preventivas e a ocorrência de EAs associados à prática de enfermagem em contexto de internamento médico e cirúrgico, com os objetivos de: analisar a perceção dos enfermeiros sobre o cumprimento das práticas de enfermagem associadas à segurança dos doentes; analisar a perceção dos enfermeiros sobre o risco e a ocorrência dos EAs; analisar a relação entre a perceção que os enfermeiros têm sobre o cumprimento de práticas de enfermagem preventivas de ocorrência de EAs e a ocorrência/risco de EAs com algumas características socioprofissionais.

1 MSc, Enfermeira Especialista do Centro Hospitalar Médio Tejo - SUB de Torres Novas, anabelaj.pereira79@gmail.com.pt

2 MSc, Professora Adjunta na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, UICISA: E, isabels@esenfc.pt

METODOLOGIA

Partindo das questões de investigação "qual a percepção dos enfermeiros sobre o cumprimento de práticas de enfermagem preventivas de ocorrência de EAs?" e "qual a percepção dos enfermeiros sobre a ocorrência/risco de ocorrência de EAs?" desenvolveu-se um estudo descritivo-correlacional de abordagem quantitativa. A amostra foi constituída por 87 enfermeiros de unidades de internamento de medicina e cirurgia de um centro hospitalar da região centro do país. O instrumento de colheita de dados foi um questionário, cuja a primeira parte permitiu a recolha de dados sociodemográficos e profissionais da amostra, e a segunda incorporou a Escala de Eventos Adversos Associados às Práticas de Enfermagem (EAAPE). A EAAPE foi desenvolvida e validada por Castilho e Parreira (2012), e avalia a percepção que os enfermeiros têm sobre o cumprimento de prática preventivas e a sua percepção sobre o risco/ocorrência de EAs. A escala é composta por 54 preposições/incidentes em seis tipos de EAs associados a áreas de cuidados, considerados críticos na segurança dos doentes, e incorpora duas subescalas, práticas de enfermagem e risco de ocorrência de EAs, além de dois indicadores sobre a percepção geral de segurança.

Após a aprovação e autorização do conselho de administração do centro hospitalar onde o estudo foi realizado e, garantido o consentimento informado, o questionário foi aplicado entre setembro de 2015 a março de 2016.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A amostra foi constituída por enfermeiros com idades entre 22 e 56 anos, sendo a idade média 35,63 anos com o desvio padrão 7,77 anos. A grande maioria da amostra (88,5%) era do sexo feminino, 92,0% tinham a licenciatura, e os restantes o mestrado. Apenas 10,3% da amostra eram enfermeiros especialistas e 18,4% tinham cursos de pós-graduação. A maioria (66,7%) tinha a categoria de enfermeiro, 23,0% enfermeiros graduados e 10,3% eram especialistas. O tempo de exercício profissional variou entre 4 meses e 35 anos, sendo o tempo médio 12,66 anos. 59,8% dos elementos da amostra desempenhavam funções em serviços de medicina e 40,2% em cirurgia.

Verificou-se que no global os enfermeiros revelaram uma boa percepção do cumprimento de práticas preventivas de enfermagem, no entanto, 16,1% referiram que nunca ou raramente os EAAPE poderiam ser evitados. A subescala cumprimento de práticas preventivas de enfermagem está organizada em dimensões, sendo a dimensão prevenção de lesões por pressão (LPP) e higienização das mãos, as dimensões que obtiveram valores mais elevados, revelando melhor percepção das práticas e como são valorizadas pelos profissionais, o mesmo aconteceu com a dimensão prevenção de quedas. Estes resultados podem ser explicados porque o centro hospitalar, onde foi desenvolvido o estudo, sempre se envolveu na campanha nacional de higienização das mãos, onde os profissionais são alvo de auditorias de procedimento, e é um indicador considerado na avaliação de desempenho.

A ocorrência de quedas durante um internamento é considerada uma das mais importantes

quebras de segurança e é um dos indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem (Abreu et al. 2012). Os resultados do estudo revelaram que 88,5% dos participantes afirmaram comprimir práticas preventivas de quedas. Estes resultados vão ao encontro às políticas de prevenção de quedas implementadas na instituição desde 2009, onde é realizada a sua monitorização (admissão e mensal) com a Escala de Morse no Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem. Após monitorização, os resultados são discutidos em equipa de forma a encontrar estratégias preventivas para cada nível de risco. Também no estudo de Castilho (2014), é referido que os enfermeiros, relativamente ao cumprimento de práticas, apresentam boas práticas de vigilância, privacidade, confidencialidade, prevenção de quedas e prevenção de LPP.

Na dimensão preparação da medicação é de salientar que a maioria dos inquiridos nos itens “existem medicamentos com rótulos semelhantes e embalagens semelhantes”, “existem muitos medicamentos no mesmo horário” e o “enfermeiro ser interrompido durante a atividade” responderam que estas situações ocorrem algumas vezes e frequentemente, revelando que estão despertos para estas situações apontadas como indutoras de erros. Contudo, quando questionados sobre a “distração do enfermeiro”, 82,7% referiram que nunca ou raramente esta situação acontece, no entanto, acreditam que não afeta a sua concentração, o que parece ser contraditório. Alves (2016) no seu estudo refere que os erros de terapêutica podem ocorrer em uma ou mais etapas do processo de medicação, mas que nem sempre são conducentes a dano para o doente. Importa referir, que na instituição onde o estudo foi desenvolvido têm-se realizado estudos na área da segurança do medicamento, e está em vigor um protocolo de administração de terapêutica por pares, tendo em vista a diminuição dos erros. A par com isto, a organização da medicação, quer no sistema unido quer no seu armazenamento, é feita tendo em conta as semelhanças dos rótulos, havendo alertas para quando o seu distanciamento não é possível. Acredita-se que estas estratégias, adotadas pela intuição, têm sido sensibilizadoras dos seus profissionais para a prevenção de erros de medicação.

Os resultados da perceção dos enfermeiros sobre a ocorrência/risco de EAs mostraram que os enfermeiros tiveram menor perceção de ocorrência/risco de EAs nas dimensões delegação inapropriada, défice de advocacia e erros de medicação. Foi evidente que embora os enfermeiros tivessem perceção que delegavam inadequadamente, acreditavam que a segurança dos cuidados não ficava comprometida. Contudo, a Ordem dos Enfermeiros, na Tomada de Posição sobre Delegação publicada em 2007, aponta que esta deve ser sempre realizada com a comunicação adequada, orientação certa e sob supervisão apropriada. Ou seja, a delegação de tarefas pode ocorrer em determinadas circunstâncias, mas a responsabilidade dos cuidados delegados continua a ser dos enfermeiros. Também na ocorrência/risco de EAs por défice de advocacia os enfermeiros revelaram baixa perceção, assumindo-se como defensores dos interesses dos utentes.

Relativamente aos achados na dimensão erros de medicação, os mesmos vão ao encontro da cultura de segurança instituída no centro hospitalar. No entanto, há uma baixa taxa de notificação dos mesmos, o que se pode prender com a desvalorização do erro ou receio de represálias. Também Alves (2016) no seu estudo, afirma que quando um erro de terapêutica não causa qualquer efeito identificável no utente, os profissionais tendem a não o notificarem, passando assim despercebido.

Os resultados apontaram ainda, que na subescala práticas de enfermagem obteve-se uma elevada percepção de cumprimento de práticas preventivas nas dimensões quedas e LPP. É de salientar que nestas dimensões, também a percepção de ocorrência de EAs é elevada.

Na avaliação da percepção geral da ocorrência de EAs, considera-se que há uma boa percepção, em que 41,3% referiram que nunca ou raramente “a ocorrência de EAs associados às práticas de enfermagem compromete a segurança do doente”. Também nos EAs associados às práticas de enfermagem que podiam ser evitados, os resultados foram semelhantes, onde 39,1% considerou que frequentemente ou sempre, a maioria dos EAs poderiam ser prevenidos.

Os resultados permitem-nos afirmar, embora com algumas reservas, que os enfermeiros mais velhos evidenciam pior percepção de práticas preventivas nas dimensões higienização das mãos e advocacia dos doentes. Estes dados podem estar relacionados com o facto de os enfermeiros mais velhos terem tendencialmente mais formação profissional, o que lhes confere melhor capacidade analítica e reflexiva. Os enfermeiros com licenciatura evidenciaram percepção mais elevada do cumprimento das práticas do que os que têm uma especialização em enfermagem, acredita-se que um conhecimento mais diferenciado promova o seu raciocínio crítico com o intuito da melhoria dos cuidados. Nesta linha a Ordem dos Enfermeiros (2011) refere que o enfermeiro especialista deve ser detentor de competências comuns no domínio da melhoria contínua da qualidade dos cuidados.

Os resultados do estudo revelaram que os enfermeiros com mais tempo de exercício profissional, têm pior percepção das práticas de enfermagem no global da escala e a existência de correlação negativa entre o tempo de exercício profissional e a higienização das mãos e advocacia dos doentes. Este achado pode estar relacionado com o facto de os enfermeiros mais velhos serem também, de um modo geral, os enfermeiros com mais tempo de exercício profissional e mais formação, reforçando assim a ideia anterior, de que os enfermeiros mais velhos são enfermeiros com maior capacidade de análise crítica. Também de acordo com os resultados, os enfermeiros que desempenham funções na cirurgia evidenciam percepção de melhores práticas que os prestam cuidados nos serviços de medicina. Estas unidades têm habitualmente utentes com idades mais avançadas e mais comorbilidades do que nos serviços de cirurgia, o que gera maior debilidade e maior necessidade de cuidados e vigilância. Relativamente ao cumprimento de práticas preventivas, ser diferente consoante tenham ou não frequentado formação na área dos EAs, apenas foram encontrados resultados de relação na dimensão falhas na preparação da medicação. À partida, os enfermeiros com formação na área da segurança do doente terão melhor capacidade de análise da prática clínica, pelo olhar crítico que o conhecimento lhe confere, tornando-os mais sensibilizados para ocorrência de EAs associados às práticas de enfermagem.

Os resultados revelam que os enfermeiros mais velhos tendem a evidenciar maior percepção de ocorrência de quedas, o mesmo acontece na subescala cumprimento de práticas preventivas nas dimensões higienização das mãos e advocacia dos doentes. Já em relação às habilitações profissionais, os resultados revelam que os enfermeiros com pós-graduação, embora não tenha sido possível identificar a sua especificidade, evidenciam percepção de risco mais elevado para a ocorrência de infeções associadas aos cuidados de saúde (IACS) do que os enfermeiros especializados.

Não se encontrou correlação significativa entre a percepção de ocorrência/risco de EAs e a categoria profissional, tempo de exercício profissional e terem ou não frequentado formação na área da segurança do doente. Segundo Alves (2016), os profissionais com mais tempo de exercício profissional têm menor percepção do risco e ocorrência de EAs, ao que acrescenta que os enfermeiros com contratos por tempo indeterminado, mostram índices de apreciação de risco e ocorrência de EAs mais elevados, comparativamente com os restantes tipos de relação laboral.

Em relação ao local onde desempenham a sua atividade profissional, os enfermeiros do serviço de cirurgia tendem a ter menor percepção de risco de ocorrência de EAs dos que os de medicina, resultados estes que vão de encontro aos encontrados na subescala das práticas de enfermagem. Também no estudo de Castilho (2014) os enfermeiros do serviço de medicina perceberam valores médios mais elevados de EAs, nomeadamente nas IACS, nos erros de medicação, nos riscos de quedas e nas LPP.

CONCLUSÃO

Tem sido preocupação da instituição onde o estudo foi desenvolvido, a definição de estratégias na área da segurança dos cuidados, e de facto os resultados da investigação mostram que os profissionais estão sensibilizados e encaram-na como um caminho a percorrer. Assim, na subescala das práticas de enfermagem escala EAAPE os enfermeiros revelaram percepção de melhores práticas nas dimensões: prevenção de LPP, quedas e higienização das mãos. Na subescala dos EAs verificou-se que os enfermeiros mostraram menor percepção de ocorrência/risco de EAs nas dimensões delegação inapropriada, défice de advocacia e erros de medicação.

Relativamente à avaliação da percepção geral da ocorrência de EAs, concluiu-se que a maioria dos enfermeiros consideram que nunca ou raramente a ocorrência de EAs associados às práticas de enfermagem compromete a segurança do doente. No entanto, houve um número significativo de enfermeiros que afirmou que frequentemente ou sempre os EAs associados às práticas de enfermagem podiam ser evitados.

As dimensões higienização das mãos, advocacia dos doentes, privacidade e confidencialidade, preparação da medicação, prevenção de LPP, prevenção de quedas, falhas na vigilância da medicação e vigilância dos doentes da subescala percepção dos enfermeiros do cumprimento de práticas de enfermagem preventivas, estão associadas com as variáveis socioprofissionais: idade, habilitações profissionais, tempo de exercício profissional, tipo de serviço onde desempenham funções, e terem ou não formação sobre EAs.

Os resultados mostraram haver relação entre a percepção que os enfermeiros têm sobre ocorrência/risco de EAs e idade, habilitações profissionais e local onde exercessem funções.

Consideram-se limitações do estudo o tamanho da amostra e o tempo decorrido entre a realização do projeto de investigação, a operacionalização, e a conclusão do mesmo. Pensamos que seria pertinente desenvolver estudos semelhantes a este noutros serviços da mesma instituição de forma a ser possível comparar os resultados.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abreu, C., Mendes, A., Monteiro, J. & Santos, F. (2012). Quedas em meio hospitalar: um estudo longitudinal. *Revista Latino-Americana Enfermagem*, 20 (3), 2-7. Recuperado de: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n3/pt_a23v20n3.pdf
- Alves, M. (2016). *Satisfação Profissional e a Segurança do Doente na Prática de Enfermagem* (Tese de Mestrado). Recuperado de <https://repositorio.esenfc.pt/private/index.php?process=download&id=29895&code=489>
- Castilho, A., & Parreira, P. (2012). Construção e avaliação das propriedades psicométricas de uma escala de eventos adversos associados às práticas enfermagem. *Revista Investigação em Enfermagem*, 12ª Série, 59-73.
- Castilho, A. (2014). *Eventos adversos nos cuidados de Enfermagem ao doente internado: contributos para a política de segurança* (Tese de doutoramento). Recuperado de <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/78357/2/34302.pdf>
- Fragata, J. (2012). *Segurança dos doentes - Uma abordagem prática*. Lisboa: LIDEL
- Ordem dos Enfermeiros (2007). *Delegação. Tomada de Posição*. Recuperado de: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/tomadasposicao/Documents/EnunciadoPosicao_23Abr2007.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (2011). *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Recuperado de: <https://dre.pt/home/-/dre/3477011/details/maximized>
- Uva, A., Sousa, P., & Castanheira, F. (2010). A segurança do doente para além do erro médico ou do erro clínico. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 10, 1-2. Recuperado de: <http://www.elsevier.pt/pt/revistas/revista-portuguesa-saud publica-323/artigo/a-seguranca-do-doente-alem-do-erro-medico-13189853>.

RESPOSTA DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE À PESSOA COM SUSPEITA DE AVC EM ANGOLA/HUAMBO: OPINIÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

DEOLINDA CASSINDA GULI SAMBANGO¹
RUI FILIPE LOPES GONÇALVES²

INTRODUÇÃO

O Acidente Vascular Cerebral (AVC) representa uma das principais causas de morte no mundo, sendo a principal causa de incapacidade nas pessoas idosas e com graves sequelas a nível psicomotora (Direção Geral da Saúde [DGS], 2014). De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2009) a mortalidade por doenças cerebrovasculares são a principal causa de morte no mundo.

Em Angola, de acordo com Queza (2010) referindo-se ao Relatório da Direção de Saúde Pública de 2005, após terminado o período de guerra tem-se verificado um crescimento acentuado das doenças cardiovasculares, tendo como principais fatores de risco a hipertensão arterial, a diabetes *mellitus*, a mudança no estilo de vida das famílias, aumento do sedentarismo e a dificuldade em realizar uma alimentação equilibrada, potenciando o número de casos de AVC (Queza, 2010).

A título de exemplo, em 2014 o Hospital Central de Huambo registou 261 casos de AVC Isquémico e 86 casos de AVC hemorrágico. Do total de casos admitidos, cerca de 152 faleceram e são incalculáveis as consequências na qualidade de vida dos restantes que, por si só, justificam a pertinência deste estudo que surge com o objetivo de conhecer a resposta dos profissionais de saúde à pessoa com suspeita de AVC em Angola/Huambo (INE, 2015). Num país onde o défice estrutural, de recursos humanos e de materiais são uma realidade permanente na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica, a inexistência de um sistema integrado de emergência médica operacional evidência algumas lacunas na ativação do número emergência (116), na

1 MSc, Enfermeira na Unidade Local de Saúde da Guarda – Hospital Sousa Martins; dsambango@gmail.com

2 PhD, Professor Adjunto na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, UICISA: E, rgoncalves@esenfc.pt

abordagem à pessoa com suspeita de AVC no Pré-Hospitalar, no transporte para uma unidade de referência, na falta de uma área de triagem e na formação específica dos profissionais de saúde na área de urgência/emergência. Todos estes fatores condicionam a segurança e autoconfiança dos profissionais de saúde para uma resposta assertiva, e comprometem a qualidade dos cuidados prestados à população angolana (Vitongue, 2015).

