

FICHA TÉCNICA

ISSN 2184-4402

Diretor

Júlio Belo Fernandes

Conselho Editorial

Júlio Belo Fernandes

Doutor em Ciências de Enfermagem

Doutor em *Intervención Psicológica en Educación, Salud y Calidad*

Mestre em Enfermagem

Sónia Belo Fernandes

Doutora em *Intervención Psicológica en Educación, Salud y Calidad*

Mestre em Saúde Pública

Cidália Castro

Doutora em Enfermagem

Mestre em Enfermagem

Mestre em Comunicação em Saúde

Diana Alves Vareta

Mestre em Enfermagem

Comissão Científica

Florencio Vicente Castro - Doutor *Honoris Causa*, Doutor em *Filosofía y Ciencias de La Educación*

Helena Maria Guerreiro José - Doutora em Enfermagem

Jorge Eurico Gonçalves de Sousa Ferreira - Doutor em Enfermagem

Jorge Morais Mendes - Doutor em Estatística e Investigação Operacional

José Manuel Almeida - Doutor em *Intervención Psicológica en Educación, Salud y Calidad*

Maria de Lurdes dos Santos Martins - Doutora em Enfermagem

Maria do Céu Lourenço Sá - Doutora em Enfermagem

Maria do Céu Mendes Pinto Marques - Doutora em Psicologia

Maria Manuela Madureira Lebre Mendes - Doutora em Enfermagem

Patrícia Cruz Pontífice Sousa Valente Ribeiro - Doutora em Enfermagem

Rogério Ferrinho Ferreira - Doutor em Ciências da Educação

Sérgio Joaquim Deodato Fernandes - Doutor em Enfermagem

Vanda Lopes da Costa - Doutora em Enfermagem

Revisores

Aida Correia Simões
Alexandra Isabel Rebelo Figueira
Ana Luísa da Silva Almeida
Ana Rita Correia de Sousa
Ana Margarida Gonçalves Chalaça
Bernardete Sousa Sidrónio
Carla Margarida da Silva Almeida
Diana Isabel Simões Sousa
Inês Rocha Pauleta
Isabel Cristina Reis Cordeiro
Joana dos Santos Afonso
Katy Hughes
Maria Isabel Sanches dos Santos
Matilde Lopes Sousa
Milene Cristina Chicharo Silvestre
Paulo Cesar Lopes Silva
Sandra Maria Monteiro Henriques
Susana Maria da Costa Cardoso
Tânia Isabel Gomes do Carmo
Tiago André de Sá Santos

Editora Gráfica

Joana dos Santos Afonso

Designer

Carolina Vicente

ÍNDICE

Editorial – Agradecimento Júlio Belo Fernandes	4
Nursing Now and Future - Caring Science: The Disciplinary Foundation for Nursing NOW and future Jean Watson	5
Três diamantes, três contributos da enfermagem nas neurociências e vice-versa Vanda Lopes da Costa	9
Análise dos registos de enfermagem informatizados Milene Cristina Chícharo Silvestre	15
Avaliação da pessoa em situação crítica: Aplicação do <i>National Early Warning Score</i> Alexandra Isabel Rebelo Figueira, Mariana Pereira	32
Avaliação da depressão e ansiedade na pessoa com doença oncológica: Protocolo de projeto Ana Luísa Almeida, Bernardete Sídrónio, Adriana Caldeira	43
Intervenções do Enfermeiro Especialista de Saúde Materna e Obstétrica na prevenção do trauma perineal: Revisão sistemática da literatura Ana Sofia Pereira, Daniela Oliveira, Nelma Pereira, Manuela Néné	55
Intervenções de reabilitação que previnem o declínio funcional na pessoa com ventilação mecânica invasiva: Revisão <i>Scoping</i> Gonçalo Rosa, Vanda Lopes da Costa	68
A Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na Recuperação da Pessoa com Incontinência Urinária: Revisão <i>Scoping</i> Tiago André de Sá Santos, Daniela da Silva Paiva Dias	83

Editorial

Agradecimento

Júlio Belo Fernandes

Este é num momento muito delicado para a nossa sociedade como um todo. Existem profissionais que foram, são e serão fundamentais para a continuação do bem-estar de todos.

Dedicamos este espaço a todos esses profissionais que trabalham incansavelmente, dedicando a sua arte e conhecimentos para cuidar do nosso bem maior, a saúde.

Vocês merecem todo o nosso reconhecimento e gratidão.

Em nome de toda a equipa.

MUITO OBRIGADO.

Artigo de opinião

Nursing Now and Future

Caring Science: The Disciplinary Foundation for Nursing NOW and future

Jean Watson¹, PhD, RN, AHN-BC, FAAN, Living Legend (AAN)

1. Dr. Watson is a distinguished Professor Dean Emerita in the University of Colorado Denver. Nurse theorist, founder and director of the nonprofit Watson Caring Science Institute.

Dr. Watson received her Bachelor of Science in Nursing in 1964, a Master of Science in Nursing in Psychiatric and Mental Health Nursing in 1966 and a PhD. in Educational Psychology and Counseling in 1973, all from the University of Colorado.

She has earned ten honorary doctoral degrees and in 2013, she was awarded the American Academy of Nursing's 'Living Legend' award, its highest honour. She is best known for her Theory of Human Caring and Ten Caritas Processes, which serve as a blueprint for professional nursing practice.

Dr. Watson created the Theory of Human Caring between 1975 and 1979 from her personal views of nursing. Her hope at the time was that her theory would help distinguish nursing science as a separate and important entity from medical science. Her work was influenced by her teaching experience and was created as a way to find common meaning among nurses from all over the world.

Watson's theory was first published in 1988. Since that time, she has produced more than 20 books on caring, and her teachings are used by clinical nurses and academic programs all over the world.

www.watsoncaringscience.org

Jean@watsoncaringscience.org

Caring Science: The Disciplinary Foundation for Nursing NOW and future*

*This opinion piece draws upon an earlier publication: Watson, J. (2009). Caring Science and Human Caring Theory: Transforming Personal and Professional Practices of Nursing and Health Care. *Journal of Health and Human Services Administration*. 466-482.

Introduction

Philosophies, ethics, and theories of nursing science have continued to evolve over the past three or four decades. However, during the past decade there has been special attention to theory-

guided practice models and caring and healing relationships as the core of professional nursing. Concurrently, educators, students and practitioners are seeking more clarity re: the disciplinary foundation of nursing, as the mature guide for professional practices. Further, there continues to be a call for authentic

discipline - specific, academic and clinical care practices, giving meaning and purpose to nurses' professional lives and work, allowing nurses to work at their full scope of preparation as a distinct healing/health professional.

Both practitioners and health systems, as well as academic nursing, now realize radical change from within is an essential and necessary requirement to reverse limitations of institutional practices; practices embedded often in robotic, technical, distant, non-caring, industrial practice.

The public as well as practitioners experience or witness these broken parts of our hospitals and health care today. The underlying dissatisfaction with healthcare continues to include system cultures and routines which inhibit the ability of nurses to practice their own profession; the dominance of medical – institutional-techno-cure foci; the quantity of time demands over the quality of direct-care, person-centered relationships; and also caring and healing processes and practices. This tension continues in spite of marketing logos and slogans about “caring institutions” (Watson, 2006).

Ultimately, the ability to resolve the conflict between the disciplinary foundation of what nursing is, (embedded within its ethics, philosophy, timeless values, knowledge, and theories), and constraints imposed by institutional practices, may be the most critical challenge for the

discipline and for the profession's survival. Nursing's covenant with humanity/caring/healing/health is in contrast to the tumultuous world in crisis for lack of human caring/healing and healthcare.

This fundamental conflict may well impact all of humane health care, both nationally and internationally (Watson, & Foster, 2003). A values-based, philosophically-theory-guided approach to human caring and health care illuminates the need for a major shift to occur.

As we all know, 2020 is designated by the World Health Organization as the International Year of the Nurse and Midwife. This designation highlights the authentic changes needed, for nursing and human caring and health to be recognized and actualized in a shrinking world, depleted of nursing, human caring and healthcare.

2020 also is the Bi-centennial of Florence Nightingale, a time for restoring the vision and wisdom of Nightingale: nursing participates with humans across the Sacred Circle of Life. It is a lifetime journey of offering caring and healing and health for all. Nurses, across time, space, cultures, religions, borders and boundaries of location, seek to understand and preserve the wholeness of human existence, and to offer compassionate, informed, knowledgeable human caring and health care to all, for betterment of society and humankind.

Caring Science as Disciplinary Foundation for Nursing

Caring Science has evolved to encompass the Ethic of Belonging as starting point for a new view of science. That is, we all 'Belong' to the universal energy of infinite Love, which holds the sacred circle of life - death in which nurses and humanity dwell. (Watson, 2006, 2008, 2019). Such a values-guided, expanded epistemology and relational-ontology for a caring ethic are embodied in Caring Science as the unitary, disciplinary ground for nursing, now and the future. The advancement of nursing theory within Caring Science, embraces wholeness of person and society and our Mother Earth. It includes both ideals and practical human caring and health care guidance. Thus, Caring Science, with its moral, philosophical values - and unity orientation to humanity and our environment/globe, positions nursing as the human caring/healing and health profession for our world.

Nevertheless, there remains much work to be done. New transformative, human-spirit inspired approaches are required to reverse institutional and system lethargy and darkness. To create the necessary cultural change, the human spirit has to be invited back into our health care systems.

New horizons of possibilities have to be explored to create space whereby Caring Science and discipline-specific, theory-guided practices can be actualized for

healthcare for all. This includes new unitary models of science which embrace compassionate, intentional, heart-centered human-to-human caring/ healing relationships. Such authentic, personal/ professional practice models of Caring Science are capable of leading us, locally and globally, toward a moral community of caring/healing and health for all. This global nursing community of over 20.7 million strong, are the hope to restore healing and health at a level that honors and sustains the dignity and humanity of practitioners and patients alike.

References

- Drenkard, K. N. (2008). Integrating human caring into a professional nursing practice model. *Critical care nursing clinics of North America*, 20, 403-414.
- Rosenberg, S. (2006). Utilizing the language of JeanWatson's Caring Theory within a computerized documentation system. *CIN: Computers, Informatics, Nursing*, 24(1), 53-56.
- Watson, J. (2005). *Caring science as Sacred Science*. Philadelphia: FA Davis.
- Watson, J. (2006). Caring Theory as ethical guide to administrative and clinical practices. *Nursing Administration Quarterly*, 30(1), 48-55.
- Watson, J (2008). *Nursing. The philosophy and science of caring*. New

Revised Edition. Boulder, Co: University Press of Colorado.

Watson, J. (2019). *Unitary Caring Science. The Philosophy and Praxis of Nursing*. Louisville, CO: University Press of Colorado.

Watson, J., & Foster, R. (2003). The Attending Nurse Caring Model: integrating theory, evidence and advanced caring-healing therapeutics for transforming professional practice. *Journal of Clinical Nursing*, 12, 360-365.

Artigo de opinião

Três diamantes, três contributos da enfermagem nas neurociências e vice-versa

Vanda Lopes da Costa¹

1. Terminou o curso de enfermagem na Escola de Enfermagem Artur Ravara em 1987. Desenvolveu a prática clínica de enfermagem no Hospital de São José e Hospital Curry Cabral de 1987 a 1997. É Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação, Mestre em Ciências de Enfermagem e Doutorada em Enfermagem.

Em 1997 iniciou funções de assistente de 1º triénio na Escola Superior de Enfermagem Artur Ravara, tendo englobado o corpo docente da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, após a fusão das quatro escolas superiores de enfermagem públicas de Lisboa.

Atualmente é Professora Adjunta, regente da unidade curricular Enfermagem de Reabilitação II, do Mestrado em Enfermagem de Reabilitação.

A sua área de interesse de investigação é neurociência.

Autora da obra intitulada *Coma provocar a consciência num movimento espiral*, a qual aborda a consciência fundamentada no *habitus* e identidade, como elementos relevantes na recuperação da pessoa em coma.

Introdução

Este é um tema hoje vulgar nas nossas mentes, vulgar nos nossos discursos, mas será comum nas nossas práticas? tenho imensas dúvidas e por isso começo por colocar esta questão.

Não quero criar a expectativa de que neste texto encontrem a resposta, mas gostaria de manter muito viva esta abordagem, a Enfermagem precisa das neurociências e até me atrevo a acreditar que a neurociência precisa da enfermagem. Mais do que encontrar ou reencontrar argumentos vou deixar o

caminho andar¹. Temos caminhos traçados, mas se não os percorrermos eles não andam. É assim na ciência e não é assim na não ciência. Então o que não é ciência?

Não sabemos exatamente o que não é ciência, mas temos como diz Goldcare, (onde aliás me inspirei e que vou referir várias vezes) temos que separar o trigo do joio, e estar preparados para a areia que volta e meia nos atiram para os olhos. Nas ciências humanas² a incerteza é enorme. Ao invés das ciências exatas onde os *comprimidos do nada* mais tarde ou mais cedo acabam por ser detetados,

¹ Em jeito de Mia Coto em Terra sonâmbula

² E é dessa ciência que também aqui se trata

conduzindo apenas à morte científica do investigador, aqui entre nós não há lugar ao culto da carga.

Designação que esclareço... o físico Richard Feynman para designar alguns rituais de tribos das ilhas do pacífico, quando durante a 2ª Guerra Mundial imitavam procedimentos militares, por exemplo: construía pistas de aterragem muito rudimentares com poucas pedras e sem qualquer orientação; também, os indígenas colocavam uma cabana por perto e troncos de madeira com bambu a imitar auscultadores, até sentavam lá um homem. Todos os preceitos eram considerados, mas nenhum avião aterrava, nenhum avião deixava a carga. Era uma espécie de pseudociência, onde apenas faltava o rigor... a verdade.

E são inúmeros os cultos da carga que temos que aprender a detetar. A começar pelos nossos próprios cultos da carga: preconceitos sociais; preconceitos profissionais; isolamento profissional (juntar outros no nosso caminho pode trazer a verdade); modas e tendências (temos que estar preparados para reagir a modas, a leviandades veiculadas por todo lado, leviandades que entram nas nossas casas sem regras sem escrúpulos, e que nos levam a tomadas de decisão arriscadas.³ E agora? Agora é encontrar práticas que detetem o erro, práticas da

boa ciência, mesmo que seja preciso uma metamorfose kafkiana temporária. A nitidez vence a fantasia quando mesmo por breves momentos nos tornamos escaravelhos, aí sim podemos estudar Gregor.

Com total nitidez e sem preconceitos, viajemos⁴ na história da investigação e das neurociências, desde Donald Hebb que, em 1949, defendeu que a estimulação repetida e persistente da célula nervosa aumenta a eficácia sináptica. Podemos visitar Rita Levi-Montalcini e Viktor Hamburger que descobriram uma substância que não só mantinha vivas determinadas células nervosas, como também gerava o aparecimento de mais sinapses, e ainda, Rita Levi-Montalcini, mas com Stanley Cohem, purificou esta substância e chamaram-lhe fator de crescimento celular (FCC). Contudo, esta substância era pouco produzida a nível do córtex cerebral. Nesta caminhada vimos que só na década de 80, Yves Barde conseguiu purificar uma outra molécula denominada fator neurotrófico derivado do cérebro e que este feito permitiu analisar em específico o comportamento neuronal e sináptico a nível do córtex cerebral.

Podemos caminhar e traçar uma linha de distinção entre memória⁵ declarativa e memória não declarativa. A primeira, também conhecida por explícita, é a

³ Posso sim! Falar da vacinação nas crianças, não está provado, aliás está provado que não está provado, que provoque autismo, e com esta pseudociência condenamos à morte várias crianças por ano.

⁴ Passo agora intencionalmente a falar na 3ª pessoa.

⁵ A palavra memória nasce no indo-europeu e evolui do latim *memor*, ou seja, lembrar.

memória dos factos e acontecimentos e resulta de um esforço consciente. A segunda, também designada por memória implícita, resulta diretamente da experiência e não de um esforço consciente. Além disso, os diferentes tipos de memória conduzem-nos a uma outra distinção, baseada no tempo das memórias de curta e de longa duração. As primeiras são as que conseguimos recordar em poucos segundos, minutos ou horas e são vulneráveis a perturbações, e que, depois, através do processo de consolidação da memória, podemos converter em memória de longa duração. As segundas perduram por dias, meses ou mesmo anos.

Podemos saber que, conhecer ou falar de memória impõe o conhecimento dos seus mecanismos básicos: codificação, evocação e reconhecimento e que por exemplo a codificação é um processo dinâmico que implica atenção, descodificação e identificação sensorial, e que se refere à organização da informação em função das experiências anteriores. Podemos até considerar que, falar, avaliar e compreender a atenção faz bastante sentido aos enfermeiros até porque no dia-a-dia profissional, temos muitas vezes de “escavar” este conceito, fazer observações e registos precisos.

Sabemos que hoje passam diretos da atividade cerebral no Homem e que Michael Posner, por exemplo, utilizou a imagiologia funcional do cérebro para

observar a atividade cerebral por áreas, quando se pedia à pessoa para dizer um verbo a condizer com substantivos novos, verificou que, num primeiro momento, grandes áreas do córtex se “iluminavam”, mostrando níveis elevados de atividade cerebral e em diferentes áreas do córtex. Contudo, quando esta tarefa se tornava rotineira, a atividade cerebral diminuía, retomando níveis anteriores.

Mas sabemos reconhecer um diamante dos cuidados de enfermagem quando conduzimos o doente à perceção? Sim! nós enfermeiros fazemo-lo com intensidade e intencionalidade.

Registamos que o doente “reage espontaneamente ao estímulo”, neste processo houve claramente uma avaliação, mas convergente com uma estimulação, e lembremos, a resposta do indivíduo não é mais do que a conversão do estímulo ao nível consciente, ou seja, à perceção.

A perceção permite-nos viver em relação constante com o ambiente. Este oferecemos a cada instante um infinito número de razões para prestar atenção. E, sobre este aspeto, recaem algumas questões. Será que fazemos uma pré-seleção mais ou menos consciente, dos estímulos que queremos captar de forma ligeira, média ou intensa? A ciência, e em particular a psiquiatria, refere dois tipos de atenção, a espontânea e a consciente, sendo que a primeira é aquela em que o estímulo nos surge sem o termo

procurado: exemplo, o som de um objeto que espontaneamente cai no chão; a segunda é a que se refere ao estímulo que procuramos e com que contamos: exemplo, escolher um determinado perfume.

Esta intervenção de enfermagem poderá fazer a diferença poderá devolver a vida de relação do outro. E parece que não conta! Não justificamos nos registos cientificamente o ato de estimular, não justificamos às gestões⁶ porque os resultados não se evidenciam em automatismo, intervir no cuidado cognitivo não está relevado. A nossa responsabilidade é do tamanho da nossa competência, temos que “gritar alto” esta intervenção e deixar de ser “aquilo” que se faz quando sobra algum tempo.

Temos que nos desafiar e não mais deixar-mos de registar com detalhe toda a estimulação⁷ sensorial que planeamos e avaliamos no doente.

Temos a ciência do nosso lado e o nosso lado é a ciência pelo que mostrar factos em particular das neurociências, que os sensores são verdadeiros interruptores que devemos acender quando cuidamos de pessoas com alterações neurosensoriais.

O propósito reside sobretudo na promoção de interações em toda a estrutura do sistema límbico. A proximidade anatómica de algumas áreas

estruturantes quer da aprendizagem/hipocampo, quer das emoções/amígdala, só por si, já nos parece justificar o foco. Pelo que se percebe de imediato que abordar a consciência passa, com certeza, por conhecer um segundo diamante dos CE e considerar as emoções e o seu significado na orientação cognitiva na prática diária de enfermagem.

Talvez precisemos de ir a Paul Ekman que, ao abordar as micro expressões faciais, afirmou que estas revelam cerca de 70% das emoções e que, se quisermos aumentar a sua eficácia, poderemos condicionar o ambiente, acrescentando outros estímulos como auditivos, visuais ou mesmo olfativos (sons, gestos e informação postural). O mesmo autor tem disponibilizado *on-line* um programa Mett (programa de treino e identificação de micro expressões) que, num curto período de tempo, permite melhorar consideravelmente a capacidade de reconhecer expressões atribuindo-lhes significado emocional.

Num estudo realizado com jovens estudantes, em grupo de controlo, verificou-se 44% de eficácia na identificação das micro expressões faciais, enquanto no grupo de treino essa eficácia foi de 80%. O mesmo autor refere que é mais fácil suprimir os movimentos corporais de uma emoção do que as expressões faciais.

⁶ Presas no lucro

⁷ Termo correto regulação sensorial

Portanto, identificar expressões e associá-las às diferentes emoções - tristeza, alegria, felicidade, medo, ou outras - é um importante contributo na compreensão holística do outro. Se assumimos como relevante a intervenção do enfermeiro à pessoa com alterações neurosensoriais ainda que com um elevado peso de subjetividade, pois tal como Damásio refere: "... quer as pessoas gostem ou não, todos os conteúdos mentais são subjetivos e a força da ciência provém da capacidade de verificar a consistência de muitas subjetividades individuais."

Por outro lado, sabe-se que a capacidade de a pessoa se lembrar de algo está intimamente relacionada com a emoção que desencadeou, já que, se a emoção foi negativa, aumenta a probabilidade de ter ficado em memória.

Também, domínio dos processos emocionais e da memória é fundamental conhecer o funcionamento do cérebro, nas interações, com estruturas como: o sistema límbico e o complexo das amígdalas. Neste contexto, referenciamos o caso de Boswell estudado em Iowa. Este caso ajuda-nos a consolidar a ideia de uma intervenção revestida de material emotivo, para construirmos a esperança da vida de relação.⁸

Um terceiro diamante leva-nos à consciência, esta deriva do latim e significa "saber com", contudo sabemos

que pode assumir vários significados. O sentido predominantemente envolvido no âmbito das neurociências se refere ao nível de conhecimento que a pessoa tem da sua própria consciência.

Para contemplar um terceiro diamante precisamos de considerar as estruturas cerebrais responsáveis pela consciência. O nível de consciência depende da integridade do sistema ativador reticular ascendente (SARA), que se situa na região pontomesencefálica do tronco encefálico. Este possui conexões com o córtex cerebral fornecidas por vias talâmicas (adiante abordadas num estudo de um caso clínico) ou extra talâmicas, que permitem que as informações sensoriais entradas no sistema nervoso originem respostas apropriadas e assim se atinja o nível de consciência necessário ao processamento cognitivo. Pelo que, disfunções ao nível do tronco encefálico ou do córtex conduzem a alterações do nível de consciência.

Coloca-se agora uma outra questão - onde se encontra a informação necessária, para recurso cognitivo, em cada um de nós? Durante décadas, e desde o modelo de Tolman, têm sido apresentados mapas de armazenamento cognitivo. Hoje novas pesquisas apontam para a existência de diferentes sistemas cerebrais com funções especializadas em diferentes áreas do córtex para além do hipocampo, como o córtex parietal, o frontal, entre outros.

⁸ Ayn Rand disse um dia, " Os segredos desta terra não estão ao alcance de todos, mas apenas de quem os tenta encontrar".

Não entrando no detalhe anatómico, importa-nos considerar que a variedade topográfica se constitui por entidades dinâmicas de armazenamento da informação cognitiva e que estas podem ser ativadas em simultâneo. Também, ao córtex pré-frontal e à porção anterior dos lobos frontais parecem ser atribuídas funções de elevado nível de cognição, através de múltiplas sub-regiões.

Voltemos à avaliação da consciência. Sabemos que esta não é matéria exata e que devemos contar com uma margem de erro. A consciência é um conceito multifacetado, que se pode dividir em dois componentes: desperto com consciência do meio ambiente (*awareness*); e vigília (*arousal*). Importa considerar que a avaliação das funções residuais em doentes com lesões cerebrais severas é difícil pois, para além da resposta motora poder ser limitada, os movimentos voluntários são muito discretos e também podem cansar o doente com facilidade. Essa avaliação pode ser inconsistente, uma vez que depende de inferências feitas a partir de respostas a estímulos externos que são observados no momento do exame. Por enquanto, a consciência ou a autoconsciência não pode ser medida objetivamente por qualquer máquina. Autores propõem um esquema de correlação entre os componentes da consciência, agrupando-os e intercetados por diferentes estados. Nele, verificamos que em condições

normais (com exceção para a fase onírica do sono REM) a consciência de si e do ambiente (*awareness*) e de vigília (*arousal*) correlacionam-se positivamente. Ao invés do que se verifica durante o período de coma.^{9, 10}

As certezas não existem e a subjetividade circula nesta avaliação. A este propósito, Damásio refere que o facto de as imagens mentais apenas estarem acessíveis ao organismo do seu proprietário não impede a sua caracterização. O mesmo autor, quando se refere à consciência, diz que esta acontece no interior do organismo e não em público, mas que se encontra associada a várias manifestações públicas. Adianta ainda, pelo que sabemos acerca da mente humana privada e aquilo que podemos observar do comportamento humano, que é possível estabelecer uma tripla articulação, mesmo por inferência entre certas manifestações externas, manifestações internas relatadas pelo próprio, ou manifestações internas relatadas por nós mesmos quando em situação semelhante.

Voltando à abordagem da consciência, quase que num movimento espiral, encontramos¹¹ três grandes patamares da consciência e da sua ausência: um eu

⁹ Laureys e colegas,

¹⁰ José Cardoso Pires no seu livro *De Profundis, Valsa Lenta* relata a experiência de ter estado com alteração do estado de consciência, de ter sentido um "constante e desinteressado desinteresse do homem desabitado de pessoas e de lugares, de tempo e de sentimentos

¹¹ Vanda Marques Pinto em *Coma pro vocar a consciência num movimento espiral* 2012

desconhecido onde a pessoa parece inexistir em si mesma; um eu estranho onde se reconstrói a existência da pessoa com muitas dúvidas e incertezas; e um eu inequívoco onde se sai ininterruptamente do silêncio e se atinge a consciência de si mesmo e a meta-representação onde não só sabemos quem somos como podemos pensar sobre os nossos próprios pensamentos.

É este viver com silêncio, mas num eco permanente de incertezas, onde dois sons se confundem, o primeiro parece ser nosso, o outro não fazemos ideia a quem pertence, que pensamos ser campo de ação dos enfermeiros com contributos de e para as neurociências. E ignorá-lo não é de enfermeiro.

Levar a pessoa a manter ou a retomar a vida de relação, levar a pessoa a encontrar-se no eu estranho ou a reencontrar-se no eu inequívoco, passa com certeza pela enfermagem fundamental, que entrelaçou três dos seus diamantes, inevitavelmente lapidados pelas neurociências.

Com percepção, emoção e consciência deixo um abraço.

Vanda Lopes da Costa Marques Pinto

Análise dos registos de enfermagem informatizados

Analysis of electronic nursing records

Milene Cristina Chícharo Silvestre¹

1. Centro Hospitalar Barreiro Montijo EPE

Resumo

Enquadramento: Os sistemas de informação surgem para facilitar o acesso à informação, conferindo maior confiabilidade e exatidão dos dados, bem como uma maior legibilidade e a possibilidade de padronização de registos.

Objetivos: Analisar o conteúdo dos registos de enfermagem informatizados relativos à capacidade cognitiva e ânimo das pessoas internadas no serviço de medicina interna e identificar as diferenças entre os dados recolhidos e os dados registados informaticamente, relativos à capacidade cognitiva e ânimo da pessoa.

Metodologia: O estudo é descritivo, exploratório e retrospectivo documental. Foi definida como população as pessoas internadas no serviço de medicina interna de um centro hospitalar durante o período temporal de um mês.

