

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 – O desenvolvimento da profissão Sónia Belo Fernandes	4
Knowing Persons as Caring: The Process of Nursing Grounded in the theory of Technological Competency as Caring in Nursing Rozzano Locsin	5
Impacto do SARS-CoV-2 na afluência a um serviço de urgência pediátrica Carla Trindade, Ana Rita Gomes, Francisco Vaz, Marta Bastos, Rute Trigo	15
Levante precoce e recuperação da marcha: Projeto de melhoria contínua da qualidade Dina Peças, David Peças	30
Contributos para a intervenção do enfermeiro de família ao cuidador informal do idoso dependente: Revisão <i>scoping</i> Margarida Soares Ferreira, Joana Cordeiro, Paula Sarreira-de-Oliveira	40
As consequências do trabalho por turnos na saúde dos enfermeiros: Revisão integrativa da literatura Wilson Bico, Ricardo Oliveira, Magda Azevedo, Carolina Braizinha, Cidália Castro	57
Promoção do sono na pessoa em situação crítica, internada em Unidade de Cuidados Intensivos: Revisão integrativa da literatura Sara Canas da Silva, Maria Teresa Leal, Helga Rafael Henriques	71
Intervenções do enfermeiro especialista à criança e família em situação de emergência: Revisão <i>scoping</i> Sara Raquel Carvalho Marques, Jorge Eurico Gonçalves Sousa Ferreira	87

Editorial

O desenvolvimento da profissão

Sónia Belo Fernandes

A enfermagem é uma das profissões mais antigas do mundo, com uma génese bastante modesta e humilde, que percorreu um longo e árduo percurso até atingir a importância e o destaque que tem na sociedade atual. Esta evolução não teria sido possível sem o investimento realizado na área da formação e da investigação em enfermagem.

Ao longo dos últimos anos, a função do enfermeiro evoluiu significativamente, graças à evolução dos cursos de enfermagem, nomeadamente à passagem do curso a licenciatura, tornando-o mais completo e exigente, aos cursos de pós-licenciatura de especialização, mestrados e doutoramentos. Estes últimos com uma vertente importante na área da investigação, sendo os grandes impulsionadores da investigação em enfermagem.

A investigação em enfermagem tem uma enorme influência na prática profissional atual e futura de todos nós, constituindo uma componente essencial do processo educacional. Produz conhecimento científico que proporciona o desenvolvimento da prática baseada na evidência, visa melhorar a qualidade dos cuidados de enfermagem, maximizando os resultados em saúde e o custo-efetividade das nossas intervenções. A investigação em enfermagem é crítica para o desenvolvimento da profissão e necessária para os avanços contínuos que promovem cuidados de enfermagem ideais. Como enfermeiros, agentes da ciência e da arte do cuidar, temos um papel importante a desempenhar na área da investigação em saúde, continuando assim a contribuir para o desenvolvimento da nossa profissão.

Agradecemos a todos os enfermeiros que tal como nós, membros da Projetar Enfermagem, têm dedicado parte do seu tempo à investigação em enfermagem. Principalmente aos leitores que nos têm acompanhado ao longo destas quatro edições, e a todos os que contribuíram com os seus trabalhos para publicação.

A todos vós o nosso muito obrigado!

Artigo de opinião

“Knowing Persons as Caring”: The Process of Nursing Grounded in the theory of Technological Competency as Caring in Nursing

Rozzano C. Locsin¹, RN; PhD, FAAN

Dr. Locsin is *Professor Emeritus* at Tokushima University Graduate School of Biomedical Sciences, Tokushima, Japan, and *Professor Emeritus* of Florida Atlantic University, Boca Raton, FL, USA.

As a nurse theorist and scholar of caring science in nursing, he authored the middle-range theory, *Technological Competency as Caring in Nursing* published by Sigma Theta Tau International Press in 2005. As a nurse scholar, researcher, and nurse educator, he held the *Lillian O. Slemp Endowed Chair in Nursing* at the University of Texas Pan American, in Edinburg, Texas, and the inaugural *John F. Wymer, Jr., Distinguished Professor of Nursing* at Florida Atlantic University in Boca Raton, Florida. In 2003 he was awarded the *Edith Moore Copeland Founders Award* by Sigma Theta Tau International Honor Society of Nursing.

Dr. Locsin was a Fulbright Scholar to Uganda, a recipient of the Fulbright Alumni Initiative Award, and a Fulbright Senior Specialist in Global and Public Health and International Development as well. He was appointed the USAID Science, Technology, Research and Innovation for Development (STRIDE) Visiting Professor in 2013 to the Philippines..

He is directs the Technological Competency as Caring in Nursing Institute at Tokushima University, a member of the Philippine-American Academy of Science and Engineering (PAASE), and the Japan Academy of Nursing Science. In 2006 he was inducted Fellow of the American Academy of Nursing (FAAN).

Introduction

Being technologically competent is being caring. This is a generative statement derived from the theory of *Technological*

Competency as Caring in Nursing (Locsin, 2005). It is a common understanding that the *raison d’etre* of gaining proficiency with technologies in nursing is basically to efficiently use these technologies as

requisite in the practice of nursing in a highly technological and demanding nursing environment. This understanding is most timely now, more than ever before.

The philosophical and theoretical underpinnings of the theory allow for the appreciation of technological competency as an expression of caring in nursing. Such appreciation is founded on Competency as an attribute of caring according to Roach (2002), and an assumption of the theory within Boykin and Schoenhofer's (2001) *Nursing as Caring* theory, in that persons are caring by virtue of their humanness.

Being competent allows the nurse to engage in a shared relationship in order to know the other more fully as caring person. It is understood that a nurse who is technologically competent and is placed in a setting demanding technologic competence will often focus more on mastering the technology. While this is so, it may be critically dangerous when the nurse is technologically ill-equipped or technologically incompetent, and ignores

knowing the person as caring person. As technological competency is an expression of caring in nursing, knowing persons as caring through technological competency is expected of nurses.

Classification of Contemporary Technologies Influencing the Theory

Contemporary technologies can be classified according to the following dimensions:

- *Technology as completer of human beings* to re-formulate the ideal human being, such as replacement parts, either mechanical (prostheses) or organic (transplanted organs); Technology as machine technologies, e.g. computers and gadgets enhancing nursing activities to provide quality patient care, such as Penelope or Da Vinci in the Operating Theatres (Locsin, 2018).
- *Technology as machine technologies.* Machine technologies such as computers and gadgets enhance

nursing activities. These machines, hi-fidelity technologies like simulators, or low fidelity technologies such as thermometers allow nurses to know the person more fully in the moment.

- *Technologies that mimic human beings* and human activities to meet the demands of nursing care practices, e.g. cyborgs (cybernetic organisms) or anthropomorphic machines and robots such as ‘nursebots’ or ‘robo nurse’ (Locsin, & Barnard, 2007). The logical positivistic philosophical view has provided us with a way to understand ‘completeness of human beings’ as the sum of all the parts. Wholeness is understood as ‘having all the parts complete the human being’. Within this view, technological advancements have succeeded in producing human parts to complete human beings. These artificial or mechanical, electronic and inorganic parts, or organic human parts such as transplanted organs or regenerated or restored biotechnologies are currently

highly regarded and raved about (Locsin & Ito, 2018).

- *Other Technologies*

Importantly, there are technologies that focus on replacing the nurse – not because the human nurse is or will be obsolete, but that nursing care is beginning to demand more from human persons. One of these demands include a practice of nursing that highlights a technologically competent nurse as critically essential to human health care who practices nursing by knowing persons as caring. This leads to the theory of Technological Competency as Caring in Nursing. In explaining the theory, two topics will be highlighted, the assumptions of the theory, and the process of “Knowing Persons as Caring” (Locsin, 2018).

The Theory of Technological Competency as Caring in Nursing

Technology has the potential to bring the patient closer to the nurse by enhancing the nurses’ ability to know more about the

person. Conversely, technology can also increase the gap between the nurse and client as exhibited by the conscious disregard of the patient as person, and ignorance of the nursing imperative to know the patient as person.

In many patient care situations, nurses have felt that advanced technology may distance them from patients because they need to pay such extensive attention to the equipment. However, with data derived from technological equipment, critical information can be retrieved that allow nurses to focus on caring while also being with the patient. Therefore, “technological competency as caring” is expressed as the skillful or proficient demonstration of intentional, deliberate, and authentic activities by experienced nurses who practice in environments requiring technological expertise in order to know persons as caring. The practice model that is crucial to contemporary nursing is one in which caring in nursing can be expressed through technological competency (Locsin,

2005, 2016; Macalam, & Locsin, 2020).

Assumptions of the Theory:

1). Persons are caring by virtue of their humanness. This assumption underscores that all human beings are caring. In this understanding, caring is expressed in many ways, and in nursing, caring is the substantive focus of the discipline, instead of the act or emotion one may portray towards another person. In this assumption, ‘persons are caring’ is studied as integral to the practice of nursing (Locsin, 2016).

2). The ideal of wholeness is a philosophical perspective that allows one to recognize human beings as a person, complete in his/her being, regardless of composite parts. This ideal allows the nurse to focus nursing as a shared lived experience between the nurse and the person being nursed, rather than focusing on fixing the person or completing the person’s lack or missing ‘parts.’ (Locsin, 2016).

3). Knowing persons is a continuous process in which the nurse and nursed

focus on appreciating, celebrating, supporting and affirming each other, allowing each other to know each other mutually, as participants in the care, instead of being underscored as aspects of care like being objects of our care (Locsin, 2016).

4). Nursing as a discipline and a professional practice provide the critical view of nursing as integral to the practice of health care, thus facilitating wellness of human beings as persons (Locsin, 2016).

5). Technologies of health and nursing are aspects of care that allows nurses to know human beings more fully as persons – as participants in their care, rather than as objects of our care (Locsin, 2016).

Universal Technological Domain

This domain is appreciated as where all nursing within the technological conceptualizations reside; the continuous demonstration of ever-changing dynamics of knowing persons as caring (Locsin, & Purnell, 2015). To illustrate this continuous knowing process, a Mobius representation

is selected (Figure 1, Locsin, 2017). The Mobius demonstrates that a certain movement does not go ‘back’ to its original point, but rather change directions (from one side of a surface to another but without moving the surface). This feature describes the process of Nursing – moving through the Universal Technological Domain.

Illustrating the Process of Knowing Persons as Caring

How will the nurse practice nursing? The process of nursing, guided by the theory of Technological Competency as Caring in Nursing, shares three distinct processes which are co-extensive with each other – being that in knowing persons as caring, the three processes of *technological knowing, designing, and participative engaging* illustrate how well nurses and the one nursed understand the purposes of nursing. In this process, technology provides the mechanism through instrumentation to derive representative data of the persons being nursed and

cared for.

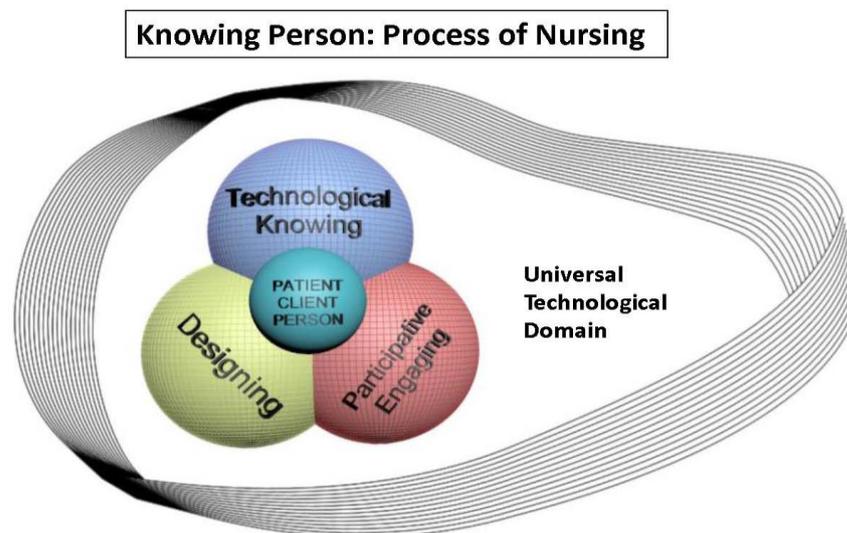


Figure 1. The Theory of Technological Competency as Caring in Nursing and the Process of Knowing Person within the Universal Technological Domain © 2014

Locsin, R. (2017). The coexistence of technology and caring in the theory of Technological Competency as Caring in Nursing. *The Journal of Medical Investigation*, 64, 160-164. Technological Knowing.

The process of knowing involves a dynamic process in which persons are known as participants in their care rather than as objects of care. In this process, the nurse enters the world of the other using technology to reveal aspects of the person - essentially what is known becomes a representation of the real person. The information derived from knowing the person is only relevant for the moment, for

the person can change moment to moment and is unpredictable.

Mutual Designing

Both the nurse and the one nursed (patient) together plan a care process from which the nurse can organize a mutually rewarding nursing practice that is responsive to the patient's desire for care.

Participative Engaging

The simultaneous practice of relating with one another. The critical feature is alternating rhythms. The evidence of continuous knowing is reflective of the continuous recursive process of knowing persons as caring.

Being Cared-for by Technological Machines

What is it like to live dependent lives while being cared for by technological machines? Will technology provide the essential values of living? Evidences of human care can be described and explained within the theoretical and conceptual contexts grounded in the theory of Technological Competency as Caring in Nursing.

To illustrate the nursing that transpires as knowing persons as caring, an expression of the human person's encounter with the nurse, a situation that resonates well with our nursing practice, is hereby narrated as a story about a patient in an intensive care unit and her nurse.

INTENSIVE CARE

Did you see nurse that you can know me -
The part that is me, my mind and soul is in
my eyes.

These tubes that are everywhere - that is
not me.

The one in my throat is the worst of all -
Now my whole being, the essence of me I
must reflect through my hands but they are
tied down but did you realize that it is
uncomfortable for me or through my eyes
and you do not notice them - except once
today during my bath.

You speak to me and look at the tubes -
Don't you know my thoughts are all over my
face

Don't you realize your thoughts are on your
face -

In your touch and your tone of voice.

I wrote a request on paper you said "I'll take
care
of it for you" your tone said "Why can't this
woman do anything for herself?"

You positioned your hand to count my
pulse but I

Can't say you touched me - you wouldn't hold my hand that I may touch you.

You walked in for the first time today with a grin on your face but your mouth is now tight and you grimaced a lot as you bathed me.

Don't you see nurse that you can know me - I'm not a chart or tubes of medication, monitors or all the other things you look at so intensely - I'm more than that , I'm scared - just look in my eyes.

Sheila Carr (1991)

Furthering the Theory

Our humanity and humanness is fragile. We focus on our capabilities to remain living organisms. Health and illness are one in that both challenges our human naturalness – or natural tendencies to preserve our lives. But, how about the human caring envisaged with technological advancements and encounters that shape the very futuristic notion of being human? The consequences of being human is to be

subject to humanness – including human transformations. However, here lies the wonderment of being human – our ability and capacity to change. Technology would have us believe, can change the world. And by all means our affirmation, celebration, and support of this changing world is infinite, and, we would all die trying to live it.

To advance the theory of Technological Competency as Caring in Nursing and continue to support the process of nursing as knowing persons as caring, nursing phenomena within the theoretical perspective require formalized studies in order to influence the practice of nursing. Some of these phenomena are identified as follows (Smith, & Parker, 2014):

- Experiences of nurses 'caring for' persons with technologies
- Lived Experiences of persons being 'cared for' with technologies
- Ethics & Technological dependence
- Cloning and Bionic Parts and the experience of being with.