METODOLOGIA

De forma a desenvolvermos este estudo, e de acordo com o objeto de estudo definimos como questões de partida:

Questão 1 – Qual o nível de importância que os profissionais de saúde atribuem à pessoa com suspeita de AVC?

Questão 2 – Como é percebida pelos profissionais de saúde a qualidade da resposta à pessoa com suspeita de AVC?

Questão 3 – Quais os fatores que influenciam a resposta dos profissionais de saúde à pessoa com suspeita de AVC?

Tendo por base o objetivo geral de conhecer a resposta e opinião dos profissionais de saúde perante a pessoa com suspeita de AVC, definimos os seguintes objetivos:

- Identificar os níveis de importância que atribuem os profissionais de saúde do Huambo à intervenção à pessoa com suspeita de AVC;
- Conhecer a qualidade da resposta percebida pelos profissionais de saúde na abordagem da pessoa com suspeita de AVC;
- Identificar quais as dificuldades sentidas pelos profissionais de saúde na resposta à pessoa com suspeita de AVC;
- Construir e apresentar uma proposta de algoritmo de tomada de decisão para abordagem da pessoa com suspeita de AVC em contexto hospitalar.

Relativamente ao desenho do estudo, ao pretender explorar e perceber a resposta, opiniões dos profissionais de saúde que prestam cuidados à pessoa em situação crítica com suspeita de AVC em contexto hospitalar e, após a análise das opções metodológicas possíveis, optou-se por um estudo de tipo descritivo, transversal e de abordagem quantitativa. Em relação ao tempo é um estudo transversal uma vez que se pretende (conhecer a resposta e opinião dos profissionais de saúde) um conhecimento de uma população e contexto específico. Segundo Hulley et al. (2003) no estudo transversal todas as medições são feitas em um único momento, pretende-se que o investigador, selecione uma amostra da população e meça as variáveis preditoras e de desfecho.

Todos os aspetos éticos e legais decorrentes da investigação científica foram preservados, foi submetido pedido de parecer e apreciação ética do projeto de investigação a uma Comissão de Ética tendo obtido parecer favorável (n.º 287-06/2015). Do mesmo modo foi solicitado pedido de autorização à direção da organização de saúde onde foi realizado o estudo e à direção pedagógica da mesma, tendo sido aceites. Relativamente aos participantes no estudo, a sua participação foi voluntária, tendo sido entregue consentimento escrito no qual constava toda a informação relevante do estudo e o compromisso dos investigadores em manter o sigilo e confidencialidade dos dados fornecidos pelos participantes nos instrumentos de recolha de dados.

A população alvo do estudo foi o conjunto de profissionais de saúde que trabalhavam numa organização de saúde do Huambo/Angola (N=600). Tivemos como critérios de inclusão dos participantes o ser técnico de enfermagem, enfermeiros e médicos que trabalhavam nos serviços de adultos nomeadamente, nos serviços de urgência, reanimação, unidade de cuidados intensivos, medicações e cirurgias. A amostra só ficou constituída após a recolha de dados, incorporando profissionais de saúde que desempenham atividade profissional na organização de saúde selecionada: 61 técnicos de enfermagem, 9 enfermeiros e 18 médicos; num total de 88 elementos que aceitaram participar no estudo após convite e explicitação do estudo pela investigadora principal.

A recolha de dados decorreu durante os meses de agosto e setembro de 2015 através de um instrumento constituído por duas partes: a primeira, referente à caracterização sociodemográfica e profissional dos participantes; a segunda, adaptada de Vieira (2014), referente à avaliação do nível de importância atribuído pelos profissionais de saúde a um conjunto de intervenções apresentadas (coluna A) e a qualidade percebida da resposta dos profissionais de saúde face às mesmas intervenções (coluna B) no decorrer da prestação de cuidados à pessoa com suspeita de AVC, terminando com um conjunto de questões abertas onde podiam identificar os fatores facilitadores e dificultadores na sua resposta, sobre conhecimentos de triagem, via verde, tratamento com fibrinólise, algoritmo de decisão perante uma pessoa com suspeita de AVC e utilização da escala de *Cincinnati*.

APRESENTAÇÃO DE DADOS E DISCUSSÃO DE RESULTADOS

Quanto ao estudo isolado das opiniões individuais relativas ao nível de importância e qualidade das diversas respostas asseguradas pelos profissionais de saúde à pessoa com suspeita de AVC, foram apreciadas através de uma lista de itens organizada em oito dimensões: garantir a permeabilidade da via aérea; favorecer a eficácia respiratória; avaliar a função cardiovascular; avaliar a disfunção neurológica; na ressuscitação cardiopulmonar e ou respiração ineficaz; reconhece e antecipa a necessidade de intubação endotraqueal; disposição e arrumação do carro de emergência e decisão de transporte, documentação e comunicação.

Relativamente à dimensão de garantir a permeabilidade da via aérea, verificamos que os profissionais de saúde atribuíram quer ao nível da importância quer da qualidade respostas que se situam entre 3 e 5, podendo considerar que no global os inquiridos, para além de

lhe atribuírem muita importância, percebem elevada eficácia da qualidade da resposta. Não obstante, os resultados evidenciam que em diferentes itens os inquiridos atribuem mais importância em detrimento da forma como caracterizam a qualidade da sua resposta. Acresce referir que para os profissionais em estudo os resultados revelam que os profissionais com conhecimentos sobre triagem de doentes tendem a atribuir maior nível de importância aos procedimentos que garantem a permeabilidade da via aérea.

Sobre favorecer a eficácia respiratória, os resultados do nosso estudo apontam que os profissionais inquiridos atribuem *muita importância* à eficácia respiratória bem como à qualidade das intervenções que executam no sentido de elevarem a cabeceira da cama (quando indicado), na identificação da assimetria e alteração da profundidade de elevação/depressão do tórax, na avaliação do ritmo e frequência respiratória, da coloração da pele e mucosas, na avaliação dos ruídos respiratórios e na administração de oxigénio logo que possível.

No que se refere à avaliação da função cardiovascular, verificamos que, no global, a maioria das respostas dos inquiridos apontam para que reconheçam a importância das intervenções e se sintam confortáveis com a qualidade das suas respostas perante à pessoa em situação crítica com suspeita de AVC, porém há um conjunto de profissionais (16%) que acha *irrelevante/ineficaz* a monitorização cardíaca simples ou eletrocardiográfica. Do mesmo modo, para na avaliação de pulsos centrais e periféricos, em que 10,2% dos profissionais consideram *irrelevante/ineficaz* a sua resposta.

Relativamente à avaliação da disfunção neurológica verificamos que globalmente as respostas mais evidenciadas situam-se entre o *importante, muito/extremamente importante* e o *eficaz muito/extremamente eficaz*. Somente na avaliação do nível de consciência, apenas 2,2% dos profissionais consideram *irrelevante* e mesmo *pouco importante*, tal como 3,4% consideram que a sua resposta é ineficaz. Em continuidade, os participantes com conhecimentos sobre tratamento com fibrinólise em doentes com AVC tendem a atribuir um nível mais elevado de importância na avaliação da disfunção neurológica.

Ao procurarmos respostas sobre a importância e qualidade da avaliação da reatividade pupilar, sua dimensão e simetria, a quase totalidade dos profissionais (90%) referem altos níveis de concordância em ambas dimensões.

Sobre a avaliação da glicemia capilar, dos profissionais inquiridos 91% forma unânimes ao atribuírem-lhe maior importância e melhor percepção da qualidade da resposta.

Quando questionados sobre a avaliação da função motora e sensitiva a quase totalidade dos inquiridos (93%) atribuem *elevada importância*, apesar de somente 87% referirem altos níveis de eficácia na qualidade da sua resposta. Sobre a avaliação da simetria corporal, 96,6% dos inquiridos são unânimes quanto à importância e qualidade das suas intervenções.

Relativamente à dimensão ressuscitação cardiopulmonar (RCP) e/ ou respiração ineficaz, verificamos que os profissionais de saúde inquiridos referem executar as intervenções de forma adequada, sendo que as respostas mais evidenciadas se situam entre *importante, muito/extremamente importante* com 87,5% na utilização do insuflador manual conectado a fonte de

O2, e 83% para a qualidade da sua resposta como *eficaz, muito/extremamente eficaz*.

Ao questionarmos os profissionais sobre reconhecer e antecipar a necessidade de entubação endotraqueal, considerada a sexta dimensão, verificamos que no global lhe atribuem elevada importância e referem executar as intervenções de forma adequada. Mesmo assim, dos profissionais inquiridos 21,5% consideram esta atividade *irrelevante* ou mesmo *pouco importante*.

Neste ponto e para a amostra em estudo os participantes com conhecimentos sobre Via Verde AVC tendem a atribuir menor nível de importância ao reconhecimento e antecipação da necessidade de entubação endotraqueal. Do mesmo modo, sobre a qualidade da sua resposta, 19,3% dos profissionais inquiridos referem ser *ineficazes*, ou mesmo *pouco eficazes*, na preparação do material para entubação endotraqueal precoce. Relativamente à avaliação da eficácia da ventilação após a entubação 4,6% referem *irrelevância/pouca importância* e 5,7% referem ter uma atuação *ineficaz/pouco eficaz*.

Sobre a disposição e arrumação do carro de emergência os profissionais inquiridos consideraram que no global executam as intervenções adequadamente. As respostas mais evidenciadas como *importantes, muito/extremamente importantes* referem-se na organização e funcionamento (90%), à verificação da selagem do carro (96%), à reposição dos materiais usados (96,8%) e à verificação da *check list* do carro de urgência (96,5%). Sobre a qualidade das intervenções, as respostas mais evidenciadas situavam-se entre *eficaz, muito/extremamente eficaz* na organização e funcionamento do carro (92%), na verificação da selagem do carro (93,3%), na reposição dos materiais usados (94,2%) e na verificação da *check list* do carro de urgência (94,3%). Na realidade Angolana constatamos que a maior parte dos serviços não tem carros de emergência e dos existentes, alguns não se encontram organizados e funcionais.

No que se refere à decisão de transporte, documentação e comunicação, verificamos que os participantes (89%) atribuíram maior importância/qualidade no providenciar transporte para a unidade mais diferenciada. Já sobre o documentar as intervenções realizadas, 3,4% consideraram *irrelevante* ou mesmo *pouco importante* considerando 5,6% que neste âmbito a sua intervenção é *ineficaz/pouco eficaz*. Relativamente à transmissão da informação à equipa mais diferenciada verificamos que 92,1% dos inquiridos atribuíram maior importância e 96,6% atribuíram maior qualidade às suas intervenções. Observamos ainda que os profissionais com conhecimentos sobre Via Verde AVC tendem a atribuir melhor qualidade na resposta em termos de decisão de transporte, documentação e comunicação. Do mesmo modo, os profissionais que afirmaram ter conhecimentos sobre utilização da Escala de Cincinnati em pessoas com suspeita de AVC tendem a atribuir maior qualidade à resposta em termos de decisão de transporte, documentação e comunicação.

Sobre os aspetos dificultadores/facilitadores da atuação perante uma urgência neurológica, realçam a falta de material e meios técnicos (40,9%), falta de medicamentos (29,5%), falta de experiência/treino (25%), consideraram falta recursos humanos (25%), dificuldade de comunicação/informação (13,6%), falta de exames complementares de diagnóstico (10,6%), falta de conhecimento/formação (6,8%), falta de transporte (6,8%), falta de meios financeiros (5,7%), consideraram espaços físicos inadequados (4,5%), falta de incentivos (2,3%) e más

condições do carro de emergência (2,3%).

Relativamente aos aspetos facilitadores, referiram a existência de material (29,5%), a experiência e treino dos profissionais (13,6%), disponibilidade de medicamentos (13,6%), existência de cursos especializados/formação (9,1%) e a existência de recursos humanos (8%).

CONCLUSÃO

Proporcionando resposta às questões de investigação os principais resultados obtidos neste estudo demonstram que a maioria dos profissionais atribuí uma grande importância e uma boa qualidade de respostas perante a pessoa com suspeita de AVC.

Quanto aos fatores que influenciam a resposta dos profissionais de saúde à pessoa em situação crítica com suspeita de AVC, o estudo revelou a falta de formação na área de urgência/emergência, a falta de recursos humanos, material/ meios técnicos para uma abordagem e encaminhamento adequados do doente crítico, de forma a minimizar as sequelas e promover qualidade de vida nas atividades de vida diária da pessoa, na família e comunidade.

O estudo oferece um contributo importante para a população do Huambo e seus profissionais de saúde, dando a conhecer uma realidade pouco visível das organizações de saúde e das dificuldades vividas. Não obstante, face às várias realidades de intervenção no contexto Angolano, os resultados devem ser entendidos com muita precaução pois ressalva-se a falta de formação e défice no desenvolvimento de práticas diferenciadas que retardam a melhoria da qualidade dos cuidados à pessoa com suspeita de AVC.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Direção Geral da Saúde. (2014). *Doenças cérebro-cardiovascular em número: Programa nacional para as doenças cérebro- cardiovascular*.
- Hulley, S. B., Cummings, S. R., Browner, W. S., Grady, D., Hearst, N., & Newman, T. B. (2003). *Delineando a pesquisa clínica: uma abordagem epidemiológica*. São paulo, Brasil: Artmed Editora S. A.
- Instituto Nacional de Estatística. (2015). *Resultados definitivos do recenseamento geral da população e da habitação de Angola. Censo 2014*. Gabinete Central do Censo, Governo de Angola. <http://censo.ine.gov.ao/xportal/xmain?xid=censo2014>
- Organização Mundial de Saúde. (2009) Enfoque passo a passo da OMS para a vigilância de acidentes vascular cerebral. <https://www1.paho.org>
- Queza, A. J. (2010). *Sistema de saúde em Angola: Uma proposta à luz da reforma do Serviço Nacional de Saúde em Portugal* [Dissertação de mestrado, Universidade do Porto, Faculdade de Medicina]. Repositório Aberto da Universidade do Porto. <https://repositorio->

aberto.up.pt/bitstream/10216/50407/2/Sistema%20Nacional%20de%20Sade%20An

Vieira, J. C. (2014). Resposta de Enfermagem à pessoa em situação crítica no hospital de Cabo Verde: Opinião dos enfermeiros [Dissertação de mestrado, Escola Superior de Coimbra]. Repositório Científico da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra Portugal. <https://repositorio.esenfc.pt/>

Vitongue, I. R. (2015). *Organização do sistema de referência e contra referência no contexto do sistema de saúde de Angola: A percepção dos profissionais de saúde do Hospital Geral e do Hospital Municipal do Huambo* [Dissertação de mestrado, Universidade Lusófona de Humanidade e Tecnologia, Escola de Ciências e Tecnologias da Saúde. Repositório Científico do Instituto Politécnico de Lisboa, <http://repositorio.ipl.pt/bitstream/10400.21/6322/1/Percepcao%20dos%20profissionais%20de%20saude%20do%20Hospital%20Municipal%20do%20Huambo-Angola%20sobre%20a%20fisioterapia.pdf>

SATISFAÇÃO PROFISSIONAL E A SEGURANÇA DO DOENTE NA PRÁTICA DE ENFERMAGEM

MAURÍCIO FERNANDES ALVES¹
AMÉLIA FILOMENA DE OLIVEIRA MENDES CASTILHO²
LUÍS MANUEL DE JESUS LOUREIRO³

INTRODUÇÃO

A satisfação profissional (SP) é um indicador de avaliação permanente da qualidade do Serviço Nacional de Saúde (SNS) e da política de recursos humanos nas instituições de saúde. Sendo subjetiva e pessoal, está dependente de múltiplos fatores como as relações laborais, o sentimento de pertença e de uma simbiose entre objetivos pessoais e organizacionais. Resulta de diversas variáveis como: a atitude perante o trabalho, as relações laborais, o ambiente organizacional, o tipo de gestão e os objetivos institucionais. Na enfermagem, o contexto profissional atual, o aumento das exigências, a carga horária semanal e a consequente diminuição dos períodos de descanso, poderão implicar uma menor SP e diminuição da resistência dos enfermeiros aos fatores potenciadores da ocorrência de eventos adversos (EA), contribuindo negativamente para a qualidade dos cuidados de saúde. A redução da SP parece estar associada com a sobrecarga de trabalho, diminuição de recursos humanos e impacto negativo na segurança do doente (SD) (Aiken et al. 2013).

Vários estudos, nomeadamente o RN4CAST, alertam para o impacto das condições de trabalho na saúde mental e no bem-estar dos enfermeiros, e na possibilidade de afetarem a motivação, produtividade, performance e qualidade dos cuidados de saúde (Khamisa et al. 2015). Sendo preocupante existirem profissionais insatisfeitos nas organizações, a inquietação será mais acentuada quando esses profissionais lidam com a saúde das pessoas.