Resultados: A amostra foi constituída por 36 pessoas. Em relação às variáveis capacidade cognitiva, memória, perturbação do pensamento ou consciência e tristeza verificou-se que apesar da existência de pessoas que manifestavam alterações, não existiam registos de enfermagem que as mencionassem. No que respeita às variáveis discurso desorganizado, função mental ao longo do dia, ansiedade e comportamento abusivo aferiu-se a presença de registos no processo de enfermagem, mas em números inferiores aos identificados através do instrumento InterRAI®.

Conclusão: A informação que os enfermeiros detêm é diferente da informação que registam, não permitindo a caracterização da capacidade cognitiva e ânimo da pessoa.

Palavras-chave: registos eletrónicos de saúde; auditoria de enfermagem; processo de enfermagem; registos de enfermagem; cognição; ânimo

Abstract

Background: Information systems are designed to facilitate documentation, providing greater reliability and accuracy of data, as well as greater readability and the possibility of standardisation of records.

Objective: To analyse the content of electronic nursing records related to cognitive capacity and mood of hospitalised people in the internal medicine unit; to identify the differences between the data collected and the data recorded electronically regarding the person's cognitive capacity and mood.

Methodology: This is a retrospective, descriptive and exploratory study. The study population was defined as all the people hospitalised in the medical unit of a hospital during a one-month period.

Results: The sample consisted of 36 people. Regarding the variables cognitive capacity, memory, thought disorder or consciousness and sadness, it was found that although there were people who manifested changes, there was no nursing record that mentioned them. Regarding the variables disorganized speech, mental function throughout the day, anxiety and abusive behaviour, there were records in the nursing process, but in numbers lower than those identified through the instrument.

Conclusion: The information that nurses have is different from what they record, not allowing the global characterisation of a person's state.

Keywords: electronic health records; nursing audit; nursing process; nursing records; cognition; mood

Introdução

Ao longo dos últimos anos as tecnologias de informação têm vindo a afirmar-se como indispensáveis nas organizações, e a área da saúde não é exceção. Os sistemas e as tecnologias de informação e comunicação são fundamentais na gestão da multiplicidade de informação que envolve os cuidados de saúde. Atualmente os dados são na sua maioria informatizados, no entanto a capacidade dos sistemas em responder às necessidades dos profissionais e clientes é questionável.

Os benefícios da utilização de sistemas informatizados passam pela acessibilidade e organização da informação, pela melhoria do desempenho, ao reduzir tempo gasto em atividades burocráticas, e maior disponibilidade para o cuidado direto às pessoas (Buntin, Burke, Hoaglin, & Blumenthal, 2011).

Na enfermagem, os sistemas de informação surgem no sentido de facilitar os registos, conferindo maior confiabilidade e exatidão dos dados, bem como uma maior legibilidade e a possibilidade de padronização de registos. Assim, permite o recurso aos resultados de enfermagem para avaliação da efetividade e da qualidade dos cuidados, constituindo uma fonte de dados de evidência.

Com a introdução de uma linguagem comum, a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), foi possível o desenvolvimento de um modelo de sistema de informação que se centra na área das intervenções de enfermagem. A agregação de dados proposta pelo resumo mínimo de dados de enfermagem permitiu a elaboração de indicadores de saúde, identificar os ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem e promover a qualidade dos cuidados (Pereira, 2009). No entanto, a padronização dos dados pode colidir com a valorização de determinados diagnósticos em detrimento de outros, correndo o risco de excluir o registo de focos de enfermagem essenciais, mas que não se incluem nos padrões definidos.

Existem áreas identificadas como de grande sensibilidade aos cuidados de enfermagem, nomeadamente a gestão do regime terapêutico, a gestão de sintomas e os focos úlcera por pressão, autocuidado, queda e preparação para a alta (Fernandes, & Almeida, 2017; Spilsbury, & Meyer 2001). Após a disseminação dos sistemas informatizados, mantém-se escassa a literatura que contemple os focos registados e os resultados produzidos pelas intervenções de enfermagem. Os estudos encontrados nesta área relacionam-se com a capacidade de adaptação à introdução do sistema de

informação e não ao conteúdo dos registos.

O presente estudo reflete a preocupação dos investigadores sobre o conteúdo registado no processo de enfermagem e tem por objetivo analisar os registos informatizados de enfermagem relativos às pessoas internadas num serviço de medicina interna e de identificar as diferenças entre os dados recolhidos e os dados registados informaticamente. A análise irá incidir nos focos capacidade cognitiva e ânimo, por serem aspetos considerados fundamentais na promoção da autonomia da pessoa e na garantia de cuidados de enfermagem de qualidade.

Enquadramento teórico

Perante a crescente necessidade de informatização nas instituições de saúde, a enfermagem deve acompanhar a evolução tecnológica sem perder as especificidades que a definem. A implementação de sistemas de melhoria contínua da qualidade do exercício profissional é preconizada pela Ordem dos Enfermeiros, como um processo de mudança que temos de clarificar. Tal como Silva (2006, p. 23) realça, é “preciso saber no contexto das práticas, se o modelo conceptual em uso pelos enfermeiros é concordante com os modelos conceptuais definidores da própria disciplina e que norteiam a

conceção e o desenho dos sistemas de informação em enfermagem” sob pena de criar um obstáculo ao desenvolvimento da enfermagem. “A utilidade das teorias de enfermagem não se esgota na dimensão explicativa dos fenómenos, visa (...) o desenvolvimento de conhecimento capaz de guiar as práticas de cuidados” (Pereira, 2009, p.16). Sabendo que a evolução teórica da enfermagem influencia a prática profissional, invariavelmente irá influenciar os registos produzidos pelos enfermeiros.

O processo de enfermagem surge como um método sistemático de organizar o pensamento para a tomada de decisão clínica, permitindo planificar e decidir sobre os cuidados que irá prestar, através de um processo dinâmico e individualizado de resolução de problemas (Hagos, Alemseged, Balcha, Berhe, & Aregay, 2014).

O registo de enfermagem irá permitir a continuidade dos cuidados, pelo que o sistema de informação deve permitir a introdução de dados sobre o cliente, avaliar os resultados e servir como documento legal (Potter, & Perry, 2006). Pretende-se que os sistemas de informação evidenciem as tomadas de decisão integradas no processo de enfermagem, no qual o enfermeiro faz o levantamento das necessidades de cuidados de enfermagem até à avaliação dos cuidados prestados.

Marinis et al. (2010) realizaram um estudo, no qual pretenderam contribuir

para o debate da qualidade dos registos manuais de enfermagem, comparando os registos produzidos pelos enfermeiros com os resultados de entrevistas aos enfermeiros após os cuidados prestados. Este estudo apurou inconsistências relativamente às observações, ao relatado pelos enfermeiros e ao registado, nomeadamente quanto a atividades de cariz físico (38% de registos face aos cuidados prestados) e educacional (3% de registos). Isto é, os enfermeiros fazem mais do que registam, denunciando os cuidados prestados como uma prioridade face aos registos. Este estudo identificou 1568 intervenções de enfermagem, mas só 40% foram registadas. Os registos são vistos, tal como outros autores indicam, como burocracia e nos dias em que a carga laboral é maior, os registos são significativamente mais pobres (Silva, 2006).

Paans, Sermeus, Nieweq e Schans (2010) desenvolveram um estudo em 10 hospitais da Holanda entre 2007 e 2008, com o objetivo de descrever a precisão dos registos de enfermagem. Num total de 341 registos de enfermagem, estes autores concluíram que apesar dos registos estarem estruturados de acordo com as fases do processo de enfermagem, a documentação estava descrita de forma cronológica, ou seja, os primeiros registos apareciam no início do processo e os mais recentes no final. Constataram que 28% dos registos

continham todas as fases do processo de enfermagem e que 38% dos registos não estavam estruturados de acordo com o processo de enfermagem.

Gjevjon e Helles (2010) realizaram um estudo de investigação onde analisaram a documentação produzida em contexto de cuidados domiciliários, desde a entrada das pessoas até ao máximo de seis meses de estadia, com o objetivo de compreender a documentação de enfermagem como importante indicador de qualidade dos cuidados. Foram documentados 264 diagnósticos de enfermagem e analisados em três fases: sistematização dos registos não estruturados, estruturação dos registos de acordo com o processo de enfermagem e avaliação com um instrumento validado. Este estudo traduziu-se nos seguintes resultados: os diagnósticos de enfermagem mais frequentemente encontrados relacionam-se com integridade cutânea (22%), atividades de vida diária (19%), bem-estar emocional (11.4%), dor (9%), respiração (6.8%), capacidade cognitiva (6.4%), eliminação e nutrição (4.9%) e comunicação (0.7%). Os autores enfatizam os dados relativos à comunicação, questionando se a comunicação não é um foco presente nos cuidados, então a sua vontade não era tida em conta.

Neste estudo incidimos nos focos capacidade cognitiva e ânimo, por serem aspetos fundamentais na promoção da

autonomia da pessoa. A autonomia está relacionada com a liberdade de fazer as próprias escolhas, da livre decisão dos indivíduos sobre as suas ações e da possibilidade de traçar o seu percurso de vida (Fleury-Teixeira et al., 2008).

A capacidade cognitiva é a capacidade para tomar decisões no dia-a-dia. É o processo intelectual que “envolve todos os aspetos da perceção, pensamento, raciocínio e memória” (International Council of Nurses, 2018, p. 27). A perceção é o registo mental consciente dos estímulos sensoriais através dos sentidos, enquanto o pensamento está relacionado com a capacidade para escolher e resolver problemas de forma sistemática (International Council of Nurses, 2018). A memória é um processo psicológico, através do qual “são armazenadas e recordadas sensações, impressões e ideias; registo mental, retenção e recordação de experiências passadas, conhecimentos, ideias, sensações e pensamentos” (International Council of Nurses, 2018, p. 84). Na capacidade de memorizar, foi avaliada a memória a curto prazo, memória processual e situacional.

O ânimo diz respeito à receptividade ao cuidado e ao interesse demonstrado. É considerado um comportamento de procura de saúde, ou seja, a “forma previsível de identificar, usar, gerir e assegurar recursos de cuidados de saúde, expectativas relacionadas com formas

aceitáveis de requerer e conseguir assistência de outros” (International Council of Nurses, 2018, p. 30).

Objetivos

Foram definidos como objetivos:

- Analisar o conteúdo dos registos de enfermagem informatizados relativos à capacidade cognitiva e ânimo das pessoas internadas no serviço de medicina interna;
- Identificar as diferenças entre os dados recolhidos e os dados registados informaticamente relativamente à capacidade cognitiva e ânimo da pessoa.

Questão de investigação

Os registos realizados pelos enfermeiros demonstram a capacidade cognitiva e ânimo da pessoa?

Metodologia

Este estudo é descritivo, exploratório e retrospectivo documental. Definiu-se como população todas as pessoas internadas no serviço de medicina de um centro hospitalar durante o período temporal de um mês.

Após parecer favorável da Comissão Nacional de Proteção de Dados e da Comissão de Ética, o projeto foi aprovado

em reunião do Conselho de Administração.

Para proceder à colheita de dados foram utilizados dois processos: a aplicação de um instrumento proposto pela InterRAI® em situações de cuidados agudos e a análise dos registos informatizados de enfermagem relativamente às pessoas a quem foi aplicado o instrumento anterior. Esta análise foi realizada após impressão dos *outputs* fornecidos para o processo de enfermagem (apreciação inicial, diagnósticos e carta de transferência).

O instrumento de colheita proposto pela InterRAI® - Cuidados Agudos foi desenvolvido para promover uma avaliação de pessoas adultas e idosas em contexto hospitalar e ainda avaliar componentes específicos a nível funcional e psicossocial. É constituído por 19 secções, denominadas por letras, compreendidas da secção A até à secção R. Cada secção corresponde a uma avaliação pormenorizada de variáveis em quatro momentos, que correspondem a períodos temporais durante o internamento.

O primeiro momento (M1) é relativo a aspetos anteriores à admissão, isto é, às características antes do episódio de morbilidade que os levou ao hospital. O segundo momento (M2) é relativo ao período da admissão. O terceiro momento reporta-se ao 14º dia de internamento e por fim, o quarto momento reflete o momento da alta. No entanto, e dado que

o internamento da maioria das pessoas não chegava ao 14º dia, decidiu-se, para este estudo, denominar o terceiro momento, o momento da alta (M3) e excluir a avaliação do 14º dia.

As diferentes variáveis pressupõem a avaliação da pessoa em diversos aspetos, proporcionando numa escala tipo *likert*, com opções de preenchimento pré-definidas.

Com o intuito de responder à questão de investigação formulada, optámos pela aplicação de apenas algumas secções do instrumento, nomeadamente:

- Identificação da Pessoa - Secção A – inclui aspetos como o nome, género, data de nascimento, estado civil, raça e língua materna. Todos estes aspetos foram incluídos na investigação dada a importância da caracterização da amostra.
- Admissão e História Inicial - Secção B – incluem aspetos como a data de internamento, a proveniência da pessoa, formas de coabitação, episódio desencadeador da admissão, período desde a última hospitalização, tempo passado na urgência e se foi submetido ou não a intervenção cirúrgica.
- Datas de Avaliação - Secção C – neste estudo só foram consideradas a data de admissão e a data da alta. A data relativa ao 14º dia de internamento não tem grande expressão no local de colheita de dados, dado que a maior

parte dos internamentos não atingem esta data temporal.

- Cognição - Secção D – corresponde à avaliação das capacidades cognitivas da pessoa.
- Comportamento e ânimo - Secção F – relaciona-se com o comportamento e ânimo relatado pela pessoa internada.

A tradução do instrumento e a correspondente validação cultural e semântica foi efetuada por Amaral, Ferreira e Gray (2014). O processo constou de uma tradução efetuada por dois tradutores independentes, sendo realizada uma tradução de consenso e feita a retroversão, que resultou numa ampla coincidência de termos. Foi a seguir medida a consistência interna com um Kappa médio para a totalidade dos itens de 0.75, sendo que esse valor varia entre 0.63 e 0.73 para cada uma das subespecialidades dos itens. A avaliação inicial das propriedades psicométricas do instrumento permite dizer que os itens utilizados são apropriados para aplicação clínica.

Procedimento de recolha e análise dos dados

Para o tratamento de dados quantitativos foi utilizado o programa *Statistical Package for Social Sciences* – SPSS/PC para Windows. O tratamento de dados qualitativos foi realizado com recurso à análise de conteúdo dos registos informáticos e a análise do instrumento

aplicado. Foi construída uma grelha à *posteriori* tendo em conta as variáveis apresentadas no instrumento, denominando as categorias com os nomes das variáveis do instrumento InterRAI ®. Em cada categoria foram comparados os dados do instrumento em cada momento, M1, M2 e M3, respetivamente com os dados registados na aplicação Sclinico: Apreciação Inicial, Diagnósticos de Enfermagem e Carta de Transferência.

Resultados

Das 36 pessoas que constituem a amostra, 41,7% (15 pessoas) são do sexo masculino e 58,3% (21 pessoas) do sexo feminino. As idades estão compreendidas entre 33 e 94 anos, com uma média de 71,89 e desvio padrão de 14,447. A moda apresenta três valores iguais: 67, 73, 76 anos.

Quanto à língua materna, 97,2% falam português, verificando-se apenas uma pessoa com outra língua materna. Constatou-se também que 29 pessoas são de raça caucasiana.

Relativamente ao estado civil a amostra tem 47,2% de pessoas viúvas e 41,7% de pessoas casadas, sendo as restantes solteiras e uma que vive com o parceiro.

Quanto à sua proveniência, a maior parte das pessoas são provenientes de moradias próprias 77,8% e 13,9% residem

em estruturas residenciais para idosos. Os restantes provêm de hospitais de agudos.

Relativamente a com que vive, constatou-se que 30,6 % das pessoas vivem apenas com cônjuge, 25% vivem com filhos sem cônjuge, 13,9% vivem sozinhas e 8,3% vivem com não familiares.

Quanto ao episódio desencadeador da admissão manifestou-se em 77,8% nos últimos 7 dias que antecederam a admissão. Para 11,1% da amostra desencadeou-se nos 8 a 14 dias antes da admissão. Na restante amostra verifica-se que o episódio tem vindo a evoluir há mais de 15 dias.

Verificou-se que cerca de 86,1% não teve qualquer episódio de hospitalização nos últimos 90 dias que antecederam a admissão, sendo que os restantes 14 % da amostra teve uma hospitalização há pelo menos 30 dias.

Ao analisar o tempo passado no serviço de urgência antes da admissão no serviço de medicina, os dados revelam que 30% das pessoas estiveram até 8 horas à espera, cerca de 25% estiveram até 24 horas, 16,7% até 48 horas e ainda 22% estiveram mais de 48 horas a aguardar a sua admissão no serviço.

Pela análise do instrumento aferiu-se também que nenhum dos participantes foi submetido a cirurgia.

Para proceder à análise dos dados registados a nível informático no processo de enfermagem comparam-se os dados

registados na apreciação inicial com os dados obtidos na pré-admissão (M1), os diagnósticos de enfermagem identificados com os dados colhidos no momento da admissão (M2) e por fim, os dados registados na carta de transferência comparados com os dados colhidos no momento da alta (M3).

Quanto à capacidade cognitiva, o instrumento teve em conta as capacidades para tomar decisões no dia-a-dia e a capacidade de memorizar. Pela análise do quadro 1 verificou-se que 24 pessoas são independentes na tomada de decisão, 8 pessoas revelam incapacidade na tomada de decisão, necessitando de estímulos ou supervisão nesses momentos e 4 pessoas têm incapacidade grave, que traduz a não tomada de decisões em nenhum momento do dia-a-dia.

Comparando os dados verificados com os registos de enfermagem, aferiu-se que em relação a esta variável não existe qualquer registo realizado em nenhum dos três momentos.

Também relativamente à capacidade de memorizar não existe nenhum registo, no entanto, a análise do quadro 1 permite-nos verificar que existem pessoas com problemas relativos à memória a curto prazo, memória processual e ainda situacional, mas que não foi valorizado nos registos de enfermagem. Mais uma vez, apesar de haver informação, ela não foi registada no processo.

Quadro 1 - Capacidade de tomar decisões e memória

	InterRAI M1	Apreciação inicial	InterRAI M2	Diagnósticos de Enfermagem	InterRAI M3	Carta de Transferência
	N	N	N	N	N	N
Capacidade cognitiva de tomar decisões						
Independente	22	0	15	0	19	0
Independente modificada	2	0	4	0	2	0
Incapacidade mínima	4	0	3	0	2	0
Incapacidade moderada	4	0	6	0	5	0
Incapacidade grave	4	0	8	0	8	0
Capacidade de memória						
Memória a curto prazo - ok	31	0	27	0	25	0
Problemas de memória a curto prazo	5	0	9	0	11	0
Memória processual - ok	27	0	23	0	25	0
Problemas de memória processual	9	0	13	0	11	0
Memória situacional - ok	28	0	24	0	25	0
Problemas de memória situacional	8	0	12	0	11	0

Quanto a perturbações periódicas do pensamento ou consciência foi avaliada a dificuldade em prestar atenção, e verificou-se que este comportamento está presente tanto na admissão (9 pessoas) como no momento de alta (11 pessoas), no entanto, não há qualquer registo a nível informático que nos permita proceder a uma comparação.

Relativamente aos momentos de discurso desorganizado, considerando quando o discurso não faz sentido ou passa de assunto em assunto, verifica-se pela análise do quadro 2 que existe registo no processo de enfermagem desta

perturbação do pensamento quer no momento de admissão quer no momento da alta, mas com números inferiores aos identificados através do instrumento. No momento de admissão foram incluídos dados da apreciação inicial e diagnósticos de enfermagem por constatar-se que a ausência deste comportamento está registada na apreciação inicial e a presença do diagnóstico está registada em diagnósticos de enfermagem.

Pode-se constatar, ainda, que o instrumento nos permite caracterizar o comportamento presente ou não presente e ainda se este difere do funcionamento

normal. Quanto aos registos informáticos, apenas se pode saber se o comportamento está ou não presente. Verifica-se que no momento de admissão (M2) 29 pessoas não apresentam este comportamento, enquanto 7 pessoas têm alterações no discurso. Estes números são inferiores quando se analisam os registos. Os registos remetem-nos apenas para 6 pessoas com esta perturbação e 2 sem alterações. Não há registo quanto à restante amostra.

Quanto à função mental, o instrumento avaliou a alteração da função mental ao longo do dia no momento de admissão e no momento da alta. O processo de enfermagem permitiu identificar 28 registos no momento da admissão. Aqui foram contabilizados os registos que estão na apreciação inicial, nomeadamente em situações cuja função mental se mantém inalterada. Os 7 registos encontrados reportam-se a diagnósticos de enfermagem onde se identifica o comportamento avaliado através do diagnóstico de enfermagem “Consciência alterada”.

Relativamente à alteração aguda do estado mental verifica-se que foram

identificados 27 registos no momento da admissão. Estes registos reportam-se à avaliação na apreciação inicial nos casos em que não há alteração do estado mental e nos casos de alteração foram contabilizados os diagnósticos de enfermagem, nomeadamente relativos a “Confusão” ou “Agitação”.

Comparativamente aos dados fornecidos pelo instrumento pode-se constatar que a amostra foi caracterizada a este nível na sua totalidade, no entanto, ao nível dos registos não existem em 10 processos a ausência de alterações.

Já no momento da alta, verifica-se que os registos apenas identificam 2 pessoas com perturbações no discurso, quando o instrumento identifica 9 pessoas. Também não há registo de que este comportamento não esteja presente na restante amostra. A função mental foi identificada em 9 registos.

Quanto a alterações agudas do estado mental no momento da alta, foram identificados 6 registos. Não existem registos quanto à restante amostra. Procedendo à diferença, constata-se que cerca de 30 registos não foram valorizados.

Quadro 2 - Capacidade cognitiva no momento da admissão e da alta

	InterRAI M2	Diagnósticos de Enfermagem	InterRAI M3	Carta de Transferência
	N	N	N	N
Discurso desorganizado				
Comportamento não presente	29	2	27	0
Comportamento presente	3	6	5	2
Comportamento presente, mas diferente do funcionamento normal	4	-	4	0
Função mental varia ao longo do dia				
Comportamento não presente	27	21	25	1
Comportamento presente	5	7	7	8
Comportamento presente, mas diferente do funcionamento normal	4	-	4	0
Alteração aguda do estado mental em relação ao habitual				
Não	30	20	28	1
Sim	6	7	8	5

Ao analisar o quadro 3 constata-se que não existe nenhum registo relativo ao comportamento e ânimo no momento anterior à admissão pelo que não é possível proceder à comparação.

Quanto ao momento de admissão e relativamente ao pouco interesse ou prazer nas coisas que gosta de fazer, pode-se constatar que existem apenas dois registos informáticos.

No momento da alta apenas existe um registo quanto à variável relacionada com o ânimo: pouco interesse, quando a análise do instrumento nos evidencia um maior conhecimento da amostra.

Em relação à ansiedade, não existe nenhum registo na apreciação inicial, no entanto, os dados colhidos através do instrumento permitem caracterizar a totalidade da amostra. Relativamente à mesma variável no momento de admissão verifica-se que nos registos só há 2 referências em diagnósticos de

enfermagem. No momento da alta foi considerada uma referência em forma de narrativa na carta de transferência como se pode verificar no quadro seguinte.

Relativamente ao sentimento de tristeza, através dos dados colhidos pelo instrumento pode-se caracterizar a amostra em todos os momentos, contudo, não existe nenhum registo de enfermagem que permita proceder à comparação. Constata-se que a tristeza está presente, mas não foi valorizada e não foram adequados diagnósticos e intervenções nesse sentido.

Quanto a sintomas de comportamento abusivo, descritos no instrumento como abuso verbal, abuso físico e resistência aos cuidados, verifica-se que nos registos existem duas referências, uma no momento da admissão, em que foi identificado o diagnóstico e outra referência no momento da alta, através da carta de transferência. Estes dados estão

de acordo com o que foi verificado no demonstra.
instrumento, conforme tabela a seguir

Quadro 3 - Ânimo Auto reportado e sintomas de comportamento abusivo

	InterRAI M1	Apreciação inicial	InterRAI M2	Diagnósticos de Enfermagem	InterRAI M3	Carta de Transferência
	N	N	N	N	N	N
Ânimo auto reportado: Pouco interesse						
Não, nos últimos 3 dias	21	0	19	0	21	0
Não, nos últimos 3 dias mas sente-se assim frequentemente	2	0	3	0	1	0
Sim, sentiu-se assim nos últimos 3 dias	5	0	4	2	4	1
A pessoa não quer/pode responder	8	0	10	0	10	0
Ânimo auto reportado: ansiedade						
Não, nos últimos 3 dias	23	0	19	0	22	0
Não, nos últimos 3 dias mas sente-se assim frequentemente	2	0	3	0	1	0
Sim, sentiu-se assim nos últimos 3 dias	3	0	4	2	4	1
A pessoa não quer/pode responder	8	0	10	0	9	0
Ânimo auto reportado: tristeza						
Não, nos últimos 3 dias	23	0	19	0	19	0
Não, nos últimos 3 dias mas sente-se assim frequentemente	2	0	3	0	2	0
Sim, sentiu-se assim nos últimos 3 dias	3	0	4	0	5	0
A pessoa não quer/pode responder	8	0	10	0	10	0
Sintomas de comportamento abusivo						
Não	35	0	34	0	35	0
Sim	1	0	2	1	1	1

Discussão

Perante a análise dos dados anteriormente referidos, pode-se inferir que, durante a fase de acolhimento da pessoa internada, existe informação relativa à sua história clínica e pessoal diária que não é valorizada. O registo de informação na apreciação inicial compõe sobretudo uma página, o que se traduz, segundo a nossa opinião, numa desvalorização desta fase do processo de enfermagem.

Tal como Paans et al. (2010) referiu no seu estudo, os dados pessoais relativos a nome, idade e estado civil estão presentes. Já relativamente aos dados sociais, onde podemos incluir a etnia, com quem vive, qual o tipo de habitação, se tinha ou não apoio prévio ao internamento de alguma instituição, pode-se concluir que não existem registos informatizados que permitam caracterizar a pessoa internada a este nível. A maioria dos registos refere-se apenas com quem vive a pessoa, se acompanhada ou não e os dados relativos ao convivente responsável somente se referem ao nome. Poderá inferir-se que os domínios da adaptação e do papel do cuidador informal ainda se encontram no âmbito do acima exposto, tal como Pereira (2009) havia referido, a valorização do papel do prestador não acontece desde o início do internamento. No que respeita à capacidade cognitiva, verificou-se que este foco não é

valorizado nos registos de enfermagem. A capacidade cognitiva, de memorizar, perturbações de pensamento, de visão e audição raramente são registadas, quando há evidência no instrumento de colheita de dados de incapacidade grave a estes níveis de saúde. Já Gjevjon e Helles (2010), no seu estudo questionaram se o não registo da comunicação como foco presente nos cuidados implica que a voz da pessoa não é tida em conta.

Questionamos a adequação dos diagnósticos e intervenções às necessidades reais das pessoas, se estes não são registados e tidos em conta na tomada de decisão.

Quanto ao foco ânimo que tem em conta o sentimento de pouco interesse nas atividades, da tristeza e da ansiedade não existe nenhum registo apesar de essa informação ser obtida através do instrumento.

Experienciar um processo de doença pode causar o desenvolvimento de sentimentos como medo, angústia e tristeza, sendo a intervenção do enfermeiro fundamental para que a necessidade de internamento não intensifique esses sentimentos (Fernandes, & Vareta, 2019).

Os resultados deste estudo demonstram que em relação à variável ânimo, apesar de existirem indicadores sugestivos de alteração nos doentes, este foco não foi valorizado.

Os enfermeiros sabem que as suas decisões têm implicações nos resultados dos seus cuidados, no entanto, ainda existe uma lacuna que não permite relacionar os cuidados de enfermagem com os resultados obtidos, sendo os registos de enfermagem uma dessas limitações (Jansson et al., 2010; Suhonen et al., 2008).