- Design and development of instrument to measure technological competency as caring in nursing
- Testing of instrument to measure Patient Experience with Technologies
- Genetics and genomics and the future of humans as posthumans
- Burn out phenomenon and the prospective use of robots in the practice of nursing
- Nursing Administration - calls to care for nurses in high tech environments
- Universality of technological competency as caring in varying nursing settings and cultures

References

- Boykin, A., & Schoenhofer, S. (2001). *Nursing as Caring: A Model for Transforming Practice*. Jones and Bartlett, Sudbury, CT., USA
- Barnard, A., Locsin, R. (2007). *Technology and Nursing: Practice, Process, and Issues*. Palgrave-Macmillan, Co., London, UK
- Carr, S. (1991). Intensive Care. In Boykin, A, & Schoenhofer, S. (2001). *Nursing as Caring: A Model for Transforming Practice*. Jones and Bartlett, Sudbury, CT, USA.
- Locsin, R. (2005). *Technological Competency as Caring in Nursing*. Sigma Theta Tau International Press, Indianapolis, IN, USA.
- Locsin, R. and Barnard, A. (2007). *Technological Competency as Caring in Nursing: A Practice Model*. In A. Barnard and R. Locsin, *Technology and Nursing: Practice, Process, and Issues*. Palgrave-Macmillan, Co.
- Locsin, R. & Purnell, M. (2015). *Advancing the Theory of Technological Competency as Caring in Nursing: The Universal Technological Domain*. *International Journal for Human Caring*, 19(2), 50-54.
- Locsin, R. (2016). *Technological Competency as Caring in Nursing*, (rev. Ed). Silliman University Press, Dumaguete City, Philippines.
- Locsin, R. (2017). *The coexistence of technology and caring in the theory of*

Technological Competency as Caring in Nursing. *The Journal of Medical Investigation*, 64, 160-164.

Locsin, R. (2018). Theory-based nursing practice in the world of anthropomorphic intelligent machines. *Shikoku Acta Medica*, 73(5, 6). 227-232.

Locsin, R., Ito, H. (2018). Can humanoid nurse robots replace human nurses? *Journal of Nursing*. 5(1). 5-1. **DOI:** 10.7243/2056-9157

Macalam, T.M. & Locsin, R. (2020). Humanoid Nurse Robots and Compassion: Dialogical Conversation with Rozzano Locsin, *Journal of Health and Caring Sciences*, 2)1. **DOI:** 10.37719/jhcs.2020.v2i1.rna001

Roach, S. (2002). *Caring: The Human Mode of Being. A Blueprint for the Health Professions* (2nd ed. Rev). Ottawa, Canadian Health Care Association Press. Copy from Archives of Caring in Nursing. Christine E. Lynn College of Nursing, Florida Atlantic University. ARC-005. Sister M. Simone Roach, (1958-2005) used with

permission.

Tanioka, T., & Locsin, R., (2012). Feasibility of developing nursing care robots, *Proceedings of the 8th International Conference on Natural Language Processing and Knowledge*, p. 567-570), Hefei, China

Impacto do SARS-CoV-2 na afluência a um serviço de urgência pediátrica

Impact of SARS- CoV-2 in the affluence to a paediatric emergency unit

Carla Trindade^{1,2}, Ana Rita Gomes¹, Francisco Vaz^{1,2}, Marta Bastos¹, Rute Trigo^{1,3}

¹Centro Hospitalar de Setúbal, ²Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal, ³Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Beja

Resumo

Enquadramento: A pandemia por SARS-CoV-2 é atualmente uma emergência de saúde pública a nível mundial, que afeta a população em todo o ciclo de vida.

Objetivo: Analisar a afluência ao serviço de Urgência Pediátrica no período de janeiro a abril nos anos 2019 e 2020.

Metodologia: Foi desenvolvido um estudo observacional-retrospectivo que analisou a afluência da população pediátrica que recorria ao Serviço de Urgência Pediátrica de um Centro Hospitalar da Região de Lisboa e Vale do Tejo, a funcionar 24 horas por dia, durante os meses de janeiro de 2019 a abril de 2019 e durante os meses de janeiro de 2020 a abril de 2020.

Resultados: Verificou-se que, de fevereiro para março de 2020, existiu um decréscimo de 43,6% na afluência. Quando se analisou comparativamente, os episódios de urgência pediátrica dos meses de março e abril de 2019, com os mesmos meses em período de pandemia, observou-se um decréscimo na afluência de 45,4%.

Conclusão: Os cuidadores da população pediátrica adotaram uma nova forma de atuação face à doença sem gravidade na criança perante os receios relacionados com a pandemia SARS-CoV-2. Foram considerados vários aspetos que provavelmente estiveram subjacentes à diminuição da afluência aos serviços de urgência pediátrica em tempos pandemia.

Palavra-Chave: pandemia; SARS-CoV-2; medicina de emergência pediátrica; admissão do paciente

Abstract

Background: The SARS-CoV-2 pandemic is currently a public health emergency worldwide, affecting the population throughout its life cycle.

Objective: To analyse the affluence to the Paediatric Emergency Service in the period from January to April in the years 2019 and 2020.

Methodology: An observational-retrospective study was carried out that analysed the affluence of the pediatric population who used the Paediatric Emergency Service of a Hospital Center in the Lisbon and Tagus Valley Region, open 24 hours a day, during the months of January 2019 to April 2019 and during the months of January 2020 to April 2020.

Results: It was found that, from February to March 2020, there was a decrease of 43.6% in the affluence. When comparatively analysed, the paediatric emergency episodes in the months of March and April 2019, with the same months in a pandemic period, there was a decrease in the affluence of 45.4%.

Conclusion: The caregivers of the paediatric population adopted a new way of acting before the disease without severity due to the fears related to the SARS-CoV-2. Several aspects that were probably underlying the decrease in the affluence to paediatric emergency services in pandemic times were considered.

Keywords: pandemic; SARS-CoV-2; paediatric emergency medicine; patient admission

Introdução

A missão de um serviço de urgência consiste na abordagem de situações urgentes e emergentes (Direção-Geral da Saúde [DGS], 2001) de crianças doentes desde o nascimento até aos 17 anos e 364 dias de idade (Despacho nº 9871, 2010). Um serviço de urgência, particularmente a urgência pediátrica, não deve ser a porta de entrada no sistema de saúde para as situações clínicas de carácter não urgente. A procura de respostas rápidas aos problemas de saúde contribui para a afluência exagerada e por vezes injustificada por parte dos cuidadores da população pediátrica (Rafael, 2013). Sabemos que nos picos de maior afluência, os serviços de urgência têm dificuldade em dar resposta e o tempo de espera é gerador de situações de descontentamento e conflitos na relação entre os cuidadores da população pediátrica e os profissionais de saúde. A utilização inadequada destes serviços constitui uma despesa acrescida com a saúde (Rafael, 2013).

Foram criadas várias estratégias com o intuito de contribuir para o empoderamento dos cuidadores da população pediátrica como o apoio dado através da linha telefónica do Serviço Nacional de Saúde (SNS) e a educação para a saúde realizada em Cuidados de Saúde Primários e Cuidados Diferenciados, no entanto, a utilização

desadequada mantinha-se (Coelho, 2012; Cordeiro, 2015; Organization for Economic Cooperation and Development, 2017).

Contrariamente ao habitual recurso aos serviços de urgência pediátrica com situações de menor gravidade, durante a pandemia pelo vírus SARS-CoV-2 constatou-se que a conduta dos cuidadores mudou, o que se refletiu numa diminuição da afluência a estes serviços. Tendo consciência de que a sociedade experiencia momentos de grande esforço e stresse, com mudanças abruptas nos hábitos, nas rotinas e padrões de vida quotidianos, tornou-se importante compreender esta mudança de comportamento. A problemática assente neste artigo tem como intuito analisar a afluência ao serviço de Urgência Pediátrica no período de janeiro a abril nos anos 2019 e 2020.

Enquadramento

Em dezembro de 2019 surgiu na China, na cidade de Wuhan (Cao, Chen, Chen, & Chiu, 2020; Hong, Chung, Wang, & Chen, 2020; Xu et al., 2020) mais propriamente em trabalhadores e clientes de um mercado de animais vivos, um tipo de pneumonia de etiologia desconhecida (Zimmermann, & Curtis, 2020) e que foi reportado à Organização Mundial de

Saúde (OMS). Em janeiro de 2020, foi identificado e comunicado pelas autoridades chinesas, o novo vírus da família dos coronavírus (2019-nCoV), como sendo o agente causador da doença referida (Cai et al., 2020). Estes vírus pertencem a um grupo específico que podem causar doenças em animais e seres humanos (Zimmermann, & Curtis, 2020). No caso específico dos seres humanos, os coronavírus causam infecções respiratórias que poderão ir de ligeiras a graves como a Síndrome Respiratória Aguda Grave (SARS) no ano de 2003 e a Síndrome Respiratória do Oriente Médio (MERS) que surgiu em 2012 (Cai et al., 2020).

A transmissão do SARS-CoV-2 ocorre por gotículas expelidas pelo nariz ou boca de uma pessoa infetada, por inalação das gotículas em suspensão, ou então, de forma indireta, por gotículas que se depositam em objetos e/ou superfícies ou que ficam em suspensão no ar. Esta forma de contágio secundária acontece, como exemplo, se tocarmos em superfícies contaminadas e posteriormente levarmos as mãos à boca, olhos ou nariz (World Health Organization, 2020a).

O impacto potencial da epidemia pelo vírus SARS-CoV-2 é elevado, sendo a propagação global do vírus uma realidade. O Diretor-Geral da OMS declarou, a 30 de janeiro de 2020, a doença por novo coronavírus como uma

emergência de saúde pública de âmbito internacional (World Health Organization, 2020b). Em Portugal e de modo a ser possível uma resposta eficiente a esta nova ameaça, a DGS apelou à colaboração conjunta, quer aos níveis das áreas governamentais quer ao nível da área da saúde.

COVID-19 em Pediatria

As evidências acerca da COVID-19 na população pediátrica ainda são escassas, no entanto, nos estudos disponíveis é de consenso comum que as crianças são menos afetadas pelo SARS-CoV-2 que os adultos (Hong et al., 2020; Zimmermann, & Curtis, 2020). De acordo com o Centro de Controlo e Prevenção de Doenças da China é exposto que dos 72.314 casos relatados em 11 de fevereiro de 2020, apenas 2% eram em crianças e jovens com idade inferior a 19 anos (Zimmermann, & Curtis, 2020).

Em caso de infeção, as crianças, na sua maioria, apresentam manifestações mais ligeiras e as que desenvolvem doença grave têm apresentado uma menor incidência comparativamente com os adultos (Hong et al., 2020; Zimmermann, & Curtis, 2020). As crianças podem ser assintomáticas ou apresentar sintomas como febre, tosse seca, dispneia e alguns sintomas do trato respiratório superior como congestão nasal e coriza (Cai et al., 2020; Hong et al., 2020). A pneumonia é uma infeção frequentemente relatada

(Hong et al., 2020, Kelvin, & Halperin, 2020; Qiu et al., 2020). São também descritos sintomas não respiratórios como: desconforto abdominal, náuseas, vômitos, dor abdominal e diarreia, sendo estes últimos sintomas mais prevalentes na população pediátrica do que nos adultos (Cao et al., 2020; Hong et al., 2020; Zimmermann, & Curtis, 2020).

Acerca do período de incubação, é referido que pode apresentar uma média entre 3 e 7 dias, sendo o tempo mais curto 1 dia e o mais longo de 14 dias (Hong et al., 2020). Por norma, as crianças apresentam um bom prognóstico (Cao et al., 2020; Hong et al., 2020), com uma recuperação dentro de uma a duas semanas, após o início da doença (Cai et al., 2020; Cao et al., 2020). Os casos mais graves podem evoluir para SARS, choque séptico, acidose metabólica refratária e disfunções da coagulação (Hong et al., 2020).

Um aspeto a salientar na realidade da pediatria é que as crianças são suscetíveis à infeção por SARS-CoV-2, mas frequentemente não apresentam sintomas evidentes ou graves da doença, levando a crer que estas podem ser facilitadores da transmissão do vírus (Kelvin, & Halperin, 2020). Outro aspeto que estes últimos autores referem, é a perplexão por parte dos cientistas, epidemiologistas e profissionais de saúde, com a qual se convive empiricamente na prática diária acerca da baixa incidência

na pediatria, atendendo que os lactentes e as crianças apresentam um número elevado de recorrências ao serviço de urgência por infeções respiratórias. São ainda apontadas como possíveis razões da baixa incidência o facto das crianças serem menos testadas que os adultos e estarem menos expostas a fontes de contágio (Zimmermann, & Curtis, 2020).

Metodologia

A opção metodológica que orientou este estudo foi uma abordagem quantitativa, com a realização de um estudo observacional-retrospectivo.

População

O presente estudo incidiu sobre neonatais, lactentes, crianças e adolescentes que se dirigiram ao Serviço de Urgência Pediátrica de um Centro Hospitalar da Região de Lisboa e Vale do Tejo, a funcionar 24 horas por dia. A colheita de dados ocorreu durante os meses de janeiro de 2019 a abril de 2019 e durante os meses de janeiro de 2020 a abril de 2020.

Foram consideradas as crianças e adolescentes de ambos os géneros com idades dos zero até 17 anos e 364 dias de idade.

Procedimento na recolha e análise dos dados

Os dados utilizados para a realização deste estudo foram retirados pelo Gabinete de Informação e Gestão de um Centro Hospitalar através da utilização dos seguintes sistemas informáticos: ALERT®; SClínico® e SONHO (Sistema Integrado de Informação Hospitalar). Os dados retirados são compostos pelos registos de todas as visitas ao Serviço de Urgência Pediátrica, entre 1 de janeiro de 2019 a 30 de abril de 2019 e entre 1 de janeiro de 2020 a 30 de abril de 2020.

Os dados obtidos foram tratados com recurso ao *software* Microsoft Excel® versão 16.

Resultados e discussão

Sendo que a prática de enfermagem está em constante evolução e adaptação, torna-se fundamental perceber a afluência ao Serviço de Urgência Pediátrica em situações de pandemia, com o intuito de contribuir para uma prática sustentada na evidência.

Os episódios de recorrência ao Serviço de Urgência Pediátrica do Centro Hospitalar, diminuiu significativamente, se compararmos com os meses anteriores de janeiro e fevereiro de 2020 e os meses de março e abril de 2019. Como pode ser observado no quadro 1, existiu um decréscimo de 43,6% nos episódios de urgência pediátrica no ano de 2020, nos meses de fevereiro e março do corrente ano. Se confrontarmos os anos de 2019 e 2020, em particular os meses de março e abril, observamos um decréscimo na afluência de 45,4%.