A sociedade reconhece transversalmente a importância da SD como um indicador de desempenho assistencial, mas também como elemento central de qualidade e gerador de

1 MSc, Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, mcrealx@gmail.com

2 PhD, Professora Adjunta da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, UICISA: E, afillomena@esenfc.pt

3 PhD, Professor Adjunto da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, UICISA: E, luisloureiro@esenfc.pt

confiança dos utilizadores do sistema de saúde. Tendo em conta os referenciais da profissão, o enfermeiro é o profissional de saúde mais focado na SD e na qualidade dos cuidados, e são cada vez mais estudos que salientam a ligação entre cuidados de enfermagem, SD e qualidade em saúde (Internacional Council of Nurses [ICN], 2015). O plano nacional de SD (Despacho nº 1400-A/2015 de 10 de fevereiro) aposta no reforço da necessidade e pertinência da adoção de processos de melhoria contínua da qualidade e segurança dos cuidados, para benefício dos utilizadores e profissionais do SNS.

Com esta investigação pretende-se caracterizar o nível de SP dos enfermeiros; caracterizar a perceção da ocorrência de EA, numa perspetiva de processo (práticas enfermagem) e numa perspetiva de resultados (risco e ocorrência de EA); analisar em que medida as características socioprofissionais estão associadas com a SP dos enfermeiros; analisar em que medida as características socioprofissionais estão associadas com os EA associados às práticas de enfermagem; analisar a relação entre a SP e os eventos adversos associados às práticas de enfermagem (EAAPE).

METODOLOGIA

O estudo procura dar resposta às seguintes questões orientadoras de investigação: A SP dos enfermeiros e os EAAPE estão relacionados com as variáveis socioprofissionais? Existe relação entre SP dos enfermeiros e os EAAPE?

Desenhou-se um estudo de âmbito nacional, quantitativo e com carácter descritivo e correlacional. Definiu-se como população alvo, os enfermeiros inscritos na Ordem dos Enfermeiros (OE) a trabalhar em Portugal, tendo-se obtido uma amostra de 1102 enfermeiros.

Os dados foram colhidos através de um questionário digital alojado na internet, para autopreenchimento pelos enfermeiros, composto por questões fechadas, dividido em 3 partes: inicia com questões que permitem recolher dados sociodemográficos e profissionais. A SP foi avaliada através de uma Escala de Avaliação da Satisfação no Trabalho para Enfermeiros (EASTE) desenvolvida por Ferreira e Loureiro (2012), composta por 25 itens tipo Likert, agrupados em 6 dimensões. Na avaliação dos EA utilizou-se a escala EAAPE (Castilho, 2014), estruturada em duas partes: a subescala de práticas de enfermagem, comporta 40 itens agrupados em 10 dimensões, que permite avaliar a frequência de realização de práticas preventivas dos EA e a ocorrência de falhas nos processos de preparação, administração e vigilância de medicação. A subescala de EA, constituída por 12 itens, agrupados em 6 dimensões, avalia o risco/ocorrência de EA. Todos os itens são pontuáveis numa escala tipo Likert de cinco pontos.

A utilização da plataforma *Medquest* da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, garantiu o anonimato de resposta e todas as necessidades técnicas. Foram desenvolvidos todos os procedimentos formais e éticos exigidos, tendo sido obtido o parecer favorável da Comissão de Ética da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra nº 260-02/2015.

Os dados foram analisados com recurso ao programa SPSS. Foi realizada análise descritiva e

inferencial. Na estatística inferencial, utilizaram-se os testes paramétricos. Considerou-se como nível de significância estatística para aceitar as hipóteses, valores de $p < 0,05$.

RESULTADOS

A amostra é maioritariamente do sexo feminino (79,4%), com idade média de 38 anos e desvio padrão (DP) de 9. Quase metade (45,9%) detém o título de enfermeiro especialista (pós-licenciatura), distribuído pelas várias especialidades existentes. No entanto, apenas 12,2% detém a categoria profissional compatível com as competências. A relação laboral assume essencialmente o contrato trabalho em funções públicas (CTFP; 44,4%) e o contrato individual de trabalho (CIT) por tempo indeterminado (48,2%). O tipo de horário de trabalho é sobretudo rotativo (57,8%), apresentando a modalidade de horário fixo 41,1% dos enfermeiros. A maioria (71,6%) trabalha 40 ou mais horas semanais, enquanto 26,8% cumpre regimes de 35 ou menos horas em cada semana de trabalho. 32,9% dos enfermeiros refere ter menos de 2 dias de folga efetiva/semana, não gozando o período de descanso a que tem legalmente direito. 81,4% da amostra exerce funções em instituições hospitalares, mas 55,9% dos participantes trabalha em instituições comunitárias, indiciando que muitos dos inquiridos trabalham em dois tipos de instituições.

Relativamente à avaliação da SP, a análise global dos resultados, permite indiciar um nível baixo de SP dos enfermeiros ($M=2,88$; $DP=0,51$). Os enfermeiros sentem que os aumentos salariais são poucos e distantes, têm poucos benefícios dentro da organização e o esforço não é devidamente recompensado. Os inquiridos apontam que o seu trabalho é agradável, gostam do que fazem e têm orgulho no seu trabalho. A amostra revela níveis baixos de SP com os benefícios e recompensas ($M=1,61$; $DP=0,56$) e a promoção profissional ($M=1,79$; $DP=0,67$). Por outro lado, mostram elevada satisfação com o contexto de trabalho ($M=3,97$; $DP=0,83$) e no relacionamento com a equipa ($M=3,99$; $DP=0,76$).

Na análise dos resultados da EAAPE, tendo em consideração que valores mais elevados indiciam melhores práticas, os valores médios observados no global ($\bar{X}=3,50$; $DP=0,40$;) alertam para níveis moderados de cumprimento de práticas recomendadas. Numa análise por dimensão as melhores práticas são observadas nas dimensões “Higienização das mãos” ($\bar{X}=4,42$; $DP=0,57$;), “Privacidade e confidencialidade” ($\bar{X}=4,11$; $DP=0,64$;;) e nos “Cuidados com Equipamento Proteção Individual e higiene ambiental” ($\bar{X}=4,05$; $DP=0,67$;). Com valores médios reveladores de menor cumprimento, são particularmente críticas as dimensões “Falhas na preparação de medicação” ($\bar{X}=3,46$; $DP=0,74$), “Falhas na vigilância da medicação” ($\bar{X}=3,84$; $DP=0,73$), “Prevenção de Quedas” ($\bar{X}=3,62$; $DP=1,10$), “Advocacia dos doentes” ($\bar{X}=3,73$; $DP=0,68$) e “Vigilância dos doentes” ($\bar{X}=3,81$; $DP=0,68$). Uma análise mais detalhada dos itens que avaliam a perceção de falhas durante o processo de preparação da medicação permite identificar que algumas vezes ou frequentemente se identificam as seguintes falhas: “Existirem muitos medicamentos no mesmo horário”; “Falhas na comunicação médico/enfermeiro sobre alterações na prescrição médica”; “O medicamento não estar disponível em tempo oportuno”; “Distração do enfermeiro”; “Existirem medicamentos com rótulo e embalagem semelhantes”; e “O enfermeiro ser interrompido durante a atividade”;

Na subescala dos EA, onde seria desejável observar valores médios próximos de 1 (nunca), observa-se um valor médio global de 2,57 (DP=0,50), indiciando que os enfermeiros percebem que raramente ou algumas vezes, existe risco e/ou ocorrência de EA. Os valores médios observados nas dimensões "IACS" ($\bar{X}=2,80$; DP=0,83), "Risco e ocorrência de úlceras por pressão" ($\bar{X}=2,78$; DP=0,72) e "Risco e ocorrência de quedas" ($\bar{X}=2,69$; DP=0,74) revelam valores médios próximos da âncora "algumas vezes", indiciando serem áreas mais críticas para a SD.

A análise da relação entre a SP e algumas variáveis socioprofissionais permitem salientar que os enfermeiros com funções de gestão evidenciam níveis de SP mais elevados ($p=0,000$); os enfermeiros com 2 ou mais dias de folga semanal apresentam níveis mais elevados de SP ($p=0,000$); observa-se uma correlação positiva, mas muito fraca, da SP com tempo de exercício profissional, ($r=0,09$; $p=0,003$). Não existe diferença na SP em função do tipo de contrato ($p=0,131$). Quando se analisa se a percepção dos EAAPE está relacionada com características socioprofissionais dos enfermeiros, verifica-se que os enfermeiros com funções de gestão e enfermeiros que na reação laboral detêm CTFP percebem melhores práticas de enfermagem ($p<0,05$). Existe uma correlação positiva fraca ($r=0,13$; $p=0,00$) do tempo de exercício profissional com as práticas de enfermagem e negativa fraca com os EA ($r=-0,12$; $p=0,00$), indiciando que os enfermeiros com mais anos de profissão percebem melhores práticas profissionais, mas têm menor percepção do risco e ocorrência de EA.

A análise da relação da SP com os EAAPE permitiu verificar que a SP apresenta uma correlação moderada positiva com as práticas de enfermagem ($r=0,35$; $p=0,00$), permitindo concluir que os profissionais mais satisfeitos evidenciam percepção de melhor cumprimento das práticas de enfermagem. Por outro lado, o nível de SP dos enfermeiros tem uma correlação moderada negativa relativamente com a percepção do risco e ocorrência de EA ($r=-0,30$; $p=0,000$), indiciando que os enfermeiros mais satisfeitos têm menor percepção de risco e/ou ocorrência de EA.

DISCUSSÃO

A amostra em estudo, maioritariamente do sexo feminino, apresenta valores de idade média e de percentagem de enfermeiros especialistas superiores à média dos enfermeiros inscritos à época na OE. Estas características levam-nos a considerar que os enfermeiros mais velhos e com maior formação académica estarão mais disponíveis para responder a questionários sobre o tema em análise.

Os resultados revelam que os enfermeiros estão insatisfeitos com os benefícios, recompensas e promoção profissional. Em concordância, o ICN refere que o bem-estar socioeconómico, as condições de trabalho e a remuneração dos enfermeiros são inadequadas, pelo que devem ser claramente compatíveis com o nível de qualidade exigido pela população (ICN, 2015). Por outro lado, os enfermeiros manifestam elevada SP com o contexto de trabalho, no relacionamento com colegas e chefias. Continuam a gostar do que fazem e mais do que tudo, têm orgulho no seu trabalho, o que vai de encontro de resultados encontrados noutros estudos nacionais (Henriques, 2015).

Nos resultados destacam-se as boas práticas de higienização das mãos, no respeito pela privacidade, confidencialidade, utilização do EPI e a higiene ambiental. As boas práticas de higiene ambiental e na utilização do EPI, evidenciam que os enfermeiros compreendem a sua importância, na SD e profissionais de saúde. Por outro lado, nas práticas relacionadas com a gestão da medicação e com a prevenção de quedas, os enfermeiros revelam maior índice de falhas. A distração, o stress e a diminuição da vigilância/falta de atenção associada ao cansaço constituem os fatores humanos com maior contributo para a ocorrência de erros de medicação (World Health Organization [WHO], 2019). A otimização do sistema de prescrição, a organização e supervisão dos processos relacionados com a medicação, a melhoria da comunicação entre os profissionais envolvidos, e a implementação do procedimento de dupla verificação independente são algumas formas de prevenção de ocorrências de erros do processo de medicação, recomendadas (Rocha et al., 2015). Relativamente à prevenção de quedas os resultados encontrados são preocupantes.

Em Portugal, as quedas correspondem a 21% do número de incidentes notificados no sistema nacional de notificação (Despacho 1400-A/2015), mantendo-se uma preocupação prioritária do plano nacional de SD 2015-2020. Importa referir que os enfermeiros reconhecem que pelo menos algumas vezes identificam a existência do risco e ocorrência de IACS, Quedas e Úlceras por pressão, indiciando que se mantêm como foco de preocupação prioritária. Em relação à associação entre características socioprofissionais e a SP, podemos assinalar que os enfermeiros com funções de gestão percebem o desenvolvimento de melhores práticas e manifestam maior nível de SP. A categoria profissional é um indicador de conhecimento e competência em enfermagem estando um maior rácio de enfermeiros com elevada qualificação profissional associada à redução da mortalidade e EA (Aiken et al., 2013).

CONCLUSÃO

Assinalamos que os profissionais mais satisfeitos percebem melhores práticas de enfermagem. Os resultados obtidos permitem verificar que a SP apresenta uma correlação moderada positiva com as práticas de enfermagem e moderada negativa com o risco e ocorrência de EA. Podemos assim afirmar que profissionais mais satisfeitos geram impacto positivo no estado funcional dos doentes, minimizando o risco de dano associado aos cuidados de saúde. Percebe-se que os enfermeiros portugueses revelam níveis baixos de SP e que esta é influenciada pela categoria profissional, número de dias de folga/semanal e tempo de exercício profissional.

Os enfermeiros estão insatisfeitos com os benefícios, recompensas e promoção profissional, mas revelam satisfação com o contexto de trabalho, o relacionamento com colegas e chefias. Continuam a gostar do que fazem e mantêm o orgulho em ser enfermeiros. Desta forma, o fator experiência profissional/anos de trabalho/CTFP parece influenciar positivamente as práticas de enfermagem e negativamente a percepção dos riscos e ocorrência de EA. Reconhecendo a multivariabilidade das temáticas em estudo, consideramos que os resultados desta investigação permitirão novas perspetivas de reflexão sobre os padrões de satisfação no trabalho e as necessidades profissionais dos enfermeiros em Portugal, tendo em vista a melhoria das

condições de segurança dos doentes e a elevação do nível de qualidade dos cuidados de saúde praticados. Os resultados desafiam os líderes de enfermagem a serem agentes ativos na educação e na definição de políticas de saúde e a assumir a prioridade da SD na gestão dos serviços de saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aiken, L., Douglas, M., Van den Heed, K., & Sermeus, W. (2013). Nurse's reports of working conditions and hospital quality of care in 12 countries in Europe. *International Journal of Nursing Studies*, 50(2), 142-153. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2012.11.009>
- Khamisa, N., Oldenburg, B., Peltzer, K., & Ilic, D. (2015). Work related stress, burnout, job satisfaction and general. *Internacional Journal of Environmental Research and Public Health*, 12(1), 652-666. <https://doi.org/10.3390/ijerph120100652>
- Castilho, A. (2014). *Eventos Adversos nos cuidados de enfermagem ao doente internado: Contributos para a política de segurança* [Tese de doutoramento, Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar]. Repositório Aberto U.Porto. <https://hdl.handle.net/10216/78357>
- Ferreira, M. M., & Loureiro, L. M. (2012). EAST-Enf: Uma Escala de Avaliação da Satisfação no Trabalho para Enfermeiros. *Revista Investigação em Enfermagem*, 2(1), 9-20.
- Despacho n.º 1400-A/2015 do Ministério da Saúde. (2015). Diário da República: II Série, n.º 28. <https://dre.pt/application/conteudo/66463212>
- Henriques, C. G. (2015). *A Satisfação profissional nas UCC da ARS Centro*. [Dissertação de mestrado, Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra]. Estudo Geral Repositório Científico da UC. <http://hdl.handle.net/10316/29713>
- Internacional Council of Nurses (ICN) . (2015). *Enfermeiros: Uma força para a mudança eficiência + eficácia = Ganhos em saúde. Dia Internacional do Enfermeiro*. Ordem dos Enfermeiros.
- World Health Organization. (2019). *Medication safety in high-risk situations* (No. WHO/HIS/SDS/2018.3). <https://apps.who.int/iris/handle/10665/325131>
- Rocha, F., Lima, C., Torres, M., & Gonçalves, R. P. (2015). Tipos e causas de erros no processo de medicação na prática assistencial da equipa de enfermagem. *Revista Unimontes Científica*, 17(1), 76-86. <http://www.ruc.unimontes.br/index.php/unicientifica/article/viewFile/358/325>

RESUMOS ALARGADOS

**SIMULAÇÃO NO ENSINO
DE ENFERMAGEM**

SIMULAÇÃO DE ALTA-FIDELIDADE NO TRANSPORTE INTER-HOSPITALAR DO DOENTE EM ESTADO CRÍTICO: SATISFAÇÃO E PERFORMANCE DOS ENFERMEIROS

ELÁDIO FRANCISCO DOS SANTOS CARDOSO¹
RUI CARLOS NEGRÃO BAPTISTA²

INTRODUÇÃO

A satisfação profissional (SP) é um indicador de avaliação permanente da qualidade do Ser

A evolução a que temos assistido em enfermagem, muito se tem devido à componente formativa, ganhando cada vez mais importância na nossa sociedade com uma prática baseada na evidência.

A Simulação de alta-fidelidade (SAF) é uma estratégia pedagógica importante e inovadora que tem estado cada vez mais presente na formação dos profissionais de Enfermagem. Segundo Baptista (2017) permite o desenvolvimento de competências na sua dimensão cognitiva, psicomotora e relacional. Poderemos considerar a SAF como uma estratégia, uma ferramenta de ensino e aprendizagem em Enfermagem, desenvolvida a partir de um conjunto de experiências que utilizam a alta tecnologia, nomeadamente simuladores computadorizados de doentes em escala real e que reproduzem situações clínicas de forma realista, em ambiente protegido onde os formandos podem desenvolver as suas competências profissionais (Costa et al., 2016).

Uma das áreas em que o enfermeiro tem um papel fundamental, é na prestação de cuidados do doente em estado crítico durante o seu transporte em ambiente inter-hospitalar. Dado a reestruturação dos Serviços de Urgência, a criação de Centros de Trauma, entre outras valências que compõem as urgências hospitalares polivalentes, torna-se cada vez mais pertinente o estudo das intervenções do enfermeiro, enquanto parte integrante e indispensável da equipa que acompanha a transferência do doente entre unidades hospitalares.