Considerando a essência do cuidar em enfermagem, era expectável que os registos traduzissem o trabalho real dos enfermeiros, que demonstrassem a sua capacidade de reconhecer, não apenas os aspetos biomédicos referentes à doença, mas também a visão holística da pessoa, na qual é valorizada a sua autonomia, assim como o seu ser psicossocioespiritual. Os resultados evidenciados nesta investigação estão em consonância com as verificações de Cardoso, Silva, Alves e Martins (2019) que concluíram que a maioria da documentação realizada pelos enfermeiros era relativa à função, aos aspetos biomédicos do trabalho dos enfermeiros, evidenciando uma aparente desvalorização das transições vivenciadas pelas pessoas.

Pela análise dos diagnósticos de enfermagem os investigadores têm dificuldade em compreender a individualização dos cuidados, isto é, o facto de serem identificados os mesmos diagnósticos de enfermagem a todas as

pessoas, impossibilita esta individualização.

Não existem vantagens na realização de registos de enfermagem padronizados, pois o conteúdo que extraem da informação processada nos seus registos não permite retirar conhecimento da experiência documentada (Silva, 2006).

Conclusão

Sabendo que só se pode evoluir como ciência ao conseguir evidenciar os cuidados, como podemos afirmar que os resultados são sensíveis aos cuidados de enfermagem se não forem registadas todas as decisões que são assumidas? Esta é uma oportunidade para a enfermagem documentar as suas intervenções e basear a sua prática em evidências.

Conclui-se que a informação que os enfermeiros detêm é diferente da que registam e que não permite a caracterização global do estado da pessoa, pois nos registos analisados a apreciação inicial contém pouca informação. Os dados relativos à idade, nome, estado civil e pessoa significativa estão presentes e permitem caracterizar a pessoa, muito embora, esta informação não seja linear em todos os registos encontrados. Quanto à pessoa significativa apenas foi encontrado o nome, sem outra referência. Verificou-se

que não são valorizados focos como a capacidade cognitiva, de compreensão e expressão, ânimo, desempenho em atividades domésticas e questões nutricionais a nível dos registos, embora tenhamos essa informação através do instrumento.

É necessário que os enfermeiros documentem os cuidados que prestam, os diagnósticos, as intervenções e os resultados, para que seja possível evidenciar a qualidade dos cuidados prestados.

Perante estes resultados é fulcral repensar a execução dos registos de enfermagem. É necessária uma mudança das práticas de enfermagem no contexto hospitalar, centrando os focos de registo na essência do trabalho do enfermeiro, retirando a primazia da componente biomédica das suas funções, em prol de um cuidado individualizado, nos processos experienciados pelas pessoas.

Uma fragilidade desta investigação prende-se com o facto de este ser um estudo realizado num serviço de um hospital numa área geográfica restrita e portanto não poder ser generalizado face ao pouco rigor na seleção e definição no tamanho da amostra. No entanto, pode constituir um alerta para esta problemática e como tal, sugere-se a realização de uma investigação mais representativa e abrangente como proposta para trabalhos futuros.

Referências bibliográficas

Amaral, A., Ferreira, P., & Gray, L. (2014). Validação do International Resident Assessment Instrument – Acute Care (InterRAI-AC) para a população portuguesa. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(1), 103-105. DOI: 10.12707/RIII13197

Buntin, M. B., Burke, M. F., Hoaglin, M. C., & Blumenthal, D. (2011). The Benefits Of Health Information Technology: A Review Of The Recent Literature Shows Predominantly Positive Results. *Health Affairs*, 30(3), 464–471. DOI: 10.1377/hlth aff.2011.0178

Cardoso, M. F., Silva, M. C., Alves, C. M., & Martins, M. M. (2019). O processo de morrer: que expressão tem nos registos de enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(21), 121-130. DOI: 10.12707/RIV19016

Fernandes, J. B., & Almeida, A. S. (2017). *Prevenção de Quedas no Hospital. A aplicação da teoria das consequências funcionais*. Berlin: NEA.

Fernandes, J. B., & Vareta, D. A. (2019). Necessidades dos cuidadores informais da pessoa com demência em contexto de institucionalização de longo prazo. In R. Pocinho, & N. P., Esperanza. *Envelhecimento como perspectiva futura* (611-623). Thomson Reuters.

- Fleury-Teixeira, P., Vaz, F., Campos, F., Álvares, J., Aguiar, R., & Oliveira, V. (2008). Autonomia como categoria central no conceito de promoção de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 13(2), 2115-22. **DOI:** 10.1590/S1413-81232008000900016
- Gjevjon, E., & Helles, R. (2010). The Quality of Home Care Nurses Documentation in New Electronic Patients Records. *Journal of Clinical Nursing*, 19(1-2), 100-108. **DOI:** 10.1111/j.1365-2702.2009.02953.x
- Hagos, F., Alemseged, F., Balcha, F., Berhe, S., & Aregay, A. (2014). Application of Nursing Process and Its Affecting Factors among Nurses Working In Mekelle Zone Hospitals, Northern Ethiopia. *Nursing Research and Practice*, 1, 1-8. **DOI:** 10.1155/2014/675212
- International Council of Nurses. (2018). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem – Português*. Recuperado de: https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/icnp-Portuguese_translation.pdf
- Jansson, I., Pilhammar-Andersson, E., & Forsberg, A. (2010). Evaluation of documented nursing care plans by the use of nursing - sensitive outcome indicators. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 16(3), 611-618. **DOI:** 10.1111/j.1365-2753.2009.01233.x
- Marinis, M., Piredda, M., Pascarella, M., Vincenzi, B., Spiga, F., Tartaglini, D. ... Matarese, M. (2010). 'If it is not recorded, it has not been done!': Consistency between nursing records and observed nursing care in an Italian hospital. *Journal of Clinical Nursing*, 19(11-12), 1544-1552. **DOI:** 10.1111/j.1365-2702.2009.03012.x
- Paans, W., Sermeus, W., Nieweq, R. M., & Schans, C. P. (2010) Prevalence of accurate nursing documentation in patient records. *Journal of Advanced Nursing*, 6(11), 2481-2489. **DOI:** 10.1111/j.1365-2648.2010.05433.x
- Pereira, F. (2009). *Informação e Qualidade do Exercício Profissional dos Enfermeiros*. Coimbra: Formasau.
- Potter, P., & Perry, A. (2006). *Fundamentos de Enfermagem: conceitos e procedimentos*. 5^o Ed. Lisboa: Lusociência.
- Silva, A. (2006). *Sistemas de Informação em Enfermagem - Uma Teoria Explicativa da Mudança*. Coimbra: Edição Formasau.
- Spilsbury, K., & Meyer, J. (2001). Defining the nursing contribution to patient outcome: lessons from a review of the literature examining nursing outcomes, skill mix and changing roles. *J Clin Nurs*, 10(1), 3-14. **DOI:** 10.1046/j.1365-2702.2001.00423.x
- Suhonen, R., Välimäki, M., & Leino-Kilpi, H. (2008). A review of outcomes of individualised nursing interventions on adult patients. *Journal of Clinical Nursing*,

17(7), 843-860. **DOI:** 10.1111/j.1365-270
2.2007.01979.x

Avaliação da pessoa em situação crítica: Aplicação do *National Early Warning Score*

Critically ill patient assessment: Application of the National Early Warning Score

Alexandra Isabel Rebelo Figueira¹, Mariana Pereira²

1. Centro Hospitalar de Setúbal E.P.E., 2. Instituto Politécnico de Setúbal – Escola Superior de Saúde

Resumo

Enquadramento: Os enfermeiros desempenham um papel fundamental na vigilância e monitorização da pessoa em situação crítica e, conseqüentemente, no despiste de complicações que podem comprometer a sua saúde e retardar a recuperação. De acordo com vários autores, as alterações fisiológicas que traduzem deterioração orgânica permitem detetar antecipadamente as pessoas em situação crítica. Neste sentido, foram desenvolvidas escalas de alerta precoce, sendo o *National Early Warning Score* um desses instrumentos.

Objetivo: Uniformizar a avaliação das pessoas em situação crítica internadas em sala de observação no serviço de urgência geral de um centro hospitalar.

Metodologia: Projeto de intervenção em serviço assente na metodologia de projeto.

Resultados: A colheita de dados foi realizada em três momentos diferentes. Após a análise foi identificado que mais de 50% das pessoas não foram alocadas adequadamente. No primeiro momento de colheita, o resultado foi de 52%, no segundo de 57,1% e no terceiro de 75%. A implementação do *National Early Warning Score* não foi possível devido à elevada carga de trabalho no serviço de urgência geral.

Conclusão: A utilização de escalas de alerta precoce é fundamental na medida em que uniformiza a avaliação da pessoa em função do risco de deterioração orgânica com recurso a uma linguagem comum. Tal possibilita a deteção precoce de uma alteração no seu estado, permitindo uma intervenção antecipada e prevenindo complicações.

Palavras-chave: pessoa em situação crítica; avaliação em enfermagem; *National Early Warning Score*; qualidade dos cuidados de saúde

Abstract

Background: Nurses play a fundamental role in the surveillance and monitoring of the critically ill patient and consequently, in the screening for complications that might compromise their health and delay recovery. Physiological changes that reflect organic deterioration allow an early detection of critically ill patients. In this sense, early warning scales were developed, with the National Early Warning Score being an example thereof.

Objective: To standardise the assessment of critically ill patient hospitalised in the emergency room.

Methodology: Intervention project based on the project methodology.

Results: Data collection was carried out at three different times, and after its analysis we found that in all of them more than 50% of the people were not properly allocated. In the first instance of data collection, the result was 52%, in the second 57.1% and in the third 75%. The implementation of National Early Warning Score was not made possible due to the high workload in the emergency room.

Conclusion: The use of early warning scales is beneficial in that it standardises the person's assessment using a common language. This allows an early detection of a change in their condition, which prevents further complications.

Keywords: critical illness; nursing assessment; National Early Warning Score; quality of health care

Introdução

A pessoa em situação crítica é definida como “aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica” (Regulamento n.º 124/2011, p. 1). O enfermeiro desempenha um papel fundamental na vigilância e no despiste de complicações que podem comprometer a sua saúde e retardar a recuperação (Albino, & Jacinto, 2010).

De acordo com a Ordem dos Enfermeiros (2011), no Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, os cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica são “cuidados altamente qualificados prestados de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato, como resposta às necessidades afetadas e permitindo manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total” (Regulamento n.º 124/2011, p. 1). Sabendo que o primeiro elo da cadeia de sobrevivência consiste no pronto reconhecimento da situação de risco de vida, os cuidados de enfermagem devem basear-se na avaliação e colheita contínua de dados. Esta monitorização permite ao enfermeiro conhecer a pessoa e, assim, detetar precocemente uma

alteração no seu estado, de modo a intervir de forma precisa, eficiente e em tempo útil.

Com o intuito de identificar, de modo seguro e eficaz, pessoas em situação crítica foram desenvolvidas escalas de alerta precoce (Institute For Healthcare Improvement, 2008). A utilização destas escalas permite uniformizar a avaliação da pessoa e responder de forma oportuna, com recurso a uma linguagem comum entre os profissionais de saúde (National Clinical Effectiveness Committee, 2013).

A realização deste projeto surgiu perante a necessidade identificada de uniformizar a avaliação das pessoas em situação crítica internadas em sala de observação (SO) do serviço de urgência geral de um centro hospitalar.

Esta necessidade foi percebida, verbalizada e fundamentada pela equipa de enfermagem e encontra-se relacionada com o elevado número de pessoas internadas nas diferentes salas destinadas a observação. Neste contexto, as pessoas apresentam necessidades de vigilância e monitorização distintas, exigindo, por vezes, a mobilização das mesmas devido às características de cada sala não serem adequadas à sua condição de saúde.

Enquadramento

A deteção precoce da instabilidade fisiológica da pessoa em situação crítica, a prontidão na resposta e a competência para uma intervenção adequada, constituem uma tríade de fatores determinantes para uma resposta eficaz no tratamento de pessoas com doença aguda (Royal College of Physicians, 2012).

A deterioração fisiológica pode ocorrer em qualquer etapa da doença da pessoa. Contudo, existem períodos em que a pessoa se encontra mais vulnerável à deterioração do seu estado clínico, nomeadamente no início da doença, durante intervenções cirúrgicas ou procedimentos médicos, e durante a recuperação da doença crítica. Esta deterioração é, muitas vezes, precedida ou associada a alterações fisiológicas que podem ser identificadas de forma não invasiva (The Newcastle upon Tyne Hospitals NHS Foundation Trust, 2014).

As alterações fisiológicas que traduzem deterioração orgânica permitem detetar precocemente as pessoas em situação crítica que necessitam de monitorização específica. A demora nessa identificação implica um atraso na intervenção e, conseqüentemente, o aumento da probabilidade de eventos adversos graves, incluindo internamentos imprevistos em unidades de cuidados intensivos, paragem cardio-respiratória e

morte (Tavares, Vieira, Uchoa, Júnior, & Meneses, 2008; The Newcastle upon Tyne Hospitals NHS Foundation Trust, 2014).

De acordo com a Direção-Geral da Saúde (2010), baseada nas *European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation* (2005), as alterações nos parâmetros fisiológicos numa situação de deterioração são, geralmente, semelhantes, independentemente da doença subjacente e refletem a falência do sistema respiratório, cardiovascular e/ou neurológico.

Kause et al. (2004) realizaram um estudo prospetivo observacional e concluíram que 60% dos eventos primários, definidos como mortes intra-hospitalares, paragens cardíacas e admissões imprevistas em cuidados intensivos, foram precedidos por alterações fisiológicas. Ocorreram alterações nos parâmetros vitais em cerca de 79,4% das paragens cardíacas e em 54,5% dos internamentos urgentes em unidades de cuidados intensivos e mortes intra-hospitalares. Muitas mortes intra-hospitalares são previsíveis e evitáveis, sendo frequentemente associadas a uma deficiente monitorização clínica. A identificação de pessoas com risco de deterioração fisiológica torna-se imprescindível para proceder a uma monitorização específica (Centre for Reviews and Dissemination, & University of York, 2014).

Para possibilitar a identificação das pessoas em situação crítica e atuar de forma apropriada foram desenvolvidas as escalas de alerta precoce (Institute For Healthcare Improvement, 2008). Vários estudos demonstraram que as escalas de alerta precoce são instrumentos de simples aplicação e que permitem a identificação de pessoas com risco de morte iminente (Tavares et al., 2008). Contudo, há que ressaltar que a sua eficácia depende da precisão da avaliação dos parâmetros fisiológicos e, conseqüente, do cálculo e registo da pontuação adequados (Jones, 2012).

O estudo realizado por Andrews e Watermann (2005), nos serviços de internamento de Medicina e de Cirurgia Geral de um Hospital Universitário inglês, permitiu afirmar que a adequação do encaminhamento das pessoas, depende da capacidade dos enfermeiros em utilizar uma linguagem objetiva que permita fornecer evidência do estado de deterioração fisiológica das pessoas. O processo de deterioração fisiológica deve ser comunicado à equipa médica com base numa evidência quantificável e a informação fornecida pelas escalas de alerta precoce permite aos enfermeiros hierarquizar a necessidade de intervenção, bem como melhorar a relação entre enfermeiro e médico, que se reflete no melhor atendimento da pessoa.

Objetivos

O objetivo geral é uniformizar a avaliação da pessoa em situação crítica internada em SO do serviço de urgência geral de um centro hospitalar.

Como objetivos específicos foram definidos:

- Divulgar conhecimentos sobre a avaliação da pessoa em situação crítica e a escala NEWS à equipa de enfermagem;
- Implementar a utilização do NEWS na SO do serviço de urgência geral.

Metodologia

Após a realização de um diagnóstico de situação que determinou a necessidade de realização deste projeto de intervenção, procedeu-se à fase de pesquisa sobre escalas de alerta precoce e a sua relevância para a prática de enfermagem.

Uma das escalas mais utilizadas em contexto hospitalar é o NEWS (Royal College Of Physicians, 2012). Esta escala baseia-se num simples sistema de atribuição de pontos para cada parâmetro fisiológico, tendo em conta o nível de instabilidade associado (quadro 1). Os seis parâmetros fisiológicos definidos são a frequência respiratória, a saturação periférica de oxigénio, a temperatura, a

pressão arterial sistólica, a frequência cardíaca e o estado de consciência. Quando a pessoa necessita de administração de oxigenoterapia são

acrescidos dois pontos, independentemente do tipo de aporte (Royal College Of Physicians, 2012).

Quadro 1 - NEWS, versão portuguesa (Luís, 2014)

Parâmetros Fisiológicos	3	2	1	0	1	2	3
Frequência respiratória	≤8		9-11	12-20		21-24	≥25
Saturações de oxigénio	≤91	92-93	94-95	≥96			
Oxigénio suplementar		Sim		Não			
Temperatura	≤35.0		35.1-36.0	36.1-38.0	38.1-39.0	≥39.1	
Pressão arterial sistólica	≤90	91-100	101-110	111-219			≥220
Frequência Cardíaca	≤40		41-50	51-90	91-110	111-130	≥131
Estado de Consciência				Alerta (A)			Estímulo Verbal (V) Dor (D) Sem resposta (S)

O objetivo primordial da aplicação do NEWS consiste na identificação precoce do risco de deterioração fisiológica da pessoa. Os dados obtidos através da aplicação desta escala são objetivos, dado que a soma dos pontos permite a

obtenção de uma pontuação que traduz o grau de risco e, conseqüentemente, determina a frequência da monitorização, as decisões de intervenção ou a ativação de um alerta médico (quadro 2).

Quadro 2 - Protocolo de atuação NEWS, versão portuguesa (Luís, 2014)

Pontuação NEWS	Risco Clínico	Frequência de Monitorização	Resposta Clínica
0	Baixo	Mínima de 12 horas	-Manter monitorização de rotina com o NEWS
1-4	Baixo	Mínima de 4 a 6 horas	- Informar a enfermeira responsável do turno - Enfermeira responsável de turno decide se é necessário aumento da frequência de monitorização ou escalamento dos cuidados prestados
5-6 ou 3 num parâmetro individual	Médio	Aumentar a Frequência para o mínimo de 1 hora	- Enfermeira responsável pelo doente deve informar o Médico Responsável - Observação urgente por um médico com competências em cuidados de saúde diferenciados a doentes agudos - Cuidados de saúde num ambiente com equipamento de monitorização
7 ou Mais	Alto	Monitorização Contínua dos Sinais Vitais	- Enfermeira responsável deve informar imediatamente a equipa médica responsável pelo doente - Avaliação urgente por uma equipa médica com competências de cuidados intensivos que inclua especialistas em abordagem à via aérea avançada - Considerar a transferência para uma unidade de cuidados intensivos (Unidade de nível 2 ou 3)

A escolha do NEWS teve por base o facto de ser uma escala traduzida e validada para a população portuguesa e por apresentar maior sensibilidade do que a maioria das escalas de risco precoce existentes (Luís, 2014).

Após a validação da pertinência da problemática identificada junto da Sr.^a enfermeira coordenadora, foi exposta à equipa de enfermagem a temática e a relevância do projeto para a prática.

Foi definida uma associação entre de cada intervalo de pontuação NEWS e as características de cada SO, de forma a alocar as pessoas em situação crítica em função do risco clínico identificado. Esta associação foi validada pelos elementos da equipa de enfermagem, nomeadamente pela enfermeira coordenadora e enfermeiros chefes de equipa, por serem reconhecidos pelos pares como peritos na área da pessoa em situação crítica.

Foi definido que as unidades SO 1 e 2, com monitorização, correspondem à pontuação NEWS 7 ou mais, as unidades da SO 3 com monitorização à pontuação 5-6 ou 3 num parâmetro individual, e as unidades da SO 3 sem monitorização e a SO corredor às pontuações 0 e 1-4. Torna-se importante referir que as pessoas com necessidade de oxigenoterapia e com uma pontuação entre 2-4 serão obrigatoriamente alocadas às unidades da SO3 sem monitorização,

dados que a SO corredor não possui rampas de oxigénio.

A avaliação NEWS deve ser realizada no momento da admissão e diariamente no turno da manhã e o registo do score obtido efetuado no processo informático da pessoa.

Foram afixados cartazes sobre a avaliação do doente crítico em locais estratégicos no serviço, de forma a alertar a equipa para a sua implementação.

Como estratégia para colmatar a baixa adesão às sessões de formação, foi fornecida informação por correio eletrónico a todos os elementos da equipa de enfermagem, nomeadamente a apresentação exposta nas sessões de formação e documentação pertinente sobre o projeto. Simultaneamente, foi reforçada a importância da escala e do projeto aos enfermeiros chefes de equipa e respetivos elementos.

Após formação da equipa de enfermagem foi aplicada a avaliação NEWS a todas as pessoas com indicação de internamento em SO.

Avaliação

De forma a avaliar a implementação do projeto por parte da equipa de enfermagem foi auditada a aplicação da escala NEWS e a alocação das pessoas em função do risco clínico identificado, em

três momentos distintos. A avaliação foi realizada no turno da manhã, a todas as pessoas que se encontravam internadas em SO. Importa mencionar que, por uma questão de ética e respeito pelos direitos da pessoa, em nenhum momento se torna possível a identificação das pessoas a quem foi aplicada o NEWS. Para analisar os dados colhidos, foi elaborado um instrumento cuja matriz inclui os seguintes elementos: sigla de identificação, pontuação na escala NEWS, alocação atribuída, alocação correta e tipo de vigilância/monitorização.

Após a análise dos dados colhidos verificou-se que na primeira avaliação 52% das pessoas internadas em SO encontravam-se alocadas de forma incorreta, 16,7% das quais numa SO que permite uma vigilância/monitorização menor. De salientar que estas pessoas estavam internadas na SO 3 sem monitorização e, de acordo com a escala, deveriam estar na SO que permite a maior vigilância/monitorização (SO 1 e 2). Na segunda avaliação, 57,1% não se encontravam alocadas de forma correta, sendo que 33% apresentavam-se alocadas numa SO que permite uma vigilância/monitorização menor. Em 50% dos casos as pessoas encontravam-se internadas na SO 3 com monitorização e os restantes 50% na SO 3 sem monitorização, necessitando a totalidade de estar alocada à SO associada à maior vigilância/monitorização. Na terceira

colheita de dados, 75% das pessoas encontravam-se incorretamente alocadas, das quais 41,6% numa SO que permite uma vigilância/monitorização menor. Em 60% dos casos as pessoas encontravam-se internadas na SO 3 com monitorização e os restantes 40% na SO 3 sem monitorização, sendo que a totalidade deveria estar alocada à SO 1 e 2.

Da análise dos dados constata-se que nos casos em que é necessária maior vigilância, seria possível a alocação das pessoas a uma SO adequada. De ressaltar que esta análise foi linear, considerando apenas os parâmetros definidos no NEWS, sem avaliar todos os fatores inerentes à pessoa.

A alocação das pessoas em SO que permitem uma vigilância/monitorização maior do que as suas necessidades, nomeadamente em SO 1 e 2, pode encontrar-se relacionado com o facto de a equipa pretender proporcionar às pessoas uma maior privacidade e promoção de conforto e bem-estar, o que se torna difícil nas restantes SO, não só pela sua estrutura mas também pelo facto das pessoas estarem em macas. Para além disso, de acordo com o que a equipa de enfermagem transmitiu, apesar da pessoa se encontrar estável, a partir do momento em que esta é alocada ao SO 1 ou 2, existe uma grande resistência em alocá-la posteriormente a outra SO com menor vigilância.

Para contextualizar este diagnóstico recorreremos à metodologia *Failure Mode and Effect Critical Analysis*.

Foram identificados dois modos potenciais de falha, sendo eles a pessoa internada em SO de acordo com o juízo clínico do enfermeiro e o internamento da pessoa em SO sem adequada vigilância e monitorização. Os efeitos potenciais de ambos consistem na identificação tardia do risco de deterioração fisiológica da pessoa e na deterioração do estado clínico da mesma. Ambas as etapas apresentam um número de risco de prioridade superior a 100, o que prevê a necessidade de uma intervenção rápida por parte da equipa de enfermagem no serviço.

Em relação à análise do objetivo específico divulgar conhecimentos sobre a avaliação da pessoa em situação crítica e o NEWS, este foi atingido com sucesso, contribuindo para o aumento dos conhecimentos sobre a avaliação da pessoa em situação crítica e o NEWS, bem como para a divulgação de conhecimentos nesta área, ainda pouco abordada em Portugal. Como constrangimento verificou-se a dificuldade em apresentar o NEWS a toda a equipa de enfermagem, o que se verificou pela falta de adesão às sessões de formação agendadas, possivelmente relacionado com o pico de afluência ao serviço de urgência e, conseqüente, dificuldade dos enfermeiros em estar presentes. Como

estratégia para colmatar este constrangimento, tanto a apresentação como a documentação de apoio foram enviados para os enfermeiros por correio eletrónico.

Segue-se a análise do objetivo específico implementar a utilização do NEWS na SO do serviço de urgência geral. Para a concretização do objetivo definiu-se o dia de início da implementação do NEWS, os momentos de aplicação do mesmo, bem como os locais estratégicos para a afixação do cartaz intitulado avaliação da pessoa em situação crítica.

Posteriormente, procedemos à observação dos registos de enfermagem quanto à inclusão da pontuação NEWS. De referir que ao longo dos turnos da primeira semana de implementação foi identificado que a pontuação NEWS não estava a ser registada e, por esse motivo, optou-se por não realizar uma observação detalhada dos registos de enfermagem, como inicialmente planeado. Nesta altura reforçou-se a importância do registo do score da avaliação NEWS junto da equipa de enfermagem. Após as 4 semanas do início de implementação, conclui-se que os enfermeiros continuavam a não registar a pontuação NEWS. Contudo, procedeu-se à observação dos registos de enfermagem de acordo com o planeado. Esta observação foi realizada em três dias distintos e o número de registos analisados corresponde à totalidade das pessoas internadas em SO no turno. Em

nenhuma avaliação foi constatado o registo do NEWS, quer no registo de admissão ao internamento, quer nos registos do turno da manhã.

Esta situação foi discutida com a equipa de enfermagem, sendo apontado o facto de existir uma elevada afluência de pessoas ao serviço de urgência geral e a elevada taxa de internamento dos últimos meses como fatores constrangedores à aplicação do projeto.

Conclusão

Os enfermeiros desempenham um papel essencial na vigilância e monitorização da pessoa em situação crítica e, conseqüentemente, no despiste de complicações que podem comprometer a sua saúde e atrasar o seu processo de recuperação.

A escala de alerta precoce NEWS permite uniformizar a avaliação da pessoa e definir uma intervenção individualizada, tendo em conta o risco clínico identificado. A reforçar que a utilização do NEWS, bem como de qualquer escala de alerta precoce, não deve substituir um juízo clínico competente.

Apesar das constatações realizadas, considerou-se que o desenvolvimento deste projeto foi uma etapa fundamental para a melhoria dos cuidados de enfermagem. Realizou-se um diagnóstico de situação, com base nas necessidades

evidenciadas pela equipa de enfermagem, suportado por um método de análise de gestão, especificamente a *Failure Mode and Effect Critical Analysis*, e na revisão da literatura. Posteriormente, elaborou-se uma estratégia de implementação do projeto, de modo a atingir os objetivos delineados.

Importa salientar que, ao longo da fase de execução do projeto, a equipa de enfermagem forneceu *feedback* positivo sobre a pertinência do projeto de intervenção para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem.

Considerou-se importante reforçar que a baixa adesão à aplicação do NEWS, pode estar relacionada com o facto de a implementação do projeto ter ocorrido num período de maior afluência de pessoas ao serviço de urgência, com conseqüente aumento da taxa de internamento.