Quadro 1 – Episódios de urgência pediátrica do centro hospitalar

Ano	Meses	Urgência Pediátrica	Ano	Meses	Urgência Pediátrica
2019	janeiro	4105	2020	janeiro	3912
	fevereiro	3527		fevereiro	3664
	março	3514		março	1597
	abril	2937		abril	171

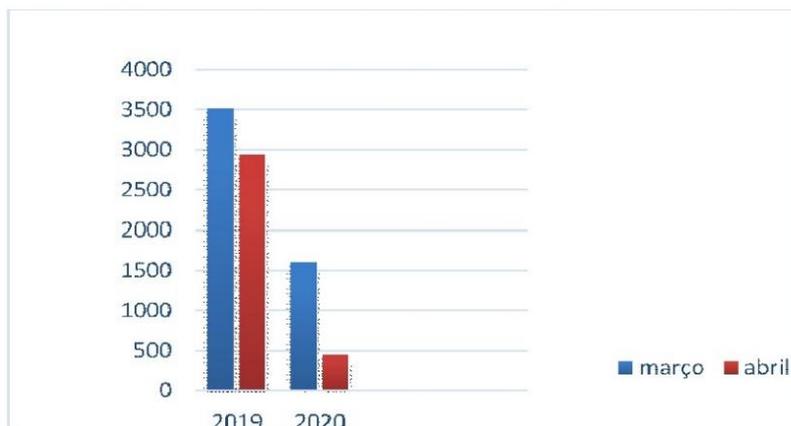
A colheita e análise dos dados referentes aos meses de março e abril de 2019 e 2020, como se pode constatar no gráfico 1, demonstra uma grande diferença no

número de episódios de um ano para o outro. Após a pandemia decretada pela OMS a 11 de março de 2020 pelo vírus SARS-CoV-2, verifica-se uma descida dos

episódios de urgência pediátrica, ou seja, nos meses de março e abril de 2020 observa-se uma descida significativa dos episódios de urgência. Da comparação dos dados entre os anos de 2019 e 2020,

observa-se que em 2019 no mês de março ocorreu uma média de 113 crianças nas 24 horas e em 2020, para o mesmo período, a média baixou para 52 crianças/dia.

Gráfico 1 – Comparação da afluência nos meses março e abril dos anos de 2019 e 2020

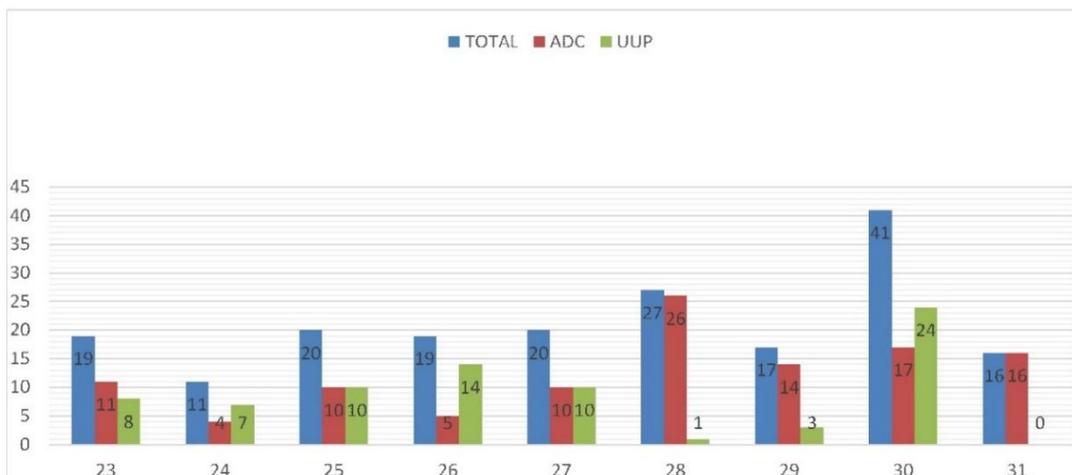


A 15 de março de 2020, foi emanada pela DGS (2020) uma abordagem clínica dos doentes com suspeita de infeção confirmada por SARS-CoV-2, no SNS, com obrigatoriedade de aplicação de medidas de mitigação para assegurar os cuidados prestados. Neste contexto, foi necessário a abertura das áreas dedicadas para avaliação e tratamento das pessoas com Covid – 19 nos hospitais, designadas por ADC que neste caso em particular, teve início no dia 23 de março de 2020. A abertura do ADC Pediátrico decorre da aplicação da Norma da DGS número 001/2020, que atendendo à emergência de saúde pública de âmbito internacional, provocada pelo vírus SARS-CoV-2, declarou a necessidade de aplicação de procedimentos com base na

realidade de transmissão local, em Portugal.

O gráfico 2 refere-se à contabilização dos utentes pediátricos que recorreram, à Unidade de Urgência Pediátrica (UPP), a partir do dia 23 de março de 2020, que se refere especificamente ao período de abertura do ADC pediátrico. Da análise dos dados, regista-se uma afluência média de 21 crianças nas 24 horas, como empiricamente se percecionava, existiu uma diminuição dos episódios de urgência. Ao analisar os dados colhidos obtém-se a confirmação, torna-se agora importante refletir sobre os dados e perceber a mudança da conduta dos cuidadores da população pediátrica em tempos de pandemia.

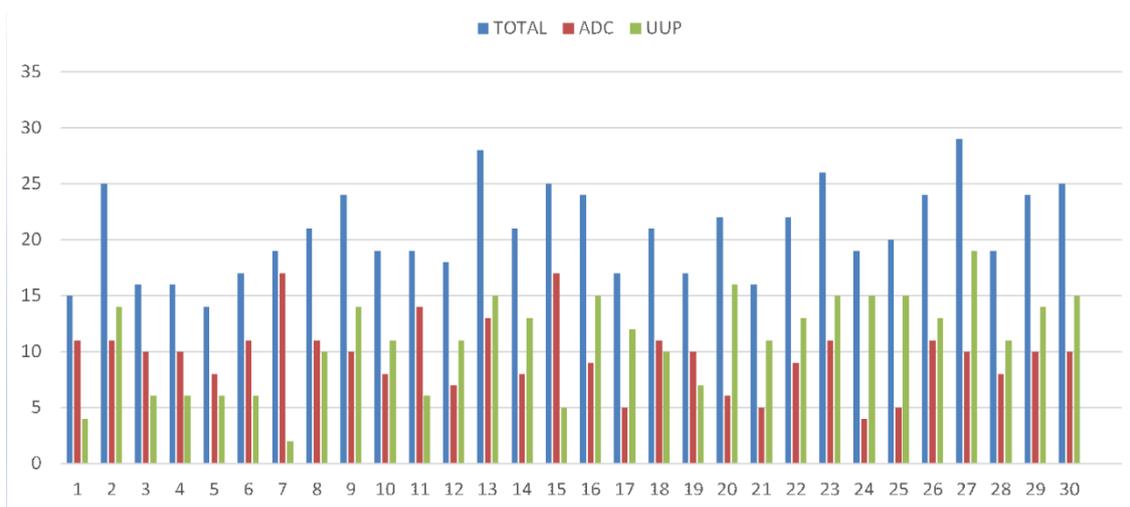
Gráfico 2 – Afluência e relação de episódios entre UPP e a ADC



No se refere ao mês de abril, mantém-se a média de 21 crianças por dia, o que corrobora a questão inicial de que os cuidadores da população pediátrica alteraram a sua atitude em termos de recorrer ao serviço de urgência pediátrica em situações de doença ligeira. Tal como o gráfico anterior, o gráfico 3 apresenta o número de episódios por dia, com a distinção entre as crianças que foram atendidas no ADC e na UPP. As crianças

suspeitas de SARS-CoV-2, que apresentam como sintomatologia febre, tosse ou dificuldade respiratória foram atendidas no ADC. As outras crianças foram atendidas na UPP, pois não apresentavam a sintomatologia definida pela DGS na definição de caso, logo não são suspeitas e por esse motivo foram atendidas em contextos físicos diferentes, de modo a evitar a propagação do vírus SARS-CoV-2.

Gráfico 3 – Relação entre episódios de UPP e ADC em abril 2020



Perante a exposição destes resultados e ao refletir-se sobre esta redução abrupta da afluência à UUP, perspetivam-se algumas explicações, que surgem da reflexão e da revisão da literatura existente.

A consciência moral de não sobrecarregar os serviços de urgência, que ao momento estão vocacionados na preparação/resposta à pandemia por SARS- CoV-2

Como evidenciado pelo Observatório Português dos Sistemas de Saúde ([OPSS], 2015), verifica-se uma utilização injustificada por 49,5% dos utentes ao serviço de urgência pediátrica. Em 2017 é constatado que esta realidade se mantém, verificando-se uma percentagem elevada de utentes que utilizam os serviços de urgência, quando poderiam recorrer os cuidados de saúde primários (OPSS, 2017). A realidade vivida em Portugal vai ao encontro da realidade vivida na Europa, pois de acordo com dados do Observatório Europeu dos Sistemas e Políticas de Saúde verifica-se que entre 17 a 57% das crianças atendidas nos serviços de urgência poderiam ser atendidas nos cuidados de saúde primários face aos problemas que apresentam (Wolfe, & McKee, 2013).

Confrontando com os dados anteriormente apresentados, em que se verificou uma descida de 54,6%, é corroborada a ideia de que nos períodos

anteriores à pandemia, grande parte dos episódios que recorreram à UUP, seriam classificadas como “falsas urgências”. Ao realizar-se uma análise à conduta atual do ser humano perante a pandemia, depreendeu-se que o que era conceptualizado como urgente para os cuidadores da população pediátrica, deixou de o ser, pelo que se verifica uma diminuição da afluência à unidade. Por outro lado, os profissionais de saúde estão preocupados com as situações que são “verdadeiras” urgências, e que pelos receios relacionados com a pandemia, os cuidadores da população pediátrica possam adiar um tratamento necessário e emergente.

Medo de contágio, que fez repensar uma ida à urgência por situações não urgentes

O Modelo de Crenças de Saúde desenvolvido por Rosenstock em 1966, refere que a suscetibilidade e gravidade determinam a ameaça percebida da doença, em que a probabilidade do sujeito ter um comportamento de saúde, irá depender da medida em que o sujeito aceita, que os benefícios da ação poderão ultrapassar as barreiras associadas a ela (Rodrigues, 2012). Desta forma, poderá ser depreendido que os cuidadores procuram os cuidados de saúde, em tempo de pandemia, se for mesmo necessário, já que o risco de contágio pelo vírus SARS-CoV-2 poderá ser

elevado em ambiente hospitalar. Uma outra teoria, que poderá ser abordada para compreensão do comportamento dos cuidadores sobre o “ir ou não” aos serviços de urgência pediátrica, é a Teoria da Motivação para a Proteção de Rogers de 1983. Esta consiste numa expansão do Modelo de Crenças de Saúde, adicionando outros fatores. Inicialmente defendia-se que os comportamentos relacionados com a saúde, eram devido a quatro componentes principais: autoeficácia, eficácia da resposta, gravidade e vulnerabilidade (Rodrigues, 2012). Posteriormente, o autor sugeriu a inclusão de um quinto componente, o medo. Defende ainda, que estas cinco componentes da teoria, são afetadas por duas fontes de informação: ambiental e intrapessoal. Esta teoria foca duas categorias de resposta: a avaliação da ameaça influenciada pela vulnerabilidade, a gravidade e o medo percebido; a avaliação de *coping*, que está diretamente ligada às crenças de autoeficácia e a eficácia das respostas, levando o cuidador a comportar-se de modo adaptativo ou inadaptativo, em que a força reflete o grau de motivação do indivíduo para proteger a sua saúde, que por sua vez, poderá ser preditiva do comportamento (Rodrigues, 2012). Ao aplicar-se este modelo para a decisão de ir ou não à urgência, nesta fase de pandemia, o medo de procura de ajuda prevalece. Complementando esta ideia, está ainda a motivação para

proteger a saúde da população pediátrica, conduzindo provavelmente à não procura de cuidados de saúde em situações de menor gravidade e por consequência, uma descida significativa das recorrências.

O encerramento das escolas e infantários e medidas impostas pelo estado de emergência que emanou a limitação da circulação e impõe afastamento social

O encerramento das escolas foi uma medida extraordinária e de carácter temporário e aconteceu para a prevenção, contenção, mitigação e tratamento de infeção epidemiológica por COVID -19. Com o Decreto-Lei n.º 10-A/2020 de 13 de março, no artigo 9º, ficaram suspensas as atividades letivas e não letivas e formativas com presença de estudantes em estabelecimentos de ensino (incluindo pré-escolar, básica, secundária, superior e equipamentos sociais de apoio à primeira infância ou deficiência). O encerramento dos estabelecimentos de ensino provavelmente, contribuiu para a diminuição da propagação de infeções. Nas últimas décadas, tem-se verificado que existe um risco aumentado para a aquisição de doenças transmissíveis nas crianças que frequentam estas instituições, sobretudo infeções respiratórias das vias superiores e inferiores como bronquites, bronquiolites, pneumonias, gastroenterites, entre outras

(Nesti, & Goldbaum, 2007). Os autores anteriormente referidos defendem que as crianças cuidadas em creches ou em pré-escolas apresentam maior risco de adquirir infeções, aumentando o impacto na saúde individual e na disseminação das doenças na comunidade. As crianças apresentam hábitos que podem contribuir para o aumento da propagação de doenças como levar as mãos e objetos à boca, contato interpessoal muito próximo, incontinência fecal na fase pré-controlo esfinteriano, não cumprimento da higienização das mãos, necessidade de contato físico direto constante com os adultos. Para além disso, as crianças são portadoras assintomáticas de várias doenças, consideradas por estes autores como reservatórios comunitários de agentes infecciosos (Nesti, & Goldbaum, 2007).

Relativamente à declaração do estado de emergência, a prioridade governamental foi prevenir a doença, conter a pandemia, salvar vidas, entre outros objetivos. Assim como no artigo 5º do Decreto n.º 2-A/2020 de 20 de março, existiu um dever geral de recolhimento domiciliário. Sendo assim, o encerramento das escolas e o recolhimento no domicílio, pode ser também explicação para esta diminuição, já que as crianças não frequentando as escolas não contraem doenças, pois ao estarem no domicílio estão protegidas relativamente à disseminação de doenças na comunidade.

A utilização do serviço telefónico SNS24 e as consultas não presenciais

O SNS 24 é um serviço telefónico do Sistema Nacional de Saúde, um serviço de triagem, aconselhamento e encaminhamento na doença aguda não emergente, apoiando os utentes para que estes consigam cuidados de saúde apropriados à sua situação, proporcionando uma maior qualidade, eficiência e menor custo nos serviços (Soares, Aidos, Rodrigues, & Guimarães, 2006).

No que se refere às consultas não presenciais, a comunicação à distância, com a utilização da comunicação não presencial, por exemplo por telefone ou correio eletrónico, na área da saúde apresenta vantagens de ordem individual (para o doente/família) e social (para as organizações e para a sociedade), pois permite ao doente e família a acessibilidade à informação sobre os problemas de saúde e respetivas soluções, evitando deslocações às instituições de saúde e favorecendo o contato com utentes que apresentem barreiras geográficas (Martin, & Lopes, 2007). Aproveitar o desenvolvimento tecnológico poderá ser uma vantagem nos tempos atuais de pandemia, o recurso à comunicação não presencial tem impacto na saúde, assim, a comunicação não presencial poderá ter promovido o empoderamento da população em geral, isto é, orientou os pais na gestão da

situação de doença dos filhos, contribuindo para a diminuição da afluência à UUP.