1 MSc, Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica no Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra. eladio.f.cardoso@gmail.com

2 PhD, Professor Adjunto da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, UICISA:E, ruib@esenfc.pt

Compreende-se a pertinência do presente estudo, uma vez que já é conhecida a incidência de eventos adversos neste tipo de transporte como demonstra Urendez et al. (2014) no estudo realizado, que 18,18% dos doentes submetidos a transporte, apresentaram eventos adversos como a diminuição da saturação periférica de oxigénio e instabilidade hemodinâmica (2,7%), problemas relacionados com monitorização (5,5%), problemas com a ventilação do doente (2,7%), e a não existência de material necessário durante o transporte (1,8%). Assim, pretende-se utilizar a SAF de forma a verificar o seu efeito na performance dos enfermeiros durante o transporte inter-hospitalar do doente em estado crítico.

O presente estudo, pretende responder aos seguintes objetivos:

- Verificar a efetividade de um programa de formação de SAF na performance e satisfação dos enfermeiros no transporte do doente em estado crítico.
- Avaliar a influência das experiências clínicas simuladas na satisfação dos enfermeiros no transporte do doente em estado crítico.
- Avaliar a performance dos enfermeiros na avaliação da via aérea (Airway) e Ventilação (Breathing) com recurso à prática simulada de transporte do doente em estado crítico

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo *quasi* experimental, sendo a população estudada os elementos da equipa de Enfermagem de um Serviço de Urgência Polivalente de um hospital da região centro do país. A escolha desta população, prendeu-se essencialmente por uma questão de conveniência e também de acessibilidade.

Desta forma, segundo uma amostragem não-probabilística e intencional, para a nossa amostra foram considerados todos os elementos da equipa do Serviço de Urgência que após terem conhecimento dos objetivos e de lhes serem dadas todas as informações e esclarecimentos necessários, aceitaram participar e autorizaram por escrito, a colheita de dados segundo a metodologia apresentada.

Como critérios de exclusão foram definidos os seguintes: formação acrescida no transporte do doente em estado crítico, enfermeiros a exercer funções em Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER), enfermeiros que não se encontrem na prática de prestação de cuidados diretos aos doentes e enfermeiros que se encontrem ausentes do serviço por um período de tempo superior a 3 meses, no momento em que toda a equipa foi informada da realização do estudo.

Como instrumentos de colheita de dados foram utilizados os seguintes elementos:

- Questionário de caracterização sociodemográfico e profissional

- Grelha de avaliação/observação da performance clínica na via aérea e ventilação: elaborada por Almeida (2012) que autorizou a sua utilização, para avaliar a performance clínica dos enfermeiros com as experiências clínicas simuladas (ECS) com recurso à alta-fidelidade. Esta grelha permite avaliar a performance clínica através da realização e grau de correção com que os profissionais efetuam a abordagem da via aérea e ventilação na vítima urgente/emergente. É constituída por 33 itens com a listagem de várias intervenções utilizadas na abordagem da via aérea e ventilação à vítima urgente/emergente, com a respetiva classificação em escala tipo Likert, de 0 a 4 (0 – Não realiza; 1 - Realiza mal ou com considerável atraso; 2 – Realiza com alguns erros ou atraso; 3 – Realiza com poucos erros ou ligeiro atraso; 4 – Realiza sem erros e no tempo certo). Ao ser avaliada a performance, o total da avaliação é traduzido através de uma percentagem de 0 a 100, fruto do quociente obtido do somatório da pontuação dos itens realizados (IR) sobre o somatório da pontuação máxima dos itens que deveria realizar (IDR) em cada situação, multiplicado por 100.
- Escala de satisfação com as experiências clínicas simuladas (ESECS): escala de Baptista et al. (2014) os quais autorizaram a sua aplicação para o presente estudo. Esta é uma escala de autoadministração, que permite avaliar o grau de satisfação dos participantes com as ECS, numa escala tipo Likert, atribuindo uma classificação de 1 (menor nível de satisfação) e 10 (maior nível de satisfação) de acordo com a sua satisfação em 17 itens diferentes. Esta escala está dividida em 3 fatores: o fator 1 diz respeito à dimensão prática sendo composta por 9 itens (1,2,3,4,5,6,7,8 e 9), o fator 2 diz respeito à “dimensão realismo” composta por 5 itens (10,11,12,13 e 14) e por último o fator 3 é referente à “dimensão cognitiva” e é composto pelos itens (15,16 e 17).

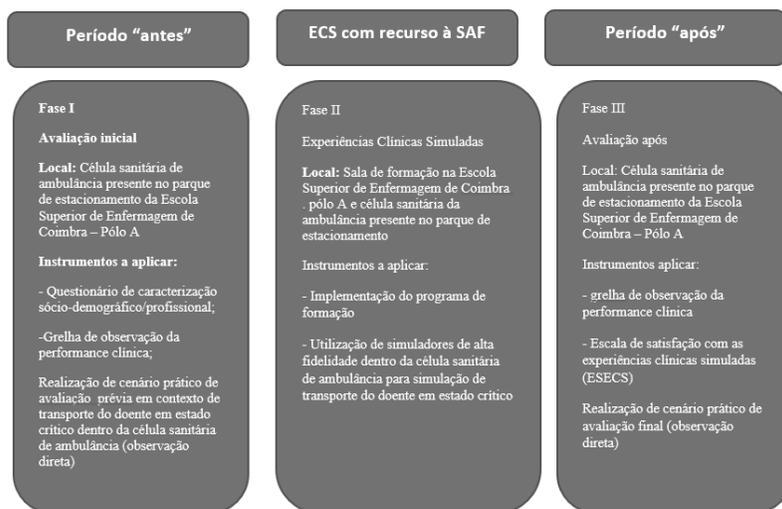
O plano de formação ministrado para implementação do projeto, incluindo as ECS, teve uma duração de aproximadamente 10h, dando ênfase ao conceito de “transporte do doente em estado crítico”, “abordagem da vítima” com maior incidência na avaliação da via aérea e ventilação, assim como, a apresentação da configuração da célula sanitária da ambulância

Na Figura 1 são apresentadas as três fases do estudo, apresentadas num plano esquemático. É de referir que estas três fases dizem respeito a um único dia de formação.

De forma a garantir o total respeito pelos princípios éticos, assim como a garantia da total confidencialidade e livre participação no estudo, todos os participantes tomaram conhecimento dos objetivos, foi atribuído um código a cada enfermeiro, não sendo possível associar a resposta ao questionário/preenchimento da escala de satisfação, bem como a avaliação da performance clínica de cada indivíduo. O estudo obteve o parecer favorável da Comissão de Ética da UICISA-E da ESEnfC.

Figura 1

Plano Esquemático das Três Fases do Estudo



RESULTADOS

A amostra do estudo é constituída por 22 enfermeiros, maioritariamente do sexo feminino (72,7%), com idades compreendidas entre 25 e 46 anos, sendo a média 32,9 anos, com desvio padrão 4,8 anos.

Na tabela 1, estão representadas as classificações das avaliações práticas inicial (antes da formação) e final (imediatamente após a formação) em contexto simulado. Na avaliação prática inicial, os enfermeiros da amostra obtiveram uma classificação média de 33,6%, tendo os valores oscilado entre um mínimo de 9,1% e um máximo de 63,6%. Já na avaliação prática final, os valores variaram entre o intervalo de 31,9% e 82,9%, sendo a média da classificação de 54,9%, valor médio mais elevado que na avaliação inicial.

Tabela 1

Distribuição da Performance dos Enfermeiros Antes e Após o Programa de Experiências Clínicas Simuladas

	Min	Max	Score esperado		Dp
Avaliação performance antes simulação	9,1	63,6	0-100	33,6	13,4
Avaliação performance após simulação	31,9	82,9	0-100	54,9	13,4

O principal objetivo do estudo visa estabelecer a existência de diferenças na performance clínica dos enfermeiros, através da avaliação prática, nos dois momentos de avaliação (antes e depois das ECS). Com a aplicação do teste de Wilcoxon (tabela 2) verifica-se que existem diferenças estatisticamente significativas na performance clínica dos enfermeiros após participação no programa de formação SAF ($Z = -4,01$; $p < 0,0001$).

Tabela 2

Resultados da Aplicação do Teste de Wilcoxon para as Variáveis Avaliação Inicial Prática e Avaliação Final Prática

	n	Me	Z	p
Avaliação performance antes simulação	22	33,2		
Avaliação performance após simulação	22	55,2	-4,011	0,0001

DISCUSSÃO

Ao avaliar a performance dos enfermeiros com recurso à SAF e envolvimento de toda uma experiência que se assemelha próxima da realidade, verificamos que o valor médio das classificações das avaliações práticas iniciais (antes da formação) foi de 33,6% e a média das classificações finais (após a formação) de 54,9%. Estes valores vão ao encontro do que afirmam Sinha e Page (2015) em que verificaram um efeito positivo na performance dos profissionais com as ECS com valores médios de 57,5% antes, e 94,6% após, bem como Winkelmann et al. (2016) o aumento do benefício para o doente quando se recorre à SAF no treino de equipas que realizam o transporte aéreo do doente em estado crítico.

No global, a satisfação com as ECS apresentou uma média de 92% comparando com outros estudos em que foi obtida uma satisfação de 85,80% e 89,37% nos estudos de Baptista et al. (2014) e Baptista et al. (2016), respetivamente.

CONCLUSÃO

Com este estudo, percebemos que os enfermeiros revelam que a SAF apresenta uma influência positiva na performance clínica e satisfação dos enfermeiros, constituindo-se como uma boa estratégia de ensino-aprendizagem em processos de formação profissional contínua.

Verificamos ainda que a SAF tem um impacto positivo na aquisição de experiência no contexto de realização de transportes inter-hospitalares de doentes em estado crítico, revelando-se essencial para o enfermeiro que atua nesta área de cuidados, uma vez que lhe confere mais conhecimento e habilidades essenciais para a prestação neste contexto específico. Na

hipótese formulada em que se pretendeu verificar a existência de diferença na performance clínica dos enfermeiros, através de avaliação prática, nos dois momentos de avaliação (antes e após) verificamos a existência de diferença estatisticamente significativa na performance deste grupo de profissionais, após a sua participação ($Z = -4,01$; $p < 0,0001$).

Ao desenvolver-se um estudo quantitativo, quasi experimental, com um desenho antes-após com grupo único, os resultados e as conclusões devem ser interpretados com as reservas obrigatórias por este tipo de estudo, nomeadamente no que concerne à extrapolação e generalização de dados.

Outra das limitações, prende-se com o facto de quando se aplica um instrumento de colheita de dados, os inquiridos são restringidos às questões predefinidas.

Sugere-se a realização de mais estudos nesta área, para que se possa ter um maior número de indivíduos estudados em diferentes regiões do país, com realidades diferentes, e eventualmente com maior número de transportes inter-hospitalares.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Almeida, R. (2012). *Experiências Clínicas Simuladas: Influência na performance, conhecimento e stresse dos enfermeiros de um Serviço de Urgência* (Dissertação de mestrado). Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Portugal.
- Baptista, R. (2017). *Simulação de Alta-fidelidade no Ensino de Enfermagem: Satisfação e Ganhos Percebidos pelos Estudantes* (Tese de doutoramento). Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Portugal.
- Baptista, R., Martins, J., Pereira, R., & Mazzo, A. (2014). Satisfação dos estudantes com as experiências clínicas simuladas: validação de escala de avaliação. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 22(5), 709–715. <https://doi.org/10.1590/0104-1169.3295.2471>
- Baptista, R.C.; Paiva, L.A.; Gonçalves, R.F.; Oliveira, L.M.; Pereira, M.F.; Martins, J.C. (2016). *Satisfaction and gains perceived by nursing students with medium and high-fidelity simulation: A randomized controlled trial*. *Nurse Educ. Today* 46, 127–132. DOI: 10.1016/j.nedt.2016.08.027
- Costa, R. R., Medeiros, S., Vitor, A. F., Lira, A. L. B, Martins, J. C., & Araújo, M. S. (2016). Tipos e finalidades da simulação no ensino de graduação em enfermagem: revisão integrativa da literatura. *Revista Baiana de Enfermagem*, 30(3). <https://doi.org/10.18471/rbe.v30i3.16589>
- Sinha, S., & Page, W. (2015). *Interns' Day in Surgery: improving intern performance through a simulation-based course for final year medical students*. *Royal Australasian College of Surgeons*. 85. 27-32. Doi: 10.1111/ans.12665
- Urendez, A. M., Adell, M. D., & García, P. (2014). [Analysis of adverse events associated with interhospital transfer of critically ill patients. Safety checklist]. *Enfermería Intensiva* /

Sociedad Española de Enfermería Intensiva y Unidades Coronarias, 25(2), 58–64. <https://doi.org/10.1016/j.enfi.2014.03.004>

Winkelmann, M., Friedrich, L., Schröter, C., Flemming, A., Eismann, H., Sieg, L., ... Zeckey, C. (2016). *Simulator-Based Air Medical Training Program Christoph Life: From Concept to Course*. *Air Medical Journal*, 35(4), 242–246. <https://doi.org/10.1016/j.amj.2016.03.002>

INFLUÊNCIA DA PRÁTICA SIMULADA NA AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA: CONHECIMENTO E PERFORMANCE DOS ENFERMEIROS

JOSÉ ANDRÉ DE SOUSA FERREIRA¹
RUI CARLOS NEGRÃO BAPTISTA²

INTRODUÇÃO

Nos últimos anos tem-se assistido a enormes avanços tecnológicos na área da saúde e os profissionais têm de acompanhar esta evolução para que possam prestar cuidados com mais qualidade. Espera-se que os profissionais de saúde sejam capazes de responderem correta e prontamente às várias solicitações na sua prática clínica diária.

O enfermeiro é um profissional que aposta na sua formação contínua, procurando o conhecimento científico e produzindo novo conhecimento baseado na sua prática diária. Na tomada de decisão sobre o nível de intervenção (substituir, assistir ou supervisionar), tendo em conta o perfil de autocuidado do doente, é fundamental a avaliação das intervenções implementadas de forma a comprovar se o problema identificado foi resolvido ou não.

O enfermeiro, na avaliação que realiza de um doente, necessita de fazer uma observação sistematizada e sistemática do mesmo. Um dos métodos para os enfermeiros realizarem a colheita de dados sistematizada, é a realização do exame neurológico. Contudo, os enfermeiros ao realizarem a avaliação neurológica de um doente, direcionam o seu foco de atenção para os défices que o doente apresenta, os riscos que daí advêm e como os podem minimizar, de forma a potenciar a autonomia do doente.

Naturalmente, os enfermeiros que exercem a sua prática clínica num serviço de neurologia, já fazem esta colheita de dados de forma a avaliar o doente e orientar a sua tomada de decisão. Contudo, torna-se imperioso sistematizar esta avaliação para que nenhuma função seja omitida, minimizando assim os riscos para o doente e aumentando a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados.

1 MSc, Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico Cirúrgica no Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra., jandreferreira@hotmail.com

2 PhD. Professora na Escola Superior de Saúde de Coimbra, UCISA: E, ruib@esenfc.pt

Assim, surgiu este trabalho de investigação que teve como objetivo: avaliar a influência de um programa de formação com simulação nos conhecimentos e performance dos enfermeiros na realização da avaliação neurológica de um doente.

METODOLOGIA

Como enquadramento teórico que suportou esta investigação foi realizada uma revisão integrativa da literatura. Neste sentido, tendo em conta as conclusões e recomendações dos estudos efetuados a nível internacional, bem como, à ainda escassez de trabalhos publicados nesta área em Portugal, tornou-se necessário planear esta investigação com um desenho que contribuísse para produção de mais evidência científica sobre a utilização de experiências clínicas simuladas (ECS) na formação contínua dos enfermeiros.

Tendo em consideração o estado da arte no domínio das ECS na enfermagem e o objetivo deste estudo, perspetivou-se a realização de um estudo quase-experimental, com um desenho antes-após com grupo único.

Deste modo, no decorrer da prática clínica do investigador, emergiu a seguinte questão de investigação:

Qual a influência das experiências clínicas simuladas na performance e conhecimento dos enfermeiros de um serviço de neurologia na realização da avaliação neurológica?

Foram estipuladas duas hipóteses a serem testadas:

H1: A performance clínica dos enfermeiros na avaliação neurológica de um doente melhora significativamente depois da participação num programa de experiências clínicas simuladas.

HII: O conhecimento dos enfermeiros na avaliação neurológica de um doente melhora significativamente depois da participação num programa de experiências clínicas simuladas.

As hipóteses de investigação formuladas para verificação neste estudo, têm como base a evidência científica disponível, gerada em torno da simulação, usada como estratégia de ensino na formação contínua dos enfermeiros. Assim, estas hipóteses têm em conta o sentido da influência positiva das experiências clínicas simuladas nas variáveis em estudo, tal como sugerem os estudos realizados até ao momento.

Devido a questões de acessibilidade e conveniência, a população do estudo foi a equipa de enfermagem de um serviço de neurologia de um hospital da região centro do país.