Pela pertinência demonstrada e pelo reconhecimento da importância da implementação do NEWS, considerando a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados à pessoa em situação crítica internada em SO, a equipa de enfermagem mostrou-se motivada para dar continuidade ao presente projeto. Sugere-se que a implementação seja realizada nos meses em que a afluência ao serviço de urgência seja menor e, conseqüentemente, a carga de trabalho também, de modo a que os enfermeiros

possuam tempo para integrar a aplicação do NEWS na sua prática diária.

Referências bibliográficas

Albino, A. P., & Jacinto, V. (2010). Implementação da Escala de Alerta Precoce EWS. Recuperado de http://www.chbalgarvio.min-saude.pt/NR/rdonlyres/B85D81E0-0C79-426E-9930-6CED2DFD0F7E/22432/artigo_EWS_final.pdf

Andrews, T., & Waterman, H. (2005). Packaging: a grounded theory of how to report physiological deterioration effectively. *J Adv Nurs*, 52(5), 473-81. DOI: 10.1111/j.1365-2648.2005.03615.x

Centre for Reviews and Dissemination, & University of York. (2014). Impact of early warning systems on patient outcomes. *Effectiveness Matters*. Recuperado de <http://www.york.ac.uk/inst/crd/pdf/effectiveness-matters-September-2014-earlywarning-systems.pdf>

Direção-Geral da Saúde. (2010). Circular Normativa Nº 15/DQS/DQCO. *Criação e Implementação de uma Equipa de Emergência Médica Intra-hospitalar*. Direção-Geral da Saúde. Recuperado de <http://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/circular-normativa-n-15dqsdcqco-de-22062010-pdf.aspx>.

Institute for Healthcare Improvement. (2008). *5 Million Lives Campaign. Getting*

Started Kit: Rapid Response Team How-to Guide. Cambridge. Recuperado de http://www.segurancadopaciente.com/pbsp/img_up/01311384394.pdf

Jones, M. (2012). NEWSDIG: The National Early Warning Score Development and Implementation Group. *Clinical Medicine*, 12(6), 501–503. DOI: 10.7861/clinmedicine.12-6-501

Kause, J., Smith, G., Prytherch, D., Parr, M., Flabouris, A., & Hillman, K. (2004). A comparison of Antecedents to Cardiac Arrests, Deaths and Emergency Intensive care Admissions in Australia and New Zealand, and the United Kingdom - the ACADEMIA study. *Resuscitation*, 62(3), 275-82. DOI: 10.1016/j.resuscitation.2004.05.016

Luis, L. (2014). *Tradução, validação e aplicação dos sistemas de pontuação de alerta precoce “VIEWS” e “NEWS” em Portugal*. Tese de Mestrado de Gestão e Avaliação de Tecnologias da Saúde. Lisboa: Escola Superior de Tecnologias da Saúde de Lisboa e Escola Superior de Saúde da Universidade do Algarve.

National Clinical Effectiveness Committee. (2013). *National Early Warning Score: National Clinical Guideline No. 1*. Recuperado de <http://health.gov.ie/wp-content/uploads/2014/08/NEWSFull-Report-August2014.pdf>

Regulamento n.º 124/2011. D.R. II Série. 35 (18-02-2011). 8656-8657.

Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. Recuperado de https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8180/regulamento-124_2011_competencia_sespecifenfpessoasituacaocritica.pdf

Royal College of Physicians. (2012). *National Early Warning Score (NEWS): Standardising the assessment of acute illness severity in the NHS*. Londres: Royal College of Physicians. Recuperado de <http://www.rcplondon.ac.uk/sites/default/files/documents/national-early-warning-score-standardising-assessment-acute-illness-severity-nhs.pdf>

Tavares, R., Vieira, A., Uchoa L., Júnior, A., & Meneses, F. (2008). Validação de um Escore de Alerta Precoce Pré-Admissão na Unidade de Terapia Intensiva. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 20(2), 124-127. **DOI:** 10.1590/S0103-507X2008000200002

The Newcastle upon Tyne Hospitals NHS Foundation Trust. (2014). Policy. Version No.: 1.0. *National Early Warning Score (NEWS)*. Recuperado de <http://www.newcastle-hospitals.org.uk/downloads/policies/Nursing/NEWS201410.pdf>

Avaliação da depressão e ansiedade na pessoa com doença oncológica: Protocolo de projeto

Assessment of depression and anxiety in people with oncological disease: Project protocol

Ana Luísa Almeida¹, Bernardete Sídrónio¹, Adriana Caldeira¹

1. Centro Hospitalar de Setúbal E.P.E.

Resumo

Enquadramento: A doença oncológica provoca perturbações emocionais, como a depressão e a ansiedade, que desencadeiam enorme sofrimento tanto para a pessoa doente como para a família e/ou cuidador. Estas perturbações estão relacionadas com a sobrevivência da pessoa, sendo a depressão um preditor independente de baixa sobrevida em pessoas com doença oncológica avançada.

Objetivos: Avaliar a presença de depressão e ansiedade em pessoas portadoras de doença oncológica, e encaminhar as pessoas com depressão e ansiedade para serviços especializados de acordo com o resultado obtido na aplicação da *Hospital Anxiety and Depression Scale*.

Metodologia: A equipa de enfermagem irá avaliar todas as pessoas portadoras de doença oncológica, internadas no Serviço de Oncologia Médica, com recurso à *Hospital Anxiety and Depression Scale*. De acordo com os resultados obtidos serão realizados encaminhamentos para a consulta de psiquiatria e/ou psico-oncologia.

Resultados: O projeto será avaliado com recurso a indicadores epidemiológicos e de resultado.

Conclusão: Verifica-se a necessidade de identificar a presença de depressão e ansiedade na pessoa com doença oncológica o mais precocemente possível, de modo a que seja fornecido o tratamento adequado. Esta monitorização é ainda mais pertinente perante as intercorrências da doença oncológica como a remissão, recorrência, progressão/metastização ou complicações relacionadas com o tratamento.

Palavras-chave: doença oncológica; depressão; ansiedade; escala de ansiedade e depressão hospitalar; hospital; internamento

Abstract

Background: Oncological disease causes emotional disorders, such as depression and anxiety, which trigger enormous suffering for both the sick person and their family and/or caregiver. These disorders are related to the person's survival, being depression an independent predictor of poor survival in people with advanced cancer.

Objectives: To evaluate the presence of depression and anxiety in people with oncological disease, and to refer people with depression and anxiety to specialised services according to the result obtained with the application of the Hospital Anxiety and Depression Scale.

Methodology: The nursing team will assess all people with cancer disease, admitted to the Medical Oncology Unit, using the Hospital Anxiety and Depression Scale. According to the results obtained, referrals will be made to a psychiatric and/or psycho-oncology consultation.

Results: The project will be evaluated using epidemiological and outcome indicators.

Conclusion: There is a need to identify the presence of depression and anxiety in the person with cancer as early as possible, so that the appropriate treatment is provided. This monitoring is even more pertinent in the event of cancer complications such as remission, recurrence, progression/metastasis or treatment related complications.

Keywords: oncological disease; depression; anxiety; hospital anxiety and depression scale; hospital; inpatient

Introdução

O cancro sendo provavelmente a doença mais receada a nível global, causa além das consequências físicas, consequências psicológicas graves, mesmo quando é potencialmente curável (Lloyd-Williams, Shiels, Taylor, & Dennis, 2009).

Segundo Ferlay et al. (2019) foram estimados 18.1 milhões de novos casos de cancro e 9.6 milhões de mortes causadas por esta doença a nível mundial no ano 2018.

Na prática diária de cuidados de enfermagem num serviço da área médica, é possível perceber como a prevalência da doença oncológica é elevada, e que muitas vezes é causa de perturbações emocionais, como a depressão e a ansiedade, trazendo um enorme sofrimento tanto para a pessoa doente como para a família e/ou cuidador informal.

Existem diversos estudos que reportam a prevalência de depressão em pessoas com doença oncológica, Pasquini e Biondi (2007) referem que existe uma forte evidência científica da coexistência de depressão em situações de doença oncológica, com referência a uma prevalência de 20-50% de depressão em casos de tumores sólidos. Brown, Kroenke, Theobald, Wu e Tu (2010), referem que a avaliação tanto da ansiedade como da depressão são particularmente importantes para se

compreender alguns sintomas somáticos e ainda para se avaliar as necessidades psicológicas das pessoas. No seu estudo, estes autores verificaram ainda que a depressão e a ansiedade estão relacionadas com múltiplos domínios da qualidade de vida das pessoas com doença oncológica, sendo que as pessoas com depressão ou ansiedade apresentaram pior qualidade de vida comparativamente com as restantes.

Lloyd-Williams et al. (2009) realizaram um estudo englobando pessoas com doença oncológica para avaliar se a depressão estava associada à sobrevivência, e determinaram que a depressão é um preditor independente de baixa sobrevivência em pessoas em fase avançada da doença.

Apesar de existir a psico-oncologia, área da psicologia que acompanha especificamente pessoas com cancro, familiares e profissionais de saúde, um serviço existente em todos os hospitais que tratam este tipo de patologia, estes serviços não conseguem responder a todas as solicitações de apoio. Dados da Liga Portuguesa contra o Cancro (2019) referem que cerca de 25 a 30% destas pessoas doentes revelam sintomas de perturbações psicológicas. Ainda segundo a Liga Portuguesa contra o Cancro (2019), todas as pessoas com doença oncológica deveriam de ter a possibilidade de falar sobre o seu sofrimento emocional,

assim como ter acesso a apoio psicológico, segundo avaliações realizadas pelos profissionais de saúde. No entanto, segundo a mesma entidade, apenas os casos mais graves são sinalizados no Serviço Nacional de Saúde, muitas vezes quando as pessoas se recusam a perpetuar os tratamentos.

Diariamente, os profissionais de saúde deparam-se não só com o sofrimento destas pessoas, mas também com o sofrimento dos familiares e cuidadores informais. Segundo a Liga Portuguesa contra o Cancro (2019), a maioria das pessoas que recorrem aos psicólogos desta organização são os familiares, apesar do foco principal da sua intervenção ser dirigido à pessoa doente. Embora existam dados que comprovem a importância do reconhecimento precoce de alterações emocionais, este não ocorre por falta de capacidade de resposta dos serviços.

Tendo em conta esta problemática, foi desenvolvido este projeto, que irá permitir à equipa de enfermagem efetuar uma triagem precoce dos casos, através da realização de entrevistas de diagnóstico de situação. Pretende-se avaliar a presença de depressão e ansiedade em pessoas portadoras de doença oncológica, e posteriormente realizar o encaminhamento para serviços especializados.

Enquadramento

Em Portugal, no ano de 2015 previa-se que a incidência de casos de tumores malignos aumentasse regularmente, tendo-se assistido entre 2009 e 2010 a um crescimento de 4% (Direção-Geral da Saúde, 2015).

Para se compreender a contextualização da incidência de doença oncológica em Portugal, importa ter em conta que em 2016 esta doença foi a causa de morte de 27.900 pessoas, ocorrendo um aumento de 3% face ao ano anterior (Serviço Nacional de Saúde, 2018).

Globocan (2018) revelou que em 2018, foram diagnosticados em Portugal 58.199 novos casos de doença, e que morreram 28.960 pessoas. Este relatório refere ainda que a probabilidade de desenvolver uma doença oncológica antes dos 75 anos é de 25% e que o risco de morrer pela mesma antes dos 75 anos é de 10.6%.

Tendo em conta esta realidade, constata-se que o cancro é uma das doenças que presentemente e no futuro, necessita de uma abordagem mais integrativa na sua gestão diagnóstica, terapêutica e também na gestão de sinais e sintomas, tanto físicos como psicológicos, pois como referido nos estudos anteriores irá abranger cada vez mais pessoas.

Para Pais (2004), o diagnóstico de cancro, a realização de tratamentos, sejam eles cirúrgicos, radioterapia ou quimioterapia,

assim como a descoberta de recidivas ou metástases, implicam uma diversificada complexidade de emoções, tanto na pessoa doente como nos familiares, sendo considerado um acontecimento catastrófico na dinâmica familiar.

O modo como cada pessoa com doença oncológica vivencia a sua situação depende de diversos fatores, tais como o tipo de diagnóstico e prognóstico, o tipo de tratamento e a existência ou não de apoio familiar (Pereira, & Figueiredo, 2008).

Não existem dúvidas que a doença oncológica provoca alterações físicas e psicológicas associadas ao diagnóstico, tratamento e progressão da doença, tanto para os portadores como para os cuidadores.

A depressão e a ansiedade

A Organização Mundial da Saúde (2004) define a saúde mental como um estado de bem-estar em que o indivíduo identifica as suas próprias capacidades e limitações, consegue lidar com os desafios normais da vida, trabalha de forma produtiva e proveitosa, e consegue contribuir para a sociedade. Posto isto, a saúde mental estabelece-se como a pedra basilar para o bem-estar e desempenho pleno dos indivíduos e da sociedade.

A ansiedade é definida pela American Psychological Association (2020), como uma emoção caracterizada por sentimentos de tensão, preocupação e

alterações fisiológicas como pressão arterial elevada, taquicardia, sudorese, tonturas e tremores. As pessoas que sofrem de distúrbios de ansiedade apresentam frequentemente pensamentos negativos e preocupações.

A National Comprehensive Cancer Network (NCCN) refere que a ansiedade ocorre em muitas das pessoas com doença oncológica, quer pelo diagnóstico da doença ou pelos efeitos da terapêutica, que são muitas vezes fonte de ansiedade pelo desconhecimento do futuro (NCCN, 2020).

Segundo a American Psychological Association (2013) no Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - V, a depressão major é comum, e é uma doença que afeta negativamente a maneira como os indivíduos se sentem, pensam e agem. Provoca sentimentos de tristeza ou perda de interesse em atividades anteriormente admiradas, pode originar uma variedade de problemas emocionais e físicos, com implicações na habilidade do indivíduo funcionar no trabalho e em casa. Os sintomas podem variar de ligeiros a severos, mas é necessária a sua permanência durante pelo menos duas semanas para o diagnóstico de depressão, sendo estes: humor deprimido ou sentimentos de tristeza, anedonia, anorexia, alterações do sono, lentificação ou agitação psicomotora, sentimento de inutilidade ou excesso de culpa, diminuição do

raciocínio ou concentração e pensamentos recorrentes de morte ou ideias suicidas.

O Conselho Nacional de Saúde (2019), aferiu que a depressão afeta 10% da população em Portugal. Mundialmente, a Organização Mundial da Saúde (2020) estima que 264 milhões de pessoas sofram de depressão, sendo uma das principais causas de incapacidade. Muitas das pessoas com depressão apresentam também sintomas de ansiedade.

Foi ainda constatado pelo Conselho Nacional de Saúde (2019) que as perturbações depressivas e da ansiedade ocuparam respetivamente a 4.^a e 6.^a posição dos problemas de saúde que mais contribuem para a incapacidade da pessoa, no ano de 2017.

Esta realidade quando transportada para a doença oncológica é ainda mais marcante. Estima-se que mais de 10% das pessoas com doença oncológica sejam afetadas pela depressão (Smith, 2015), sendo que, segundo Tranças, Cardoso, Luengo, Vieira e Reis, (2010) esta pode afetar até 50% das pessoas doentes. Smith (2015) refere ainda que a depressão é uma co-morbilidade que se mantém sub-diagnosticada, o que leva a implicações graves para a pessoa no sofrimento, na mortalidade e na esperança de vida. Também para Brown et al. (2010) as pessoas que tenham depressão como co-morbilidade estão mais propensas a ansiedade, dor, fadiga e

funcionalidade reduzida, que as sem depressão.

Walker et al. (2014) realizaram um estudo no qual inquiriram 21.151 pessoas com doença oncológica do foro da mama, pulmão, genito-urinário ou ginecológico e colo-retal, e concluíram que a depressão major é substancialmente mais comum nesta população, do que na população em geral. Constataram ainda que a maioria destas pessoas não recebia nenhum tipo de tratamento para a depressão.

Niedzwiedz, Knifton, Rob, Katikireddi e Smith (2019) referem que comparativamente com a generalidade da população, a prevalência de depressão ou ansiedade é superior nas pessoas com doença oncológica, existindo inúmeros fatores que podem provocar variâncias nestes dados, como o tipo e estadiamento da doença oncológica.

Também Andrykowski, Lykins, e Floyd, (2008) referem que o risco de depressão ou ansiedade nos sobreviventes de cancro varia de acordo com o tipo de diagnóstico, estadiamento da doença no momento do diagnóstico, tipo de tratamento recebido, idade, género, raça e etnia. Andersen et al., (2014) reforçam ainda que a falha na identificação e tratamento da ansiedade e depressão aumenta o risco de pior qualidade de vida e potencia a morbilidade e mortalidade relacionada com a doença.

Estes factos são corroborados por Irving e Lloyd-Williams (2010) quando afirmam

que a ansiedade e a depressão reduzem significativamente a qualidade de vida, o tempo de sobrevivência, a eficácia dos tratamentos e prolonga o período de hospitalização do doente oncológico. A depressão, além de complicar os mecanismos de *coping* para lidar com o cancro e a adesão ao regime terapêutico, afeta aspetos da função endócrina e imunológica, processos importantes na resistência à progressão tumoral (Spiegel, & Giese-Davis, 2003).

Andersen et al. (2014) adaptaram a Depression and Anxiety Guideline Adaptation pela American Society of Clinical Oncology, e tal como a NCCN (2020), defendem que a avaliação das alterações psicológicas deve ser identificada, monitorizada, documentada e tratada adequadamente em todos os estádios da doença oncológica, assim como em todos os níveis de prestação de cuidados.

Diversos autores referem que é necessário detetar a doença psicológica nesta população o mais precocemente possível, de modo a receber efetivamente o tratamento de que necessitam seja ele psicológico, farmacológico ou a combinação dos dois (Niedzwiedz et al., 2019; Pereira, & Figueiredo, 2008; Smith, 2015).

Andrykowski et al. (2008) enfatizam ainda que a avaliação periódica do estado emocional durante todo o trajeto do doente oncológico é crítico, para o

tratamento e gestão da ansiedade ou depressão.

A NCCN (2020) recomenda assim que as pessoas com doença oncológica, idealmente, sejam avaliadas em cada consulta médica ou de enfermagem, ou no mínimo em cada primeira consulta e posteriormente em intervalos regulares, ou quando clinicamente indicado, sendo especialmente importante na ocorrência de alterações da doença, como a remissão, a recorrência, a progressão/metastização ou as complicações relacionadas com o tratamento.

Objetivos

O projeto tem como objetivos:

- Avaliar a presença de depressão e ansiedade em pessoas portadoras de doença oncológica;
- Encaminhar a pessoa com depressão e ansiedade para serviços especializados de acordo com o resultado obtido na aplicação da *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS).

Metodologia

A população alvo são todas as pessoas portadoras de doença oncológica, internadas no serviço de Oncologia Médica, sendo excluídas as pessoas em fase agónica ou com algum tipo de

perturbação cognitiva que os impeça de compreender as questões formuladas.

O instrumento escolhido para operacionalizar este projeto é a HADS, desenvolvida por Zigmond e Snaith (1983) para avaliar o nível de ansiedade e depressão.

Pretende-se aplicar o questionário HADS nas primeiras 48 horas de internamento.

Esta escala foi traduzida e adaptada para português por McIntyre, Pereira, Soares, Gouveia e Silva (1999), sendo denominada por Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar e validada para a população portuguesa por Pais-Ribeiro et al. (2007).

Segundo Tranças et al. (2010) existe uma sólida experiência na sua aplicação, apresentando-se como um instrumento simples, mas com boa sensibilidade e especificidade para a deteção de depressão e ansiedade.

Este instrumento é recorrentemente utilizado por não incluir sintomas somáticos da depressão e da ansiedade, que tanto podem ser provocados pela doença, como pelo tratamento da mesma (Zigmond, & Snaith, 1983). Cumpre os requisitos para a aplicação em pessoas com doença oncológica, pois como não inclui os aspetos físicos, como a perda de peso, fadiga, diminuição da energia, que são com frequência sintomas relacionados com a própria doença oncológica e o seu tratamento. Esta escala pode ser auto-administrada,

demorando aproximadamente 10 minutos no seu preenchimento (Pereira, & Figueiredo, 2008)

A escala é constituída por 14 itens que se dividem em duas sub-escalas. A sub-escala ansiedade com 7 questões: Sinto-me tenso; Eu sinto-me um pouco assustado como se algo terrível estivesse para acontecer; Tenho preocupações que não me saem da cabeça; Posso sentar-me à vontade e sentir-me relaxado; Sinto uma espécie de medo como se fosse um aperto no estômago; Sinto-me inquieto como se estivesse sempre a andar de um lado para o outro. A sub-escala da depressão também apresenta 7 questões: Ainda gosto das coisas que costumava gostar; Eu consigo rir-me e ver o lado engraçado das coisas; Sinto-me alegre; Sinto-me mais vagaroso; Perdi o interesse pela minha aparência; Antecipo as coisas com satisfação.

A resposta deste instrumento pode variar entre 0 (baixo) e 3 (elevado), numa escala tipo de *Likert* de 4 pontos.

A classificação final pode variar entre 0 e 21, sendo o resultado a soma de todos os valores dos itens de cada sub-escala. Os valores obtidos permitem avaliar os níveis de ansiedade e/ou depressão. Assim sendo, valores iguais ou inferiores a 7 são considerados normais, valores entre 8 e 10 revelam estar perante níveis de ansiedade e depressão leves, de 11 a 14 valores indicam a presença da variável com alteração do humor de forma

moderada e valores entre os 15 e 21 severa (Pais-Ribeiro et al., 2007; Snaith, 2003). Zigmond e Snaith (1983) sugerem que o valor 8 seja utilizado como ponto de corte, ou seja, os valores inferiores a estes devem ser considerados como ausência de ansiedade e depressão.

Relembrando os objetivos definidos, pretende-se encaminhar as pessoas que apresentem valores superiores a 15, em ambas as sub-escalas, para a consulta de psiquiatria e/ou psico-oncologia. As pessoas que apresentem valores superiores a 11 e inferiores a 15 encaminhamento para o médico assistente, para posterior

encaminhamento para a consulta de psico-oncologia. As pessoas com valores entre os 8 e os 11 serão reavaliados no momento da alta, para posterior reavaliação e encaminhamento pós-alta.

Avaliação

De forma a monitorizar o impacto do projeto na população foram definidos indicadores epidemiológicos e de resultado, os quais são apresentados de seguida.

Indicadores epidemiológicos:

Taxa de incidência de depressão nas pessoas com doença oncológica;

$$\frac{N^{\circ} \text{ de novos casos com risco de depressão documentados durante um dado momento}}{\text{População existente nesse período}} \times 100$$

Taxa de incidência de ansiedade nas pessoas com doença oncológica;

$$\frac{N^{\circ} \text{ de novos casos com risco de ansiedade documentados durante um dado momento}}{\text{População existente nesse período}} \times 100$$

Taxa de prevalência de depressão nas pessoas com doença oncológica;

$$\frac{N^{\circ} \text{ de casos de depressão documentados durante um dado momento}}{\text{População existente nesse período}} \times 100$$

Taxa de prevalência de ansiedade nas pessoas com doença oncológica.

$$\frac{N^{\circ} \text{ de casos de ansiedade documentados durante um dado momento}}{\text{População existente nesse período}} \times 100$$

Indicadores de resultado:

Taxa de efetividade na prevenção de complicações (depressão);

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de casos com risco de desenvolver depressão, que não desenvolveram, num dado período}}{\text{N}^\circ \text{ de casos com risco documentado, no mesmo período}} \times 100$$

Taxa de efetividade na prevenção de complicações (ansiedade).

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de casos com risco de desenvolver ansiedade, que não desenvolveram, num dado período}}{\text{N}^\circ \text{ de casos com risco documentado, no mesmo período}} \times 100$$

Conclusão

Na prestação de cuidados a pessoas portadoras de doença oncológica é prioritário avaliar e detetar o mais precocemente problemas de depressão e ansiedade.

Importa assim conhecer o impacto que a doença oncológica provoca na pessoa, de modo a introduzir novas dinâmicas e atitudes no cuidar, estabelecendo estratégias para ajudar essas pessoas a adaptarem-se a este contexto. A equipa multidisciplinar deve conceptualizar uma prestação de cuidados globais a estas pessoas, pois só desta forma se consegue ajudar a manter a sua identidade pessoal, os seus valores de autoestima e autoimagem, capacitando-as a enfrentar a doença de forma confiante.

Seguindo esta linha de pensamento pretende-se realizar a avaliação do nível de depressão e ansiedade, de forma a realizar uma intervenção precoce,

possibilitando a melhoria da qualidade de vida destas pessoas.

Referências bibliográficas

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5), Fifth edition.*

DOI: 10.1176/appi.books.978089 0425596

American Psychiatric Association. (2020). *Anxiety.* Recuperado de: <https://www.apa.org/topics/anxiety/>

Andersen, B., L., DeRubeis, R, J., Berman, B. S., Gruman, J., Champion, V, L., ... Rowland, J. H. (2014). Screening, Assessment, and Care of Anxiety and Depressive Symptoms in Adults With Cancer: An American Society of Clinical Oncology Guideline Adaptation. ASCO Depression and Anxiety Guideline Adaptation. *J Clin Oncol*, 32, 1605-1619.