A sintomatologia da doença manifesta-se de forma ligeira

Num estudo realizado por Caldeira Santos, Pontes, Dourado e Rodrigues (2006), as recorrências ao serviço de urgência foram devido a infeção das vias aéreas superiores (19,0%), dificuldade respiratória (16,5%), traumatismos, intoxicações e queimaduras (15,6%), gastroenterite aguda (12,6%) e febre sem foco (11,3%). Outro estudo efetuado por Freitas, Moreira, Tomé e Cardoso (2016) aferiram que os principais diagnósticos médicos num serviço de urgência pediátrica foram a nasofaringite aguda 22%, gastroenterite de origem infecciosa presumível 12%, amigdalite aguda 10%, náusea e vômitos 7%, otite média supurativa ou não-supurativa 6%, dor abdominal e pélvica 13%, e laringite aguda 3%. Relativamente a crianças com vírus SARS-CoV-2, como anteriormente referido, estas apresentam quadros clínicos leves ou assintomáticos, facto que pode explicar a diminuição das recorrências ao serviço de urgência pediátrica.

Conclusão

Ao contrário do que se tem verificado nas últimas décadas, durante o período de pandemia deixou de se verificar uma utilização exagerada dos serviços de urgência pediátrica. Do estudo realizado verificou-se que de fevereiro para março de 2020, existiu um decréscimo de 43,6%. Quando se analisou comparativamente, os episódios de urgência pediátrica dos meses de março e abril de 2019, com os mesmos meses em período de pandemia, observámos um decréscimo na afluência de 45,4%.

Na UUP do Centro Hospitalar analisado, os tempos de espera diminuíram ou são praticamente inexistentes porque efetivamente o número de episódios de urgência diminuíram. Sem dúvida que o isolamento e o distanciamento social foram medidas essenciais de controlo de propagação do vírus SARS-CoV-2, que protegeram a população pediátrica, quebrando a cadeia de transmissão deste e de outros vírus e bactérias. O período de pandemia, poderá ter sido útil na aprendizagem de que a resposta à doença deve ser alterada. Os pais podem retirar deste tempo pandémico conhecimentos e experiências que os ajudem a olhar para a doença dos seus filhos de forma mais consciente e segura. A consciencialização, que estes tempos diferentes trouxeram poderá contribuir

para que os cuidadores da população pediátrica adotem tomadas de decisão ponderadas e consistentes de recorrer ou não a um serviço de urgência. A gestão de stresse parental pode aqui também beneficiar com estes ensinamentos, promovendo resiliência e um pensamento positivo quando o cuidador analisa os acontecimentos acerca da situação de saúde da sua criança. O futuro poderá passar por uma aprendizagem e empoderamento dos pais, no cuidar dos seus filhos, utilizando corretamente os recursos que têm disponíveis como os cuidados de saúde primários e a linha SNS 24.

Com consciência da limitação dos dados expostos por não ter sido efetuado um estudo que analisasse a influência das causas subjacentes a esta diminuição da afluência à UPP, propomo-nos debruçar sobre esta questão de uma forma mais aprofundada com a aplicação de um questionário à população que utiliza o serviço e deixar assim estas questões em aberto: estarão os cuidadores da população pediátrica após a pandemia, capacitados para lidar com os sintomas e analisar os benefícios e os riscos da recorrência a uma urgência pediátrica, ou foi o medo de contágio que mudou a sua atitude? Neste momento, as conclusões são simplesmente conjeturas, só o tempo nos dirá se os portugueses, no caso específico da pediatria, se os pais adotaram uma nova forma de atuação

perante a doença sem gravidade na criança. Poderá esta pandemia mudar os hábitos dos pais?

Referências bibliográficas

Cai, X., Ma, Y., Li, S., Chen, Y., Rong, Z., & Li, W. (2020). Clinical Characteristics of 5 COVID-19 Cases With Non-respiratory Symptoms as the First Manifestation in Children. *Frontiers in Pediatrics*, 8, 1-9. DOI: 10.3389/fped.2020.00258

Caldeira, T., Santos, G., Pontes, E., Dourado, R., & Rodrigues, L. (2006). O dia-a-dia de uma Urgência Pediátrica. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 1(37), 1-4. Recuperado de http://www.spp.pt/Userfiles/File/App/Artigos/7/20080424151624_APP_Vol_37_N1_OR_Dia_Dia_Urgencia_Pediatria.pdf

Cao, Q., Chen, Y.C., Chen, C.L., & Chiu, C.H. (2020). SARS-CoV-2 infection in children: Transmission dynamics and clinical characteristics. *Journal of the Formosan Medical Association*, 119, 670-673. DOI: 10.1016/j.jfma.2020.02.009

Coelho, M. (coordenação). (2012). *150 Anos da Pediatria Portuguesa e Meio Século de Urgências Pediátricas - Casuística do Hospital Dona Estefânia*. Lisboa: Núcleo de Estudos Pediátricos do Hospital de Dona Estefânia.

- Cordeiro, M. (2015). *Crianças e Famílias num Portugal em Mudança*. Lisboa: Ensaio da Fundação.
- Decreto-Lei n.º 10-A. (13 de março de 2020). Medidas excecionais e temporárias relativas à situação epidemiológica do novo Coronavírus — COVID 19. Diário da República, 1.ª série – N.º 52. Recuperado de <https://dre.pt/application/conteudo/130243053>
- Decreto n.º 2-A. (20 de março de 2020). Declaração do estado de emergência efetuada pelo Decreto do Presidente da República n.º 14-A/2020, de 18 de março. Diário da República, 1.ª série - N.º 57. Recuperado de <https://dre.pt/application/conteudo/130473161>
- Despacho n.º 9871 (11 de junho de 2010). Definição da Idade Pediátrica em Portugal. Diário da República, 2.ª série – N.º 112. Recuperado de <https://dre.tretras.org/pdfs/2010/06/11/dre-275684.pdf>
- Direção-Geral da Saúde. (2001). *Saúde Materno-Infantil: Rede de Referência Materno-Infantil*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde. Recuperado de <http://www.arscentro.minsaude.pt/Institucional/projectos/crsmca/Documents/Legisla>
- Direção-Geral da Saúde. (2020). *Plano Nacional de Preparação e Resposta à Doença por novo coronavírus (COVID-19)*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde. Recuperado de <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/plano-nacional-de-preparacao-e-resposta-para-a-doenca-por-novo-coronavirus-covid-19-pdf.aspx>
- Freitas, A., Moreira, A., Tomé, S., & Cardoso, R. (2016). Motivos de recurso ao Serviço de Urgência Pediátrica. *Nascer e Crescer: Revista de Pediatria do Centro Hospitalar do Porto*, 25 (3), 136-40. Recuperado de <http://www.scielo.mec.pt/pdf/nas/v25n3/v25n3a02.pdf>
- Hong, H., Chung, H. T., Wang, Y., & Chen, C. J. (2020). Clinical characteristics of novel coronavirus disease 2019 (COVID-19) in newborns, infants and children. *Pediatrics and Neonatology*, 61(2), 131-132. DOI: 10.1016/j.pedneo.2020.03.001
- Kelvin, A., & Halperin, S. (2020). COVID-19 in children: the link in the transmission chain. *The Lancet Infectious Diseases*, 1-2. DOI: 10.1016/S1473-3099(20)30236-X
- Martins, M., & Lopes, M. (2010). A Consulta Telefónica como Intervenção de Enfermagem ao Doente e Família com Dor Crónica, numa Unidade de Dor. *Pensar Enfermagem*, 14 (1), 39-57. Recuperado de https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/23961/1/2010_14_1_39-57%284%29.pdf
- Nesti, M., & Goldbaum, M. (2007). As creches e pré-escolas e as doenças transmissíveis. *Jornal de Pediatria*, 83 (4), 299-312. DOI: 10.2223/JPED.1648.
- Observatório Português dos Sistemas de Saúde. (2015). *Acesso aos Cuidados de*

Saúde em Risco?: Relatório de Primavera 2015. Lisboa: Observatório Português dos Sistemas de Saúde. Recuperado de <http://opss.pt/wp-content/uploads/2018/06/RelatorioPrimavera2015.pdf>

Observatório Português dos Sistemas de Saúde. (2017). *Viver em tempos incertos - Sustentabilidade e equidade na saúde: Relatório de Primavera 2017*. Lisboa: Observatório Português dos Sistemas de Saúde. Recuperado de http://opss.pt/wp-content/uploads/2018/06/Relatorio_Primavera_2017.pdf

Organization for Economic Cooperation and Development. (2017). *Tackling Wasteful Spending on Health*. Recuperado de <https://www.oecd.org/health/tackling-wasteful-spending-on-health-9789264266414-en.htm>

Qiu, H., Wu, J., Hong, L., Luo, Y., Song, Q., & Chen, D. (2020). Clinical and epidemiological features of 36 children with coronavirus disease 2019 (COVID-19) in Zhejiang, China: an observational cohort study. *The Lancet Infectious Diseases*, 1-8. **DOI:** 10.1016/S1473-3099(20)30198-5

Rafael, M. (2013). *Caraterização de um ano de utilização de um serviço de urgência pediátrica de um hospital de nível II*. Tese para obtenção do grau de mestre em Gestão de Serviços de Saúde, ISCTE: Business School, Instituto Universitário de Lisboa. Recuperado de <https://repositorio.iscte-iul.pt/bitstream/100>

71/6975/1/TESE%20-%20Margarida%20Rafael%20-%20Outubro%202013.pdf

Rodrigues, S. (2012). Contributos psicológicos para a compreensão da utilização inapropriada de um serviço de urgência pediátrica. *Revista de Enfermagem Referência*, 3 (7), 73-82. **DOI:** 10.12707/RIII1114

Soares, S., Aidos, A., Rodrigues, M., & Guimarães, J. (2006). Efectividade do sistema de triagem telefónica Saúde 24 Pediatria num serviço de urgência pediátrica. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 22, 433-442. **DOI:** 10.32385/rpmgf.v22i4.10263

Wolfe, I., & McKee, M. (2013). *European child health services and systems. Lessons without borders*. New York: Open University Press.

World Health Organization. (2020a). *Modes of transmission of virus causing COVID-19: implications for IPC precaution recommendations*. Geneva: World Health Organization. Recuperado de <https://www.who.int/publications-detail/modes-of-transmission-of-virus-causing-covid-19-implications-for-ipc-precaution-recommendations>

World Health Organization. (2020b). *2019 Novel Coronavirus (2019-nCoV): Strategic preparedness And response plan*. Geneva: World Health Organization. Recuperado de <https://www.who.int/em>

ergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/strategies-and-plans

Xu, Y., Li, X., Zhu, B., Liang, H., Fang, C., ... Gong, S. (2020). Characteristics of pediatric SARS-CoV-2 infection and potential evidence for persistent fecal viral shedding. *Nature medicine*, 26(4), 502–505. **DOI:** 10.1038/s41591-020-0817-4

Zimmermann, P., & Curtis, N. (2020). Coronavirus Infections in Children Including COVID-19 - An Overview of the Epidemiology, Clinical Features, Diagnosis, Treatment and Prevention Options in Children. *The Pediatric Infectious Disease Journal*, 39, 356-368. **DOI:** 10.1097/INF.0000000000002660

Agradecimentos

Ao Centro Hospitalar da Região de Lisboa e Vale do Tejo, pelo/a Exmo/a Diretor/a de Enfermagem, de autorizar a divulgação dos dados apresentados e ao Serviço de Informação e Gestão do mesmo Centro Hospitalar pelo fornecimento dos mesmos.

Levante precoce e recuperação da marcha: Projeto de melhoria contínua da qualidade

Early lifting and recovery of gait: Continuous quality improvement project

Dina Peças¹, David Peças¹

1. Hospital Garcia de Orta

Resumo

Enquadramento: O repouso prolongado leva a perda muscular, sendo estimado que uma pessoa acamada entre 3 a 5 semanas perca metade da força muscular. Associado a outras comorbidades, o repouso prolongado tem um impacto sistémico, reduzindo a capacidade funcional e aumentando o tempo de internamento hospitalar. O levante precoce traz benefícios físicos e psicológicos, diminui a incidência de complicações e acelera a recuperação da pessoa. A intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação é determinante para a realização do levante precoce e recuperação da marcha.

Objetivo: Uniformizar os procedimentos para o levante precoce e recuperação da marcha em pessoas internadas no hospital.

Metodologia: Metodologia baseada no ciclo de gestão da qualidade, adaptado para as oito fases propostas pela Ordem dos Enfermeiros, para melhor responder às necessidades específicas de um projeto de enfermagem.

Resultados: O projeto será avaliado com recurso a diversos indicadores (epidemiológicos, de estrutura, processo e resultado).

Conclusão: A realização do levante precoce e a recuperação da marcha são fundamentais para a manutenção da autonomia e independência funcional da pessoa hospitalizada. A implementação deste projeto irá permitir evidenciar esses ganhos, possibilitando ainda a comparação com outros contextos clínicos da instituição e do país.

Palavras-chave: levante precoce; marcha; reabilitação; enfermagem; enfermagem de reabilitação; hospitalização

Abstract

Background: Prolonged bed rest leads to muscle loss, and it is estimated that a person bedridden for 3 to 5 weeks loses half of the muscle strength. Associated with other comorbidities, prolonged bed rest has a systemic impact, reducing functional capacity and increasing the length of hospital stay. Early lifting brings physical and psychological benefits, decreases the incidence of complications and accelerates the person's recovery. The intervention of the rehabilitation specialist nurse is crucial for the execution of the early lifting and gait recovery.

Objective: To standardize procedures for early lifting and gait recovery in hospitalized person.

Methodology: Methodology based on the quality management cycle, adapted to the eight phases proposed by the Portuguese Nursing Council, to better respond to the specific needs of a nursing project.

Results: The project will be assessed using several indicators (epidemiological, structure, process and result).

Conclusion: Performing early lifting and gait recovery is essential for the maintenance of autonomy and the functional independence of the hospitalized person. The implementation of this project will highlight these gains, allowing also the comparison with other clinical contexts of the institution and the country.

Keywords: early lifting; gait; rehabilitation; nursing; rehabilitation nursing; hospitalization

Introdução

O repouso na cama era altamente recomendado para a recuperação de diversas doenças. Esta prática foi aconselhada durante quase um século, entre meados da década de 1860 até 1950, sendo que, atualmente, está cientificamente desatualizada (Knight, Nigam, & Jones, 2009).

A partir da década de 50, verificou-se um aumento de estudos realizados pela indústria aeroespacial, procurando identificar os efeitos do repouso absoluto no corpo humano. Estas investigações permitiram identificar que longos períodos de imobilidade causam alterações prejudiciais em todos os sistemas corporais, e também que a inatividade é um fator importante para o desenvolvimento de doenças crônico-degenerativas, principalmente em pessoas mais idosas (Booth, Roberts, & Laye, 2012).

Na atualidade, a evidência científica demonstrou que a prescrição da restrição da mobilidade, como coadjuvante do processo terapêutico, é cada vez menor. A intervenção precoce após uma cirurgia ou doença prolongada é fundamental para inverter as sequelas orgânicas induzidas pela inatividade (Ordem dos Enfermeiros, 2013a). Essa intervenção dirigida à pessoa idosa é crucial devido à sua vulnerabilidade e aos efeitos das

alterações da mobilidade. Assim, preconiza-se uma intervenção precoce a nível do levante e da marcha com o intuito de permitir uma melhor recuperação e prevenir o desenvolvimento de sequelas negativas (Schweickert et al., 2009).

Na nossa prática diária foram detetadas falhas na aplicação destas indicações pelo que surge a necessidade de desenvolvimento deste projeto, o qual foi implementado no Serviço de Medicina Interna de um Hospital da região de Lisboa e Vale do Tejo.