Para a colheita dos dados relativos às variáveis em estudo, foram utilizados nas diversas fases da investigação os seguintes instrumentos: questionário de caracterização sociodemográfica/profissional; grelha de avaliação/observação da performance clínica na avaliação neurológica; teste de avaliação de conhecimentos teóricos.

De forma sistematizada, o processo de colheita de dados decorreu em III fases e decorreu nos dias 30 de janeiro e 20 de março de 2018:

Fase I - Avaliação antes da formação

Aplicação a todos os elementos da amostra os questionários de caracterização sociodemográfica/profissional e o teste de avaliação de conhecimentos (pré-teste). Seguidamente, foi realizada uma observação direta/avaliação inicial da performance (pré-teste), com recurso a uma grelha de avaliação/observação da performance clínica na realização do exame neurológico, a partir de cenários práticos no centro de simulação Dr. Carlos Magro da ESEnfC. Através deste cenário prévio, procurou-se avaliar as performances dos enfermeiros no âmbito da sua atuação na avaliação de um doente, obtendo um valor inicial de referência, que pudesse ser comparado com o valor obtido no final do dia, após as ECS, altura em que foi repetido o mesmo cenário de avaliação.

Fase II – Formação com recurso a Experiências Clínicas Simuladas

A segunda etapa do estudo, englobou o programa de formação, tendo como base as ECS que decorreram no centro de simulação. Foi realizada uma palestra teórica inicial sobre a avaliação neurológica, com posterior realização de cenários clínicos simulados com recurso a atores. Os cenários foram elaborados tendo por base a experiência profissional do investigador e da equipa de formação em prática simulada da ESEnfC. Foi utilizada uma metodologia ativa de aprendizagem, com desenvolvimento prático de cenários clínicos, seguidos de *debriefing*.

Fase III - Avaliação após a formação

Na terceira fase, que decorreu após as ECS, voltou-se a aplicar o teste de avaliação de conhecimentos teóricos (pós-teste) e realizou-se uma observação direta/avaliação da performance clínica dos enfermeiros da amostra num cenário de avaliação final (pós-teste). Esta avaliação foi realizada nos mesmos moldes da realizada na fase I.

Todos os preceitos éticos e legais decorrentes da investigação científica foram preservados. De forma a submeter o estudo aos mais elevados níveis de exigência e responsabilidade ética, foi realizado um pedido de parecer à Comissão de Ética da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem, da ESEnfC, o qual foi favorável.

A participação dos enfermeiros foi voluntária, tendo sido assegurado o sigilo e confidencialidade dos mesmos. Foi solicitado a todos os participantes, no início do dia de formação, o consentimento informado por escrito para colaborar no estudo.

RESULTADOS

Com os dados recolhidos foi realizada uma análise descritiva e inferencial que nos permitiu testar as hipóteses previamente formuladas.

A amostra foi constituída por 18 enfermeiros, maioritariamente do sexo feminino com 17 elementos (94,4%), numa faixa etária que se distribuiu entre os 26 e os 52 anos, sendo a média da idade de 38,1 anos. Em relação à experiência profissional, esta variou entre os 4 e os 36 anos, perfazendo um tempo médio de exercício profissional de 14,9 anos. No que diz respeito ao tempo de exercício profissional no serviço de neurologia, variou entre um mínimo de 1 e um máximo de 27 anos, sendo a experiência média da amostra, no serviço, de 10,6 anos. Atendendo à formação contínua realizada na área da neurologia, verificou-se que 66,7% dos enfermeiros, participaram em algum tipo de formação específica. Embora existisse uma grande prevalência na participação em formações recentes na área da neurologia, verificou-se que 44,4% já tiveram formações com ECS, centradas principalmente, na área do suporte básico de vida (6 participantes).

Relativamente à variável performance clínica, na avaliação prática inicial, os enfermeiros da amostra obtiveram uma classificação média de 34,9%, tendo os valores oscilado entre um mínimo de 13% e um máximo de 52%. Já na avaliação prática após as ECS os valores variaram entre os 39% e 71%, sendo a média da classificação de 56,7%, valor médio mais elevado que na avaliação inicial.

No que concerne ao conhecimento teórico, obtido na avaliação prévia (teste inicial antes das ECS), verificou-se que os valores variaram entre um mínimo de 40% e um máximo de 83%, com um valor médio de 64,3%. Na avaliação realizada após a frequência no programa de ECS, os valores da variável conhecimento teórico, oscilaram entre um mínimo de 53% e um máximo de 90%, sendo a média da segunda avaliação de 75,4%.

No que respeita à análise inferencial, o teste de *Wilcoxon* corroborou a hipótese de que a performance clínica dos enfermeiros na avaliação neurológica de um doente, melhora significativamente depois da participação num programa de ECS, por apresentar diferença estatística altamente significativa ($p=0,0001$). Relativamente à hipótese II e após aplicação do mesmo teste, o conhecimento dos enfermeiros na avaliação neurológica de um doente, melhora significativamente depois da participação num programa de ECS, com diferença estatística bastante significativa ($p=0,003$).

DISCUSSÃO

A amostra deste estudo vai ao encontro das características da profissão de enfermagem em Portugal, tendo em consideração a última análise estatística publicada pela Ordem dos Enfermeiros em 2018.

No domínio das habilitações e qualificações profissionais, constata-se que os enfermeiros da amostra, possuem todos a licenciatura e um mestrado, à qual acrescentam algumas formações pós-graduadas e outros cursos recentes de formação profissional contínua, na área da neurologia.

Estes dados estão consentâneos, com o que alguns autores relatam sobre a importância e

valorização, que os enfermeiros atribuem ao desenvolvimento e aperfeiçoamento profissional, nos últimos 30 anos, passando pela formação a nível superior e um investimento claro na formação contínua.

Face aos resultados, pode-se apontar para uma melhoria da performance clínica dos enfermeiros, associada às ECS em que participaram, facto que é traduzido pela melhoria da avaliação após a formação. Neste sentido, são vários os autores (Almeida, 2012; Moore et al., 2014; Stephenson et al., 2015; Ozekcin et al., 2015), que têm demonstrado que existe desenvolvimento de competências e melhoria da performance clínica dos enfermeiros, após a participação em ECS.

Relativamente ao conhecimento teórico dos enfermeiros, a evidência mais recente nesta área, demonstra que a realização de programas de formação com recurso às ESC, propicia o aumento do conhecimento, independentemente da área em estudo. Almeida (2012), Aleixo (2013), Rosa (2014), Ozekcin, et al. (2015) e Liaw et al. (2016), nas suas investigações, encontraram diferenças estatisticamente significativas na influência das ECS no conhecimento dos enfermeiros, corroborando assim os achados desta investigação.

A evidência científica mais recente, tem demonstrado os benefícios das ECS na formação contínua dos enfermeiros. A World Health Organization (WHO, 2013) no seu documento *Transforming and scaling up health professionals' education and training*, refere que as instituições de ensino e de formação de profissionais de saúde, devem usar a simulação como estratégia pedagógica, especialmente a simulação de alta-fidelidade. Caso não seja possível, pelos recursos económicos e profissionais limitados, então que se realize simulação de baixa fidelidade.

CONCLUSÃO

Na base desta investigação, está uma metodologia de ensino-aprendizagem que constitui uma oportunidade em crescimento, ainda pouco estudada, no que diz respeito ao contexto de formação profissional contínua dos enfermeiros em Portugal. Tendo em conta a evidência científica recente, os resultados desta investigação reforçam que as ECS constituem uma boa metodologia de ensino, na melhoria da performance clínica e do conhecimento teórico dos enfermeiros, em processos de formação profissional contínua, devendo ser uma estratégia a ser considerada pelas instituições de saúde.

Esta investigação acarretou implicações de variada ordem, nomeadamente de carácter individual e organizacional, relacionadas com a prática clínica, tanto do responsável pela investigação, como da equipa de enfermagem envolvida. Toda a organização e a preparação das várias etapas deste estudo, potenciaram no investigador mais conhecimento e competências. O estudo revelou-se um momento formativo imprescindível, para a equipa de enfermagem, uma vez que esta era constituída por enfermeiros no início da atividade profissional. Este aspeto contribuiu para reforçar os seus conhecimentos, estando assim, mais capacitados para prestar cuidados ao doente do foro neurológico.

Como sugestão para investigações futuras nesta temática, seria importante perceber se as ECS também têm influência na documentação escrita pelos enfermeiros na sua prática diária. Como complemento nesta investigação, podia-se ter realizado uma monitorização dos registos da equipa de enfermagem, antes e após as ECS, nomeadamente na avaliação inicial do estado de consciência dos doentes, bem como de outras alterações neurológicas. Sugere-se também a realização de estudos multicêntricos, com grupo de controlo e com amostras mais numerosas, permitindo uma generalização dos resultados.

Tendo em conta toda a evidência que serviu de suporte a esta investigação, os resultados nela obtidos e as recomendações das organizações de saúde, torna-se imperioso uma maior implementação da simulação, como estratégia pedagógica, na formação contínua dos enfermeiros, com uma maior interligação entre as instituições hospitalares e as de ensino de modo a serem criados protocolos que potenciem os recursos existentes em ambas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aleixo, A. (2013). *Experiência Clínica Simulada: Ganhos em conhecimentos e autoconfiança pelos enfermeiros no cuidar do doente crítico* [Dissertação de mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra]. Repositório Científico Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. <https://repositorio.esenfc.pt>
- Almeida, R. (2012). *Experiências Clínicas Simuladas: Influência na performance, conhecimento e stresse dos enfermeiros de um serviço de urgência* [Dissertação de mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra]. Repositório Científico Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. <https://repositorio.esenfc.pt>
- Liaw, S., Wong, L., Ang, S., Ho, J., Siau, C., & Ang, E. (2016). Strengthening the afferent limb of rapid response systems: An educational intervention using web-based learning for early recognition and responding to deteriorating patients. *BMJ Quality and Safety*, 25(6), 448–456. <http://dx.doi.org/10.1136/bmjqs-2015-004073>
- Moore, K., Smith, S., Curry, D., Gaspar, P., & Nelson, E. (2014). Simulation training for fiberoptic intubations. *Clinical Simulation in Nursing*, 10(9), 470-475. <https://doi.org/10.1016/j.ecns.2014.05.007>
- Ozekcin, L., Tuite, P., Willner, K., & Hravnak, M. (2015). Simulation education: Early identification of patient physiologic deterioration by acute care nurses. *Clinical Nurse Specialist*, 29(3), 166–173. <https://doi.org/10.1097/NUR.000000000000123>
- Rosa, A. (2014). *As experiências clínicas simuladas na formação contínua dos enfermeiros de uma UCIC: A influência de um programa de simulação de alta-fidelidade nas práticas diárias dos enfermeiros em situações de emergência* [Dissertação de mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra]. Repositório Científico Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. <https://repositorio.esenfc.pt>

Stephenson, E., Salih, Z., & Cullen, D. (2015). Advanced practice nursing simulation for neonatal skill competency: A pilot study for successful continuing education. *The Journal of Continuing Education in Nursing*, 46(7), 322-325. <https://doi.org/10.3928/00220124-20150619-04>

World Health Organization. (2013). Transforming and Scaling up health professionals' education and training. *International Nursing Review*, 60. https://www.who.int/hrh/resources/transf_scaling_hpet/en/

EFICÁCIA DA PRÁTICA SIMULADA NA ABORDAGEM À PESSOA VÍTIMA DE TRAUMA

PATRÍCIA DE JESUS AZENHA¹
VERÓNICA RITA DIAS COUTINHO²

INTRODUÇÃO

A competência profissional consiste na capacidade de agir eficazmente em determinada situação, bem como na capacidade de utilizar os conhecimentos e recursos, tendo em consideração que o saber fazer e as aptidões e as qualidades são instrumentos inerentes ao profissional na construção da sua competência. Por outro lado, o desenvolvimento de competências profissionais é um dos objetivos fulcrais da formação quer dos estudantes de enfermagem, quer dos enfermeiros na dita formação contínua.

Em Portugal, tal como no resto do mundo, o trauma é uma importante causa de mortalidade e morbidade, apresentando uma percentagem de cerca de 40% de mortes potencialmente evitáveis. Assim, é reconhecido que a avaliação da pessoa vítima de trauma requer uma abordagem multidisciplinar, em que cada elemento deve ter formação e experiência em trauma, conhecendo as melhores abordagens para cada situação, e que se articulem de forma eficiente (Simões et al., 2012).

A prestação de cuidados à pessoa vítima de trauma tem como principal objetivo a diminuição e, se possível, a prevenção das sequelas do trauma. O enfermeiro é o responsável pela avaliação inicial, que é realizada em caráter de emergência (exame primário) e pelo exame secundário, através do qual o enfermeiro percebe a identificação de outras lesões e as orientações para os cuidados a serem prestados à pessoa vítima de trauma (Bezerra et al., 2015). Os conhecimentos sobre trauma permitem ao enfermeiro saber lidar com situações de risco, bem como realizar as intervenções necessárias e ter o conhecimento de toda a complexidade que abrange a assistência à pessoa vítima de trauma. Este conhecimento prático é um dos principais recursos que o enfermeiro necessita para o exercício da sua prática profissional (Simões et al., 2012).

1 MSc, Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, no Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra. patriciazenh@hotmail.com

2 PhD, Professora Adjunta da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, UICISA:E. vcoutinho@esenfc.pt

É importante que no final do curso de licenciatura, os estudantes adquiram conhecimentos fundamentais à prestação de uma conduta uniforme de atuação perante situações específicas de trauma. Neste sentido, as práticas simuladas permitem ambientes controlados, ajudando os estudantes a aliar conhecimentos e habilidades através da construção interativa com o caso. Torna-se imperativo ter um conhecimento detalhado e atual nesta matéria através de treino recorrente, sob as várias perspectivas, para que os estudantes de enfermagem, através da prática simulada, consigam ganhos de competências, tornando-se mais críticos, ativos e reflexivos, sendo esta uma estratégia ativa de ensino aprendizagem (Hamdan et al., 2014). O realismo decorrente da prática simulada possibilita aos estudantes conseguirem treinar as vezes necessárias, sem medo de errarem, presenciarem determinadas condições clínicas que ao longo do curso ocorrem com menos frequência, bem como lhes permite perceber a verdadeira gravidade do que poderia acontecer ao doente em contexto real, quando os cuidados não são realizados corretamente ou em tempo certo.

A implementação da prática fundamentada em evidências científicas sobre a simulação permite uma melhoria no processo de ensino e aprendizagem aos estudantes de enfermagem, facultando concomitantemente uma otimização da qualidade dos cuidados a prestar às pessoas vítimas de trauma, tendo em conta que os estudantes começam a desenvolver as suas capacidades psicomotoras de decisão, destreza, conhecimento, liderança, julgamento clínico e atitude face à enfermagem e à realidade profissional (Martins, 2017).

Tendo como ponto de partida a amplitude da problemática em estudo, considerou-se pertinente definir os objetivos, a fim de nortear esta pesquisa. Estes são: caracterizar o conhecimento e avaliar a eficácia da prática simulada na aquisição de conhecimentos e performance dos estudantes do 4º ano do Curso de Licenciatura em Enfermagem, na abordagem à pessoa vítima de trauma.

METODOLOGIA

Realizou-se um estudo quantitativo, experimental, com desenho antes-após com grupo experimental e de controlo, com o intuito de dar resposta às seguintes questões de investigação:

- Que conhecimentos têm os estudantes de enfermagem sobre a abordagem à pessoa vítima de trauma?
- Qual a influência da formação teórica no conhecimento dos estudantes de enfermagem?
- A prática simulada tem influência na aquisição de conhecimentos e na performance dos estudantes do 4º ano do curso de licenciatura em enfermagem na abordagem à pessoa vítima de trauma?

Deste modo definiram-se para este trabalho as seguintes hipóteses:

- O conhecimento na abordagem à pessoa vítima de trauma é significativamente maior após

a participação dos estudantes em experiências clínicas simuladas.

- A performance dos estudantes relativa à abordagem da pessoa vítima de trauma é significativamente maior após a prática simulada.

A população deste estudo foi constituída por estudantes do Curso de Licenciatura em Enfermagem a frequentar o 4º ano, de uma Escola de Enfermagem da Região Centro. A amostra foi constituída pelos estudantes que aceitaram participar, após convite e que compareceram no dia planeado para as atividades. O convite foi realizado de diferentes formas: (i) mensagem na rede social Facebook, na página da Associação de Estudantes da escola; (ii) mensagem colocada na intranet, uma área reservada, de acesso a toda a comunidade académica; (iii) presencialmente, pela investigadora e pelos professores, no início de algumas aulas.

Estabeleceram-se como assistiram a uma palestra sobre “abordagem à pessoa vítima de trauma” e, posteriormente, assistiram a uma demonstração prática com recurso a um paciente real. De seguida, os estudantes do GC foram encaminhados para a avaliação da sua performance, enquanto os estudantes do GE participaram em prática simulada com paciente real: cada um dos oito subgrupos treinou duas situações.

Critérios de inclusão dos estudantes foram: não ter frequentado a disciplina de opção “Enfermagem no serviço de urgência”; não ter realizado formação extra curricular na área de trauma; e não ter frequentado qualquer *workshop* sobre abordagem à pessoa vítima de trauma.