DOI: 10.1200/JC O.2013.52.4611

- Andrykowski, M. A., Lykins, E., & Floyd, A. (2008). Psychological health in cancer survivors. *Seminars in oncology nursing*, 24(3), 193–201. **DOI:** 10.1016/j.soncn.2008.05.007
- Brown, L. F., Kroenke, K., Theobald, D. E., Wu, J., & Tu, W. (2010). The association of depression and anxiety with health-related quality of life in cancer patients with depression and/or pain. *Psycho-oncology*, 19(7), 734–741. **DOI:** 10.1002/pon.1627
- Conselho Nacional de Saúde. (2019). *Sem mais tempo a perder – Saúde mental em Portugal: um desafio para a próxima década*. Lisboa: Conselho Nacional de Saúde. Recuperado de: <https://www.cns.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/12/SEM-MAIS-TEMPO-A-PERDER.pdf>
- Direção-Geral da Saúde. (2015). Portugal – Doenças Oncológicas em números – 2015. Programa Nacional para as Doenças Oncológicas. Recuperado de: <https://www.dgs.pt/estatisticas-de-saude/estatisticas-de-saude/publicacoes/portugal-doencas-oncologicas-em-numeros-2015-pdf.aspx>
- Ferlay, J., Colombet, M., Soerjomataram, I., Mathers, C., Parkin, D. M., Piñeros, M., ... Bray, F. (2019). Estimating the global cancer incidence and mortality in 2018: GLOBOCAN sources and methods. *Int J Cancer*, 144(8), 1941–1953. **DOI:** 10.1002/ijc.31937
- Irving, G., & Lloyd-Williams, M. (2010). Depression in advanced cancer. *European Journal of Oncology Nursing*, 14(5), 395–399. **DOI:** 10.1016/j.ejon.2010.01.026
- Globocan. (2018). Portugal. The Global Cancer Observatory, World Health Organization. Recuperado de: <http://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/populations/620-portugal-fact-sheets.pdf>
- Liga Portuguesa Contra o Cancro. (2019). *10 anos de Psico-Oncologia da LPCC assinalados em Coimbra*. Recuperado de: <https://www.ligacontracancro.pt/noticias/detalhe/url/10-anos-de-psico-oncologia-da-lpcc-assinalados-em-coimbra/>
- Lloyd-Williams, M., Shiels, C., Taylor, F., & Dennis, M. (2009). Depression--an independent predictor of early death in patients with advanced cancer. *J Affect Disord*, 113(1-2), 127-132. **DOI:** 10.1016/j.jad.2008.04.002
- McIntyre, M. T., Pereira, G., Soares, V., Gouveia, J., & Silva, S. (1999). *Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar. Versão Portuguesa de investigação*. Braga, Portugal: Departamento de Psicologia, Universidade do Minho.
- National Comprehensive Cancer Network. (2020). *Clinical Practice Guidelines in Oncology (NCCN guidelines) – Distress Management version 1.2020*. Recuperado

- de: [https:// www.nccn.org/professionals/physician_gls/default.aspx#supportive](https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/default.aspx#supportive)
- Niedzwiedz, C. L., Knifton, L., Robb, K. A., Katikireddi, S. V., & Smith, D. J. (2019). Depression and anxiety among people living with and beyond cancer: a growing clinical and research priority. *BMC Cancer*, 19, 943. **DOI:** 10.1186/s12885-019-6181-4
- Organização Mundial da Saúde. (2004). *Promoting Mental Health: Concepts, Emerging Evidence, Practice. Summary Report*. A report of the World Health Organization, Department of Mental Health and Substance Abuse in collaboration with the Victorian Health Promotion Foundation and the University of Melbourne. Genebra: Organização Mundial da Saúde. Recuperado de: https://www.who.int/mental_health/evidence/en/promoting_mhh.pdf
- Organização Mundial da Saúde. (2020). *Depression*. Recuperado de: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression>
- Pais, F. (2004). O impacto da doença oncológica no doente e família. In Regateiro, *Enfermagem oncológica*, (pp. 24-38). Coimbra: Formasau.
- Pais-Ribeiro, J., Silva, I., Ferreira, T., Martins, A., Meneses, R., & Baltar, M. (2007). Validation study of a Portuguese version of the Hospital Anxiety and Depression Scale. *Psychology, Health & Medicine*, 12(2), 225–237. **DOI:** 10.1080/13548500500524088
- Pasquini, M., & Biondi, M. (2007). Depression in cancer patients: a critical review. *Clin Pract Epidemiol Ment Health*, 3, 2. **DOI:** 10.1186 / 1745-0179-3-2
- Pereira, M. G., & Figueiredo, A. P. (2008). Depressão, ansiedade e stress pós-traumático em doentes com cancro colorectal - Validação do Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) e Impact of Events Scale (IES) numa amostra de doentes oncológicos. *onco.news*, 11(5), 11-19. Recuperado de: <https://www.onco.news/wp-content/uploads/2019/03/15-abs.pdf>
- Serviço Nacional de Saúde. (2018). Dados do cancro em Portugal. Recuperado de: <https://www.sns.gov.pt/noticias/2018/02/02/dados-do-cancro-em-portugal/>
- Smith, H. R. (2015). Depression in cancer patients: Pathogenesis, implications and treatment (Review). *Oncology letters*, 9(4), 1509–1514. **DOI:** 10.3892/ol.2015.2944
- Snaith, R. P. (2003). The Hospital Anxiety And Depression Scale. *Health and quality of life outcomes*, 1, 29. **DOI:** 10.1186/1477-7525-1-29
- Spiegel, D., & Giese-Davis, J. (2003). Depression and Cancer: Mechanisms and Disease Progression. *Biol Psychiatry*, 54,

269-282. **DOI:** 10.1016/s0006-3223(03)00566-3

Trancas, B., Cardoso, G., Luengo, A., Vieira, C., & Reis, D. (2010). Depressão no doente oncológico: considerações diagnósticas e terapêuticas. *Acta Med Port*, 23, 1101-1112. Recuperado de: https://www.researchgate.net/publication/277058014_Depressao_no_doente_oncologico_consideracoes_diagnosticas_e_terapeuticas

Walker, J., Hansen, C. H., Martin, P., Symeonides, S., Ramessur, R., ... Sharpe, M. (2014). Prevalence, associations, and adequacy of treatment of major depression in patients with cancer: a cross-sectional analysis of routinely collected clinical data. *Lancet Psychiatry*, 1, 343–350. **DOI:** 10.1016/S215-0366(14)70313-X

Zigmond, A. S., & Snaith, R. P. (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67(6), 361-370. **DOI:** 10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x

Intervenções do Enfermeiro Especialista de Saúde Materna e Obstétrica na prevenção do trauma perineal: Revisão sistemática da literatura

Midwife interventions in preventing perineal trauma: A systematic review

Ana Sofia Pereira¹, Daniela Oliveira², Nelma Pereira², Manuela Néné³

1. Hospital Garcia de Orta, 2. Centro Hospitalar de Setúbal E.P.E., 3. Escola Superior de Saúde da Cruz Vermelha Portuguesa, CINTESIS

Resumo:

Introdução: A grávida em processo de parto está sujeita à ocorrência de traumas perineais, que podem estar associados às intervenções realizadas pelos profissionais de saúde.

Objetivo: Identificar as intervenções do Enfermeiro Especialista de Saúde Materna e Obstétrica que previnem o trauma perineal nas parturientes durante o trabalho de parto.

Metodologia: Revisão sistemática da literatura. A pesquisa eletrónica foi efetuada nas bases de dados CINAHL, MEDLINE e Cochrane Database of Systematic Reviews. Obtiveram-se 459 artigos, após leitura do título, resumo e aplicação dos critérios de inclusão e exclusão foram selecionados 8 artigos para análise.

Resultados: As intervenções que podem prevenir o trauma perineal são a utilização da injeção de hialuronidase, a aplicação de almofadas ou compressas quentes, a técnica *hands-on versus hands-off*, o uso de posições maternas alternativas, o uso da massagem perineal, a aplicação da manobra de Ritgen e o uso seletivo da episiotomia.

Conclusão: A aplicação de intervenções que previnem o trauma perineal deve ser uma constante nas salas de partos, uma vez que têm um impacto significativo na redução da morbilidade no pós-parto e na melhoria da saúde e bem-estar sexual das mulheres a longo prazo.

Palavras-Chave: períneo; ferimentos e lesões; trauma; enfermeiro especialista de saúde materna e obstétrica; prevenção

Abstract

Background: The pregnant woman in process of childbirth is exposed to the occurrence of perineal traumas that can be associated with the interventions provided by healthcare professionals.

Objective: To identify which midwife interventions are used during labor that could prevent perineal trauma in parturients.

Methodology: Systematic review. The electronic search was carried out in the CINAHL, MEDLINE and Cochrane Database of Systematic Reviews. A total of 459 articles were obtained, after reading the title, summary and applying the inclusion/exclusion criteria, 8 articles were selected for analysis.

Results: The interventions that can prevent perineal trauma are the use of hyaluronidase injection, application of hot pad or hot compresses, the hands-on versus hands-off technique, the use of alternative maternal positions, the use of perineal massage, the application of the Ritgen maneuver and the selective use of episiotomy.

Conclusion: The practice of interventions that prevent perineal trauma should be a constant in the delivery rooms, since they have a significant impact on reducing postpartum morbidity, improving women's health and sexual well-being in the long-term.

Keywords: perineum; wounds and injuries; trauma; midwife; prevention

Introdução

A grávida em processo de parto está sujeita à ocorrência de traumas perineais que podem estar associados à intervenção dos profissionais de saúde.

Existe uma incidência de cerca de 50 a 80% de trauma perineal nas mulheres que têm parto vaginal (Beckmann, & Stock, 2013). É denominado por trauma perineal a perda de integridade dos tecidos que constitui um dano ou laceração ocorrido na região genital durante o parto (American College of Obstetricians and Gynecologists, 2016).

No que diz respeito às lacerações perineais, estas distinguem-se consoante os planos teciduais atingidos e classificam-se de acordo com o grau: 1º grau – quando atinge a pele do períneo e/ou mucosa vaginal; 2º grau – quando, além das estruturas anteriores, atinge os músculos perineais sem envolver o esfíncter anal; 3º grau – quando envolve o complexo do esfíncter anal, subdivide-se em três grupos: 3º grau a – quando atinge menos de 50% da espessura do esfíncter anal externo; 3º grau b – quando atinge mais de 50% da espessura do esfíncter anal externo; 3º grau c – quando atinge toda a espessura do esfíncter anal externo e também o esfíncter anal interno e 4º grau – quando atinge as estruturas anteriores e se estende ao epitélio anorretal (American College of Obstetricians and Gynecologists, 2016).

Os danos ou lacerações podem ser a causa direta de diversas consequências para a saúde da mulher, tanto no pós-parto imediato, como a longo prazo (Leenskjold, Høj, & Pirhonen, 2015).

O trauma espontâneo da região perineal pode ser determinado por diversos fatores que incluem a rigidez dos tecidos perineais, o processamento rápido da etapa expulsiva, o tamanho do feto, a saída pélvica não permitir uma boa adaptação da cabeça fetal com a sínfise púbica e o facto do parto ocorrer em posições anormais (Lawrence, Lewis, Hofmeyr, & Styles, 2013). A dor perineal nos primeiros dias do pós-parto pode causar diversas limitações que englobam dificuldades para caminhar e sentar, prestar cuidados ao recém-nascido, amamentar e o regressar à prática sexual (Leenskjold et al., 2015). Perante estas repercussões é expectável que o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (EESMO) assuma diferentes formas de agir de modo a promover a redução da dor e o desconforto sentidos pela puérpera.

No processo da tomada de decisão e na fase de implementação das intervenções, o enfermeiro incorpora os resultados da investigação na sua prática e a tomada de decisão não pode ser dissociada da prática baseada na evidência. A intervenção do EESMO é suportada pela assunção de que “os cuidados de enfermagem tomam por foco de atenção a

promoção dos projetos de saúde que cada pessoa vive e persegue” (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2010, p. 1).

Segundo o Regulamento das Competências Específicas do EESMO, este profissional “Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto, efetuando o parto em ambiente seguro, no sentido de otimizar a saúde da parturiente e do recém-nascido na sua adaptação à vida extrauterina” (OE, 2010, p. 5).

Cuidar é uma forma de se relacionar com o outro significativo, com o qual nos sentimos envolvidos e responsáveis. Os cuidados de enfermagem devem ser concebidos e adaptados a cada mulher, tendo em conta os potenciais efeitos devastadores que uma experiência negativa no parto pode ter sobre a sua autoestima e capacidade para uma transição saudável para a maternidade, com consequente impacto sobre a restante família (Swanson, 1993). De acordo com o regulamento das competências específicas do EESMO (OE, 2010), este profissional intervém em todas as situações de baixo risco, como aquelas em que estão envolvidos processos fisiológicos e processos da vida normais no ciclo reprodutivo da mulher. Intervém também de forma autónoma e interdependente em todas as situações de médio e alto risco, entendidas como aquelas em que estão envolvidos processos patológicos e processos da

vida disfuncionais no ciclo reprodutivo da mulher. Deste modo, é da sua responsabilidade avaliar a integridade do canal de parto e aplicar técnicas de reparação, referenciando as situações que estão para além da sua área de atuação.

O propósito deste estudo consiste na realização de uma revisão da literatura que tem como objetivo identificar as intervenções do EESMO que previnem o trauma perineal nas parturientes durante o trabalho de parto.

A questão de investigação foi formulada recorrendo ao método PI[C]O: Quais são as intervenções do EESMO (I) que podem prevenir o trauma perineal (O) nas parturientes durante o trabalho de parto (P)?

Metodologia

Foi realizada uma revisão sistemática da literatura seguindo a metodologia preconizada pelo *The Joanna Briggs Institute* (2014).

A pesquisa bibliográfica foi realizada nas bases de dados CINAHL, MEDLINE e Cochrane Database of Systematic Reviews, através do motor de busca EBSCO. Foram utilizados como limitadores: artigos científicos primários com nível de evidência 1 e 2 (The Joanna Briggs Institute, 2017), publicados em texto integral, em idiomas português, inglês, francês e espanhol, com limite

temporal de janeiro de 2014 a outubro de 2019, sendo conduzida no período compreendido entre abril e outubro de 2019.

Os descritores Mesh utilizados foram *perineum trauma* e *perineum injuries*.

Os critérios de inclusão e de exclusão são apresentados no quadro 1.

Quadro 1 - Critérios de seleção

Critérios de seleção	Critérios de Inclusão	Critérios de Exclusão
Participantes (P)	Mulheres grávidas em fase de trabalho de parto via vaginal	Mulheres grávidas com parto distócico
Intervenção (I)	Estudos que descrevam intervenções do EESMO	Estudos que revelem intervenções do EESMO relacionadas com trauma perineal no pré e pós-parto
Resultados (O)	Estudos que descrevam intervenções do EESMO que previnam o trauma perineal durante o trabalho de parto	Estudos que não revelem intervenções do EESMO sobre a prevenção do trauma perineal

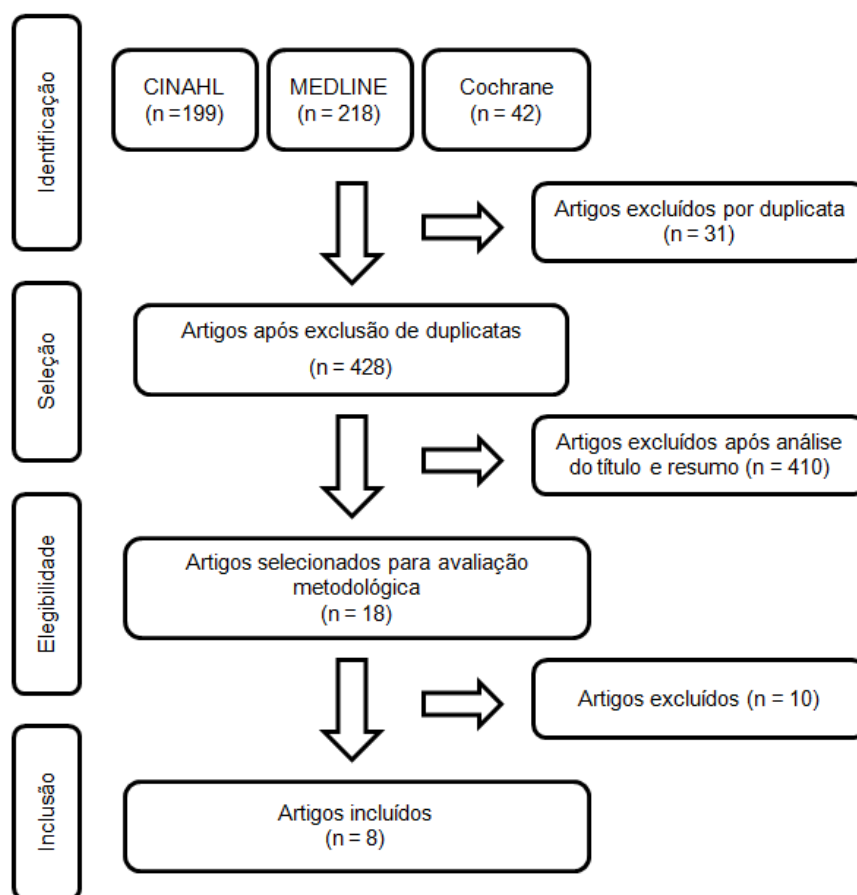
As etapas de pesquisa, seleção e extração dos dados foram efetuadas por três investigadores de forma independente.

O processo de seleção dos artigos efetuou-se em três etapas. Na primeira etapa procedeu-se à análise do título, seguindo-se a análise do resumo e, por último, foi realizada a leitura integral dos artigos selecionados e avaliação da qualidade metodológica.

Da pesquisa realizada obteve-se 459 artigos, após aplicação de todas as

combinações de termos de pesquisa. Da totalidade dos artigos foram eliminados 31 por repetição e 410 após a leitura do título e resumo, tendo sido obtidos 18 artigos para leitura integral. Destes, 10 foram excluídos após avaliação da qualidade metodológica e nível de evidência, sendo incluídos 8. No fluxograma seguinte (figura 1) é possível observar o processo de seleção dos estudos ao longo da realização desta revisão.

Figura 1 - Fluxograma do processo de seleção de estudos



A qualidade metodológica dos estudos foi avaliada recorrendo aos instrumentos *Critical Appraisal Tools* disponibilizados pelo *The Joanna Briggs Institute* (2017). Previamente à extração dos dados construiu-se um formulário de colheita de dados e uma tabela de registo.

A informação relativa a cada artigo foi organizada num instrumento de colheita de dados desenvolvido para o efeito com as categorias título, autor, ano de publicação, tipo de estudo, objetivos, população, intervenção, resultados e nível de evidência de cada artigo, tendo por base a hierarquia da evidência.

Resultados e discussão

Após análise dos resultados da amostra (Quadro 2) verificou-se que as intervenções do EESMO que previnem o trauma perineal durante o trabalho de parto podem ser agrupadas nas seguintes categorias: utilização da injeção de hialuronidase, aplicação de almofadas ou compressas quentes, técnica *hands-on versus hands-off*, uso de posições maternais alternativas, uso da massagem perineal, aplicação da manobra de Ritgen e o uso restrito da episiotomia.

Importa referir que algumas das técnicas, nomeadamente a utilização da injeção de hialuronidase e a aplicação de

compressas quentes, requerem mais estudos para consolidar a sua evidência, no que se refere ao local e tempo de aplicação.

Quadro 2 - Resumo dos dados extraídos após avaliação crítica dos estudos

Título/ Autor/ Ano	Tipo de estudo e Objetivo	População	Intervenção	Resultados	Nível de evidência
Hyaluronidase for reducing perineal trauma. Zhou, Wang, Li, Huang, & Gao (2014)	Revisão sistemática da literatura. Avaliar a eficácia e segurança da injeção perineal de hialuronidase na redução espontânea trauma do perineal.	599 mulheres.	Injeção perineal de hialuronidase na redução espontânea trauma do perineal.	A frequência de laceração foi superior no grupo controlo.	1.c
Perineal techniques during the second stage of labour for reducing perineal trauma. Aasheim, Nilsen, Reinar, & Lukasse (2017)	Revisão sistemática da literatura. Avaliar o efeito de técnicas de proteção perineal durante o segundo estágio do trabalho de parto sobre a incidência e morbidade associada ao trauma perineal.	15181 mulheres.	Técnicas de proteção perineal durante o segundo estágio do trabalho de parto.	A frequência de laceração foi superior no grupo que não foi sujeito a medidas de proteção. A aplicação de compressas quentes e massagem podem reduzir as lacerações. A manobra de Ritgen apresentou menor taxa de lacerações de grau I e maior probabilidade de lacerações grau II.	1.c
Implementation of care practices to prevent and repair perineal trauma in childbirth Santos, & Riesco (2017)	Estudo quasi-experimental. Implementar intervenções para prevenção e tratamento do trauma perineal no parto normal.	Realizaram-se 74 entrevistas com enfermeiros e médicos e 70 a puérperas.	Intervenção educativa junto dos profissionais de saúde, dirigida à prevenção e tratamento do trauma perineal no parto normal.	A intervenção educativa melhorou os cuidados e os resultados perineais. Houve menos profissionais a incentivar esforços expulsivos dirigidos, a realizar episiotomia e sutura em lacerações de primeiro grau. Existiram menos partos em posição litotomia.	2.c
The effect of maternal position at birth on perineal trauma: A systematic review. Lodge, & Haith-Cooper (2016)	Revisão sistemática da literatura. Avaliar o efeito da posição materna no trauma perineal.	7 estudos.	Realização de alternância de posicionamentos durante o trabalho de parto.	Esta revisão sistemática constatou que a posição materna no nascimento afeta a incidência e o grau de trauma perineal. A frequência de laceração foi superior no grupo que não foi sujeito alternância de posicionamento.	1.b

<p>Investigating the Effect of Perineal Heating Pad on the Frequency of Episiotomies and Perineal Tears in Primiparous Females. Alihosseni, Abedi, Afshary, Haghghi, & Hazeghi (2018)</p>	<p>Ensaio clínico. Avaliar o efeito da almofada de aquecimento perineal relativamente à incidência de episiotomias e lesões perineais, em mulheres primíparas.</p>	<p>114 mulheres primíparas: 57 (grupo intervenção) foi aplicada almofada; restantes 57 (grupo controle) não sofreram qualquer intervenção no trabalho de parto.</p>	<p>Aplicação da almofada de aquecimento perineal durante o trabalho de parto.</p>	<p>O uso da almofada de aquecimento perineal durante o segundo estágio pode ser eficaz, diminuindo a incidência de episiotomia, e mantendo a integridade perineal em mulheres primíparas. A frequência de episiotomias foi superior no grupo controle.</p>	<p>2.b</p>
<p>Hands-poised technique: The future technique for perineal management of second stage of labour? A modified systematic literature review. Petrocnik, & Marshall (2015)</p>	<p>Revisão sistemática da literatura. Obter evidência científica sobre as técnicas de proteção do períneo durante o segundo estágio do trabalho de parto.</p>	<p>5 estudos.</p>	<p>Técnicas de proteção do períneo, nomeadamente <i>hands-off</i> e <i>hands-on</i>.</p>	<p>As evidências sugerem que a técnica <i>hands-off</i> é segura e recomendada. A técnica <i>hands-on</i> resultou num aumento da dor perineal e hemorragia no pós-parto.</p>	<p>2.b</p>
<p>Restricted episiotomy use and maternal and neonatal injuries: a retrospective cohort study. Yamasato, Kimata, Huegel, Durbin, Ashton, & Burlingame (2016)</p>	<p>Análise retrospectiva. Examinar as lesões maternas e neonatais através do uso restrito de episiotomia.</p>	<p>Um total de 22,800 partos via vaginal envolvendo 23,016 recém-nascidos.</p>	<p>Realização restritiva de episiotomia.</p>	<p>A episiotomia está associada a lacerações de terceiro e quarto graus, assim como a um aumento da taxa de vários tipos de lesões neonatais.</p>	<p>2.d</p>
<p>Metaanálisis sobre posturas maternas en el expulsivo para mejorar los resultados perineales. Vasco, & Poveda (2017)</p>	<p>Metanálise, incluindo ensaios clínicos controlados. Determinar as evidências científicas relativamente aos efeitos preventivos de diferentes posições que a grávida pode adotar durante o segundo estágio do trabalho de parto para reduzir a incidência de lacerações perineais e a sua morbilidade associada.</p>	<p>17 artigos.</p>	<p>Realização de diferentes posições durante o trabalho de parto.</p>	<p>Ao adotar posições verticais, observa-se uma redução significativa na taxa de episiotomias, à custa de um aumento das lacerações, tanto em nulíparas quanto em múltiparas. Os resultados obtidos permitem recomendar posições alternativas (vertical, decúbito lateral) para a redução da incidência de episiotomia.</p>	<p>1.a</p>

Os autores Zhou et al. (2014) concluíram que o uso de injeção hialuronidase resultou numa menor incidência de trauma perineal quando comparado com o grupo controlo. No entanto, sem descrição do local e dose de injeção, não há evidência quanto à sua eficácia e segurança durante o segundo estágio do trabalho de parto.

No estudo de Aasheim et al. (2017) verificou-se que nas mulheres onde se realizou massagem perineal ocorreu um aumento da taxa de períneo íntegro. Quanto à manobra de Ritgen, esta apresentou resultados de menor taxa de lacerações de grau I e maior probabilidade de lacerações grau II. Em relação à utilização de compressas quentes e ao uso de massagem perineal verificou-se uma redução da ocorrência de lacerações de grau III e grau IV. Estes autores sugerem que devem ser realizados mais estudos para avaliar os determinantes de trauma perineal, tais como o treino, os fatores demográficos e a nutrição. Não existe conhecimento sobre a aceitação das técnicas perineais pelas mulheres e efeitos secundários na aplicação dos diferentes tipos de óleos na massagem perineal.

O estudo de Santos e Riesco (2017) verificou que a posição mais benéfica para reduzir necessidade de episiotomia, é a posição verticalizada. Segundo o relato das mulheres ainda se pratica muito a posição de litotomia. Detetou-se uma

dificuldade dos profissionais de saúde em registar todas as intervenções aplicadas durante o parto e os respectivos resultados, o que constitui uma limitação em relação aos resultados das práticas implementadas.

De acordo com Lodge e Haith-Cooper (2016), as posições sentada, cócoras e banco são as que apresentam maior probabilidade de trauma perineal, enquanto que as posições verticais (tais como de joelhos e quatro apoios) apresentam maior probabilidade de períneo intacto. Os fatores que influenciam a incidência de trauma perineal, como a paridade e tempo de imersão na água, foram inconclusivos.

Segundo Alihosseni et al. (2018) a utilização de almofada quente durante o segundo estágio de trabalho de parto é eficaz na prevenção de trauma perineal, reduzindo a taxa de episiotomia e melhorando a integridade perineal de mulheres primíparas.

Na técnica *hands-on versus hands-off* os resultados obtidos não são suficientemente clarificadores, sendo necessário mais estudos para apurar e apoiar a tomada de decisão. A técnica de *hands-off* apresentou menor trauma perineal e menor taxa de episiotomia, enquanto que na técnica de *hands-on* verificou-se o aumento da dor perineal e maior taxa de hemorragia pós-parto. Neste estudo concluíram que a técnica a utilizar parte do juízo clínico do EESMO

para avaliar qual a técnica a aplicar (Petrocnik, & Marshall, 2015).

Segundo os autores supracitados, verifica-se a associação entre a episiotomia da linha média e medio-lateral e o aumento das lacerações de terceiro e quarto grau no uso restrito de episiotomia. Há consenso entre autores no que se refere ao aumento de episiotomias na posição horizontal. Ao comparar a posição de joelhos com a posição sentada, verifica-se maior taxa de períneo intacto no grupo de mulheres ajoelhadas, assim como, a redução de episiotomias. Comparando o decúbito lateral com a posição semi-sentada constata-se menor taxa de episiotomias, mas maior incidência de lacerações labiais de primeiro grau com necessidade de sutura (Lodge, & Haith-Cooper, 2016; Vasco, & Poveda, 2015).

Ao comparar o decúbito lateral com outras posições, esta é a posição com menor taxa de episiotomias, mas em contrapartida é a que apresenta mais lacerações labiais. Quanto às lacerações de segundo grau, nas metanálises estudadas, obtiveram resultados em que este tipo de laceração é mais significativo no grupo de posição vertical e no grupo de posição sentada na cadeira (Vasco, & Poveda, 2015).

A posição apoiada sobre os joelhos e nos quatro membros é aquela que apresenta melhores resultados perineais, sendo que nas posições horizontais existe um

aumento do risco significativo de trauma perineal e da necessidade de sutura (Vasco, & Poveda, 2015). Outros autores, como Gizzo et al. (2014), Silva et al. (2012), Albers e Borders (2007) e Shorten et al. (2002) também referem a mesma conclusão em relação à de posição supina.

Tanto Albers e Borders (2007), como Meyvis et al. (2012) concluem que a posição lateral diminui a possibilidade de lacerações em 33%, assim como Shorten et al. (2002) argumentam que é a posição com maior percentagem de registos de períneos intactos.

No estudo realizado por Vasco e Poveda (2015) não obtiveram dados suficientes em relação à posição lateral, contudo existe uma redução significativa na taxa de episiotomias. Este concluíram ainda que a posição sentada aumenta a probabilidade de trauma perineal e diminui o número de episiotomias. Todavia, Smith et al. (2013) e Oliveira et al. (2014) alegam que a postura não está relacionada com o aparecimento de trauma perineal.

É importante analisar a relevância da diminuição da taxa de episiotomias, pois existe consenso na conveniência de restringir episiotomias em vez do uso por rotina. Através de uma revisão, concluiu-se que o nível de dor no pós-parto é maior em mulheres submetidas a episiotomias, assim como, o início à atividade sexual às seis semanas é mais tardio, comparando

com mulheres com lacerações (Vasco, & Poveda, 2015).

Os resultados obtidos por Vasco e Poveda (2015) permitem verificar que o uso de posições alternativas como a posição vertical e o decúbito lateral, associado a medidas preventivas no decurso da expulsão fetal pode reduzir a taxa de episiotomias. Aconselham o estudo de outras posições que obtiveram bons resultados observacionais, tais como o decúbito lateral e de quatro apoios.