De modo a resolver esta problemática, desenvolveu-se o projeto Levante precoce e recuperação da marcha, com recurso à metodologia de projeto – Plan, Do, Check, Act (PDCA), sugerida no Guião para a Organização de Projetos de Melhoria Contínua da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem (Ordem dos Enfermeiros, 2013b).

Enquadramento

O repouso prolongado no leito leva a uma perda de massa muscular de 1 a 3% por dia e a uma redução de 10 a 15% da força a cada semana, o que significa que uma pessoa que esteja submetida a uma imobilização de 3 a 5 semanas pode perder metade da sua força muscular (Parada, & Pereira, 2003).

Constituem-se, ainda, como efeitos colaterais da imobilidade prolongada, o encurtamento dos músculos, a diminuição da atividade articular e a limitação da amplitude de movimentos, levando à destruição de proteínas e diminuição da produção das mesmas, com consequentes alterações estruturais e metabólicas do músculo (Guedes, Oliveira, & Carvalho, 2018).

Associado a doenças graves, o repouso prolongado afeta, em simultâneo, órgãos e sistemas, como os sistemas musculoesquelético, osteoarticular, cardiorrespiratório, metabólico, gastrointestinal, geniturinário, cutâneo, entre outros, o que contribui para a redução da capacidade funcional e para o aumento do tempo de internamento (Castro, 2013).

Por sua vez, a imobilidade vai repercutir-se na pessoa a nível psicológico e socioeconómico levando a um aumento do tempo de internamento, a uma maior utilização dos recursos, a dependência nas atividades de vida diária (com maior dependência de terceiros) a necessidade acrescida de suporte familiar e a elevados custos sociais (Pinheiro, & Christofolletti, 2012).

A ocorrência de fraqueza muscular conduz a défices na deambulação que comprometem o regresso da pessoa ao domicílio. Isso reflete-se nos gastos hospitalares, pois quanto maior o tempo de internamento, maiores serão os gastos

económicos com a manutenção da pessoa internada (Berger, & Mailloux-poirier, 1995; Fernandes, & Almeida, 2017).

Um dos principais objetivos da reabilitação é interferir diretamente no tempo de imobilização no leito, que pode ser afetado por fatores intrínsecos e/ou extrínsecos à pessoa, destacando-se o quadro clínico, o motivo de internamento, a preferência individual por permanecer no leito, a administração de sedação e analgésicos, entre outros (Moreira, 2012). Deste modo, o levante precoce é identificado como a estratégia terapêutica para melhorar a funcionalidade da pessoa e acelerar o regresso ao quotidiano (Pinheiro, & Christofolletti, 2012). O levante precoce é compreendido como a retirada da pessoa do leito nas primeiras 24 horas após evento gerador de imobilidade (Silva, Nascimento, & Brito, 2013).

A realização do levante traz benefícios físicos, psicológicos e evita os riscos da hospitalização prolongada, diminuindo a incidência de complicações e acelerando a recuperação. É, por isso, considerada uma intervenção que otimiza a recuperação funcional, particularmente nos primeiros dias de internamento (Moreira, 2012).

A implementação do levante tem como objetivos:

- Readaptar o doente à posição de pé ou sentado;

- Prevenir complicações decorrentes da imobilidade;
- Facilitar a interação de papéis e percepção do meio ambiente;
- Treinar o equilíbrio;
- Preparar para o treino de marcha;
- Estimular o padrão respiratório, de mobilidade e de eliminação;
- Prevenir complicações circulatórias e musculoesqueléticas;
- Permitir a deslocação e a realização de atividades;
- Facilitar o relacionamento com os outros e com o meio ambiente;
- Promover conforto e bem-estar (Veiga et al., 2011).

O início precoce de levantar é, por isso, fundamental para a melhoria do estado clínico do doente e para prevenir complicações imediatas e tardias, através da sua transferência do leito para a posição sentado ou de pé (Moreira, 2012). Decorrente da sua avaliação clínica, o enfermeiro tem autonomia para realizar o levantar ao doente, tendo por base os seus conhecimentos técnico-científicos, a identificação da problemática do doente, os benefícios, os riscos e os problemas potenciais que podem advir da sua implementação, atuando no melhor interesse da pessoa assistida (Ordem dos Enfermeiros, 2011).

Neste contexto, o enfermeiro tem uma função fundamental, a nível da avaliação, planeamento e execução de intervenções

autónomas e interdependentes que possibilitam ao doente realizar o levantar o mais precocemente possível e recuperar a marcha (Peças, 2016). Considerando que o processo de cuidar se desenvolve em colaboração multiprofissional, o enfermeiro tem o dever de agir em complementaridade, informando o médico responsável pela situação clínica do doente, tão breve quanto possível, sobre as intervenções iniciadas e as alterações do seu estado de saúde, promovendo a segurança do doente e a continuidade e qualidade de cuidados (Ordem dos Enfermeiros, 2012).

Da mesma forma, a utilização correta dos recursos é essencial para garantir a eficácia do levantar, sendo fundamental adequar os tipos de materiais disponíveis, bem como à tolerância do doente.

Metodologia

Considerando uma metodologia baseada no ciclo de gestão da qualidade, para melhor especificar o que se pretende com cada uma das quatro fases do PDCA, recorreu-se à adaptação deste ciclo para oito fases, propostas por Pedro Salvada (Ordem dos Enfermeiros, 2013b), de forma a melhor responder às necessidades específicas de um projeto de enfermagem, as quais se descrevem seguidamente.

1) Identificar o problema

Na fase de diagnóstico de situação foram identificados como problemas: a demora no início do primeiro levante, a demora no início da reconstrução da autonomia da pessoa restrita ao leito e a falta de uniformização de procedimentos que definam o levante precoce e a recuperação da marcha através da intervenção do enfermeiro de cuidados gerais e do enfermeiro especialista.

2) Perceber o problema

A percepção do problema foi realizada através de revisão da literatura, tal como evidenciado no enquadramento teórico e conceptual apresentado.

3) Formular objetivos

a) Objetivo geral

- Uniformizar o procedimento para o levante precoce e a recuperação da marcha em pessoas hospitalizadas.

b) Objetivos específicos

- Promover o bem-estar e independência da pessoa para o autocuidado;
- Prevenir complicações relacionadas com a imobilidade;
- Promover ganhos em capacidade para andar;
- Promover ganhos em capacidade para executar técnica de adaptação para andar;
- Melhorar os registos de enfermagem;

- Normalizar os cuidados de enfermagem relativamente ao levante e à recuperação da marcha;
- Conhecer o número de doentes a quem foi executado levante precoce;
- Conhecer o número de doentes a quem foi executada recuperação da marcha.

4) Perceber as causas

a) Dimensões estudadas

Efetividade e eficiência

b) População alvo

Avaliação de todos os doentes internados com critérios para iniciar levante precoce e recuperação da marcha.

c) Tipo de dados a colher

- Número de doentes com levante precoce realizado;
- Número de doentes dependentes no transferir-se;
- Número de doentes dependentes no andar;
- Número de doentes com capacidade para executar técnica de adaptação para andar;
- Número de doentes com capacidade para andar.

d) Fonte de dados

Processo clínico e observação.

e) Tipo de avaliação

Auditoria interna: inter pares.

f) Critérios de avaliação da população alvo

Todos os doentes internados no serviço.

Exceções: doentes com contraindicação clínica para realizar levante e treino de marcha.

g) Colheita de dados

Enfermeiro responsável pelo projeto através de auditoria anual aos registos de enfermagem.

h) Relação temporal

Concorrente e retrospectiva

i) Seleção da amostra (intencional, não aleatória)

Todos os doentes com indicação de levante precoce durante o ano.

5) Planear e executar as tarefas/ atividades

a) Intervenção prevista

- Elaboração/atualização de norma de procedimento para a realização do levante precoce e recuperação da marcha;
- Formação à equipa de Enfermagem sobre uniformização de procedimentos sobre o levante precoce e a recuperação da marcha;

b) Indicadores a avaliar

- Taxa de levantamentos realizados (transferir/assistir)

N° de doentes a quem foi executado levante/ n° total de doentes internados X 100;

- Taxa de prevalência de doentes dependentes no transferir-se

N° de doentes com dependência na transferência / N° total de doentes X 100;

- Taxa de prevalência de doentes dependentes no andar

N° de doentes com dependência no andar/ N° total de doentes x 100;

- Ganhos em capacidade para executar técnica de adaptação para andar

N° de doentes com ganhos em capacidade para executar técnica de adaptação para andar/ N° total de doentes dependentes no andar x 100;

- Ganhos em capacidade para andar

N° de doentes com melhoria positiva na dependência no andar/ N° total de doentes dependentes no andar x 100.

6) Verificar os resultados

Verificar se os objetivos foram ou não atingidos, através das atividades desenvolvidas e pela monitorização dos indicadores definidos.

7) Propor medidas corretivas, estandardizar e treinar a equipa

A definir de acordo com a análise dos resultados obtidos.

8) Reconhecer e partilhar o sucesso

Divulgar os resultados obtidos junto da equipa multidisciplinar e publicação em revista científica.

Conclusão

Em virtude da atualização do sistema de informação em enfermagem (SClínico) e a consequente evolução para a utilização da parametrização nacional única, o projeto encontra-se atualmente no processo de reavaliação dos resultados dos indicadores de enfermagem, de acordo com a nova nomenclatura e com o algoritmo de registo dos cuidados de enfermagem neste domínio (Apêndice 1). O projeto permite avaliar os ganhos em capacidade para andar e os ganhos na reconstrução da autonomia das pessoas internadas.

Perante a comparabilidade possibilitada pela utilização da parametrização nacional única, os resultados do projeto podem, futuramente, ser comparados com os resultados atingidos noutros contextos clínicos da instituição e do país.

Sugere-se a realização futura de estudos de investigação de avaliem o impacto deste projeto para a melhoria de indicadores de efetividade e eficiência hospitalar.

Agradecimentos

À Sra. Enfermeira Chefe e à equipa de enfermagem do Serviço de Medicina do Hospital onde foi realizado este estudo pela confiança, incentivo e colaboração neste projeto.

Referências bibliográficas

- Booth, F. W., Roberts, C. K., & Laye, M. J. (2012). Lack of exercise is a major cause of chronic diseases. *Comprehensive Physiology*, 2(2), 1143–1211. **DOI:** 10.1002/cphy.c110025
- Berger, L., & Mailloux-poirier, D. (1995). *Cuidados de enfermagem em gerontologia – Pessoas idosas: uma abordagem global*. Lisboa: Lusodidacta.
- Castro, J. (2013). A importância da Mobilização Precoce em pacientes Internados na unidade de terapia intensiva (UTI): Revisão de Literatura. *Persp. Online: biol. & saúde*, 10(3), 15-23. **DOI:** 10.25242/8868310201374
- Fernandes, J. B., & Almeida, A. S. (2017). *Prevenção de Quedas no Hospital. A aplicação da teoria das consequências funcionais*. Berlin: NEA.
- Guedes, L., Oliveira, M., & Carvalho, G. (2018). Deleterious effects of prolonged bed rest on the body systems of the elderly - a review. *Rev Bras Geriatr*

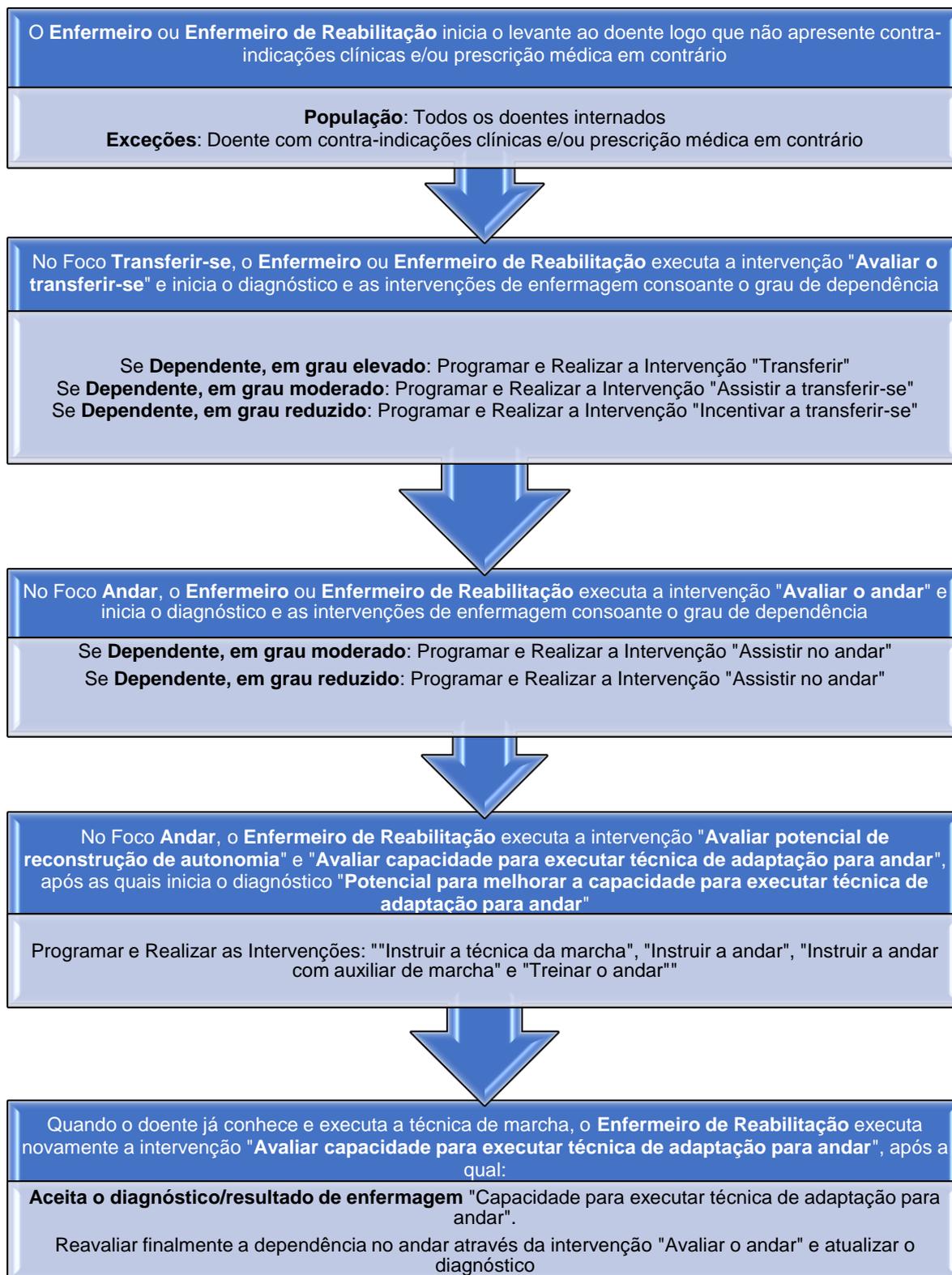
- Gerontol, 21(4), 499-506. **DOI:** 10.1590/1981-22562018021.170167
- Knight, J., Nigam, Y., & Jones, A. (2009). Effects of bedrest 1: cardiovascular, respiratory and haematological systems. *Nursing times*, 105 (21), 16–20. Recuperado de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/195485022>.
- Moreira, R. C. M. (2012). *Mobilização Precoce De Pacientes Criticamente Doentes: ensaio clínico aleatorizado*. Dissertação de Mestrado em Ciências da Reabilitação. Belo Horizonte. Universidade Federal de Minas Gerais. Recuperado de <http://hdl.handle.net/1843/BUBD-928JSG>
- Ordem dos Enfermeiros. (2011). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Enquadramento Conceptual Enunciados Descritivos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Lisboa.
- Ordem dos Enfermeiros. (2012). *Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2013a). *Guia orientador de Boa Prática Cuidados à pessoa com alterações da mobilidade - posicionamentos, transferências e treino de deambulação*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2013b). *Guião para a Organização de Projetos de Melhoria Contínua da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem*. Programa Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros: Conselho de Enfermagem da Secção Regional Sul.
- Parada, F., & Pereira, C., (2003). Da imobilidade ao condicionamento ao esforço: imobilidade – bases fisiopatológicas. *Geriatrics*, 15 (153), 36-45.
- Peças, D. M. T. B. (2016). A intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação na recuperação da marcha. Dissertação de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação. Repositório Comum da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Recuperado de <http://hdl.handle.net/10400.26/17517>.
- Pinheiro, A., & Christofolletti, G. (2012). Fisioterapia motora em pacientes internados na unidade de terapia intensiva: uma revisão sistemática. *Revista brasileira terapia intensiva*, 24(2), 188-196. **DOI:** 10.1590/S0103-507X2012000200016
- Schweickert, W. D., Pohlman, M. C., Pohlman, A. S., Nigos, C., Pawlik, A. J., Esbrook, C. L., ... Kress, J. P. (2009). Early physical and occupational therapy in mechanically ventilated, critically ill patients: a randomised controlled trial. *Lancet*, 373(9678), 1874–1882. **DOI:** 10.1016/S0140-6736(09)60658-9

Silva, D., Nascimento, C. F., & Brito, E. S. (2013). Efeitos da Mobilização Precoce nas Complicações Clínicas Pós-AVC: Revisão da Literatura. *Revista Neurociência*, 21(4), 620-627. DOI: 10.4181/RNC.2013.21.891.8p

Veiga, B. S., Henriques, E., Barata, F., Santos, F., Santos, I. S., Martins, M. M.,

..., da Silva, P. C. (2011). *Manual de Normas de Enfermagem: Procedimentos Técnicos*. 2ª Edição Revista. Lisboa: Administração Central do Sistema de Saúde.