No dia das atividades estiveram presentes 76 estudantes. Procedeu-se à randomização aleatória dos dois grupos: grupo de controlo (GC) e grupo experimental (GE), e posteriormente foi feita também a divisão dos estudantes de cada grupo em 8 subgrupos.

Os instrumentos utilizados para a colheita de dados foram: um questionário constituído por duas partes, elaborado pela equipa de investigação. Na primeira, para a caracterização sociodemográfica e académica dos estudantes, incluía questões sobre idade, sexo, e três perguntas de sim/não relativas a formação anterior na área, com possibilidade de especificar essa formação. A segunda parte era constituída por 16 questões de escolha múltipla para avaliar o conhecimento no âmbito da abordagem à pessoa vítima de trauma, nomeadamente no que consiste ao exame primário. Este questionário foi aplicado em dois momentos distintos: antes de qualquer formação e após a formação, demonstração e prática simulada. Foi também aplicada uma grelha de observação construída pelos investigadores para orientação e avaliação do momento da prática clínica simulada, tendo em conta as normas para a abordagem da pessoa vítima de trauma. Esta grelha era constituída por 36 itens observados pelos formadores, e que podiam ser classificados em *cumprir*, *não cumprir* ou *não se aplica*.

É importante referir que todos os aspetos éticos e legais foram preservados nesta investigação, sendo submetido um pedido de parecer e apreciação ética do projeto de investigação, tendo sido obtido um parecer favorável, no dia 17 de maio de 2017.

RESULTADOS

Relativamente ao questionário inicial dos dois grupos, o GC apresentou um maior conhecimento, ou seja, houve mais perguntas em que o número de estudantes a acertar foi mais elevado do que no GE. No que toca aos resultados do questionário após a intervenção, verificou-se que houve uma melhoria em ambos os grupos no número de respostas certas, sendo esta melhoria mais significativa no GE do que no GC. No entanto, e no que toca ao conhecimento, não existe evidência estatística para afirmar que os estudantes que participaram no GE obtiveram melhorias mais significativas de conhecimento do que os estudantes que não participaram.

Em relação à *performance*, é importante referir que os estudantes não foram avaliados individualmente, mas sim em subgrupos. Deste modo, e avaliando a performance global através da comparação dos *scores* médios obtidos por ambos os grupos na grelha de observação, verificou-se que os subgrupos do GE apresentaram melhor performance média no *score* total do que os grupos do GC (GE=27,9 vs GC=21,1), diferença essa que é estatisticamente significativa. Existe assim evidência para afirmar que os estudantes que participaram no GE tiveram melhor desempenho do que os que participaram no GC.

Comparou-se também se o facto de os estudantes terem tido ou não algum tipo de experiência prévia na abordagem à vítima de trauma influenciaria ou não o seu nível de conhecimentos, tendo-se verificado que o nível de conhecimentos não difere em termos estatísticos, existindo evidência para afirmar que o facto dos estudantes terem tido alguma experiência anterior não influenciou o seu nível de conhecimentos.

DISCUSSÃO

No que diz respeito ao conhecimento dos estudantes antes da intervenção, os resultados foram semelhantes em ambos os grupos, tal como no estudo de Santos et al. (2006), que mostrou ainda que a formação sobre a atuação pré-hospitalar na abordagem ao trauma é importante e deveria ser obrigatória na formação em Enfermagem.

Em relação à evolução e ao aumento de respostas certas em ambos os grupos após intervenção, foi demonstrado que não existem diferenças estatisticamente significativas, indo ao encontro do referido por Carvalho (2016) em relação à terapia compressiva, que conclui como única diferença significativa a melhoria em ambos os grupos após a intervenção.

Ao abordar a performance dos estudantes, verificou-se que os resultados de GE foram globalmente melhores, o que apoia os resultados da revisão sistemática de Harder (2010) ao encontrar evidências de melhorias na performance clínica dos profissionais de saúde expostos a treinos por simulação, em comparação com profissionais expostos aos meios educacionais mais tradicionais.

Já Stayt et al. (2015) desenvolveram um estudo randomizado com estudantes de enfermagem, muito semelhante ao aqui desenvolvido, e cujo objetivo era avaliar se a simulação de cenários

clínicos seria mais eficiente na performance dos estudantes do que a abordagem educativa tradicional da sala de aula. A performance dos estudantes foi avaliada antes e depois da intervenção através de um cenário simulado, sendo que, na avaliação após a intervenção, os estudantes no GE, que inicialmente eram o grupo com pior classificação, aumentaram a média de classificação em relação do GC (Stayt et al., 2015), apoiando os resultados obtidos neste trabalho.

Fica assim expressa nos resultados deste estudo e nos estudos produzidos a nível nacional e internacional a pertinência das práticas simuladas no ensino de Enfermagem e de outras profissões, que potencialmente resultarão em melhores competências e ganhos em saúde.

CONCLUSÃO

No que concerne às hipóteses colocadas inicialmente por este trabalho, verificou-se que: o conhecimento na abordagem à pessoa vítima de trauma não foi significativamente maior após a participação dos estudantes em experiências clínicas simuladas com paciente real; apesar disso, observou-se uma tendência para que este grupo tivesse melhores resultados. A performance dos estudantes relativa à abordagem da pessoa vítima de trauma é significativamente maior após a prática simulada e verificou-se igualmente que a formação e a experiência na abordagem à pessoa vítima de trauma anterior a este estudo não influencia o conhecimento dos estudantes. Deste modo, a prática simulada ao influenciar a performance dos estudantes, vai melhorar a sua prestação de cuidados no futuro, capacitando-os com conhecimentos e destreza técnica, melhorando os resultados da sua intervenção durante a abordagem à pessoa vítima de trauma.

Em suma, em termos da abordagem à pessoa vítima de trauma e sendo esta uma área com grande relevo e importância para a enfermagem e até mesmo saúde pública, não é possível descurar a importância de incluir esta temática na formação do curso base de licenciatura em enfermagem.

Este estudo contribuiu para o aumento do conhecimento em relação à prática simulada como instrumento de ensino dos estudantes de enfermagem e prova que a prática simulada com paciente real demonstrou ser eficaz na melhoria da performance dos estudantes do 4.º ano de licenciatura em enfermagem na abordagem à pessoa vítima de trauma. A sua aplicação deve assim ser estimulada e privilegiada.

Finalmente releva-se a necessidade de mais estudos sobre esta temática, salientando também a importância da realização de estudos futuros sobre a eficácia desta prática na formação contínua de enfermeiros.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bezerra, Y. C. P., Matos, G. S. S., Costa, J. d. S., Moreira, R. L., & Medeiros, F. d. (2015). Politraumatismo: Conhecimento dos estudantes de enfermagem acerca das práticas assistenciais. *Revista de Enfermagem UFPE on line*, 9(11), 9817-9825.
- Carvalho, R. F. G. (2016). Eficácia da Prática Simulada na Aplicação de Terapia Compressiva. Tese de mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.
- Hamdan, A.R., Kwan, C.L., Khan, A., Ghafar, M.N.A., & Sihes, A.J. (2014). Implementation of Problem Based Learning among Nursing Students. *International Education Studies*, 7 (7), 136-142
- Harder, B. N. (2010). Use of simulation in teaching and learning in health sciences: a systematic review. *The Journal of Nursing Education*, 49(1), 23-28.
- Martins, J. C. A. (2017). Aprendizagem e desenvolvimento em contexto de prática simulada. *Revista de Enfermagem Referência*, IV(12), 155-162.
- Santos, K., Furtado M., Junqueira, J., Vidigal, F., Abreu, M., Silva, J. (2006). Conhecimento de anatomia aplicada ao trauma: estudo realizado com alunos da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora. *REME – Rev. Min. Enf.*, 10(1), 75-78.
- Simões, R. L., Duarte Neto, C., Maciel, G. S. B., Furtado, T. P., & Paulo, D. N. S. (2012). Atendimento pré-hospitalar a múltiplas vítimas com trauma simulado. *Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões*, 39, 230-237.
- Stayt, L. C., Merriman, C., Ricketts, B., Morton, S., & Simpson, T. (2015). Recognizing and managing a deteriorating patient: a randomized controlled trial investigating the effectiveness of clinical simulation in improving clinical performance in undergraduate nursing students. *Journal of Advanced Nursing*, 71(11), 2563-2574.

RESUMOS ALARGADOS

OUTROS PROJETOS

O ENFERMEIRO NO CUIDADO FARMACOTERAPÊUTICO INTERPROFISSIONAL – A VISÃO DO MÉDICO

JOSÉ MIGUEL SOUSA PEDRO SEGURO¹
LUÍS MANUEL DA CUNHA BATALHA²
MARIA ISABEL DOMINGUES FERNANDES³

INTRODUÇÃO

O recurso a medicamentos na atualidade ocorre de forma transversal em todos os tipos de cuidados de saúde e reveste-se de grande importância para profissionais e utentes, resultando na necessidade de conhecimento científico e responsabilidade legal da equipa de enfermagem em função dos medicamentos utilizados (Wilson et al., 2016).

Os cuidados de saúde associados à utilização de medicamentos são assumidamente uma área de confluência de atuação multiprofissional, sobretudo entre enfermeiros, médicos e farmacêuticos. Nestas atividades os enfermeiros assumem um papel ativo em todas as etapas. Contudo, a investigação não tem sido unânime sobre a ampliação das responsabilidades dos enfermeiros no cuidado farmacoterapêutico (CF) e tem mostrado que a colaboração e comunicação existente entre enfermeiros e médicos para este cuidado são limitadas e entre enfermeiros e farmacêuticos ainda mais limitadas (Logan et al., 2020).

Em múltiplos contextos da prática de enfermagem encontramos intervenções como: a preparação e administração de medicamentos; a educação da pessoa/população sobre os medicamentos; a monitorização da adesão terapêutica; a vigilância de eventos adversos relacionados com os medicamentos; o registo de efeitos da medicação e a intervenção aquando da existência de efeitos adversos relacionados com a farmacoterapia (Härkänen et al., 2018).

No entanto, não existe uma definição cabal das intervenções e responsabilidades dos enfermeiros neste âmbito. Esta ausência de definição clara e reconhecimento das competências

1 MSc, Enfermeiro Especialista Enfermagem Médico-Cirúrgica, Sanfil Medicina, jmseguro@hotmail.com

2 PhD, Professor Coordenador, UICISA:E, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, batalha@esenfc.pt

3 PhD, Professora Coordenadora, UICISA:E, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, isabel@esenfc.pt

dos enfermeiros no CF, combinada com as diferenças entre os países europeus, quer na prática, quer na formação dos enfermeiros, têm impacto na qualidade dos cuidados prestados e consequentemente na investigação, educação e mobilidade laboral.

Este estudo visou conhecer a visão dos médicos portugueses sobre quais as responsabilidades e intervenções dos enfermeiros no CF interprofissional e os pontos fortes, fracos, oportunidades e ameaças para com o desenvolvimento de um modelo interprofissional para a função do enfermeiro no CF.

METODOLOGIA

Realizou-se uma investigação qualitativa, descritiva e exploratória.

Para a constituição da amostra foram selecionados intencionalmente oito médicos (*critical cases*) com experiência relevante no CF, de prática clínica, investigação, educação e em estruturas regulatórias ou políticas.

A estes foi realizada entrevista individual semiestruturada, com apresentação prévia de informação sobre o estudo, bem como um modelo preliminar resultante do estudo "*Nurses' role in interprofessional pharmaceutical care in Europe – EUPRON*".

No processo de análise de dados provenientes das entrevistas, evoluiu-se progressivamente no sentido da categorização dos resultados e da descoberta de padrões a partir dos conteúdos transmitidos pelos entrevistados. Estes padrões originaram um código e, consequentemente, um livro de códigos (*code book*) (Decuir-gunby et al., 2011). Estes códigos, subcódigos e respetivas unidades de registo, foram agrupados em categorias e subcategorias, e, caminhando no sentido da agregação de conhecimento e abstração das particularidades, foram criados três temas integradores: conteúdo funcional do enfermeiro no CF; requisitos para a intervenção do enfermeiro no CF; revisão do conteúdo funcional do enfermeiro no CF.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os dados revelam um leque de atribuições e responsabilidades, em que os participantes consideram o que os enfermeiros assumem atualmente no CF. É facto assumido por todos os entrevistados, o papel relevante dos enfermeiros nos cuidados de saúde, tendo em conta a sua realidade atual em Portugal. Nestes cuidados é salientada também a relevância da atuação dos enfermeiros em todo o processo que envolve o CF.

Os participantes enquadraram o conteúdo funcional do enfermeiro no CF, em quatro áreas fundamentais: preparação e administração; monitorização; prescrição; educação do utente e/ou cuidador (Figura 1).

Os participantes assumiram que devem ser preservadas e valorizadas as funções que os enfermeiros regularmente desenvolvem nas áreas da preparação e administração, monitorização

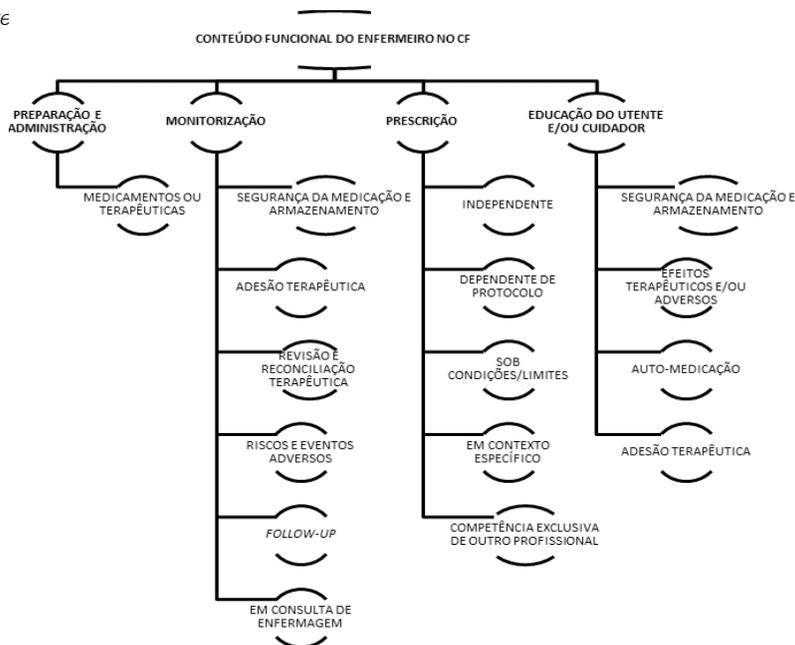
e educação do utente e/ou do cuidador. Expressaram também que a prescrição pode passar a integrar o conteúdo funcional do enfermeiro (com grau variável de independência). Contudo, não houve unanimidade entre os participantes. Enquanto alguns consideram que a prescrição de medicação deverá continuar a constituir uma competência exclusiva de outros profissionais - os médicos -, outros consideram que no futuro este pode ser um caminho a seguir, desde que ocorra formação específica destes profissionais, sejam definidos protocolos, seja limitada a alguns grupos de utentes, haja supervisão médica e ocorram mudanças políticas e/ou de mentalidade. Assim, tal como Logan et al. (2020) concluíram, a prescrição de medicamentos pode ser direcionada para os enfermeiros mais qualificados e com apoio multidisciplinar.

A monitorização em contexto de CF foi amplamente reconhecida como sendo função do enfermeiro onde, por um lado, referem a tipologia da monitorização - segurança da medicação e armazenamento, adesão terapêutica, revisão e reconciliação terapêutica, riscos e eventos adversos - e, por outro, a temporalidade em que o enfermeiro procede a essa monitorização - *follow-up* e em consulta de enfermagem.

A educação do utente e/ou cuidador é uma atividade bastante relevante atribuída aos enfermeiros pelos participantes, que a consideram muito válida e importante. O processo educativo prende-se com a utilização segura e armazenamento, os efeitos terapêuticos e/ou adversos, a automedicação e a adesão terapêutica.

Figura 1

Conte

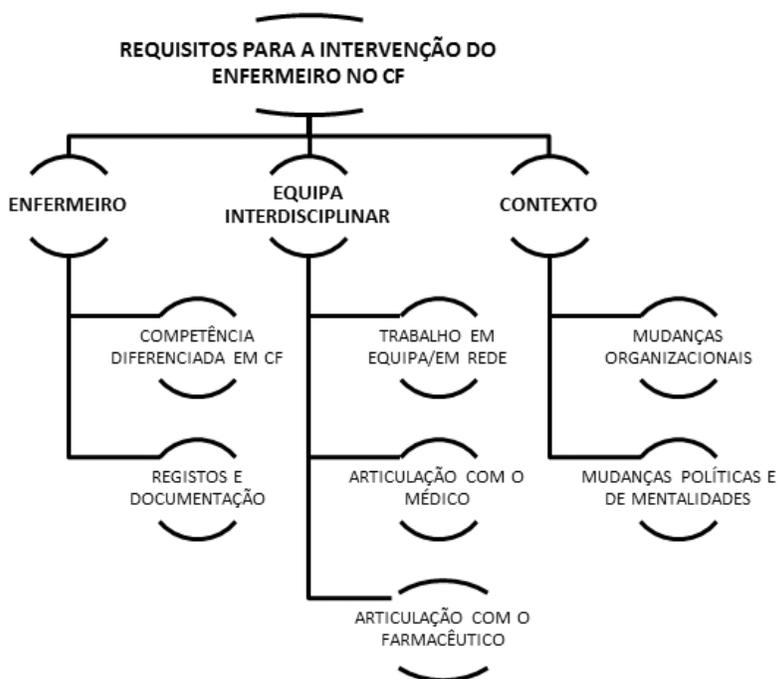


Estes resultados vão ao encontro dos apresentados por De Baetselier et al. (2020), que numa investigação internacional afirmam um papel vasto que integra a educação e informação ao utente, a monitorização da adesão aos medicamentos, a monitorização dos efeitos adversos e terapêuticos e a prescrição de medicamentos por enfermeiros. As diferentes perspetivas sobre prescrição vêm corroborar as conclusões de Maier (2019), quando numa perspetiva da União Europeia, propõe monitorizar a educação e as práticas de prescrição pela grande diversidade na legislação que identificou entre países.