Conclusão

A presente revisão sistemática fornece evidências que as intervenções dirigidas à prevenção do trauma perineal nas parturientes durante o trabalho de parto são fundamentais para o seu bem-estar e recuperação.

As intervenções do EESMO que previnem o trauma perineal são a injeção de hialuronidase, a aplicação de almofada/compressas quentes, a técnica *hands-on versus hands-off*; o uso de posições materna alternativas, o uso da massagem perineal, a aplicação da manobra de Ritgen e o uso restrito da episiotomia. No entanto, existe a necessidade de realizar mais pesquisas relativas às intervenções que minimizem e previnam o trauma perineal, assim como identificar quais são as posições maternas que previnem o trauma perineal e reduzem a taxa de episiotomia.

A intervenção do EESMO deve ser planeada de forma individualizada, considerando o contexto em que a mulher está inserida. Deste modo, surge a necessidade de incutir nos profissionais de saúde uma prática reflexiva, que impulse a melhoria da qualidade dos cuidados, fundamental neste período da vida da mulher.

Cabe ao EESMO apoiar as mulheres na escolha informada sobre os mecanismos de proteção perineal durante o parto, tendo como objetivo primordial a redução da morbidade no pós-parto e a melhoria da saúde e bem-estar sexual das mulheres a longo prazo.

Referências bibliográficas

- Aasheim, V., Nilsen, A. B. V., Reinar, L. M., & Lukasse, M. (2017). Perineal techniques during the second stage of labour for reducing perineal trauma. *The Cochrane Database Of Systematic Reviews*, 7(12). DOI: 10.1002/14651858.CD006672.pub2
- Albers, L. L., & Borders, N. (2007). Minimizing genital tract trauma and related pain following spontaneous vaginal birth. *J Midwifery Women Health*, 52, 246-53. DOI: 10.1016/j.jmwh.2006.12.008
- Alihosseni, F., Abedi, P., Afshary, P., Haghghi, M. R., & Hazeghi, N. (2018). Investigating the Effect of Perineal Heating Pad on the Frequency of Episiotomies and

Perineal Tears in Primiparous Females. *Medical-Surgical Nursing Journal*, 7(1), e82588. **DOI:** 10.5812/msnj.82588

American College of Obstetricians and Gynecologists. (2016). Practice Bulletin number 165: Prevention and Management of Obstetric Lacerations at Vaginal Delivery. *Obstet Gynecol*, 128(1), e1-e15. **DOI:** 10.1097/AOG.0000000000001523

Beckmann, M. M., & Stock, O. M. (2013). Antenatal perineal massage for reducing perineal trauma. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 4, Art. n° CD005123. **DOI:** 10.1002/14651858.CD005123.pub3

Gizzo, S., Di Gangi, S., Noventa, M., Bacile, V., Zambon, A., & Nardelli, G. B. (2014). Women's choice of positions during labour: return to the past or a modern way to give birth? A cohort study in Italy. *Biomed Res Int*, 1, 1-7. **DOI:** 10.1155/2014/638093

Lawrence, A., Lewis, L., Hofmeyr, G. J., & Styles, C. (2013). Maternal positions and mobility during first stage labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 9(10). **DOI:** 10.1002/14651858.CD003934.pub4

Leenskjold, S., Høj, L., & Pirhonen, J. (2015). Manual protection of the perineum reduces the risk of obstetric anal sphincter ruptures. *Danish Medical Journal*, 62(5), 1-5. Recuperado de http://www.danmedj.dk/portal/page/portal/danmedj.dk/dmj_forsi

de/PAST_ISSUE/2015/DMJ_2015_05/A5075

Lodge, F., & Haith-Cooper, M. (2016). The effect of maternal position at birth on perineal trauma: A systematic review. *British Journal of Midwifery*, 24(3), 172-180. **DOI:** 10.12968/bjom.2016.24.3.172

Meyvis, I., Van Rompaey, B., Goormans, K., Truijen, S., Lambers, S., ... Mistiaen, W. (2012). Maternal position and other variables: effects on perineal outcomes in 557 births. *Birth*, 39(2), 115-20. **DOI:** 10.1111/j.1523-536X.2012.00529.x.

Oliveira, L. S., Brito, L. G. O., Quintana, S. M., Duarte, G., & Marcolin, A. C. (2014). Perineal trauma after vaginal delivery in healthy pregnant women. *Sao Paulo Med J*, 132(4), 231-8. **DOI:** 10.1590/1516-3180.2014.1324710

Ordem dos Enfermeiros. (2010). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Recuperado de https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documentos/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasSaudeMaternaObstGinecologica_aprovadoAG20Nov2010.pdf

Petrocnik, P., & Marshall, J. E. (2015). Hands-poised technique: The future technique for perineal management of second stage of labour? A modified systematic literature review. *Midwifery*,

31(2), 274-279. **DOI:** 10.1016/j.midw.2014.10.004

Santos, R. C., & Riesco, M. L. (2017). Implementation of care practices to prevent and repair perineal trauma in childbirth. *Revista Gaucha de Enfermagem*, 37, e68304. **DOI:** 10.1590/1983-1447.2016.esp.68304

Shorten, A., Donsante, J., & Shorten, B. (2002). Birth position, accocheur, and perineal outcomes: informing women about choices for vaginal birth. *Birth*, 29, 18-27. **DOI:** 10.1046/j.1523-536x.2002.00151.x

Silva, F. M. B., Oliveira, S. M., Bick, D., Osava, R. H., Tuesta, E. F., & Riesco, M. L. G. (2012). Risk factors for birth-related perineal trauma: a cross-sectional study in a birth centre. *J Clin Nurs*, 21(15-16), 2209-18. **DOI:** 10.1111/j.1365-2702.2012.04133.x

Smith, L.A., Price, N., Simonite, V., & Burns, E. E. (2013). Incidence of and risk factors for perineal trauma: a prospective observational study. *BMC Pregnancy Childbirth*, 13, 59. **DOI:** 10.1186/1471-2393-13-59

Swanson, K. M. (1993). Nursing as informed caring for the well-being of others. *Journal of Nursing Scholarship*, 25(4), 352-57. Recuperado de http://nursing.unc.edu/files/2012/11/ccm3_032549.pdf

The Joanna Briggs Institute. (2014). Joanna Briggs Institute Reviewers Manual 2014 edition. Australia: Joanna Briggs Institute. Recuperado de <https://nursing.lsuhsu.edu/JBI/docs/ReviewersManuals/Economic.pdf>

The Joanna Briggs Institute. (2017). The Joanna Briggs Institute Critical Appraisal tools for use in JBI Systematic Reviews. Australia: Joanna Briggs Institute. Recuperado de <https://joannabriggs.org/research/critical-appraisal-tools.html>

Vasco, M., & Poveda, C. (2015). Metaanálisis sobre posturas maternas en el expulsivo para mejorar los resultados perineales. *Matronas Profesion*, 16(3), 90-95. Recuperado de <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=110468879&lang=pt-br&site=ehost-live>

Yamasato, K., Kimata, C., Huegel, B., Durbin, M., Ashton, M., & Burlingame, J. M. (2016). Restricted episiotomy use and maternal and neonatal injuries: a retrospective cohort study. *Archives of Gynecology & Obstetrics*, 294(6), 1189-1194. **DOI:** 10.1007/s00404-016-4154-2

Zhou, F., Wang X., Li, J., Huang, G., & Gao, B. (2014). Hyaluronidase for reducing perineal trauma. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 5(2). **DOI:** 10.1002/14651858.CD010441.pub2

Intervenções de reabilitação que previnem o declínio funcional na pessoa com ventilação mecânica invasiva: Revisão *Scoping*

Rehabilitation interventions that prevent functional decline in people with invasive mechanical ventilation: Scoping review

Gonçalo Rosa¹, Vanda Lopes da Costa²

1. Hospital Garcia da Orta E.P.E., Escola Superior de Saúde Egas Moniz, 2. Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

Resumo

Enquadramento: O declínio funcional é um problema que afeta a pessoa em situação crítica submetida a ventilação mecânica invasiva e que está na origem de complicações a nível físico, psicológico e social. É um foco sensível à intervenção terapêutica do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação pela preservação do potencial funcional, prevenção e tratamento de complicações, promoção da funcionalidade e maximização das capacidades para o autocuidado.

Objetivos: Identificar, descrever e mapear as intervenções de reabilitação que previnem o declínio funcional na pessoa com ventilação mecânica invasiva.

Metodologia: A presente revisão *scoping* foi elaborada segundo a metodologia proposta pelo The Joanna Briggs Institute, nas bases de dados eletrónicas das plataformas EBSCOhost e PubMed, no friso temporal de 2009 a 2018.

Resultados: Foram obtidos 23 artigos após leitura do título, resumo e aplicação dos critérios de exclusão. Destes foram incluídos 7, após análise do texto integral.

Conclusão: Foram identificados diferentes protocolos de programas de reabilitação, pelo que consideramos pertinente destacar as intervenções que apresentaram maior representatividade nas investigações analisadas, as quais são os exercícios de reeducação funcional respiratória, o posicionamento terapêutico, as mobilizações passivas, ativas e ativas com resistência, o treino de equilíbrio corporal, transferências e marcha.

Palavras-chave: declínio funcional; ventilação mecânica invasiva; reabilitação; unidade de cuidados intensivos

Abstract

Background: The functional decline is a problem that affects people in critical situations undergoing invasive mechanical ventilation and is the cause of complications at physical, psychological and social levels. It is a sensitive focus for therapeutic intervention by a Specialist Nurse in Rehabilitation for the preservation of the functional potential, prevention and treatment of complications, functionality promotion and maximisation of self care capabilities.

Objectives: To describe and to map the rehabilitation interventions that prevent functional decline in persons with invasive mechanical ventilation.

Methodology: This scoping review was prepared according to the methodology proposed by the Joanna Briggs Institute, using the electronic platforms databases EBSCOhost and PubMed, within the timeframe 2009-2018.

Results: 23 articles were obtained after reading the title, abstract and application of the exclusion criteria. Of these, 7 were included after full text analysis.

Conclusion: Different rehabilitation program protocols were identified, therefore it is considered relevant to highlight the interventions that showed greater representation in the analyzed research, which are respiratory functional reeducation exercises, therapeutic positioning, passive, active and with active resistance mobilization, body balance training, transfers and gait.

Keywords: functional decline; mechanical ventilation; rehabilitation; intensive care unit

Introdução

A crescente multi-morbilidade e incapacidade funcional associadas a doenças crónicas e respetivos períodos de agudização, traduz-se muitas das vezes em internamentos de carácter urgente e emergente, com necessidade de suporte ventilatório invasivo por tempo indeterminado.

Apesar da ventilação mecânica invasiva (VMI) ser uma estratégia *lifesaving*, implica riscos que podem conduzir a uma degradação significativa do estado de saúde a curto e longo prazo, com um potencial funcional substancialmente reduzido (Khalafi, Elahi, & Ahmadi, 2016; Mehta, Syeda, Wiener, & Walkey, 2015).

Nos Estados Unidos da América o número de pessoas submetidas VMI era de 311 casos por 100 mil adultos em 2009, o que corresponde a mais de 700 mil pessoas por ano (Mehta et al., 2015). Em Portugal, cerca de 75% das pessoas internadas em unidade de cuidados intensivos realizam VMI (Esteban et al., 2000).

Segundo Covinsky et al. (2003), 35% das pessoas ventiladas mecanicamente sofrem um declínio da funcionalidade para executar o seu autocuidado, quando comparado o período entre as duas semanas que antecederam a hospitalização e o momento da alta. Estes estabelecem também uma associação entre o aumento da idade e a elevação do risco de declínio. Quanto mais velho,

maior é o risco de maus resultados funcionais, o que se relaciona com a menor probabilidade de recuperar a função perdida antes da admissão e maior probabilidade de desenvolver novos défices funcionais durante a hospitalização. Em pessoas com mais de 85 anos a redução da funcionalidade atinge 50% e com mais de 90 anos, cerca de 65% (Covinsky et al., 2003). Os resultados de Asmus-Szepesi et al. (2011) apoiam estes dados.

Wakefield e Holman (2007) referem que o declínio funcional é um conceito prognóstico importante e subestimado. Como resultados identificaram que a pessoa com declínio funcional durante o internamento apresenta uma taxa de mortalidade superior nos três meses seguintes à alta hospitalar.

A reabilitação é a área de enfermagem que engloba um conjunto de conhecimentos e procedimentos específicos que visam a independência da pessoa com doença incapacitante, maximizando o seu potencial funcional (Ordem dos Enfermeiros, 2019).

A complexidade dos cuidados à pessoa em situação crítica exige uma intervenção especializada com base na melhor evidência disponível. Deste modo, o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação deve intervir com vista a maximizar e promover a capacidade funcional da pessoa com declínio funcional, com benefícios não só

a nível individual, mas também coletivo, já que ao promover a sua capacidade funcional pode ser diminuído o tempo de internamento, simplificado o processo de alta hospitalar e melhorada a adaptação à condição de saúde no domicílio (Dunn et al., 2017; Graf, 2006).

Desta forma, importa identificar, descrever e mapear as intervenções de reabilitação que previnem o declínio funcional na pessoa com VMI, o que motivou a realização desta revisão.

Enquadramento

O conceito de declínio funcional refere-se à perda de independência ou de deterioração da capacidade de manutenção do autocuidado. Pode ser referido como perda de função ou prejuízo funcional (Parekh, & King, 2010) e como perda de independência em atividades de autocuidado ou deterioração das competências de autocuidado (Fortinsky, Covinsky, Palmer, & Landefeld, 1999).

A perda de capacidade não está estritamente ligada ao diagnóstico médico, visto que, após a resolução do evento crítico, a pessoa permanece numa situação de incapacidade, que foi decerto deteriorada (Hoogerduijn, Schuurmans, Korevaar, Buurman, & De Rooij, 2010).

Num estudo realizado em Portugal com uma amostra de 40 pessoas, com a finalidade de descrever o impacto do

internamento na capacidade funcional após a ocorrência de um evento crítico, Petronilho, Magalhães, Machado e Miguel (2010) descrevem que a população em estudo apresenta um grau de dependência elevado no autocuidado, mais significativamente no domínio da atividade física. Segundo os autores, a incapacidade funcional para o autocuidado tem uma relação direta e significativa com o grau de dependência da pessoa. Deste estudo, são destacados quatro fatores ao nível dos processos corporais que determinam a perda de autonomia e portanto, o declínio funcional. São eles a diminuição da força muscular generalizada, perda de equilíbrio, perda da capacidade de executar movimentos articulares finos e da capacidade de coordenação de movimento.

A situação crítica, conduz a consequências negativas como imobilidade, disfunção neuromuscular, contraturas, tromboembolismo, atelectasias, resistência à insulina e úlceras por pressão (Dunn et al., 2017).

Podem ainda ocorrer problemas físicos como alteração da força muscular, disfagia, caquexia ou emagrecimento, disfunção de órgãos, dor crónica, disfunção sexual, bem como problemas de saúde mental como depressão, ansiedade ou *stress* pós-traumático. Verificam-se também deficiências cognitivas ou delírio, com impacto na funcionalidade, na qualidade de vida e

nas atividades de vida (Mehlhorn et al., 2014).

Os efeitos mais frequentemente identificados manifestam-se no sistema músculo-esquelético e incluem diminuição da massa e força muscular, encurtamento muscular, alterações da densidade óssea e na estrutura articular e periarticular cartilaginosa, com perda acentuada de força dos membros inferiores, o que limita a mobilidade. A diminuição da massa muscular está associada ao declínio funcional, à ocorrência de queda e ao aumento da vulnerabilidade (Gillis, & MacDonald, 2005). O reconhecimento do declínio músculo-esquelético suscita a necessidade de concentrar esforços no estudo de intervenções de mobilização, que apontam para a melhoria da capacidade funcional e, conseqüentemente, melhores resultados a nível respiratório e de gasto energético (Dunn et al., 2017).

Com base na implementação de um programa de enfermagem de reabilitação precoce, são várias as vantagens advindas da sua atuação que se refletem na diminuição do tempo de internamento e na promoção do desmame ventilatório, minimizando assim, o impacto das complicações respiratórias e músculo-esqueléticas adjacentes, conduzindo à prevenção de sequelas (Cordeiro, & Menoita, 2014).

A funcionalidade tem uma importância fundamental para a manutenção do desempenho do autocuidado. A capacidade para realizar algo de forma autónoma é um objetivo fulcral que deve ser garantido a todos (Organização Mundial de Saúde, & Direção-Geral da Saúde, 2004).

Segundo Hoeman (2011) a avaliação da funcionalidade de um indivíduo, é estrutural para o planeamento e execução dos cuidados de reabilitação, fornecendo dados sobre componentes essenciais para a capacitação da pessoa. Assim, a avaliação funcional possibilita incorporar os resultados da avaliação em planos de cuidados de enfermagem de reabilitação centrados na pessoa.

Metodologia

Para a realização desta revisão *scoping* foram consideradas as orientações do The Joanna Briggs Institute (2015). A questão de investigação foi formulada com recurso ao formato PCC: Quais são as intervenções de reabilitação (C) que previnem o declínio funcional (C) na pessoa com ventilação mecânica invasiva (P)?

Estratégia de pesquisa

Foram considerados como critérios de inclusão os artigos que:

- Envolvem estudos em pessoas sujeitas a ventilação mecânica invasiva;

- Identificam alterações do ponto de vista da funcionalidade da pessoa;
- Integram programas de reabilitação;
- Utilizam metodologia qualitativa e quantitativa;
- Apresentem texto integral, redigido em língua inglesa ou portuguesa;
- Tenham sido publicados entre 2009 e 2018.

Foram considerados como critérios de exclusão os artigos:

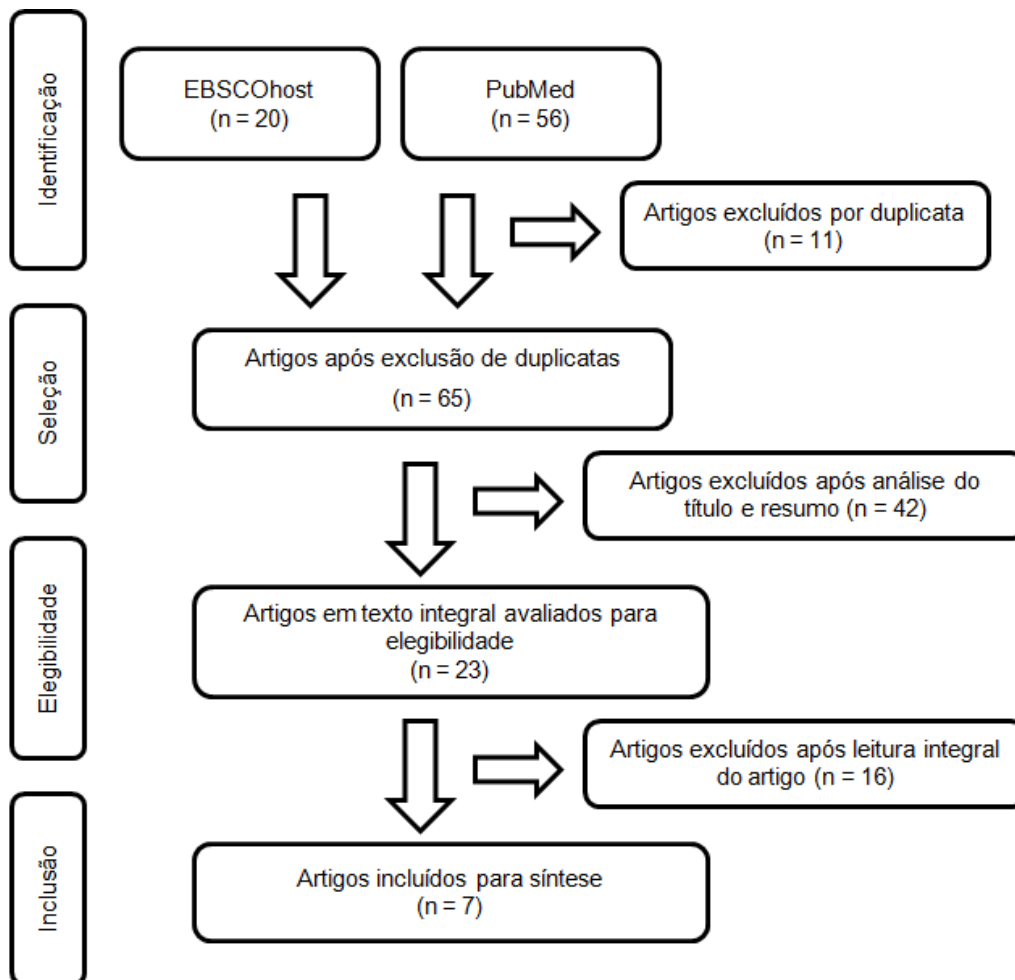
- Sem referência às intervenções de reabilitação;
- Que incidam em estudos específicos sobre uma determinada patologia ou condição;
- Com estudos pediátricos;
- Com foco na ventilação não invasiva.

Inicialmente foi realizada uma pesquisa exploratória, na qual se verificou que não existia nenhuma revisão que respondesse à questão de investigação.

Posteriormente procedeu-se a uma pesquisa na qual foram identificados os descritores em linguagem natural e indexada *functional decline, mechanical ventilation, rehabilitation* e *intensive care unit* e realizada a interceção utilizando os operadores booleanos OR e AND. A pesquisa foi efetuada entre 18/06/2018 e 22/06/2018 nas bases de dados eletrónicas das plataformas EBSCOhost e PubMed, obtendo um resultado total de 76 artigos.

Para a seleção dos artigos, verificou-se se o título cumpria os critérios de inclusão e exclusão. Quando surgiram dúvidas foi consultado o *abstract*. Após esta fase foram selecionados 23 artigos para leitura do texto completo que levou à exclusão de 16 artigos, tendo sido englobados nos resultados 7 artigos. Após esta análise, procedeu-se à construção do Fluxograma PRISMA (Figura 1) de modo a facilitar o relato dos resultados deste estudo.

Figura 1 - Fluxograma Prisma do processo de seleção de estudos



Resultados e discussão

Os 7 estudos selecionados são provenientes da Austrália (N=1), dos Estados Unidos da América (N=1), da Suíça (N=1), do Brasil (N=1), de Israel (N=1) e da China (N=2), atribuindo alguma diversidade cultural.

Como resultado desta revisão (Quadro 1) verificamos que Doiron, Hoffmann e Beller (2018) efetuaram uma meta-análise com o objetivo de avaliar os efeitos da intervenção precoce em adultos em

situação crítica durante e após a ventilação mecânica. O início dos programas de reabilitação identificados variou entre 24 e 48h após o recurso terapêutico à VMI. A frequência das intervenções também teve grande variabilidade, tendo sido identificados planos de exercício de uma a três vezes por dia.

Os autores supracitados verificaram que as intervenções de reabilitação utilizadas foram a estimulação muscular elétrica, a terapia de inversão, as mobilizações passivas, ativas e ativas com resistência,

os exercícios de flexibilidade, o treino de transferências, equilíbrio corporal e marcha. Os exercícios de resistência foram realizados com recurso a bandas elásticas.

Em contraste com as intervenções selecionadas neste programa de reabilitação, Eggmann, Verra, Luder, Takala e Jakob (2016) delinearam um protocolo de um estudo randomizado no qual as escolhas das intervenções recaíram sobre os posicionamentos terapêuticos e exercícios de reeducação funcional respiratória. A única intervenção transversal às duas investigações foram os exercícios de amplitude articular com mobilizações passivas e ativas. Em relação à frequência das sessões de reabilitação, estes autores apenas mencionam que as intervenções foram efetuadas diariamente, de segunda a sexta-feira, não sendo especificado a duração de cada sessão.

Dunn et al. (2017) efetuaram uma revisão integrativa da literatura, na qual também identificaram incongruências relativamente ao tipo específico de exercícios utilizados, sem existência de uma abordagem universalmente aceite. Dois dos artigos identificados focam o desenvolvimento do equilíbrio e a manutenção da postura corporal, com recurso à utilização de bandas elásticas e pesos, como um passo inicial do programa de reabilitação.

Estes investigadores identificaram que os exercícios a nível dos membros superiores e inferiores foram as intervenções terapêuticas mais comuns aos programas de reabilitação que constam nos artigos extraídos. A única intervenção consistente em todos os estudos foi a utilização de resistência ponderada até 600g de peso. A mobilidade progressiva e as atividades funcionais foram os objetivos de todos os programas de terapia. No entanto, as especificidades da progressão da posição sentado para a deambulação são abordadas em apenas três artigos. O treino muscular respiratório foi incluído em cinco dos artigos publicados, mas verificou-se novamente uma variação significativa na abordagem.

Outra das investigações identificadas foi realizada por Yosef-Brauner, Adi, Shahar, Yehezkel e Carmeli (2015) com o intuito de avaliar o efeito da reabilitação nas pessoas com diminuição da força muscular, capacidade respiratória e funcionalidade. Estes investigadores desenvolveram um programa de reabilitação com três fases, onde progressivamente foram incluídas intervenções como as alternâncias de decúbito, as mobilizações passivas e ativas dos membros superiores e inferiores, a hiperinsuflação manual do pulmão, as aspiração de secreções, os exercícios de reeducação funcional respiratória, a alternância de decúbitos e

os exercícios de mobilidade na cama, tais como, sentar na beira da cama e os exercícios de equilíbrio corporal. Na última fase foi incluído o treino de transferência da cama para a posição ortostática e o treino de marcha.

Chen et al. (2011) desenvolveram um programa de reabilitação que consistiu em intervenções de reeducação funcional respiratória, com respiração diafragmática sob fluxo de oxigênio com alvo de saturações periféricas de oxigênio superiores a 95%, seguido da tosse ativa. Foram englobados também os exercícios de fortalecimento muscular a nível dos membros superiores e inferiores com recurso a pesos, três sessões de 10 minutos ou duas de 15 minutos por dia, assim como o treino de levantar/sentar na cadeira e treino de marcha com suporte de ventilador portátil ou oxigênio suplementar. A frequência das sessões de reabilitação foi cinco dias por semana com duração de seis semanas.

Yang et al. (2010) realizaram um programa de reabilitação que incluiu sessões de 30 minutos diárias, cinco vezes por semana. Essas sessões englobaram intervenções de reeducação funcional respiratória, com a realização de exercícios de respiração abdomino-diafragmática com recurso a um saco de areia de 1-2 kg. Englobaram ainda mobilizações articulares passivas e ativas, e se a pessoa demonstra-se capacidade, efetuava o treino de mobilidade

progressiva, com a realização de exercícios na posição de sentada, em pé ou na realização da marcha, não sendo discriminado a tipologia dos exercícios.

Por último, Rodrigues, Machado, Chiari, Rosseti, Lorenzon e Gonçalves (2015) avaliaram a viabilidade da implementação precoce de um programa de reabilitação da deglutição em doentes traqueostomizados sob ventilação mecânica invasiva. As técnicas utilizadas consistiram em exercícios de amplitude de movimentos e fortalecimento muscular dos lábios, língua e bochechas, estimulação termo-tátil, técnicas posturais e mudanças voluntárias da deglutição e alteração da dieta. A frequência foi 5 a 7 sessões por pessoas, num espaço temporal de 9 a 12 dias.

Globalmente identificaram diversas intervenções que foram implementadas em programas de reabilitação com o intuito de prevenir o declínio funcional. Os exercícios de reeducação funcional respiratória, o posicionamento terapêutico, as mobilizações passivas, ativas e ativa com resistência, o treino de equilíbrio corporal, transferências e marcha desenvolvidos nestas investigações são intervenções recomendadas por diversos autores (Cordeiro, & Menoita, 2014; Hoeman, 2000; Marques, & Sousa, 2017; Menoita, 2014).