Apêndice 1 – Algoritmo de registo e intervenção: Levante precoce e recuperação da marcha



Contributos para a intervenção do enfermeiro de família ao cuidador informal do idoso dependente: Revisão *scoping*

Contributions for the intervention of the family nurse to the informal caregiver of the dependent elderly: Scoping review

Margarida Soares Ferreira^{1,2}, Joana Cordeiro³, Paula Sarreira-de-Oliveira²

¹Agrupamento de Centros de Saúde Arco Ribeirinho, ²Escola Superior de Saúde Egas Moniz, ³Hospital Garcia de Orta

Resumo

Enquadramento: O papel do cuidador informal implica alterações nas trajetórias de vida, impactos de natureza múltipla que colocam em risco a sua saúde e qualidade de vida. Os Enfermeiros de Família encontram-se numa posição privilegiada para antecipar, diagnosticar e intervir nas necessidades dos cuidadores informais.

Objetivo: Identificar, dentro da realidade portuguesa, as dificuldades percecionadas pelos cuidadores informais de idosos dependentes em contexto domiciliário e mapear intervenções do enfermeiro de família dirigidas a essas dificuldades.

Metodologia: Foi realizada uma revisão *scoping* de acordo com a metodologia proposta pelo Joanna Briggs Institute, utilizando as bases de dados B-On e RCAAP. Foram incluídos estudos realizados de 2015 a 2020.

Resultados: Foram incluídos 20 estudos, cuja análise demonstra existência de graus de sobrecarga moderada a severa afetando sobretudo as dimensões: emocional, social, financeira e competências para o papel. Apenas 8 estudos incluem propostas de intervenção de enfermagem, enquadradas sobretudo nas áreas educativa e psicoeducativa. Todas as intervenções demonstram impacto positivo num ou vários dos seguintes aspetos: redução da sobrecarga, melhoria da saúde e bem-estar e satisfação.

Conclusão: Os resultados demonstram que os cuidados de enfermagem são sensíveis às necessidades dos cuidadores informais, nomeadamente no desenvolvimento de competências e de estratégias de *coping*.

Palavras-chave: cuidadores; cuidados domiciliários; enfermagem; idoso fragilizado

Abstract

Background: The role of informal caregiver implies changes in life trajectories, consequences at different levels that put their health and quality of life at risk. Family Nurses are in a privileged position to anticipate, diagnose and intervene on the needs of informal caregivers.

Objective: To identify, within the Portuguese reality, the difficulties perceived by the informal caregivers' of dependent elderly people at home and to map Family Nurse interventions directed to those difficulties.

Methods: A scoping review was carried out according to the methodology proposed by JBI, using the B-On and RCAAP databases and including studies carried out from 2015 to 2020.

Results: Twenty studies were included, whose analysis demonstrates the existence of moderate to severe degrees of overload affecting mainly the following dimensions: emotional, social, financial and skills for the role. Only 8 studies included nursing intervention proposals, mainly in the educational and psychoeducational areas. All interventions showed a positive impact in one or more of the following aspects: reduction of overload, improvement of health and well-being, and satisfaction.

Conclusion: The results demonstrate that nursing care is sensitive to the needs of informal caregivers, namely in the development of skills and coping strategies.

Keywords: caregivers; home care services; nursing; frail elderly

Introdução

As alterações demográficas das últimas décadas, bem como a modificação nas políticas e dinâmicas de funcionamento dos diferentes serviços de saúde, têm contribuído para uma alteração na lógica de prestação de cuidados aos cidadãos idosos, em situações de limitação funcional ou dependência de outrem, privilegiando-se a permanência no seu meio habitual como sendo a resposta que melhor satisfaz as suas necessidades (Ewen, Washington, Emerson, Carswell, & Smith, 2017). Por outro lado, as alterações familiares, em particular a redução do agregado familiar devido à diminuição do número de filhos, a sua dispersão geográfica e a inclusão da mulher no mundo do trabalho, têm repercussões negativas na rede de suporte familiar (Dahdah, & Carvalho, 2014; Hanson, 2005). A estas alterações acresce-se o facto de Portugal ter um dos maiores índices de dependência total da Europa, resultante dos fatores como o baixo índice de fecundidade, a emigração ou o aumento da idade da reforma, que reduziu o número de pessoas disponíveis para a prestação de cuidados informais (Barbosa & Matos, 2014).

Apesar das alterações na estrutura e funções da família, é esta que na maioria dos casos suporta e satisfaz as necessidades das pessoas dependentes. No contexto Europeu, Portugal tem a

maior taxa de cuidadores informais, prestados por um co-residente (Barbosa, & Matos, 2014). Estes cuidadores têm maioritariamente laços familiares com o idoso dependente (filhos ou cônjuges), são do sexo feminino com idade superior a 50 anos e com baixo nível de escolaridade, acumulando a tarefa de cuidar com outras tarefas profissionais e domésticas (Lacerda, Lacerda, Alves, Lemos, & Albuquerque, 2019; Rocha, & Pacheco, 2013).

As tarefas exercidas pelos cuidadores informais (CI) são múltiplas e podem ir do suporte emocional, apoio ou substituição total nas atividades de vida diária, gerir terapêutica ou manusear dispositivos. Estas tarefas podem atingir níveis de complexidade para os quais o cuidador não se considera preparado (Couto, Castro, & Caldas, 2016; Lacerda et al., 2019; Pereira, & Soares, 2015; Souza et al., 2015).

Embora a tarefa de cuidar de um familiar dependente seja encarada como um dever ou um ato compassivo (Lacerda et al., 2019), a perspetiva de assumir o papel de cuidador constitui sempre um momento de crise, pois implica uma alteração no rumo de vida (Figueiredo, 2007). Por outro lado, a exigência e complexidade das tarefas podem ser geradoras de sobrecarga física, psicológica e isolamento social (Rodríguez-González et al., 2017). As despesas inerentes à satisfação das necessidades de cuidados,

associadas ou não à dificuldade de conciliação do papel de cuidador com o desempenho de atividade profissional podem associar-se a sobrecarga financeira (Lacerda et al., 2019). Muitos cuidadores enfrentam também os desafios do seu próprio envelhecimento, pois muitos são também idosos, mas negligenciam frequentemente o seu autocuidado o que, aliado ao *stress* crónico da prestação de cuidados a tempo integral, impacta negativamente a sua saúde física e mental (Couto et al., 2016; Pereira, & Soares, 2015; Souza et al., 2015).

Independentemente das dinâmicas familiares envolvidas na prestação de cuidados aos idosos com dependência, é reconhecido o importante contributo social dos CI. Apesar deste reconhecimento e do impacto, extensivamente estudado e conhecido, da prestação de cuidados na saúde e qualidade de vida destes cuidadores, os apoios sociais são escassos. Com efeito, Portugal é o país europeu que apresenta o menor número de respostas formais aos idosos dependentes, tanto em contexto institucional como em termos de cuidados domiciliários (Barbosa, & Matos, 2014). Algumas das reformas implementadas nos últimos anos, privilegiam os cuidados de proximidade, prestados na comunidade. São exemplo destas medidas, a criação da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados em

2006, das Unidades de Saúde Familiar em 2007 e, posteriormente, dos Agrupamentos de Centros de Saúde e das Unidades de Cuidados na Comunidade em 2008. Mais recentemente, a iniciativa legislativa que estipula o Estatuto do Cuidador Informal, publicado em setembro de 2019 (Lei n.º 100/2019), veio regular os direitos e os deveres do cuidador e da pessoa cuidada, estabelecendo as respetivas medidas de apoio. Estas incluem o direito ao reconhecimento do papel do CI para o bem-estar da pessoa cuidada, receber a informação necessária ao desempenho do seu papel por parte de profissionais de saúde e da área social, apoio psicológico, financeiro, descanso e apoio à reintegração no mercado de trabalho.

Assim, aos enfermeiros coloca-se o desafio de, independentemente do contexto de cuidados em que contactam com estas famílias, compreender as múltiplas dimensões envolvidas no processo de prestação de cuidados informais e implementar intervenções que prestem ajuda efetiva a essas pessoas.

Ainda que nem sempre seja fácil classificar a diversidade de intervenções com CI, Losada, Moreno-Rodrigues, Cigarán, Penacoba e Montorio (2006) propõe uma classificação explícita, que escolhemos por a considerar adequada e incluir intervenções dirigidas ao descanso do CI, que proporcionam momentos de tempo livre aos cuidadores informais,

intervenções ambientais, que podem incluir modificações e reorganizações do espaço ou eliminação de barreiras; grupos de ajuda mútua que proporcionam espaços para partilha de experiências ou conselhos; intervenções educativas com o objetivo de desenvolver as competências instrumentais necessárias à prestação de cuidados; intervenções psicoeducativas que consistem em programas de intervenção estruturados visando, para além da transmissão de informação, o treino de habilidades ou estratégias de adaptação ao papel de CI; intervenções baseadas nas novas tecnologias; programas de ajuda combinada que incluem as várias opções já mencionadas e outros tipos de ajuda que podem incluir questões como a ajuda económica ou legislação.

O enfermeiro de família encontra-se numa posição privilegiada pois percebe a pessoa na sua complexidade multidimensional, integrada na família, da qual detém um conhecimento profundo só possível no quadro de acompanhamento longitudinal em que atua. No contexto dos cuidados domiciliários, a sua intervenção enquadra-se num perfil de competências específicas e desenvolve-se no quadro de alguns constrangimentos como o transporte ou o tempo disponível para cada consulta, que podem dificultar a opção por intervenções complexas. Simultaneamente, a sua ação desenrola-se num enquadramento de estreita

articulação com outras unidades funcionais, o que o coloca numa posição chave para articulação com outras equipas. Tendo em conta critérios de complexidade ou tempo despendido nos cuidados, estes poderão ser assumidos por outras equipas, nomeadamente no âmbito da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados.

Assumindo como ponto de partida esta posição privilegiada do enfermeiro de família no que se refere às consultas domiciliárias e nos critérios para articulação com outras equipas, procurámos, com este estudo, perceber as principais dificuldades percebidas pelos CI e mapear as intervenções de enfermagem aplicáveis ao contexto em estudo, em Portugal. Para isso optou-se pela realização de uma revisão *scoping*, por permitir uma abordagem mais ampla e exploratória. Para a realização da mesma, foram seguidas as recomendações do *Joanna Briggs Institute (JBI) for Scoping Review* (Peters et al., 2020).

Metodologia

De acordo com as orientações do JBI para a questão de investigação, foi utilizada a estratégia PCC (População, Conceito e Contexto) (Peters et al., 2020). Deste modo, a pesquisa incidiu sobre estudos cujos participantes fossem CI (P) e as intervenções de enfermagem

dirigidas às dificuldades percecionadas pelos CI (C), em contexto domiciliário (C). Por motivos de clareza na posterior definição de critérios de seleção das fontes, optou-se por desdobrar esta em duas subquestões: “Quais são as necessidades percecionadas pelos CI dos idosos dependentes?” e “Quais são as intervenções do enfermeiro de família dirigidas às dificuldades percecionadas pelos CI?”.

Quanto aos critérios de inclusão, esta revisão considerou os estudos realizados em Portugal, entre 2015 a 2020, com disponibilidade do texto integral. Quanto à população consideraram-se estudos que incluíssem CI com idade superior a 18 anos, a prestar cuidados a idosos dependentes com idade superior a 65 anos. Em relação ao conceito, incluíram-se estudos de diagnóstico e/ou intervenção de enfermagem dirigidos aos CI. Quanto ao contexto foram incluídos estudos que abordassem o domicílio como contexto da prestação de cuidados. Foram excluídos estudos relativos a intervenções cuja complexidade ou especificidade impossibilita a sua concretização na prática de cuidados domiciliários dos enfermeiros das equipas de saúde familiar.

Relativamente à estratégia de pesquisa, foram inicialmente usados os descritores MeSH via PubMed, para análise das palavras contidas no título e no resumo, com o objetivo de apurar os descritores e

auxiliar na equação de pesquisa. Esta pesquisa foi seguida de análise das respetivas referências bibliográficas para identificação das palavras-chave mais utilizadas.

Numa segunda etapa, utilizaram-se as palavras-chave e termos identificados, combinados com os operadores booleanos “AND” e “OR” e de truncagem. A pesquisa foi efetuada em abril de 2020, na base de dados B-On e no RCAAP (Repositórios Científicos de Acesso Aberto de Portugal). Para a base de dados B-On foi utilizada a equação de pesquisa: [(caregivers) AND (home care services) AND (nursing) AND (elderly)]. Para a pesquisa no RCAAP, a equação de pesquisa foi modificada pela ausência de literatura: [(cuidador informal) OR (cuidador familiar) AND (domicil*) AND (enferm*)].