A diferenciação do enfermeiro no CF está, para os participantes, associada a requisitos: individuais, do enfermeiro, sendo indispensável a competência diferenciada evidenciando conhecimento na área a partir de uma formação sólida e da capacidade para a documentação formal, integral e partilhada sobre o CF; da equipa interdisciplinar pela necessidade que o enfermeiro saiba conjugar o trabalho em equipa ou em rede, bem como, a articulação com o médico e com o farmacêutico para que tenha um papel interventivo no CF; do contexto de intervenção e/ou político exigindo-se uma clara definição das competências e responsabilidades de cada profissional envolvido no CF para o empoderamento do papel do enfermeiro, assim como, diálogo entre as várias classes profissionais e alteração de postura dos vários intervenientes (Figura 2).

Figura 2

Requisitos para a Intervenção do Enfermeiro no CF

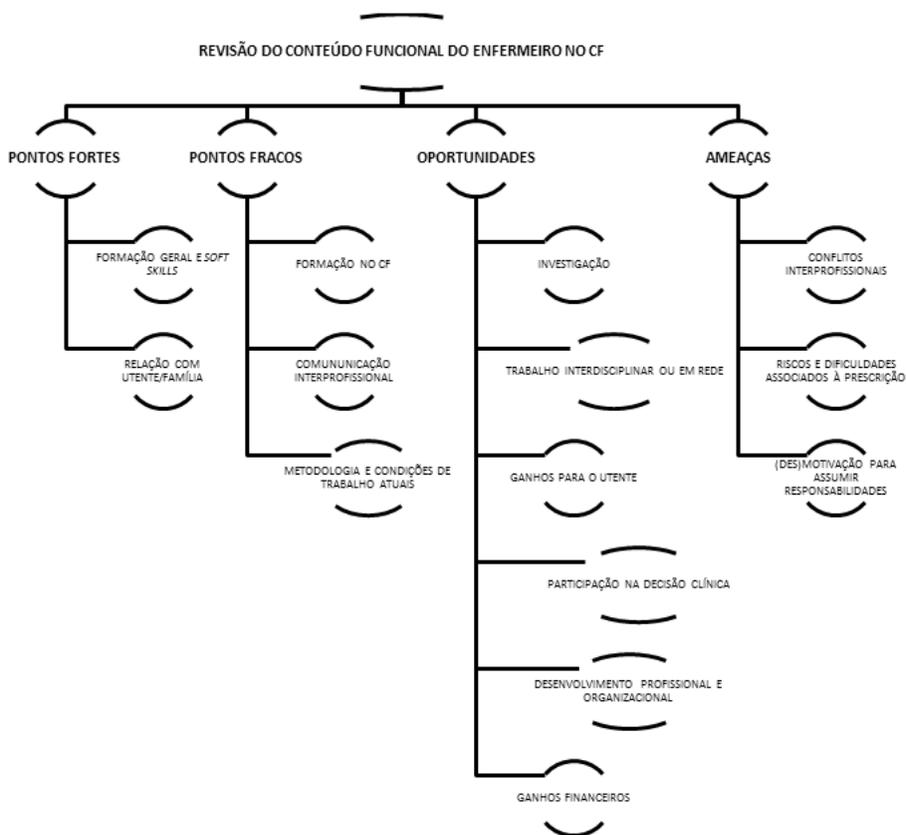


Também outras investigações como as de Härkänen et al. (2018) e de Pirinen et al. (2015), apontaram algumas exigências e desafios nas atividades associadas à medicação que esta vem corroborar, como a colaboração interprofissional, as competências e a formação dos profissionais ou a garantia por parte dos sistemas de saúde de níveis adequados de pessoal.

A colheita de dados foi concluída com a sistematização em pontos fortes, fracos, oportunidades e ameaças sobre o desenvolvimento de um modelo interprofissional para a intervenção dos enfermeiros no CF – revisão do conteúdo funcional do enfermeiro no CF (Figura 3).

Figura 3

Revisão do Conteúdo Funcional do Enfermeiro no CF



Há unanimidade na apresentação, como pontos fortes, da relação estabelecida entre os enfermeiros e os utentes, a formação geral do profissional fundamentalmente na componente

não instrumental, sobretudo a disponibilidade para a colaboração e a orientação para os ganhos em saúde.

A formação ou preparação específica em CF, a comunicação interprofissional, os métodos de trabalho e as condições atuais de trabalho, são apresentados como pontos fracos. A prevenção dos erros e a segurança do utente devem ser elementos centrais na educação para a capacitação em CF. A relevância do conhecimento e as condições de trabalho também são concluídas na investigação de Smeulers et al. (2014).

A investigação, os ganhos para o utente e eventuais ganhos financeiros, o trabalho interdisciplinar ou em rede, o desenvolvimento profissional e a participação na decisão clínica estão entre as múltiplas oportunidades futuras para os enfermeiros no CF. Estas últimas oportunidades são também identificadas como desafios para os enfermeiros no CF na investigação de Härkänen et al. (2018).

Na potencial evolução da função do enfermeiro no CF interprofissional, os participantes identificam os conflitos interprofissionais (nomeadamente médico-enfermeiro), os riscos e dificuldades associados à prescrição e algum grau de incerteza quanto à motivação dos enfermeiros para assumirem um papel diferenciado no CF, como ameaças a essa evolução. As reservas sobre as competências dos enfermeiros, assim como, a sua preparação educacional para expandir o seu envolvimento neste cuidado, constituíram uma conclusão da investigação de Logan et al. (2020).

CONCLUSÃO

Na equipa de saúde para a prestação de CF os médicos consideram que a preparação, administração, monitorização e educação do utente e/ou cuidador são intervenções da responsabilidade do enfermeiro. Da sua parte existe receptividade para que estas funções sejam reforçadas integrando mesmo a prescrição, quando os currículos escolares evidenciarem uma maior e diferenciada preparação dos enfermeiros para o trabalho no CF.

Por se tratar de um estudo exploratório serão necessários novos estudos e com outra metodologia para que se corroborem os resultados encontrados, sobretudo os referentes aos pontos fortes, pontos fracos, oportunidades e ameaças para os enfermeiros no CF atual e futuro. Importa compreender a eventual falta de motivação dos enfermeiros para assumir competências no CF, quais os enfermeiros elegíveis para um acréscimo de responsabilidades e quais as modificações curriculares que poderão ser necessárias para a criação de um corpo de conhecimentos mais robusto para os enfermeiros no CF.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

De Baetselier, E., Van Rompaey, B., Batalha, L. M., Bergqvist, M., Czarkowska-Paczek, B., De Santis, A., Dijkstra, N. E., Fernandes, M. I., Filov, I., Grondahl, V. A., Heczkova, J.,

- Helgesen, A. K., Isfort, M., Jordan, S., Karnjus, I., Keeley, S., Kolovos, P., Langer, G., Lillo-Crespo, M., ... Dilles, T. (2020). EUPRON: Nurses' practice in inter-professional pharmaceutical care in Europe. A cross-sectional survey in 17 countries. *BMJ Open*, *10*(6), e036269. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-036269>
- Decuir-gunby, J., Marshall, P., & McCulloch, A. (2011). Developing and using a codebook for the analysis of interview data: An example from a professional development research project. *Field Methods*, *23*(2), 136–155. <https://doi.org/10.1177/1525822X10388468>
- Härkänen, M., Blignaut, A., & Vehviläinen-Julkunen, K. (2018). Focus group discussions of registered nurses' perceptions of challenges in the medication administration process. *Nursing and Health Sciences*, *20*(4), 431-437. <https://doi.org/10.1111/nhs.12432>
- Logan, V., Keeley, S., Akerman, K., De Baetselier, E., Dilles, T., Griffin, N., Matthews, L., Van Rompaey, B., & Jordan, S. (2020). Did we do everything we could have? Nurses' contributions to medicines optimization: A mixed-methods study. *Nursing Open*, *8*, 592-606. <https://doi.org/10.1002/nop2.664>
- Maier, C. B. (2019). Nurse prescribing of medicines in 13 European countries. *Human Resources for Health*, *17*(1), 1-10. <https://doi.org/10.1186/s12960-019-0429-6>
- Pirinen, H., Kauhanen, L., Danielsson-Ojala, R., Lilius, J., Tuominen, I., Díaz Rodríguez, N., & Salanterä, S. (2015). Registered nurses' experiences with the medication administration process. *Advances in Nursing*, 1–10. <https://doi.org/10.1155/2015/941589>
- Smeulders, M., Onderwater, A., van Zwieten, M. C., & Vermeulen, H. (2014). Nurses' experiences and perspectives on medication safety practices: An explorative qualitative study. *Journal of Nursing Management*, *22*(3), 276–285. <https://doi.org/10.1111/jonm.12225>
- Wilson, A., Palmer, L., Levett-Jones, T., Gilligan, C., & Outram, S. (2016). Interprofessional collaborative practice for medication safety: Nursing, pharmacy, and medical graduates' experiences and perspectives. *Journal of Interprofessional Care*, *30*(5), 649-54. <https://doi.org/10.1080/13561820.2016.1191450>

AVALIAÇÃO HEURÍSTICA DE UMA SERINGA DE DUPLA CÂMARA

ANA FILIPA GOMES ROQUE¹
PEDRO MIGUEL SANTOS DINIS PARREIRA²
RUI FILIPE LOPES GONÇALVES³

INTRODUÇÃO

Falar de usabilidade e heurísticas não é frequente entre a comunidade científica de Enfermagem. Não obstante, o contributo atual da Enfermagem para a inovação na área da saúde é mais frequente apesar do reconhecimento, publicitação e partilha entre pares estar longe de ser a ideal. Nos últimos anos tem-se enfatizado a necessidade de empreender em novas ideias e projetos que conduzam ao desenvolvimento da qualidade dos cuidados, tal como a criação de novos dispositivos médicos. Este, é um longo e demorado processo até que o produto final esteja disponível no mercado. Desde a sua idealização, aos desenhos, protótipos, análise, implementação e avaliação constante, são muitos os projetos abandonados pela complexidade que envolve todo o processo criativo.

A avaliação heurística baseia-se na utilização de um conjunto de princípios reconhecidos de usabilidade, designados de heurísticas, utilizados pelos peritos como diretrizes orientadoras na identificação de erros e defeitos, num nível precoce do desenvolvimento do protótipo (Valiati, 2008; Lencastre, 2009).

Este estudo tem por base o desenvolvimento de um novo dispositivo médico – uma seringa de dupla câmara, e que se alicerça num problema decorrente da práxis diária dos enfermeiros: a não administração de soro fisiológico após e entre a administração de terapia endovenosa, técnica denominada de *flushing*. Desta forma, pretendeu-se desenvolver uma seringa de dupla câmara que permita aos enfermeiros, numa só seringa, conter o medicamento que pretendem administrar e o soro fisiológico para a realização do *flushing*.

1 MSc e Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica; Hospital Fernando da Fonseca; ana_roque_91@hotmail.com

2 PhD, Professor coordenador na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, UICISA: E; parreira@esenfc.pt

3 PHD, Professor adjunto na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, UICISA: E; rgoncalves@esenfc.pt

O estudo aqui apresentado, remete-se à avaliação heurística do protótipo beta da seringa de dupla câmara projetada. Esta avaliação realiza-se através da atribuição de um grau de severidade, que de acordo com Nielsen (1995), consiste na combinação de três fatores: frequência com que o problema ocorre; o impacto que a ocorrência do problema tem; e a persistência do problema. A escala de severidade permite, consoante os resultados obtidos, a priorização da resolução dos problemas e a tomada de decisão, variando entre 0 e 4 pontos: 0 – não é considerado de todo um problema de usabilidade, não afetando a sua utilização; 1 – é um problema apenas estético, que não precisa de resolução a não ser que haja tempo disponível; 2 – é um problema menor de usabilidade, em que a resolução deve ser de baixa prioridade; 3 – é um problema maior de usabilidade, em que a sua resolução deve ser de alta prioridade; e 4 – é um problema catastrófico, em que a sua resolução tem de ser feita antes do produto ser divulgado.

METODOLOGIA

Questões de investigação e objetivos:

Questão 1 – Qual o grau de severidade de cada heurística do protótipo beta?

Questão 2 – Qual o problema mencionado para cada heurística do protótipo beta?

Questão 3 – Qual a solução do problema/sugestão de melhoria para cada heurística do protótipo beta?

Tendo por base o objetivo geral de realizar a avaliação heurística do protótipo beta da seringa de dupla câmara, definimos os seguintes objetivos:

- Identificar o grau de severidade de cada heurística avaliada do protótipo beta;
- Identificar os problemas das heurísticas mencionadas do protótipo beta, caso existam;
- Identificar quais as soluções/sugestões de melhoria para cada heurística do protótipo beta, referida como problemática.

Desenho do Estudo:

A avaliação heurística é uma técnica utilizada por peritos em tecnologia, mas também por peritos no conteúdo, por forma a assegurar a recolha de informação segura e válida. Pretende identificar erros e anomalias num estado precoce de desenvolvimento do protótipo, aumentando os níveis de satisfação e utilização, assim como minimizando as alterações após o protótipo estar concluído (Araújo, 2009). A avaliação heurística deve ser realizada individualmente por cada perito baseando-se nas heurísticas (em princípios de usabilidade) já conhecidas sobre o protótipo que está a ser desenvolvido (Nielsen, 1995).

Face ao exposto, trata-se de um estudo descritivo. Tendo em consideração a natureza do objeto de estudo, as questões de partida e os objetivos do estudo, a avaliação heurística permite uma abordagem de natureza quantitativa e qualitativa. Na abordagem do tipo quantitativo recorreremos à utilização de técnicas que pretendiam a obtenção de um resultado mensurável referente ao grau de severidade identificado e na abordagem do tipo qualitativo, pretendemos fazer a análise e interpretação das sugestões de melhoria apresentadas pelos participantes.

Procedimentos Formais e Éticos:

Todos os aspetos éticos e legais decorrentes da investigação científica foram assegurados. Foi submetido pedido de parecer e apreciação ética do projeto de investigação a uma Comissão de Ética tendo obtido parecer favorável (n.º 288-06/2015). Relativamente aos participantes no estudo, a sua participação foi voluntária, tendo sido entregue documento no qual constava toda a informação relevante do estudo e o compromisso dos investigadores em manter o sigilo e confidencialidade dos dados fornecidos pelos participantes.

Participantes:

A seleção dos participantes para uma avaliação heurística é um elemento crucial (Nielsen, 1993). A seleção dos participantes para o estudo, teve como critérios de inclusão: enfermeiros; investigadores e coordenadores de linhas de investigação em unidades de investigação; e peritos de diferentes unidades de cuidados (cuidados intensivos, hospital de dia de oncologia e especialidades médicas). De acordo com Nielsen (1993) todos os participantes no estudo são considerados *double experts*, uma vez que dominam o produto em causa (uma seringa), bem como estão aptos para avaliar a sua usabilidade. Em continuidade, o grupo de *double experts* foi constituído por 14 elementos.

Recolha de Dados:

Para a avaliação heurística do protótipo beta da seringa, foi criada uma grelha de avaliação heurística. As heurísticas mencionadas foram adaptadas para a realidade do estudo, tendo por base algumas definidas por Nielsen (1995). Desta forma foram definidas nove heurísticas para avaliação do protótipo beta: cores (H1); dimensão (H2); peso (H3); textura e forma (H4); estabilidade (H5); manuseamento dos êmbolos (H6); facilidade de transporte (H7); facilidade em aprender (H8); e facilidade em reconhecer (H9). Em continuidade, as heurísticas foram agrupadas em três dimensões: estética (H1, H2, H3); manuseamento (H4, H5, H6, H7); e aprendizagem (H8, H9). Para cada uma das nove heurísticas os *double experts* tiveram oportunidade de atribuir um grau de severidade entre 0 e 4 pontos, descrever o problema identificado e apresentar a solução para o problema.

A recolha de dados decorreu em dia único, de dezembro de 2015, após convite telefónico e

por correio eletrônico dirigido a cada um dos participantes. A avaliação heurística (recolha de dados) foi organizada em quatro etapas: preparação; introdução; avaliação; e *debriefing*. Após o preenchimento das grelhas de avaliação heurística do protótipo, foram aceites para análise dos resultados 10 das 14 avaliações, na medida em que apenas estas se encontravam devidamente preenchidas.