De destacar que a nível da implementação dos diferentes programas, a frequência das intervenções também

teve grande variabilidade, tendo sido identificados planos de treino bastante díspares. Esta evidência pode derivar da inexistência de diretrizes de intervenção junto desta população, contudo diversos autores de referência na área de enfermagem de reabilitação sugerem a personalização dos programas de intervenção, incidindo as suas recomendações em programas de reabilitação com planos de intervenção individualizados (Cordeiro, & Menoita, 2014; Hoeman, 2000; Marques, & Sousa, 2017; Menoita, 2014).

Quadro 1 – Extração e síntese de dados

Autor/ Ano/ Título	Tipo de estudo/ objetivos	Intervenções de reabilitação
Doiron, Hoffmann e Beller (2018) Early intervention (mobilization or active exercise) for critically ill adults in the intensive care unit	Meta Análise. Avaliar os efeitos da intervenção precoce (mobilização e exercícios ativos) em adultos em situação crítica durante e após a ventilação mecânica invasiva.	Recurso à estimulação muscular elétrica, terapia de inversão, mobilizações passivas, ativas e ativa com resistência, exercícios de flexibilidade, treino de transferências, equilíbrio corporal e marcha. Exercícios resistidos progressivos realizados com recurso a bandas de resistência elástica. O período de tempo para iniciar o programa de reabilitação variou entre as 24 e as 48h, após o início da ventilação mecânica. A frequência dos diferentes programas de reabilitação variou entre planos de exercício diários a três vezes dia, com duração de 30 minutos.
Dunn et al. (2017) Mobilization of prolonged mechanical ventilation patients: An integrative review	Revisão integrativa da literatura. Avaliar se a mobilização melhora a função física em pessoas sob ventilação mecânica invasiva.	Foi identificada incongruência relativamente ao tipo específico de exercícios utilizados, sem existência de uma abordagem universalmente aceite. Dois dos artigos focam o desenvolvimento do equilíbrio e a manutenção da postura corporal com recurso à utilização de bandas elásticas e pesos como um passo inicial do programa de reabilitação. As intervenções mais comuns foram os exercícios a nível dos membros superiores e inferiores. A mobilidade progressiva e as atividades funcionais foram os objetivos de todos os programas de terapia, no entanto, as especificidades da progressão da posição sentada para a deambulação são abordadas apenas por três autores. O treino muscular respiratório foi incluído em cinco dos artigos, mas verificou-se novamente uma variação significativa na abordagem. Os métodos variaram desde o uso de um saco de areia pesado colocado no abdómen, à utilização de um <i>threshold</i> ou à técnica da respiração diafragmática. A frequência dos diferentes programas variou entre estudos, verificando-se a realização de sessões entre quatro a seis vezes por semana, com uma duração variável entre 15 e 60 minutos, sendo as sessões de 30 minutos as mais frequentes.
Eggmann, Verra, Luder, Takala e Jakob (2016) Effects of early, combined endurance and resistance training in mechanically ventilated, critically ill patients: a study protocol for a randomised controlled trial	Protocolo de um estudo controlado randomizado. Investigar os efeitos e a segurança do treino de resistência combinado com a mobilização precoce em comparação com um plano de reabilitação padrão em pessoas sob ventilação mecânica invasiva.	A intervenção consiste no recurso ao posicionamento terapêutico, exercícios de reabilitação funcional respiratória, exercícios de amplitude articular com mobilizações passivas e ativas. A frequência das sessões de reabilitação será diariamente, de segunda a sexta-feira, não sendo especificada a duração de cada sessão.
Rodrigues, Machado, Chiari, Rosseti, Lorenzon e Gonçalves (2015) Swallowing rehabilitation of dysphagic tracheostomized patients under mechanical ventilation in intensive care units: a feasibility study	Estudo randomizado não controlado. Avaliar a viabilidade da implementação precoce de um programa de reabilitação da deglutição em doentes traqueostomizados sob ventilação mecânica invasiva.	As técnicas de treino da deglutição foram a terapia indireta (deglutição de saliva) e a terapia direta (deglutição de alimentos). Foram utilizados exercícios de amplitude de movimentos e fortalecimento muscular dos lábios, língua e bochechas, estimulação termo-tátil, técnicas posturais, mudanças voluntárias da deglutição e alteração da dieta. Foram realizadas 5 a 7 sessões por pessoa, num espaço temporal de 9 a 12 dias, não sendo especificada a duração de cada sessão.

<p>Yosef-Brauner, Adi, Shahar, Yehezkel e Carmeli (2015) Effect of physical therapy on muscle strength, respiratory muscles and functional parameters in patients with intensive care unit-acquired weakness</p>	<p>Estudo randomizado controlado. Avaliar o efeito de um protocolo de reabilitação em contexto de unidade de cuidados intensivos, na pessoas com diminuição da força muscular, capacidade respiratória e funcionalidade.</p>	<p>A primeira fase incluiu as alternâncias de decúbito, mobilizações passivas na posição de sentado, com seis repetições por movimento para todas as articulações dos membros superiores e inferiores, hiperinsuflação manual do pulmão e aspiração de secreções. A segunda fase incluiu exercícios de reeducação funcional respiratória para aqueles que conseguiram respirar espontaneamente, hiperinsuflação manual do pulmão e aspiração de secreções. Mobilizações ativas a nível dos membros superiores e inferiores por um período de 15 minutos. Alternância de decúbitos e exercícios de mobilidade na cama, tais como sentar na beira da cama e exercícios de equilíbrio corporal. A terceira fase baseou-se no treino da funcionalidade e incluiu a repetição do plano de reabilitação da segunda fase, acrescentando o treino de transferência da cama para a posição ortostática e o treino de marcha. A frequência e a duração das sessões de reabilitação não foram especificadas.</p>
<p>Chen et al. (2011) Physical training is beneficial to functional status and survival in patients with prolonged mechanical ventilation</p>	<p>Estudo randomizado controlado. Estudar os resultados do <i>status</i> funcional, taxa de sobrevivência e status sem ventilador para ventilação mecânica invasiva prolongada em pessoas um ano após o início do programa de reabilitação.</p>	<p>O programa de reabilitação incluiu a reeducação funcional respiratória, com respiração diafragmática sob fluxo de oxigénio com alvo de saturações periféricas de oxigénio superiores a 95%, seguido da tosse ativa. Exercícios de fortalecimento muscular a nível dos membros superiores e inferiores com recurso a pesos, três sessões de 10 minutos ou duas de 15 minutos por dia. Treino de transferência para a cadeira e manutenção da posição sentado no mínimo 20 minutos por dia. Treino de levantar/sentar na cadeira e treino de marcha com suporte de ventilador portátil ou oxigénio suplementar. A frequência das sessões de reabilitação foi cinco dias por semana com duração de seis semanas.</p>
<p>Yang et al. (2010) Outcome of physical therapy Intervention on ventilator weaning and functional status</p>	<p>Estudo controlado randomizado. Compreender as características da dependência da ventilação mecânica invasiva e os efeitos potenciais da reabilitação no desmame do ventilador e no estado funcional dos doentes.</p>	<p>O programa de reabilitação englobou sessões de 30 minutos diárias, cinco vezes por semana que incluíram treino de reeducação funcional respiratória, com a realização de exercícios de respiração abdomino-diafragmática, realizada em três séries de exercícios com 10 repetições. O fortalecimento muscular foi realizado com recurso a um saco de areia de 1-2 kg, colocado no abdómen superior, com 10 repetições por série para três séries. As mobilizações articulares passivas e ativas, exercícios a nível dos membros superiores e inferiores foram realizados 10 vezes em cada articulação por série para três séries. Se a pessoa possuía capacidade foi realizado o treino de mobilidade progressiva, com exercícios realizados na posição sentada, em pé ou na realização da marcha.</p>

Conclusão

A pessoa submetida a ventilação mecânica invasiva está sujeita a declínio funcional, pelo que é fulcral a identificação das intervenções de reabilitação que impedem o desenvolvimento dessa consequência.

A realização desta revisão *scoping* permitiu a identificação de diversas intervenções de reabilitação que são implementadas com o objetivo de prevenir o declínio funcional. Foram identificados diferentes protocolos de programa de reabilitação, pelo que consideramos pertinente destacar as intervenções que apresentaram maior representatividade nas investigações analisadas, as quais são os exercícios de reeducação funcional respiratória, o posicionamento terapêutico, as mobilizações passivas, ativas e ativa com resistência, o treino de equilíbrio corporal, transferências e marcha.

Existem diversas variáveis a ter em conta para prevenir o declínio funcional da pessoa, pelo que consideramos importante salientar a identificação de um estudo que abordou a reabilitação da deglutição em doentes traqueostomizados sob ventilação mecânica invasiva, no qual foram desenvolvidas como intervenções de reabilitação os exercícios de amplitude de movimentos e fortalecimento muscular dos lábios, língua e

bochechas, estimulação termo-tátil, técnicas posturais e mudanças voluntárias da deglutição e alteração da dieta.

Para finalizar, destaca-se que a realização desta investigação apresenta limitações, pois o recurso a bases de dados restritas, assim como a limitação temporal selecionada podem ter influência nos resultados obtidos.

Referências bibliográficas

- Asmus-Szepesi, K. J., de Vreede, P. L., Nieboer, A. P., van Wijngaarden, J. D., Bakker, T. J., Steyerberg, E. W., ... Mackenbach J. P. (2011). Evaluation design of a reactivation care program to prevent functional loss in hospitalised elderly: a cohort study including a randomised controlled trial. *MC Geriatrics*, 11(36), 1-17. DOI: 10.1186/1471-2318-11-36
- Chen, S., Su, C., Wu, Y., Wang, L., Wu, C., Wu, H. ... Chiang, L. (2011). Physical training is beneficial to functional status and survival in patients with prolonged mechanical ventilation. *Journal of the Formosan Medical Association*, 110, 572-579. DOI: 10.1016/j.jfma.2011.07.008
- Cordeiro, M. C. O., & Menoita, E. C. P. C. (2014). *Manual de boas práticas na reabilitação respiratória*. (2ª Ed.). Loures: Lusociência.

- Covinsky, K. E., Palmer, R. M., Fortinsky, R. H., Counsell, S. R., Stewart, A. L., Kresevic, D., ... Landefeld, C. S. (2003). Loss of independence in activities of daily living in older adults hospitalized with medical illnesses: increased vulnerability with age. *Journal of the American Geriatrics Society*, 51(4), 451-458. DOI:10.1046/j.15325415.2003.51152.x
- Doiron, K. A., Hoffmann, T. C., & Beller, E. M. (2018). Early intervention (mobilization or active exercise) for critically ill adults in the intensive care unit. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 3, 1-58. DOI: 10.1002/14651858.CD010754.pub2
- Dunn, H., Quinn, L., Corbridge, S., Eldeirawi, K., Kapella, M., & Collins, E. (2017). Mobilization of prolonged mechanical ventilation patients: An integrative review. *Heart Lung*, 46(4), 221-233. DOI: 10.1016/j.hrtlng.2017.04.033
- Eggmann, S., Verra, M. L., Luder, G., Takala, J., & Jakob, S. M. (2016). Effects of early, combined endurance and resistance training in mechanically ventilated, critically ill patients: A randomised controlled trial. *PLoS One*, 13(11), 1-11. DOI: 10.1371/journal.pone.0207428
- Esteban, A., Anzueto, A., Alía, I., Gordo, F., Apezteguía, C., Pálizas, F. ... Tobin, M. J. (2000). How Is Mechanical Ventilation Employed in the Intensive Care Unit? *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 161(5), 1450–1458. DOI: 10.1164/ajrcm.161.5.9902018
- Fortinsky, R., Covinsky, K., Palmer, R., & Landefeld, C. (1999). Effects of functional status changes before and during hospitalization on nursing home admission of older adults. *The Journals of Gerontology - Biological Sciences And Medical Sciences*, 54(10), 521-526.
- Gillis, A., & MacDonald, B. (2005). Deconditioning in the hospitalized elderly. *Canadian Nurse*, 101(6), 16-20. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16121472>
- Graf, C. (2006). Functional decline in hospitalized older adults. *American Journal of Nursing*, 106(1), 58-67. DOI: 10.1097/00000446-200601000-00032
- Hoeman, S. P. (2000). *Enfermagem de Reabilitação - Aplicação e processo*. (2ª ed.). Loures: Lusociência.
- Hoeman, S. P. (2011). *Enfermagem de Reabilitação: Prevenção, Intervenção e Resultados Esperados*. (4ª ed.). Loures: Lusociência.
- Hoogerduijn, J. G., Schuurmans, M. J., Korevaar, J. C., Buurman, B. M., & De Rooij, S. E. (2010). Identification of older hospitalised patients at risk for functional decline, a study to compare the predictive values of three screening

- instruments. *Journal of Critical Nursing*, 19(9-10), 1219-1225. **DOI:** 10.1111/j.1365-2702.2009.03035.x
- Khalafi, A., Elahi, N., & Ahmadi, F. (2016). Continuous care and patients' basic needs during weaning from mechanical ventilation: A qualitative study. *Intensive and Critical Care Nursing*, 37, 37-45. **DOI:** 10.1016/j.iccn.2016.05.005
- Marques, V. C., & Sousa, L. (2017). *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida*. Lisboa: Lusodidacta.
- Mehlhorn, J., Freytag, A., Schmidt, K., Brunkhorst, F. M., Graf, J., Troitzsch, U., ... Gensichen, J. (2014). Rehabilitation Interventions for Postintensive Care Syndrome: A Systematic Review. *Critical Care Medicine*, 42(5), 1263–1271. **DOI:** 10.1097/CCM.000000000000148
- Mehta, A., Syeda, S., Wiener, R., & Walkey, A. (2015). Epidemiological trends in invasive mechanical ventilation in the United States: A population-based study. *Journal of Critical Care*, 30, 1217–1221. **DOI:** 10.1016/j.jcrc.2015.07.007
- Menoita, E. C. (Coord.) (2014). *Reabilitar a Pessoa Idosa com AVC: Contributos para um envelhecer resiliente*. Loures: Lusociência.
- Ordem dos Enfermeiros. (2019). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação*. Recuperado de <https://dre.pt/application/conteudo/122216893>
- Organização Mundial de Saúde, & Direção-Geral da Saúde. (2004). *CIF: Classificação internacional da funcionalidade, incapacidade e saúde*. Recuperado de <https://www.dgs.pt/estatisticas-de-saude/documentos-para-download/classificacao-internacional-de-funcionalidade-incapacidade-e-saude-cif-pdf.aspx>
- Parekh, R., & King, M. (2010). Preventing Loss of Function in Older Persons After Hospitalization. *Connecticut Medicine*, 24(1), 12-16. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20175367>
- Petronilho, F., Magalhães, M., Machado, M., & Miguel, N. (2010). Caracterização do doente após evento crítico: impacto da (in)capacidade funcional no grau de dependência no autocuidado. *Revista Sinais Vitais*, 88, 41-47. Recuperado de http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/13637/1/artigo_%20investiga%C3%A7%C3%A3o_caracteriza%C3%A7%C3%A3o_do_doente_20ap%C3%B3s_evento_cr%C3%ADtico.pdf
- Rodrigues, K. A., Machado, F. R., Chiari, B. M., Rosseti, H. B., Lorenzon, P., & Gonçalves, M. I. R. (2015). Swallowing rehabilitation of dysphagic tracheostomized patients under mechanical ventilation in intensive care units: a feasibility study. *Rev Bras Ter*

Intensiva, 27(1), 64-71. **DOI:** 10.5935/0103-507X.20150011

The Joanna Briggs Institute. (2015). *Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual: 2015 edition/Supplement*. The Joana Briggs Institute. Recuperado de <https://nursing.lsuhsu.edu/JBI/docs/ReviewersManuals/Scoping-.pdf>

Wakefield, B. J., & Holman, J. E. (2007). Functional trajectories associated with hospitalization in older adults. *Western Journal of Nursing Research*, 29(2), 161-177. **DOI:** 10.1177/0193945906293809

Yang, P., Wang, C., Wang, Y., Yang, C., Hung, J., Hwang, J., ... Huang, M. (2010). Outcome of physical therapy Intervention on ventilator Weaning and functional status. *Kaohsiung J Med Sci*, 26(7), 366-372. **DOI:** 10.1016/S1607-551X(10)70060-7

Yosef-Brauner, O., Adi, N., Shaha, T. B., Yehezkel, E., & Carmeli, E. (2015). Effect of physical therapy on muscle strength, respiratory muscles and functional parameters in patients with intensive care unit-acquired weakness. *The Clinical Respiratory Journal*, 9(1), 1-6. **DOI:** 10.1111/crj.12091

A Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na Recuperação da Pessoa com Incontinência Urinária: Revisão *Scoping*

The Intervention of the Rehabilitation Specialist Nurse in the Recovery of the Person with Urinary Incontinence: Scoping Review

Tiago André de Sá Santos¹, Daniela da Silva Paiva Dias¹

1. Fundação Champalimaud

Resumo

Introdução: A vivência da incontinência urinária conduz a alterações no estilo de vida e nos hábitos da pessoa e dos seus familiares, podendo dar origem à necessidade de modificar comportamentos.

Objetivo: Examinar e mapear a intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, no adulto com alterações da eliminação vesical, em todos os contextos de intervenção.

Metodologia: Foi realizada uma revisão *scoping* segundo a metodologia preconizada pelo *Joanna Briggs Institute*, utilizando as bases de dados CINAHL e MEDLINE.

Resultados: De acordo com os artigos incluídos a avaliação do doente deve descrever o padrão miccional habitual, as características da micção e em que situações perde urina e se utiliza produtos de apoio direccionados para as perdas. É indicado adicionalmente o preenchimento do diário miccional e do *International Consultation on Incontinence Questionnaire*. Relativamente às intervenções destacam-se a realização de exercícios de *kegel*, treino de hábitos, treino vesical e gestão da ingestão de líquidos.

Conclusão: A incontinência urinária pode ser dividida em vários tipos, sendo fundamental realizar uma avaliação específica e detalhada de modo a caracterizá-los corretamente e a seleccionar as intervenções que mais se adequem à situação específica.

Palavras-chave: enfermagem; cuidados de enfermagem; reabilitação; incontinência urinária; promoção da continência urinária

Abstract

Background: Living with urinary incontinence leads to changes in the lifestyle and habits of the person and his/her relatives, who may need to modify behaviors.

Objective: To examine and to map the approach of the Rehabilitation Specialist Nurse in adults with changes of urinary elimination in every intervention context.

Methodology: A scoping review was conducted according to the methodology recommended by the Joanna Briggs Institute, using CINAHL and MEDLINE databases.

Results: According to the included articles, patient evaluation must include the description of the usual urinary habits, voiding characteristics, in which situations urinary incontinence occurs and devices used for urinary incontinence. Patients should also be assessed with a voiding diary and with the International Consultation on Incontinence Questionnaire. The included articles refer that the main rehabilitation interventions are kegel exercises, habit training, bladder training and fluid intake management.

Conclusion: Urinary incontinence can be classified in different types, and so it is essential to carry out a specific and detailed evaluation that allows its correct characterization and the selection of the most adequate interventions.

Keywords: nursing; nursing care; rehabilitation; urinary incontinence; promoting urinary continence

Introdução

Atualmente na prática clínica, admite-se a definição do International Continence Society que define a incontinência urinária (IU) como qualquer perda involuntária de urina que ocorra e que seja objetivamente demonstrável e percebida/considerada como um problema social ou higiénico (Abrams et al., 2010; Patrão, & Nunes, 2012).

A IU é um problema de saúde com um impacto significativo nas populações. A nível mundial, os dados estatísticos relativos à prevalência da IU no sexo feminino são díspares, considerando que cerca de 10% do total de mulheres em idade adulta referem IU pelo menos semanalmente. Esta prevalência eleva-se para 25% a 45% quando é considerada a ocorrência de perda involuntária de urina ocasionalmente. Quanto ao sexo masculino, os dados existentes são igualmente díspares admitindo-se uma prevalência de IU entre 4.8% e 32.2%, sendo importante salientar que estes dados não contemplam os homens institucionalizados (Milsom et al., 2013).

Na realidade portuguesa de acordo com os dados mais recentes verifica-se que relativamente ao total da população residente a partir dos 15 anos de idade, no ano de 2014, a taxa de incidência total de IU foi de cerca de 7.3%, mais incidente em mulheres (9.6% do total das mulheres residentes), comparativamente com os

homens (4.8% do total dos homens residentes), e a partir dos 65 anos aumentou tendencialmente a incidência, com o aumento da idade (Instituto Nacional de Estatística, 2016).

O impacto da IU assume grande importância, no domínio dos cuidados de saúde quando observamos que a sua prevalência é relativamente elevada e mais ainda, pelo facto de vários autores afirmarem que estes dados, aparentemente, ficam aquém da realidade uma vez que um grande número de pessoas sofrem com esta condição, mas não procuraram ajuda (Serviço de Higiene e Epidemiologia da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto [SHEFMUP], 2008). A IU pode assim causar impacto em vários domínios, como ao nível da própria pessoa que sofre de incontinência, ao nível da família/cuidador e ao nível social e económico.

No domínio da pessoa que sofre de IU as alterações mais evidenciadas na literatura dizem respeito à esfera psicológica e emocional. A este respeito, a vivência da IU acarreta fortes sentimentos de vergonha e embaraço, podendo ser acompanhados pela diminuição da autoestima e, em situações mais graves, pelo desenvolvimento de quadros depressivos (Santos, 2012; SHEFMUP, 2008; Stevens, 2011). Estes sentimentos são identificados como uma das grandes causas para que cerca de 1 em cada 3 pessoas não procurem ajuda junto dos

profissionais de saúde (Sousa, 2016; Valença, Albuquerque, Rocha, & Aguiar, 2016). Adicionalmente, outras causas que motivam a não procura de apoio especializado são identificadas, nomeadamente o estigma, dado que é socialmente expectável que o adulto seja capaz de controlar eficazmente o processo de eliminação vesical e, o facto de prevalecer a ideia de que a perda involuntária de urina é uma situação normal, quando relacionada com o envelhecimento, e que é incurável, tendo a pessoa de aprender a viver com esta condição (Pires, 2000; Santos, 2012; Valença et al., 2016). Salienta-se também a possibilidade de ocorrerem alterações na autonomia e independência, com consequente necessidade de readaptação da pessoa e modificação de comportamentos com vista a manter o seu autocuidado (Carvalho, 2011; Stevens, 2011). A IU pode determinar ainda alterações ao nível da integridade cutânea, do bem-estar físico, das atividades de ocupação e recreação, do sono e repouso; da atividade profissional, da sexualidade e ao nível doméstico. Verifica-se similarmente a existência de evidência relacionando a incidência da IU com o aumento do risco de fraturas (Carvalho, 2011; Herr-Wilbert, Imhof, Hund-Georgiadis, & Wilbert, 2010; SHEFMUP, 2008; Valença et al., 2016). Assim, é fundamental salientar que todas estas alterações abordadas, desde a

vertente emocional, até à vertente prática da satisfação das necessidades básicas, contribuem fortemente para que a pessoa com IU esteja em maior risco de isolamento, não apenas relativamente aos seus familiares e amigos, como também ao nível da sua participação na sociedade em que está inserida (Carvalho, 2011; Santos, 2012; Stevens, 2011). Contudo, Sousa (2016) acaba por reforçar que se tem vindo a verificar um aumento da procura de ajuda especializada relacionando-a, principalmente, com a procura de melhor qualidade de vida por parte da pessoa.

No que diz respeito ao impacto da IU ao nível da família/cuidador, Carvalho (2011) refere que as possíveis limitações que a IU pode implicar no quotidiano da pessoa influenciam, inevitavelmente, a relação conjugal e familiar, sendo necessário a ocorrência de uma reorganização de funções e hábitos, no seio familiar, que permitam dar resposta às novas necessidades da pessoa. Neste domínio, o cônjuge e/ou o cuidador informal tendem a ser os mais afetados, já que é evidenciado que sofrem com o medo do desconhecido, nomeadamente sobre como a situação poderá evoluir, mas também com outras questões como: as alterações ao nível do sono e repouso (provocadas pela incidência da IU no período noturno) com consequente aumento do cansaço, da sobrecarga psicológica, das responsabilidades e das

alterações relacionadas com a dimensão da sexualidade. Todas estas alterações, numa outra análise, acabam por se tornar fatores determinantes para o isolamento de todos os envolvidos, no que respeita à sua participação social (Bicalho, & Lopes, 2012).

Relativamente ao impacto da IU ao nível da sociedade, verifica-se, globalmente no domínio económico, um avultado custo anual relacionado com a aplicação de métodos de diagnóstico, com a prestação de cuidados de saúde associados a esta problemática e com o próprio tratamento (SHEFMUP, 2008). Por outro lado, o grande volume de pessoas com IU institucionalizadas ou hospitalizadas, faz emergir as barreiras ambientais existentes nas instituições, como por exemplo: a existência de casas de banho partilhadas e não adaptadas; a necessidade de chamar algum profissional da instituição para ajudar nos processos de eliminação; a falta de privacidade e até o próprio trajeto para chegar à casa de banho (Giling, 2005; Thompson, 2004). Evidencia-se assim o impacto socioeconómico que esta problemática acarreta, uma vez que as instituições devem ser adaptadas, dispor de recursos que permitam responder às necessidades de autocuidado das pessoas com IU e os seus profissionais estar sensibilizados para esta situação.

A pessoa com IU pode experimentar alterações dos seus hábitos que

condicionem a qualidade de vida, incluindo a capacidade para se autocuidar. Do ponto de vista conceptual, o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER) atua junto de pessoas com necessidades especiais, com o objetivo de maximizar o seu potencial. Mais concretamente, a Ordem dos Enfermeiros (OE) preconiza que as suas intervenções assegurem “(...) melhorar as funções residuais, manter ou recuperar a independência nas atividades de vida, e minimizar o impacto das incapacidades instaladas (...)” (OE, 2010, p. 1), apresentando os processos de eliminação como sendo do domínio da intervenção destes enfermeiros, uma vez que são estes profissionais que identificam, no decorrer da prestação de cuidados, que o doente sofre de IU (Newman et al., 2013; Stevens, 2011). A promoção da continência urinária contribuirá significativamente para a melhoria da qualidade de vida destas pessoas e dos seus familiares.

A avaliação das necessidades da pessoa é a base fundamental para a construção de um plano de intervenção e, como tal, encontra-se enquadrada nas competências específicas do EEER (OE, 2010).

A presente revisão pretendeu dar reposta ao objetivo delineado, mais concretamente, examinar e mapear a intervenção do EEER, no adulto com alterações da eliminação vesical, em

todos os contextos de intervenção. Para tal, foi definida uma questão de investigação formulada de acordo com a mnemónica PCC (participantes, conceito e contexto) preconizada pelo *Joanna Briggs Institute* ([JBI], 2015): Quais são as intervenções do EEER no adulto com alterações da eliminação vesical, em todos os contextos de intervenção?