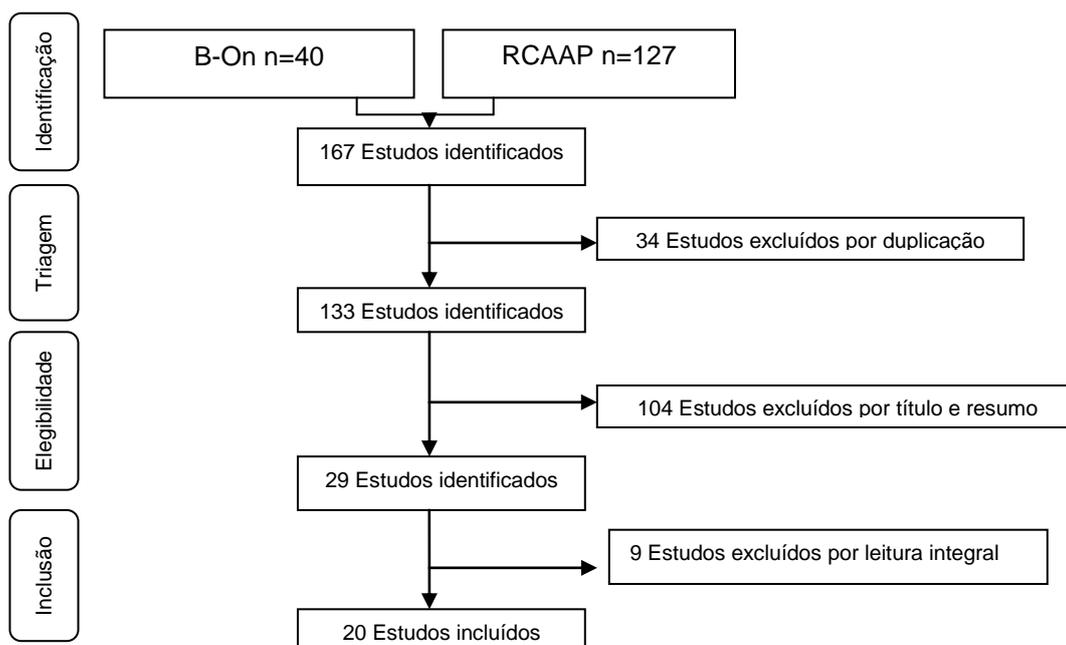
Por forma a sistematizar os resultados dos estudos, foi desenvolvido um instrumento para extração dos dados que incluí, para além da referência dos autores, ano e título, os objetivos, população, instrumentos, necessidades e dificuldades dos CI, intervenções de enfermagem e respetiva avaliação.

Resultados e discussão

O processo de seleção dos estudos foi efetuado de acordo com o fluxograma PRISMA, conforme apresentado na Figura

1. Foram identificados 167 estudos potencialmente relevantes, tendo sido excluídos 34 por duplicação, 104 após leitura do título e resumo e 9 por não cumprirem os critérios de inclusão, após leitura integral do texto.

Figura 1 - Processo de seleção de estudos (Adaptado de Peters et al.,2017)



Tal como ilustrado na figura 1, do processo de seleção resultou a inclusão de 20 estudos, correspondentes, na esmagadora maioria, a trabalho desenvolvido em contexto académico (n=19), sobretudo a dissertações ou relatórios de estágio de cursos de mestrado nas áreas da Enfermagem de Saúde Comunitária (n=11) e de Saúde

Familiar (n=4). Em menor número, na área da Enfermagem de Reabilitação (n=1), dissertações de doutoramento em Enfermagem (n=1) e em Educação (n=1) e uma publicação em revista científica (n=1).

Os estudos incluídos encontram-se listados no Quadro 1.

Quadro 1 - Estudos incluídos na revisão

Autor / Ano	Título
Alves, 2018	Vivências da família da pessoa idosa dependente: abordagem em contexto dos cuidados de saúde primários
Araújo, 2015	O processo de transição do cuidador informal da pessoa com AVC: contributos do enfermeiro de reabilitação
Bastos, 2018	Intervenções de enfermagem comunitária para a capacitação dos cuidadores informais da freguesia de Cambres
Cruz, 2019	A perspetiva do cuidador do doente crónico face às intervenções dos enfermeiros dos cuidados de saúde primários no Alto Minho
Espinho, 2018	Cuidar de quem cuida
Faustino, 2017	A Saúde dos Cuidadores Familiares de Idosos Dependentes: Um Projeto de Intervenção de Enfermagem Comunitária na UCC de Vila Franca de Xira
Ferreira, 2016	Dificuldades sentidas pelos cuidadores familiares de pessoas em situação de dependência no domicílio que pertencem à ECCI Odiveelas: um projeto de intervenção em Enfermagem Comunitária
Ferreira, 2018	Cuidadores informais de pessoas idosas com demência: características e necessidades
Gonçalves B., 2019	Perceção da Qualidade de Vida do Idoso com Demência e do seu Cuidador
Gonçalves C., 2019	Dificuldades do Cuidador Informal do Idoso Dependente
Loureiro, 2016	Intervenção do enfermeiro de família na gestão de sobrecarga do cuidador informal
Monteiro, 2015	Relatório de estágio de intervenção comunitária
Páscoa, 2015	Capacitar a pessoa idosa e seu cuidador informal na gestão terapêutica medicamentosa no domicílio
Petronilho, Pereira, Silva, & 2015	Perceção de autoeficácia do familiar cuidador após o regresso a casa do dependente: estudo longitudinal
Pinto, 2016	Consulta de Enfermagem Domiciliária
Proença, 2015	A Saúde dos Cuidadores Familiares de Pessoas Idosas: Um Projecto de Intervenção de Enfermagem Comunitária da USF CSI do Seixal
Rodrigues, 2018	Influência de um programa de intervenção de Enfermagem de Reabilitação no cuidador informal - minimização da sobrecarga e prevenção de lesões músculo-esqueléticas associadas ao cuidar
Silva, 2019	Papel do cuidador informal na pessoa com disfagia
Torres, 2016	Cuidador informal de idosos dependentes: o cuidar, as emoções e as estratégias adaptativas
Veiga, 2016	Sobrecarga do cuidador informal: satisfação familiar e perceção da importância da visita domiciliar de enfermagem

Relativamente à caracterização das amostras estudadas verifica-se que, tal como na generalidade dos estudos nesta área, trata-se de uma população maioritariamente feminina, com laços familiares ao idoso dependente, com

médias etárias superiores a 55 anos e com baixos níveis de escolaridade.

A totalidade dos estudos avaliou impactos negativos da prestação de cuidados informais ou necessidades percecionadas pelos CI. Nos estudos em que foi avaliada

a sobrecarga do cuidador (n=13) foram maioritariamente utilizados o Questionário de Avaliação da Sobrecarga do Cuidador Informal (QASCI) (n=7) e o *Carer's Assessment of Difficulties Index* (CADI) (n=5), ambos validados para a população portuguesa. Dois dos três estudos que incluem avaliação global da sobrecarga encontraram graus moderados a elevados de sobrecarga em 75% (Espinho, 2018) e 100% (Pinto, 2016) das respetivas amostras. Pelo contrário, no estudo com 42 CI de pessoas idosas com demência, Ferreira (2018) refere que 97% dos participantes não apresentava sobrecarga, explorando a associação desta baixa prevalência ao facto de se tratar de um grupo de cuidadores que, na sua maioria, tem um acompanhamento sistemático pelas equipas de saúde familiar. A autora não prova a hipótese formulada e, de facto, este é um achado pouco usual pois, devido às especificidades da patologia, este tipo de cuidadores tem, reconhecidamente, uma maior probabilidade de sobrecarga que os restantes (Kegal, 2017).

Apesar de a maioria dos estudos incidir sobre os eventuais impactos negativos da prestação de cuidados no bem-estar e saúde do CI, este papel também é, por vezes, percebido como compensador. Isso mesmo é referido em dois dos estudos analisados. Loureiro (2016) aponta para a existência e uma sensação de satisfação relacionada com o ato de

cuidar. Por sua vez, Silva (2019) aponta para sentimentos de dever cumprido, proximidade, solidariedade e intimidade com a pessoa cuidada.

Uma análise mais fina dos resultados fez emergir algumas categorias ilustrativas da natureza multidimensional das dificuldades percebidas pelos CI. A dimensão mais vezes mencionada refere-se ao impacto emocional (n=14) (Bastos, 2018; Cruz, 2019; Loureiro, 2016; Rodrigues, 2018; Silva, 2019) relacionado com fatores como os problemas de relacionamento com a pessoa cuidada (Faustino, 2017), receios relacionados com o futuro e evolução do estado de saúde do idoso, por desconhecimento da doença (Espinho, 2018), sentimentos de impotência (C. Gonçalves, 2019), falta de tempo para cuidar de si (Cruz, 2019; C. Gonçalves, 2019; Monteiro, 2015; Silva, 2019; Torres, 2016; Veiga, 2016), sensação de falta de reconhecimento (Torres, 2016) e de falta de apoio familiar ou social (Ferreira, 2016), interferências com a vida familiar e relação conjugal (Cruz, 2019), alterações do estilo de vida e falta de perspetivas futuras (Monteiro, 2015).

A segunda dimensão mais mencionada (n=12), nos estudos da nossa amostra, relaciona-se com a falta de conhecimentos e competências para cuidar (Alves, 2018; Cruz, 2019; Ferreira, 2016; Monteiro, 2015) enquanto mecanismos de eficácia e controlo

(Rodrigues, 2018). Incluídas nesta dimensão encontramos dificuldades no apoio à alimentação (Bastos, 2018; Petronilho, Pereira, & Silva, 2015; Veiga, 2016), nomeadamente na situação específica de pessoas com disfagia (Silva, 2019), nos cuidados de higiene, apoio na deslocação e transferências (Petronilho et al., 2015; Veiga, 2016), nos posicionamentos e prevenção de úlceras por pressão (Bastos, 2018; Veiga, 2016) e na gestão do regime terapêutico (Páscoa, 2015).

Também com alguma expressão (n=10), surge a sobrecarga financeira associada à prestação de cuidados (Loureiro, 2016; Proença, 2015; Rodrigues, 2018), com impacto na qualidade de vida do CI (B. Gonçalves, 2019; C. Gonçalves, 2019). Esta sobrecarga surge, por um lado, em consequência de interferência do papel de CI com o desempenho de uma atividade profissional e consequente perda de rendimento (Cruz, 2019; Silva, 2019) e por outro, com o aumento das despesas (Petronilho et al., 2015; Pinto, 2016; Veiga, 2016).

O isolamento social relacionado com interferências da prestação de cuidados com a possibilidade de participar em atividades de convívio e lazer é também mencionado em 10 dos estudos analisados (Cruz, 2019; Faustino, 2017; Ferreira, 2016; B. Gonçalves, 2019; C. Gonçalves, 2019; Monteiro, 2015;

Proença, 2015; Silva, 2019; Torres, 2016; Veiga, 2016).

Outra das dimensões da sobrecarga refere-se ao impacto físico e na saúde do CI (Bastos, 2018; Faustino, 2017; Pinto, 2016; Silva, 2019; Veiga, 2016). Entre estes encontramos o cansaço e sensação de falta de energia (Bastos, 2018; B. Gonçalves, 2019; C. Gonçalves, 2019; Pinto, 2016), dores generalizadas e lombalgia (Bastos, 2018), perturbações do sono (C. Gonçalves, 2019) e sintomatologia depressiva e de ansiedade (Ferreira, 2018).

A última dimensão encontrada refere-se à falta de apoio profissional, referindo-se esta tanto aos profissionais de saúde como aos do setor social. Nesta temática é de notar que nas referências aos enfermeiros dos Cuidados de Saúde Primários, apenas são relatadas visitas com objetivos curativos, não havendo quaisquer referências à realização de ensinamentos, instrução ou treino para a prestação de cuidados ou outras intervenções de promoção da saúde do CI (Alves, 2018; Pinto, 2016; Silva, 2019; Torres, 2016).

O momento da transição dos cuidados do hospital para casa é focado como o mais difícil, por falta de preparação do CI, da habitação, etc. (Alves, 2018; Monteiro, 2015; Petronilho et al., 2015). Após esse momento, independentemente do apoio de terceiros, o CI desenvolve estratégias próprias, frequentemente por tentativa e

erro. Petronilho et al. (2015, p.12) referem que “após um período de maior indefinição e dificuldade na assunção do papel de CI, que coincide com o período imediato ao regresso a casa do dependente, segue-se uma fase de maior estabilidade, relacionado com maior aquisição de mestria por parte do familiar cuidador, o que lhe permite perceber maior sentido de competência para cuidar”.

Alguns estudos (n=5) identificam fatores que os CI classificam como facilitadores. Entre estes surgem o envolvimento de outros elementos da família na prestação de cuidados (B. Gonçalves, 2019; C. Gonçalves, 2019; Veiga, 2016), o serviço de apoio domiciliário (C. Gonçalves, 2019; Torres, 2016; Veiga, 2016) e os enfermeiros da comunidade (Cruz, 2019).

Na resposta à segunda questão de investigação formulada, verificou-se que apenas, uma minoria (n=8) dos estudos analisados inclui propostas, mais ou menos complexas ou estruturadas, de intervenções de enfermagem em contexto domiciliário. Com efeito, apesar de a área da prestação informal de cuidados constituir há muito, um foco de interesse da investigação em enfermagem, esta escassez de propostas de intervenção é consistente com a revisão de literatura realizada por Lourenço, Figueiredo, & Sá, (2015), que referiam também a existência de numerosos trabalhos de avaliação de sobrecarga e identificação de

necessidades de cuidados, mas poucos trabalhos com propostas concretas de intervenção.

Passando a apresentar os resultados encontrados, Araújo (2015) desenvolve um estudo quasi-experimental com grupo de controlo, para avaliação do programa INCARE (*Intervention In Informal Caregivers Who Take Care Of Older People After A Stroke*). Este programa destina-se a capacitar os CI para cuidar de uma pessoa idosa após um AVC Isquémico. O programa previa sete contactos, dos quais três presenciais através de visita domiciliária (VD), e quatro contactos telefónicos aos CI que integraram o grupo experimental. O primeiro contacto, realizado na primeira semana após a alta hospitalar destinava-se à instrução e treino no apoio às diversas atividades de vida diárias. Na segunda VD, realizada um mês após a alta era feito reforço dos conteúdos da primeira sessão. Nas 3^a, 6^a, 8^a e 10^a semanas, eram estabelecidos contactos telefónicos para apoio na resolução de problemas. Finalmente, no terceiro mês era realizada a avaliação da intervenção.

Na avaliação, os CI do grupo experimental demonstraram melhoria significativa ao nível da capacitação, melhor estado de saúde - domínio mental e menor sobrecarga, quando comparados com o grupo de controlo. Ao nível da saúde física não existiram alterações, enquanto no grupo de controlo houve declínio.

O projeto “Cuidar de quem Cuida” desenvolvido por Bastos (2018), teve como objetivo capacitar os CI de idosos dependentes da sua população alvo, nos aspetos relacionados com a alimentação saudável, prevenção de úlceras por pressão e mobilização/transferência. O projeto constou da elaboração de um “Manual do Cuidador” e da realização de duas sessões de educação para a saúde (EpS) sobre “Alimentação saudável do idoso dependente” e “Prevenção de úlceras por pressão e transferências do idoso dependente”. Verificou-se que, por indisponibilidade dos CI para participarem nas sessões de grupo, estas foram transformadas em sessões individuais realizadas em contexto de VD o que a autora considerou como uma mais-valia, por possibilitar maior individualização e aplicabilidade prática das informações transmitidas. A avaliação demonstrou ganhos em conhecimento de 90% no que respeita ao tema “alimentação saudável” e 89,5 % no tema “prevenção de úlceras por pressão e transferências”.

Espinho (2018), desenvolveu um projeto com os objetivos de capacitar os CI na adoção de estratégias para a diminuição da sobrecarga do cuidador associada ao cuidar, orientando-os para a promoção do autocuidado, controlo dos medos e receios e promover a constituição de grupos de cuidadores informais para ajuda mútua.