APRESENTAÇÃO DOS DADOS E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Após a recolha de dados através do preenchimento da grelha de avaliação heurística, os dados quantitativos foram tratados e analisados com recurso ao *Excel* e os dados qualitativos foram analisados através da descrição dos problemas identificados em cada heurística e sugestões de melhoria. Importa realçar que pela natureza do objeto de estudo, não será possível confrontar os resultados obtidos com nenhum quadro teórico-conceitual de referência.

Perante os resultados obtidos constata-se que existe uma grande variedade nas respostas dos *double experts* sobre os graus de severidade atribuídos a cada heurística do protótipo, assim como, apesar dos problemas identificados serem algumas vezes similares, são classificados com graus de severidade distintos por cada um.

a) Cores: heurística considerada com grau de severidade 0, 1 e 3. O grau de severidade 0 foi o mais frequentemente considerado (n=6), significando que a cor não constitui um problema para os futuros utilizadores do produto. A atribuição do grau de severidade 1 (n=2) identifica como problemático o facto de não existir diferenciação entre as cores das duas câmaras e as mesmas não serem completamente translúcidas. A atribuição do grau de severidade 3 (n=2) reconhece que a inexistência de cores diferentes nas câmaras constitui novamente um problema, e alertam igualmente para a existência de medicamentos fotossensíveis que requerem a opacidade da seringa. Sugerem a alternância de cores entre as duas câmaras e a criação de seringas opacas.

b) Dimensão: heurística considerada pelos participantes como a mais problemática, sendo igualmente aquela à qual foi atribuído um grau de severidade superior (3), com maior frequência (n=4). Foram considerados os graus de severidade 0, 1, 2 e 3, com uma grande variedade de atribuição de graus de severidade para o mesmo tipo de problema, expondo a fragilidade deste tipo de estudo no que diz respeito à subjetividade das opiniões expressas pelos participantes. Reforçou-se a necessidade de redução do volume da câmara referente ao soro fisiológico e consequentemente reduzir o tamanho global da seringa.

c) Peso: heurística em que apenas três participantes apontam grau de severidade 1 e diretamente relacionado com a dimensão do protótipo. Não fazendo referência expressa ao peso, os participantes sugerem que se considerem materiais leves na definição do produto final. Os restantes sete participantes classificam com grau de severidade 0.

d) Textura e Forma: heurística considerada com graus de severidade 0, 1 e 2. Seis dos participantes classificam com grau de severidade 0. No que concerne ao grau de severidade 1 (n=2) foi mencionada a rugosidade sentida no corpo externo do protótipo sugerindo-se o

melhoramento do molde. Para o grau de severidade 2 (n=2) os participantes apontam como problemático a inexistência de uma escala numérica graduada, sugerindo a sua incorporação. Apontam ainda a inexistência de protótipos com diferentes volumes nas câmaras propondo-se a sua criação.

e) Estabilidade: heurística que a par com a do “manuseamento dos êmbolos”, considerada pelos participantes como a segunda mais problemática e classificada com graus de severidade 0, 1, 2 e 3. Para o grau de severidade 1 (n=2), a dimensão do protótipo volta a ser referida como fator de instabilidade sugerindo-se a redução do tamanho do protótipo. Para o grau de severidade 2 (n=3) refere-se que a instabilidade se faz sentir para volumes superiores a 10ml, sugerindo a redução do volume de soro fisiológico. Do mesmo modo é referido que o protótipo é deformável devendo para tal ser utilizados materiais mais robustos e reforça-se o não deslizamento uniforme dos êmbolos, sugerindo a sua melhoria. Para o grau de severidade 3 (n=1), faz-se referência à não preparação do protótipo para a administração de medicação de alto risco, sugerindo a introdução de um sistema de segurança *luer lock*.

f) Manuseamento dos êmbolos: heurística considerada com diferentes graus de severidade, 0, 1, 2 e 3. Perante o grau de severidade 1 (n=2), os participantes mencionaram que o manuseamento dos êmbolos é difícil pela dimensão do protótipo e que os êmbolos não deslizavam adequadamente, sugerindo a redução do tamanho do protótipo e uma melhor aderência dos materiais. Para o grau de severidade 2 (n=2), um dos participantes reafirma a grande dimensão do protótipo sugerindo a sua redução e um segundo participante denuncia a possibilidade de eliminação da “dupla asa” nos êmbolos com criação de um apoio lateral numa das asas do êmbolo proximal. Perante o grau de severidade 3 (n=2), um dos participantes identifica a falta de dinâmica entre os êmbolos sugerindo a melhoria no seu deslizamento e outro participante reporta-se à existência de dificuldades no ato de aspiração/administração aquando da utilização do volume total suportado pelo protótipo, sugerindo o aumento do diâmetro e tornando-o menos comprido.

g) Facilidade de transportar: heurística para a qual não foi considerada a existência de qualquer problema tendo todos os participantes atribuído o grau de severidade 0.

h) Facilidade de aprender: heurística considerada por apenas um participante com grau de severidade 1 na medida em que, em termos de aprendizagem, é difícil perceber qual das câmaras é destinada ao soro fisiológico e qual é destinada à medicação. Tal como noutras heurísticas, urge a necessidade de distinção das duas câmaras através de cores diferentes ou impressão da designação do constituinte na parte distal do êmbolo.

i) Facilidade de reconhecer: heurística considerada com grau de severidade 0 por todos os participantes, considerando desta forma a ausência de qualquer problema, não afetando de todo a utilização do protótipo.

A avaliação heurística realizada acrescenta propostas de melhoria, de alteração ou incremento ao protótipo, que na altura do seu desenvolvimento não foram consideradas.

CONCLUSÃO

A avaliação heurística é muito importante na medida em que recorre a peritos para expor as fragilidades do produto em causa, não pretendendo de todo ser depreciativa, mas sim construtiva. Na realidade, quanto mais problemas forem identificados melhor para o desenvolvimento do produto, pois são propostas de melhoria ao que já existe e referenciadas novas sugestões.

Do produto em apreço, ressalta a necessidade de se: criarem protótipos de menores dimensões mantendo a capacidade de volume da câmara destinada ao soro fisiológico; melhorar o deslizamento dos êmbolos, através da sua lubrificação a silicone; proceder à mudança da cor da câmara destinada ao soro fisiológico para melhor diferenciação; introdução de uma escala numérica em cada uma das câmaras.

Perante o trabalho desenvolvido, e com o principal objetivo de colocar a seringa no mercado assegurando que o *flushing* é sempre efetuado, as empresas parceiras no desenvolvimento do produto devem ter conhecimento das sugestões e correções necessárias a efetuar no protótipo para que posteriormente se realizem os testes de usabilidade.

O estudo realizado permite realçar a importância de uma avaliação pormenorizada de um produto antes de ser introduzido no mercado, incentivando os criadores de produtos e os próprios fabricantes a efetuarem todas as etapas de desenvolvimento de um produto, em benefício dos seus utilizadores, e consequentemente dos seus destinatários.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Lencastre, J. A. (2009). *Educação on-line: Um estudo sobre o blended learning na formação pós-graduada a partir da experiência de desenho, desenvolvimento e implementação de um protótipo Web sobre a imagem* [Tese de Doutoramento, Universidade do Minho, Instituto de Educação e Psicologia]. Repositório Universidade do Minho. <http://hdl.handle.net/1822/9894>
- Nielsen, J. (1993). *Usability Engineering*. AP Professional. Morgan Kaufmann.
- Nielsen, J. (1995). *10 Usability heuristics for user interface design*. <https://www.nngroup.com/articles/ten-usability-heuristics/>
- Valiati, E. (2008). *Avaliação de usabilidade de técnicas de visualização de informações multidimensionais* [Tese de Doutoramento Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Instituto de Informática]. UFRGS Lume: Repositório digital. <https://lume.ufrgs.br/handle/10183/13699>

POSFÁCIO

A missão da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA: E) é realizar atividades de Investigação e Desenvolvimento (I&D) a nível internacional e interdisciplinar para responder a problemas complexos, de um modo sustentável e socialmente responsável, ao nível da promoção da saúde, da prevenção da doença e dos cuidados à pessoa doente, incapacitada e em fim de vida.

A UICISA: E, no contexto do seu eixo estratégico da edição e divulgação do conhecimento científico, tem vindo a editar monografias com o objetivo de divulgar o conhecimento produzido nos projetos que acolhe. Os Projetos Estruturantes (PE), que se focam em atividades de I&D em diversas áreas ou temáticas prioritárias de investigação em saúde, são suficientemente amplos e agregadores para se debruçarem sobre uma área ou temática de estudo. Agregam Projetos de Estudos Associados (PEA), os quais devem ser desenhados em coerência com os objetivos do PE e que planeiam e concretizam tarefas de investigação. Por outras palavras, os PE são uma estrutura que não tem limite temporal permitindo o desenvolvimento de investigação continuada sobre uma área ou temática de estudo. Os PEA estudam as diferentes dimensões da área ou temática finalizando quando as tarefas planeadas são cumpridas. Os PEA podem ser projetos financiados, projetos com apoio interno, teses de doutoramento, dissertações de mestrado, estudos de curta duração, programas de implementação.

Assim, esta obra edita 71 textos com os resumos alargados das dissertações de mestrado desenvolvidas no período de 5 anos no contexto da área de especialidade de enfermagem médico-cirúrgica e acolhidas pelos PE "Pessoa em situação crítica", "Pessoa em situação crónica", "Pessoa em situação paliativa", "Pessoa em situação perioperatória", "Práticas profissionais e ambientes de cuidados seguros", "Simulação no ensino de enfermagem", e pelo projeto financiado Seringa DUO. As referidas dissertações são acolhidas pelos referidos projetos ajudando a fortalecer a ligação entre a investigação e ensino. A ligação entre a investigação e o ensino é, de resto, um caminho que a ESEnfC tem liderado sendo imensamente reconhecida pelos passos dados nesta matéria. Não obstante o caminho a percorrer para aperfeiçoar a relação entre ensino e investigação é ainda desafiante.

Os textos aqui publicados reportam resultados de estudos com utilização de metodologia diversa (qualitativa, quantitativa e mista) sobre tópicos de investigação como Gestão da dor,

Cuidados à Pessoa com Ferida, Educação para a Saúde e Literacia, Saúde Ocupacional, Violência na Sociedade e Instituições, Inovação em Tecnologia dos Cuidados de Enfermagem, Formação e Desenvolvimento dos Profissionais de Saúde, Transições de Saúde e Autocuidado, Metodologias de Cuidado de Enfermagem Diferenciados, Segurança do Doente e Efetividade dos Cuidados.

Esta obra assume-se não somente como um recurso para divulgar o conhecimento produzido, mas também como uma base de trabalho para o desenvolvimento de novas investigações nos diferentes tópicos abordados e como uma mais-valia para a atividade pedagógica pela utilização dos métodos e dos resultados como suporte para o ensino.

O conhecimento aqui divulgado pode ainda suportar a prestação de serviços e as atividades de extensão na comunidade potenciando a implementação de práticas inovadoras e o reforço da ligação entre Ensino, Investigação e Clínica.

A UICISA: E agradece o trabalho dos coordenadores científicos, dos autores e de todos os que colaboram no tratamento técnico, no trabalho de revisão documental e final, e na maquetização, de forma a obter um resultado de rigor e qualidade.



João Luís Alves Apóstolo

Coordenador Científico da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem

DISSERTAÇÕES REALIZADAS DE 2016 A 2021 CUJO RESUMO NÃO É APRESENTADO NA MONOGRAFIA

2021

Vivências em situações de emergência: um estudo com Enfermeiros da Viatura Médica de Emergência e Reanimação

Luís Miguel Mendes Canas (MSc)
Luís Miguel Nunes de Oliveira (PhD)

2020

Conhecimentos dos estudantes de enfermagem na prevenção e tratamento de lesões por pressão

Sara Isabel Brandão Dionísio (MSc)
Luís António Rodrigues Paiva (PhD)

2019

Protocolo de Comunicação de Más Notícias em Evento Crítico

Joana Bárto de Campos Lino Vala (MSc)
Verónica Rita Dias Coutinho (PhD)

A Simulação de Alta-Fidelidade e a sua Influência no Conhecimento e na Performance dos Enfermeiros na Realização de Hemodiafiltração

Rúben Tiago Bastos Fidalgo (MSc)
Rui Carlos Negrão Batista (PhD)

2018

Investimento corporal na pessoa com ostomia de eliminação urinária

Ana Marta Alexandre Veríssimo (MSc)
Rui Filipe Lopes Gonçalves (PhD)

Impacto das práticas simuladas nos níveis de ansiedade dos estudantes de enfermagem

Ana Rita Afonso Fernandes (MSc)
Rui Carlos Negrão Batista (PhD)

Características do reanimador e a qualidade das compressões torácicas

António José dos Santos Costa (MSc)
Luís Miguel Nunes de Oliveira (PhD)

Práticas e conhecimentos dos Enfermeiros de SU na recolha e manutenção de provas forenses

Cláudia Maria Portulado Coimbra e Cruz (MSc)
Maria Isabel Domingues Fernandes (PhD)

Perceção dos Enfermeiros sobre o Erro de Medicação: Causas Primárias e Tipos de Erro

Ema Carvalho Neves (MSc)
Rui Carlos Negrão Batista (PhD)

Vivências dos enfermeiros perante uma situação de emergência num serviço de internamento

Inês Isabel Ribeiro Guerra (MSc)
Rui Carlos Negrão Batista (PhD)

Stresse vivenciado por enfermeiros do serviço de urgência

Liliana Sofia Ferreira Miranda (MSc)
Rui Carlos Negrão Batista (PhD)

Burnout nos Enfermeiros do Bloco Operatório

Maria da Assunção de Almeida Albuquerque (MSc)
Luís Leitão Sarnadas (PhD)

O nível de satisfação das pessoas com a abordagem dos enfermeiros no processo de triagem e fatores que o influenciam

Olga Maria Tenente Veríssimo (MSc)
Maria da Conceição Giestas Baía Saraiva (PhD)

O Processo de Integração numa Unidade Funcional de Consultas Externas: Dificuldades e Expetativas dos Enfermeiros

Rosa Isabel Raposo Santiago (MSc)
Maria do Céu Mestre Carrageta (MSc)

O Enfermeiro no Pré-Hospitalar: Perspetiva do Enfermeiro da Viatura Médica de Emergência e Reanimação

Sara Carolina Duarte de Jesus (MSc)

José Carlos Amado Martins (PhD)
Luís António Rodrigues Paiva (PhD)

2017

Contributos do acolhimento de enfermagem em radioterapia

Ana Maria Pereira dos Santos Seiça (MSc)
Isabel Maria Pinheiro Borges Moreira (PhD)

DPOC.SUPORTE: desenvolvimento e validação de aplicação

Ana Rita Monteiro Esteves (MSc)
Isabel Maria Pinheiro Borges Moreira (PhD)

Manutenção do potencial dador de órgãos: Intervenção de enfermagem num serviço de urgência

André João Melo Lucas (MSc)
Maria do Céu Mestre Carrageta (MSc)

As Prática Clínicas Simuladas: Influência no conhecimento, desempenho e autoconfiança dos enfermeiros de um Serviço de Bloco Operatório

Andreia Patrícia Soares Barjona Gomes (MSc)
Luís Miguel Nunes de Oliveira (PhD)

Perceção da incapacidade funcional da pessoa com hérnia discal lombar

Juliana da Silveira Duarte (MSc)
Rui Filipe Lopes Gonçalves (PhD)

Fatores desencadeantes de stresse em sala de emergência

Maria João Monteiro Pereira (MSc)
Luís Leitão Sarnadas (PhD)

Dotação de enfermeiros no serviço de urgência: elaboração de um instrumento de classificação de doentes

Patrícia Isabel Pedro do Carmo (MSc)
Luís Miguel Nunes de Oliveira (PhD)
Paulo Alexandre Carvalho Ferreira (PhD)

Qualidade da Triagem de Manchester e fatores que a influenciam

Paula Maria Fernandes do Amaral (MSc)
Rui Filipe Lopes Gonçalves (PhD)

Perceção dos Enfermeiros acerca da Cultura de Segurança do Doente Hospitalizado

Rachel Nunes Freire (MSc)
Maria da Conceição Giestas Baía (PhD)

Vivência(s) e significados da sexualidade na pessoa com ostomia de eliminação intestinal

Sandra Raquel Gomes Tomaz (MSc)
Maria Isabel Domingues Fernandes (PhD)

2016

Registos de Enfermagem em Sala de Emergência - Um estudo de caso

Cláudia Sofia da Costa Pereira (MSc)
Maria do Céu Mestre Carrageta (MSc)

Procedimentos de Enfermagem na prevenção da infeção nosocomial da corrente sanguínea associada ao cateter venoso central: prática baseada na evidência

Paula Alexandra de Sousa Rodrigues Vala (MSc)
Maria da Conceição Giestas Baía (PhD)

Eficácia da Prática Simulada na Aplicação de Terapia Compressiva

Raquel Filipa Gonçalves de Carvalho (MSc)
Luís António Rodrigues Paiva (PhD)
Verónica Rita Dias Coutinho (PhD)

Estudo dos tempos decorridos no atendimento da pessoa com Enfarte Agudo do Miocárdio no Serviço de Urgência

Sónia Oliveira de Matos Soares (MSc)
Paulo Alexandre Carvalho Ferreira (PhD)