Metodologia

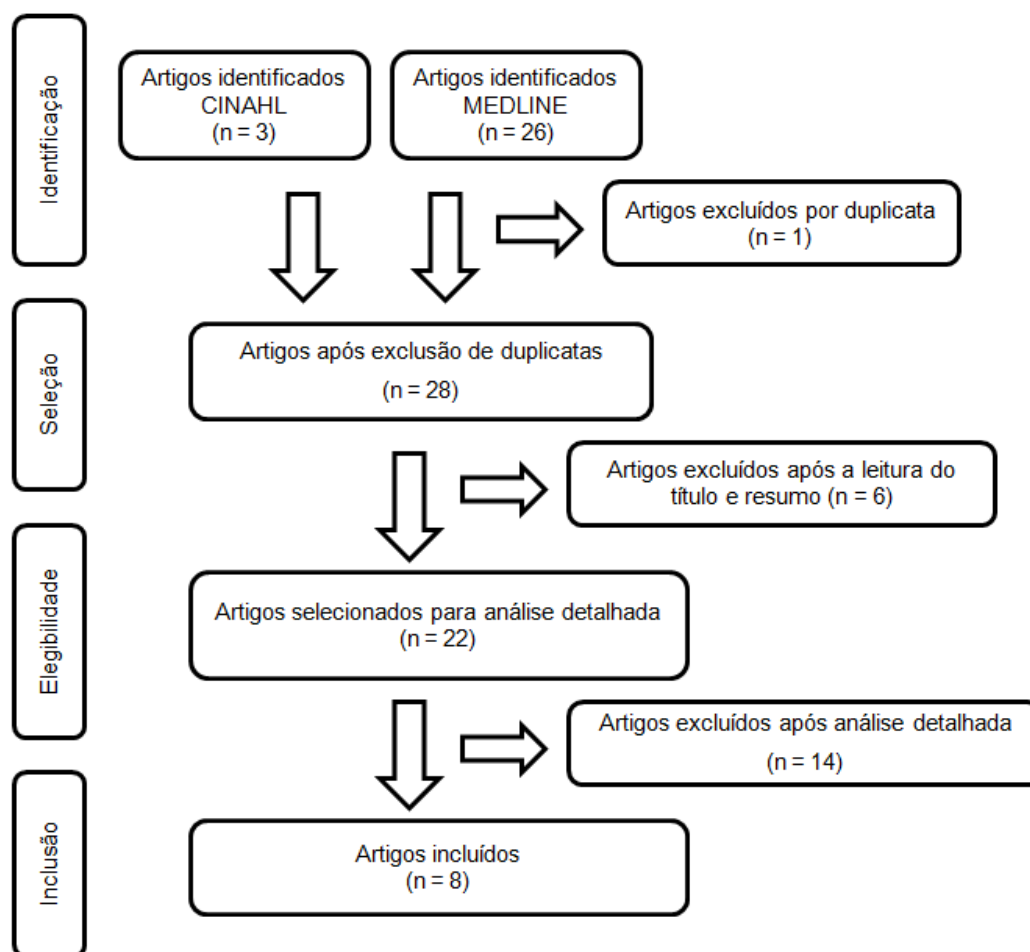
Foi realizada uma revisão *scoping* seguindo a metodologia preconizada pelo JBI (2015). Numa primeira etapa, efetuou-se uma pesquisa inicial que permitiu conhecer as palavras-chave mais comumente usadas nos estudos acerca desta temática e assim identificar os termos de indexação. Seguidamente realizou-se uma pesquisa nas bases de dados CINAHL e MEDLINE. A estratégia de pesquisa realizada na base de dados CINAHL foi [(Middle Age OR Adult OR Aged OR Aged, 80 and Over) AND (Urinary Incontinence) AND (Nursing Care OR Rehabilitation Nursing)]. Para a base de dados MEDLINE a estratégia de pesquisa utilizada foi [(Adult OR Aged, 80 and over OR Aged OR Middle aged) AND (Urinary Incontinence) AND (Nursing OR Nursing Care OR Rehabilitation)].

Crítérios de Inclusão

- Participantes: estudos cuja população apresente idade a partir dos 19 anos.
- Conceito: estudos com foco nas intervenções de enfermagem dirigidas para a incontinência urinária ou promoção da continência.
- Contexto: todos os contextos de intervenção do EEER.
- Tipo de Estudos: foram englobados todos os tipos de estudos publicados entre os anos de 2004 a 2017, escritos em Português, Inglês ou Espanhol.

Da segunda etapa de pesquisa (figura 1) resultaram 29 artigos, 3 provenientes da base de dados CINAHL e 26 da base de dados MEDLINE. Destes, 1 encontrava-se em duplicado. Em seguida, procedeu-se à leitura do resumo de cada artigo, tendo-se excluído 6 estudos por não se enquadrarem nos critérios de inclusão, ficando então selecionados 22 estudos para análise detalhada. Após análise detalhada com aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, foram excluídos 14 estudos. Assim, o total de estudos considerados para extração de resultados para esta revisão *scoping* foi de 8.

Figura 1 - Fluxograma do processo de seleção de estudos



A extração de dados foi realizada recorrendo ao quadro desenvolvido para o efeito, que permitiu explicar toda a informação recolhida e categorizá-la mediante os seguintes domínios: autor(es), ano de publicação, título, objetivos e intervenções utilizadas.

A apresentação dos dados é realizada seguidamente sob a forma de narrativa.

Resultados e discussão

No que respeita à intervenção avaliação do doente, pela análise do quadro 1, verifica-se que 4 dos 8 artigos

selecionados especificam que para realizar uma correta identificação das necessidades é fundamental recolher informação sobre a história atual, que deverá incidir sobre: o padrão miccional habitual; se tem ou não consciência da necessidade de urinar; as características das micções; em que situações perde urina; qual a quantidade; e, se utiliza ou não produtos de apoio direcionados para as perdas de urina (Alverzo, Brigante, & McNish, 2007; Bucci, 2007; Herr-Wilbert et al., 2010; Thompson, 2004). Destes 4 artigos, 3 acrescentam a utilização de instrumentos e exames complementares de diagnóstico, que contribuem para uma

caracterização mais pormenorizada e completa da história atual. Como instrumentos a utilizar, os autores salientam a realização de um diário miccional e a aplicação do questionário *International Consultation on Incontinence Questionnaire - Short Form* (ICIQ-SF), que avalia objetivamente a percepção do doente face às perdas de urina. Relativamente aos exames complementares de diagnóstico, os autores recomendam o recurso à ecografia vesical para avaliar o volume de urina presente na bexiga, na avaliação inicial, e o resíduo pós-miccional (Alverzo et al., 2007; Herr-Wilbert et al., 2010; Thompson, 2004).

Dos 4 artigos que abordam a avaliação do doente com incontinência urinária, salienta-se, um que propõe um instrumento de avaliação que o enfermeiro de reabilitação pode utilizar como via de adequar os cuidados à pessoa. Neste sentido, Bucci (2007) nomeia o instrumento *Continence, History, Assessment, Medications, Mobility, Plan* (CHAMMP). Este é um processo esquematizado que envolve 6 domínios: continência (se o doente é ou não continente); história (situações que afetam direta e indiretamente o aparelho génito-urinário); avaliação do doente (falar com doente/família e perceber como perde urina, quando perde, qual a quantidade e o que faz para prevenir ou acomodar estas perdas); medicação (que

possa provocar IU ou para a tratar); mobilidade (consegue mobilizar-se sozinho e ser autónomo nas AVD? consegue ser autónomo utilizando produtos de apoio? quais as condições do meio onde vive/acessibilidades?); e por último a implementação de um plano de cuidados individualizado, de acordo com a avaliação realizada.

De forma concordante, outro dos artigos selecionados foca também a importância da avaliação do ambiente onde o doente está inserido (Thompson, 2004). Este autor é o único que recomenda a reavaliação dos doentes que integrem um plano de treino, um mês após o início do mesmo.

Importa salientar que os artigos analisados não demonstram informações díspares, ou novos métodos de avaliação do doente, mas sim complementam-se entre si de forma maioritariamente concordante.

Relativamente às intervenções do EEER, a análise dos artigos permitiu identificar inúmeras medidas que podem ser mobilizadas com o objetivo de gerir, melhorar e ultrapassar a vivência da IU. Como intervenções mais salientadas nestes artigos destacam-se: a realização de exercícios de fortalecimento da musculatura pélvica ou exercícios de *kegel*; treino de hábitos; treino vesical e gestão da ingestão de líquidos. As restantes intervenções menos mencionadas são: *biofeedback* associado

aos exercícios de fortalecimento da musculatura pélvica; micção imediata; supressão em urgência; modificação do vestuário; modificação ambiental; modificação alimentar; cateterização vesical intermitente; cateterização vesical permanente; uso de dispositivo urinário externo; esvaziamento pré-atividade física e inervação magnética extracorporal (Alverzo et al., 2007; Bucci, 2007; Herr-Wilbert et al., 2010; Jordan et al., 2010; Newman, 2014; Riley, & Organist, 2014; Terzoni, Montanary, Mora, Ricci, & Destrebecq, 2013; Thompson, 2004).

Importa salientar que esta apresentação do tipo de intervenções descritas na literatura selecionada, não é significativa de determinadas intervenções serem mais ou menos eficazes do que as outras. Pelo contrário revela que devem ser implementadas em complementaridade, através de um plano de intervenção individualizado, dirigido às necessidades identificadas. Por outro lado, admite-se que a maior ou menor expressão das intervenções na literatura considerada, pode ser influenciada pelos critérios de inclusão e exclusão definidos para a revisão *scoping*.

Concretamente no que se refere ao treino de exercícios de fortalecimento da musculatura pélvica, 3 dos artigos selecionados abordam esta temática mais detalhadamente. Todos estes autores concordam que é necessário o estabelecimento de um plano de treino

supervisionado, para obter resultados mais eficazes, salientando que estes não são imediatos, variando entre 2 semanas até vários meses (Newman, 2014; Riley, & Organist, 2014; Terzoni et al., 2013).

Destes 3 artigos, apenas 1 detalha mais pormenorizadamente como este treino deve ser realizado, sugerindo a realização de pelo menos 2 sessões de treino supervisionado, cada uma com intervalo de 2 semanas de treino em casa e preenchimento de diários miccionais, sendo que os conteúdos são: na 1ª sessão, identificar os músculos pélvicos e treinar a técnica correta para o exercício e, na 2ª sessão, ensino sobre estratégias de urgência (contrações rápidas) (Riley, & Organist, 2014). Um dos artigos selecionados refere-se a estes exercícios como a 1ª linha de tratamento em mulheres com incontinência urinária de esforço, de urgência ou mista (Newman, 2014).

Em 2 dos artigos selecionados, há evidência sobre a necessidade de iniciar o treino destes exercícios em homens submetidos a prostatectomia radical (Newman, 2014; Terzoni et al., 2013). Três dos 8 artigos selecionados abordam especificamente as intervenções junto de doentes após Acidente Vascular Cerebral, no entanto verifica-se a presença de discordância relativamente à realização de exercícios de fortalecimento da musculatura pélvica nesta população específica, sendo que, em 2 dos artigos,

não é dada como recomendação a sua realização (Herr-Wilbert et al., 2010; Jordan et al., 2010).

Dos artigos selecionados identificam-se vários tipos de IU, nomeadamente: IU de esforço/*stress*; IU de urgência; e, IU de refluxo/por excesso, como as mais evidenciadas, mas também outros tipos referidos com menor frequência, IU mista; IU funcional; IU por disfunção vesico-esfincteriana neurogénica e IU total/incontrolável.

Cinco dos 8 artigos selecionados abordam a intervenção do EEER perante os doentes com IU de urgência, sugerindo o treino de exercícios de *kegel* acompanhado ou não de técnicas de *biofeedback*, o treino de hábitos e o recurso a estratégias de contração rápida dos músculos pélvicos, imediatamente antes da ocorrência de um evento que provoque perda de urina (Alverzo et al., 2007; Bucci, 2007; Newman, 2014). Adicionalmente, Thompson (2004) sugere a modificação do vestuário, bem como Alverzo et al. (2007) acrescentam a implementação de um plano de ingestão de líquidos e a promoção do esvaziamento vesical, previamente à realização da atividade física.

Dos 2 artigos encontrados que abordam a intervenção nas situações de IU de esforço, salienta-se que ambos recomendam a introdução do treino de

exercícios de *kegel*, acompanhado de outras intervenções, verificando-se aqui a divergência de opiniões, considerando Newman (2014) que estes exercícios deverão ser acompanhados de *biofeedback* e do recurso a estratégias de contração rápida dos músculos pélvicos, imediatamente antes da ocorrência de um evento que provoque perda de urina. Por seu lado, Bucci (2007) acrescenta como intervenções concomitantes, a modificação de comportamentos e o recuso a terapêutica medicamentosa.

Ao realizar esta revisão constata-se que a temática da IU, apesar de estar definida como área de atuação do EEER, é ainda pouco explorada ao nível da investigação. Esta área carece de ser explorada e investigada por estes profissionais, sendo um importante foco a ter em consideração em investigações futuras, a relação entre a qualidade de vida do doente e as intervenções implementadas.

Sublinha-se como limitação da presente revisão *scoping* a utilização de apenas duas bases de dados para pesquisa de estudos, o que poderá influenciar a evidência obtida. Salienta-se também como limitação, a pesquisa realizada ser centrada especificamente nas intervenções do EEER, sob pena dos resultados poderem não contemplar as intervenções que são partilhadas por outros profissionais de saúde.

Quadro 1 - Extração e síntese de dados

Autor/ Ano/ Título	Tipo de estudo/ objetivos	Intervenções
Newman (2014). Pelvic Floor Muscle Rehabilitation Using Biofeedback	Revisão narrativa. Demonstrar a aplicação clínica da reabilitação dos músculos do pavimento pélvico utilizando o <i>biofeedback</i> .	Os exercícios de <i>kegel</i> devem ser associados ao treino vesical, gestão da alimentação e hidratação. Deve ser proposto um programa de treino o mais intensivo possível. Se for supervisionado é mais eficaz do que apenas sessões de educação para a saúde. É indicado um programa de treino como 1ª linha de tratamento conservador a mulheres com IU de <i>stress</i> , urgência ou mista. Estes exercícios são mais eficazes do que a estimulação elétrica como 1ª linha de tratamento, especialmente se forem supervisionados. No homem, é indicado o treino no pré-operatório e no pós-operatório imediato. No <i>Biofeedback</i> a frequência das sessões deve ser individualizada, mas superior na fase inicial. Intervenções: IU <i>stress</i> - exercícios de <i>kegel</i> com <i>biofeedback</i> e contração rápida dos músculos imediatamente antes da ocorrência do evento que provoca perda de urina; IU urgência/mista e bexiga hiperativa - alterações de hábitos de vida, terapia comportamental (treino vesical, supressão de urgência, exercícios de <i>kegel</i> e <i>biofeedback</i>).
Riley, & Organist (2014). Streamlining biofeedback for urge incontinence	Análise secundária de um ensaio não controlado. Determinar os elementos importantes dos exercícios do pavimento pélvico assistidos por <i>biofeedback</i> , no tratamento da IU de urgência.	Na opinião dos doentes, a técnica de <i>biofeedback</i> mais eficaz foi a supressão em urgência através de contrações pélvicas rápidas para controle da urina. O tratamento proposto foi a realização de um diário miccional de avaliação diagnóstica e 2 sessões de exercícios de <i>kegel</i> assistidos por <i>biofeedback</i> , com intervalo de 2 semanas de treino em casa. Na primeira sessão: identificar os músculos pélvicos e treinar a execução do exercício; na segunda sessão: ensino sobre estratégias de urgência (contrações rápidas). Intervenções: exercícios de <i>kegel</i> , supressão em urgência, treino vesical e gestão da ingestão de líquidos.
Terzoni, Montanari, Mora, Ricci, & Destrebecq (2013). Reducing urine leakage after radical retropubic prostatectomy- pelvic floor exercises, magnetic innervation or no treatment? A quasi-experimental study	Estudo quasi-experimental. Comparar os exercícios do pavimento pélvico com a técnica de inervação magnética extracorporal.	A realização de exercícios de <i>kegel</i> têm mais eficácia comparado com não fazer qualquer tipo de exercício. Após prostatectomia radical retropúbica deve ser realizado um programa de treino de exercícios de <i>kegel</i> de 3 meses, para acelerar o período de recuperação. No treino dos exercícios de <i>kegel</i> é evidenciada a dificuldade sentida pelos doentes em isolar eficazmente os seus músculos pélvicos.
Jordan, Mackey, Coughlan, Wyer, Allnutt, & Middleton (2011). Continence management in acute stroke- a survey of current practices in Australia	Estudo transversal. Determinar as práticas atuais para gestão da IU nas unidades agudas de acidente vascular cerebral da Austrália, e a sua concordância com as <i>guidelines</i> da <i>The National Stroke Foundation</i> .	Em doentes com IU de urgência, a maioria dos planos englobam o diário miccional e o treino vesical, sendo menos recorrente o uso de medicação anticolinérgica. Em doentes com IU funcional, a abordagem multidisciplinar é essencial. A ecografia pós-miccional é reconhecida pelos enfermeiros como muito útil na avaliação. Na maioria dos casos os doentes e familiares recebem ensinamentos sobre onde e como podem adquirir ajudas técnicas para a IU. Intervenções: treino de hábitos, treino vesical e terapêutica anticolinérgica.

<p>Herr-Wilbert, Imhof, Hund-Georgiadis, & Wilbert (2010). Assessment-guided therapy of urinary incontinence after stroke</p>	<p>Estudo descritivo. Testar o efeito das intervenções terapêuticas para a IU, na prática de reabilitação, baseado num processo de cuidados multidisciplinar.</p>	<p>A avaliação engloba a descrição detalhada da IU do doente, categorizando as várias formas de IU e os resultados esperados, o questionário ICIQ-SF, o diário miccional e a ecografia vesical para avaliar o volume de urina presente na bexiga, tanto na avaliação inicial como o resíduo pós-miccional. Intervenções: treino de hábitos e treino vesical (micção induzida em horários estipulados).</p>
<p>Bucci (2007). Be a continence champion- use the CHAMMP tool to individualize the plan of care</p>	<p>Estudo descritivo. Demonstrar a utilidade da ferramenta CHAMMP.</p>	<p>Avaliação da IU através da CHAMMP inclui: história (situações que afetam direta e indiretamente o aparelho genito-urinário); avaliação do doente (falar com doente/família, avaliar como perde, quando, quantidade, o que faz para prevenir ou acomodar as perdas); medicação utilizada; mobilidade (consegue mobilizar-se sozinho e ser autónomo nas AVD? Consegue ser autónomo utilizando ajudas técnicas? Quais as condições do meio onde vive/acessibilidades?) e plano de cuidados. Intervenções: IU funcional - treino de hábitos/vesical, modificação comportamental, terapia ocupacional, e modificações ambientais; IU por excesso - algaliação intermitente; IU stress, urgência ou mista - exercícios de <i>kegel</i>, modificação de comportamentos e farmacoterapia.</p>
<p>Thompson (2004). Geriatric Incontinence - The Long-term care challenge</p>	<p>Estudo descritivo. Descrever as características dos idosos residentes em unidades de cuidados de longa duração; Descrever a implementação de programas para a IU, nas unidades de cuidados de longa duração.</p>	<p>A micção induzida em horários estipulados (treino de hábitos) é uma intervenção descrita como eficaz nos idosos. Intervenções: modificação do vestuário e dos hábitos urinários, com o objetivo de ajudar o doente a chegar o mais rapidamente possível à casa de banho. Avaliação da IU: história atual; avaliação por exames complementares de diagnóstico; história da sua continência; avaliação do ambiente; diário miccional; exame físico (incluindo exame retal e pélvico) e resíduo pós-miccional. A reavaliação deve ser realizada 1 mês após o início do treino. Intervenções: terapia comportamental/treino de hábitos e estabelecimento de objetivos como por exemplo, diminuir o número de episódios de incontinência gradualmente.</p>
<p>Alverzo, Brigante, & McNish (2007). Improving stroke outcomes- rehabilitation strategies that work</p>	<p>Estudo descritivo. Descrever intervenções do enfermeiro de reabilitação face ao doente com acidente vascular cerebral.</p>	<p>Avaliação da IU: função vesical (padrão miccional, características do esvaziamento, consciência da necessidade de urinar, micções frequentes, dor e resíduo pós-miccional). Intervenções: IU total - cateterização vesical ou dispositivo urinário externo; IU por refluxo - cateterização vesical intermitente programada; IU urgência - adaptar o ambiente, adaptar o vestuário para facilitar o ato da micção, estabelecer um plano de ingestão de líquidos, treino de hábitos/comportamento, incentivar ao esvaziamento vesical antes de realizar atividades físicas e exercícios de <i>kegel</i>.</p>

Conclusão

A presente revisão *scoping* permitiu dar resposta ao objetivo inicialmente delineado de examinar e mapear a abordagem do EEER, ao adulto com alterações da eliminação vesical, em todos os contextos de intervenção. Durante a realização da pesquisa houve a necessidade de aumentar o espaço temporal entre o ano de publicação dos estudos e a data da pesquisa como meio de possibilitar a integração de uma evidência científica mais robusta, dado que as publicações sobre a temática em estudo nos últimos anos nas bases de dados utilizadas têm sido pouco frequentes.

Após a análise dos estudos considerados, verificou-se que é fundamental que o EEER realize uma avaliação criteriosa das queixas urinárias como forma de delinear posteriormente um plano de cuidados de enfermagem de reabilitação que vise potenciar e maximizar as limitações evidenciadas pelo doente. Esta avaliação passará principalmente por descrever o padrão miccional habitual, as características da micção, em que situações perde urina e se utiliza produtos de apoio direcionados às perdas de urina. Os resultados desta revisão demonstraram que as principais intervenções do EEER são promover a realização de exercícios de *Kegel*, o treino de hábitos, o treino vesical e a gestão da

ingestão de líquidos, sendo ainda referidas na literatura, embora com menor ênfase, outras intervenções que podem ser aplicadas concomitantemente como o recurso ao *biofeedback* e a micção imediata ou a supressão em urgência.

Esta área de intervenção do EEER carece de mais investigação, seja no campo da avaliação e intervenção, seja no campo da promoção da qualidade de vida.

Referências bibliográficas

- Abrams, P., Andersson, K., Birder, L., Brubaker, L., Cardozo, L., Chapple, C., ... Wyndaele, J. (2010). Fourth international consultation on incontinence - Recommendations of the International Scientific Committee: Evaluation and treatment of urinary incontinence, pelvic organ prolapse and faecal incontinence. *Neurourology and Urodynamics*, 29(1), 213-240. DOI: 10.1002/nau.20870
- Alverzo, J., Brigante, M., & McNish, D. (2007). Improving stroke outcomes-rehabilitation strategies that work. *American Journal of Nursing*, 107(11), 72B-73F. DOI: 10.1097/01.NAJ.0000298069.65467.f6
- Bicalho, M., & Lopes, M. (2012). Impacto da incontinência urinária na vida de esposas de homens com incontinência: Revisão integrativa. *Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São*

- Paulo, 46(4), 1009-1014. **DOI:** 10.1590/S0080-62342012000400032
- Bucci, A. (2007). Be a continence champion: Use the champ tool to individualize the plan of care. *Geriatric Nursing*, 28(2), 120-124. **DOI:** 10.1016/j.gerinurse.2006.12.002
- Carvalho, J. (2011). A transição do homem portador de carcinoma da próstata submetido a prostatectomia radical. *Onco.news*. 17, 9-17. Recuperado de: <https://www.onco.news/wp-content/uploads/2019/03/42-art.pdf>.
- Giling, A. (2005). The role of ward-based continence resource nurses in aged care rehabilitation nursing. *Journal of the Australasian Rehabilitation Nurses Association*, 8(3), 14-15. Recuperado de: <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=9&sid=3575ac4b-e1b9-44f2-91d1-0c8bfff1d60a%40sdc-v-sessmgr02>
- Herr-Wilbert, I., Imhof, L., Hund-Georgiadis, M., & Wilbert, D. (2010). Assessment-guided therapy of urinary incontinence after stroke. *Rehabilitation Nursing*, 35(6), 248-253. **DOI:** 10.1002/j.2048-7940.2010.tb00055.x
- Instituto Nacional de Estatística. (2016). *Estatísticas da saúde 2014*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística.
- Joanna Briggs Institute. (2015). *Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual: 2015 edition/Supplement*. The Joana Briggs Institute. Recuperado de: <https://nursing.iuhsc.edu/JBI/docs/ReviewersManuals/Scoping-.pdf>
- Jordan, L., Mackey, E., Coughlan, K., Wyer, M., Allnutt, N., & Middleton, S. (2010). Continence management in acute stroke: a survey of current practices in Australia. *Journal of Advanced Nursing*, 67(1), 94-104. **DOI:** 10.1111/j.1365-2648.2010.05480.x
- Milsom, I., Altman, D., Cartwright, R., Lapitan, M., Nelson, R., Sillén, U. ... Tikkinen, K. (2013). Epidemiology of urinary incontinence (ui) and other lower urinary tract symptoms (luts), pelvic organ prolapse (pop) and anal incontinence (ai). In P. Abrams, L. Cardozo, S. Khoury & A. Wein (coord.). *Incontinence: 5th International consultation on incontinence* (15-107). Bristol: International Consultation on Urological Diseases. **DOI:**10.7257/1053-816X.2014.34.4.193
- Newman, D. (2014). Pelvic floor muscle rehabilitation using biofeedback. *Urologic Nursing*, 34(4), 193-202. **DOI:** 10.7257/1053-816X.2014.34.4.193
- Newman, D., Buckley, D., Gordon, D., Griebing, T., Petty, L., & Wang, K. (2013). Continence promotion, education & primary prevention. In Abrams, P., Cardozo, L., Khoury, S., & Wein, A. (coord.). *Incontinence – 5th International consultation on incontinence* (1787-1825). Bristol: International Consultation on

- Urological Diseases. **DOI:** 10.7257/1053-816X.2014.34.4.193
- Ordem dos Enfermeiros. (2010). *Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Patrão, R., & Nunes, P. (2012). Semiologia urológica, técnicas diagnósticas e material urológico. In Silva, M., Duarte, A., Galo, J., & Domingues, N. (coord.). *Enfermagem em urologia* (36-50). Lisboa: Lidel.
- Pires, M. (2000). Eliminação e continência vesical. In Hoeman, S. (coord.), *Enfermagem de reabilitação: Aplicação e processo* (453-487). Loures: Lusociência.
- Riley, M., & Organist, L. (2014). Streamlining biofeedback for urge incontinence. *Urologic Nursing*, 34(1), 193-202. **DOI:** 10.7257/1053-816X.2014.34.1.19
- Santos, C. (2012). Reeducação perineoesfincteriana. In Silva, M., Duarte, A., Galo, J., & Domingues, N. (coord.), *Enfermagem em Urologia* (166-170). Lisboa: Lidel.
- Serviço de Higiene e Epidemiologia da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto. (2008). *Prevalência e tratamento da incontinência urinária na população portuguesa não institucionalizada*. Porto: Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.
- Sousa, E. (2016). *Estudo da eficácia e qualidade de vida em doentes com incontinência urinária de esforço pós-prostatectomia submetidos à colocação de sling trans-obturador ajustável (ATOMS)* (Trabalho Final de Mestrado Integrado em Medicina). Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, Lisboa. Recuperado de: <http://hdl.handle.net/10451/26552>
- Stevens, K. (2011). Eliminação e continência urinária. In Hoeman, S. P. (coord.), *Enfermagem de reabilitação: Prevenção, intervenção e resultados esperados* (351-385). Loures: Lusodidacta.
- Terzoni, S., Montanary, E., Mora, C., Ricci, C., & Destrebecq, A. (2013). Reducing Urine Leakage After Radical Retropubic Prostatectomy: Pelvic Floor Exercises, Magnetic Innervation or No Treatment? A Quasi-Experimental Study. *Rehabilitation Nursing*, 38, 153-160. **DOI:** 10.1002/rnj.72
- Thompson, D. (2004). Geriatric incontinence: The long-term care challenge. *Urologic Nursing*, 24(4), 305-314. Recuperado de: <https://insights.ovid.com/urology-nursing/uronu/2004/08/000/geriatric-incontinence-long-term-care-challenge/11/00007565>
- Valença, M., Albuquerque, A., Rocha, G., & Aguiar, A. (2016). Cuidados de enfermagem na incontinência urinária: Um estudo de revisão integrativa. *Estima*, 14

(1), 43-49. **DOI:** 10.5327/Z1806-314420 1600010007