O programa constava de sessões de EpS em grupo que, tal como a constituição dos grupos de ajuda mútua, não se concretizaram por indisponibilidade dos CI para atividades fora do seu domicílio. Concretizou-se o programa de intervenção psicoeducativa constituído por 6 sessões quinzenais, em contexto de VD, dirigidas ao apoio, informação e esclarecimento em temas como a identificação de dificuldades e de estratégias de resolução de problemas, clarificação de crenças e expectativas, tratamentos, recursos da comunidade, estratégias de *coping* e autocuidado do CI. Na avaliação, após a intervenção, verificou-se a redução dos indicadores relacionados com a subescala “expectativas face ao cuidar” da Escala de Sobrecarga do Cuidador.

Faustino (2017), desenvolveu um projeto destinado a capacitar os CI pessoas idosas dependentes para o autocuidado, de forma a desenvolver estratégias de prevenção ou redução das dificuldades associadas ao papel do cuidador. Foram planeadas duas sessões de EpS com os temas: gestão de emoções, gestão de tempo, envolvimento de outros elementos da família, recursos da comunidade, ergonomia, exercícios de manutenção e relaxamento. Foi ainda elaborado um “Calendário do Cuidador” com os conteúdos e propostas de atividades dirigidas às áreas identificadas no diagnóstico inicial e considerados

prioritários na amostra, relacionadas com o impacto social, emocional e físico da prestação de cuidados. Também esta autora verificou a dificuldade em conseguir a adesão dos CI a atividades fora dos seus domicílios e adaptou as sessões ao contexto domiciliário dos CI que não puderam estar presentes nas sessões de grupo. A avaliação foi feita com base em entrevistas e aplicação do instrumento utilizado na fase de diagnóstico inicial (CADI), verificando-se melhoria nas subescalas já mencionadas. O seu projeto, Ferreira (2016), delineou um conjunto de intervenções com o objetivo de capacitar os cuidadores familiares para o seu autocuidado, de forma a minimizar as dificuldades sentidas. Estas consistiram na realização de sessões de EpS sobre posicionamentos e transferências de pessoas dependentes no domicílio, na elaboração de um manual do cuidador, na criação de um grupo de ajuda mútua, e na elaboração do manual “Cuidar de mim: guia de apoio aos cuidadores familiares de pessoas dependentes”. Conseguiu concretizar todas as intervenções planeadas e na avaliação com recurso a entrevistas constatou a utilização pelos CI das estratégias aprendidas e satisfação com o resultado das mesmas.

Monteiro (2015) preparou sessões de EpS direcionadas a várias temáticas relativas aos cuidados nas diferentes atividades de vida diária (apoio na alimentação,

cuidados com colostomia, posicionamentos, etc.) bem com materiais escritos de apoio. Foram realizadas 3 sessões com cada CI. Estas incluíam informação e treino em temas considerados pertinentes, de acordo com as necessidades de cuidados de cada idoso dependente. Organizou também sessões de grupo mensais para troca de experiências e esclarecimento de dúvidas com boa adesão dos CI da amostra. Nas entrevistas de avaliação final 100% dos CI consideravam-se entre muito a extremamente satisfeitos. Os testemunhos dados demonstravam grande utilidade atribuída à troca de experiências possibilitada pelas sessões de grupo.

Também no âmbito da EpS, Proença (2015) planeou a realização de sessões em grupo que foram posteriormente transformadas em sessões individuais realizadas em contexto de VD por indisponibilidade dos CI para se ausentarem do domicílio. Estas sessões tiveram como objetivo a promoção da saúde e bem-estar dos CI através da informação sobre temas como gestão de tempo e recursos da comunidade, alimentação, exercício físico, sono e lazer. A avaliação demonstrou a redução de sobrecarga nas dimensões identificadas no diagnóstico inicial e comportamentos de maior articulação com recursos da comunidade por parte dos CI da amostra.

Rodrigues (2018) implementou um programa de 14 sessões semanais de 60 minutos, para CI, que incluíam exercícios de relaxamento e ensino de técnicas de ergonomia a usar na prestação de cuidados, mobilização no leito, decúbitos, apoio no levantar e na locomoção, transferências com os objetivos de contribuir para a minimização da sobrecarga e prevenção de lesões músculo-esqueléticas associadas ao cuidar. Na avaliação verificou-se redução dos níveis médios de sobrecarga, ao nível dos mecanismos de eficácia e de controlo e sobrecarga emocional, de incidência de lesões músculo-esqueléticas e intensidade de dor.

Verificamos que as intervenções concretizadas se enquadram sobretudo nas dimensões educativa e psicoeducativa preconizadas por Losada et al. (2006), ficando por explorar, por exemplo, intervenções para o descanso do cuidador, ajustes ambientais ou recurso a novas tecnologias que permitiriam facilitar as intervenções e mitigar os efeitos do isolamento social. Verificámos também que a grande maioria dos projetos não conseguiu concretizar intervenções de grupo pela indisponibilidade dos CI para sair do seu domicílio, por não terem quem os substituísse. Por todas as intervenções se desenrolarem em contexto académico, não fica esclarecida, a sustentabilidade dos projetos. Apesar destas limitações,

todos estudos demonstraram a efetividade das intervenções num ou vários dos seguintes aspetos: redução da sobrecarga, melhoria da saúde e bem-estar ou satisfação dos CI das amostras estudadas.

Conclusão

Ao nível da avaliação das principais dificuldades percecionadas pelos CI os estudos incluídos aferiram as dificuldades identificadas na literatura da área, não surgindo dimensões desconhecidas. As dificuldades, necessidades de cuidados e apoio e as dimensões da sobrecarga do CI parecem constituir um corpo relativamente estável de conhecimento, parecendo ser esta a hora de definir programas abrangentes, multissetoriais e estruturados para dar respostas aos aspetos conhecidos.

O momento da transição para o papel de CI emerge como o mais difícil, pelo que os enfermeiros em geral têm um papel determinante a desempenhar no estabelecimento de programas integrados que incluam os diferentes níveis de cuidados: cuidados diferenciados, cuidados de saúde primários e cuidados continuados.

Simultaneamente, o sucesso das intervenções descritas confirma a sensibilidade dos problemas dos CI aos cuidados de enfermagem.

Embora a Enfermagem de Família seja uma especialidade relativamente recente no nosso país, notámos a existência de alguns trabalhos já desenvolvidos nesta área. Contudo, de modo a dar uma perspetiva mais ampla incluíram-se estudos provenientes de outras áreas de especialidade cujas propostas de intervenção poderão dar contributos para a prática especializada em Enfermagem de Saúde Familiar. Concluimos que o Enfermeiro de Família tem condições para constituir o centro de articulação dos diversos recursos e equipas de saúde, antecipando, detetando precocemente, implementando respostas estruturadas às necessidades destas famílias e/ou assegurando a transição segura entre as diversas respostas sociais e de saúde.

Referências bibliográficas

- Alves, A. P. (2018). *Vivências Da Família Da Pessoa Idosa Dependente: Abordagem Em Contexto Dos Cuidados De Saúde Primários*. Relatório de Estágio de Mestrado em Enfermagem de Saúde Familiar. Universidade de Aveiro. Recuperado de <https://ria.ua.pt/bitstream/10773/25704/1/documento.pdf>
- Araújo, A. S. (2015). *O processo de transição do cuidador informal da pessoa com avc: contributos do enfermeiro de reabilitação*. Dissertação de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação. Instituto Politécnico de Viana do Castelo. Recuperado de http://repositorio.ipv.pt/bitstream/20.500.11960/1548/1/Antonio_Araujo.pdf
- Barbosa, F., & Matos, A. D. (2014). Informal support in Portugal by individuals aged 50+. *European Journal of Ageing*, 11(4), 293–300. DOI: 10.1007/s10433-014-0321-0
- Bastos, C. M. da S. (2018). *Intervenções de enfermagem comunitária para a capacitação dos cuidadores informais da freguesia de cambres*. Relatório de Estágio de Mestrado. Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro.
- Couto, A. M., Castro, E. A. B., & Caldas, C. P. (2016). Experiences to be a family caregiver of dependent elderly in the home environment. *Rev Rene*, 17(1), 76–85. DOI: 10.15253/2175-6783.2016000100011
- Cruz, M. de J. G. (2019). *A perspetiva do cuidador do doente crónico face às intervenções dos enfermeiros dos cuidados de saúde primários no Alto Minho*. Dissertação de Mestrado em Enfermagem de Saúde Comunitária. Instituto Politécnico de Viana do Castelo.
- Dahdah, D. F., & Carvalho, A. M. P. (2014). Papéis ocupacionais, benefícios, ônus e modos de enfrentamento de problemas: Um estudo descritivo sobre cuidadoras de idosos dependentes no

contexto da família. *Cadernos de Terapia Ocupacional Da UFSCar*, 22(3), 463–472.

DOI: 10.4322/cto.2014.067

Espinho, J. (2018). *Cuidar de quem cuida*. Relatório de Estágio de Mestrado em Enfermagem. Universidade de Évora. Évora.

Ewen, H. H., Washington, T. R., Emerson, K. G., Carswell, A. T., & Smith, M. L. (2017). Variation in older adult characteristics by residence type and use of home- and community-based services. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 14(3). **DOI:** 10.3390/ijerph14030330

Faustino, S. P. (2017). *A Saúde dos Cuidadores Familiares de Idosos Dependentes: Um Projeto de Intervenção de Enfermagem Comunitária na UCC de Vila Franca de Xira*. Relatório de Estágio em Enfermagem Comunitária. Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

Ferreira, D. (2016). *Dificuldades sentidas pelos cuidadores familiares de pessoas em situação de dependência no domicílio que pertencem à ECCI Odivelas: Um projeto de intervenção em Enfermagem Comunitária*. Relatório de Estágio de mestrado em Enfermagem Comunitária. Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

Ferreira, J. (2018). *Cuidadores informais de pessoas com demência: características e necessidades*. Dissertação de Mestrado

em Enfermagem Comunitária. Escola Superior de Enfermagem do Porto.

Figueiredo, D. (2007). *Cuidados familiares ao idoso dependente*. Lisboa: Climepsi, ed.

Gonçalves, B. (2019). *Perceção da Qualidade de Vida do Idoso com Demência e do seu Cuidador*. Relatório de Estágio de Mestrado em Enfermagem de Saúde Familiar. Universidade de Aveiro.

Gonçalves, C. (2019). *Dificuldades do Cuidador Informal do Idoso Dependente*. Dissertação de Mestrado em Enfermagem Comunitária. Instituto Politécnico da Guarda.

Hanson, S. (2005). *Enfermagem de Cuidados de Saúde à Família: Teoria, prática e investigação (2ª Ed)*. Loures: Lusodidata.

Kegal, M. (2017). Alzheimer's Caregivers Pay Emotional Toll, Need Support, Surveys Find. *Alzheimer's News Today*. Recuperado de <https://alzheimersnews.com/2017/06/01/alzheimers-dementia-caregivers-emotional-toll-need-support-surveys/>

Lacerda, M. G., Lacerda, G., Alves, D., Lemos, I., & Albuquerque, G. (2019). Aspectos envolvidos na assistência prestada ao idoso dependente: percepções dos cuidadores informais. *Revista Saúde e Desenvolvimento*, 13(15), 34–49. Recuperado de <https://www.uninter.com/revistasauade/index.php/sau>

- deDesenvolvimento/article/view/1031/587
- Losada, A., Moreno-Rodrigues, R., Cigarán, M., Penacoba, C., & Montorio, I. (2006). Análisis de programas de intervención psicosocial en cuidadores de pacientes con demencia. *Informaciones Psiquiátricas*, 2(184), 173–186. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1997772>
- Loureiro, A. S. (2016). *Intervenção do enfermeiro de família na gestão de sobrecarga do cuidador informal*. Relatório de Estágio de Mestrado em Enfermagem de Saúde Familiar. Universidade de Aveiro. Recuperado de <https://ria.ua.pt/handle/10773/17203>
- Monteiro, F. A. dos S. (2015). *Relatório de Estágio de Intervenção Comunitária*. Mestrado em Enfermagem Comunitária. Instituto Politécnico de Portalegre.
- Páscoa, C. A. P. (2015). *Capacitar a pessoa idosa e seu cuidador informal na gestão terapêutica medicamentosa no domicílio*. Relatório de Estágio e Mestrado em Enfermagem Comunitária. Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.
- Pereira, L. S. M., & Soares, S. M. (2015). Fatores que influenciam a qualidade de vida do cuidador familiar do idoso com demência. *Ciencia e Saude Coletiva*, 20(12), 3839–3851. **DOI:** 10.1590/1413-812320152012.15632014
- Peters, M. D., Godfrey, C., Mclnerney, P., Munn, Z., Tricco, A. C. ., & Khalil, H. (2020). Chapter 11: Scoping reviews (2020 version). In E. Aromataris & Z. Munn (Eds.), *JBI Reviewer’s Manual*. **DOI:** 10.46658/JBIMES-20-12
- Petronilho, F., Pereira, F., & Silva, A. (2015). Perceção de autoeficácia do familiar cuidador após o regresso a casa do dependente: Estudo longitudinal. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental, Ed. Esp. 2*, 09–13.
- Pinto, M. A. F. (2016). *Consulta de Enfermagem Domiciliária*. Relatório de Estágio de Mestrado em Enfermagem. Universidade Católica. Recuperado de https://moodle.ips.pt/1920/pluginfile.php/587643/mod_resource/content/1/Consulta_domiciliaria.pdf
- Proença, A. R. C. R. (2015). *A Saúde dos Cuidadores Familiares de Pessoas Idosas: Um Projecto de Intervenção de Enfermagem Comunitária na Unidade de Saúde Familiar CSI do Seixal*. Relatório de Estágio de Mestrado em Enfermagem Comunitária. Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.
- Rocha, B. M. P., & Pacheco, J. E. P. (2013). Idoso em situação de dependência: Estresse e coping do cuidador informal. *ACTA Paulista de Enfermagem*, 26(1), 50–56. **DOI:** 10.1590/S0103-21002013000100009
- Rodrigues, L. M. P. (2018). *Influência de um programa de intervenção de Enfermagem de Reabilitação no cuidador*

informal - minimização da sobrecarga e prevenção de lesões músculo-esqueléticas associadas ao cuidar. Relatório de Estágio de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação. Instituto Politécnico de Braganca, Escola Superior de Saúde.

Rodríguez-González, A. M., Rodríguez-Míguez, E., Duarte-Pérez, A., Díaz-Sanisidro, E., Barbosa-Álvarez, Á., & Clavería, A. (2017). Cross-sectional study of informal caregiver burden and the determinants related to the care of dependent persons. *Atencion Primaria*, 49(3), 156–165. **DOI:** 10.1016/j.aprim .2016.05.006

Silva, A. (2019). *Papel do Cuidador Informal na pessoa com disfagia.* Dissertação de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação. Escola Superior de Enfermagem do Porto. Recuperado de <http://hdl.handle.net/10400.26/28237>

Souza, L. R., Hanus, J. S., Dela Libera, L. B., Silva, V. M., Mangilli, E. M., ... Tuon, L. (2015). Sobrecarga no cuidado, estresse e impacto na qualidade de vida de cuidadores domiciliares assistidos na atenção básica. *Cadernos Saúde Coletiva*, 23(2), 140–149. **DOI:** 10.1590/1414-462x201500020063

Torres, S. M. (2016). *Cuidador informal de idosos dependentes: o cuidar, as emoções e as estratégias adaptativas.* Tese de Doutoramento em Educação. Universidade de Aveiro.

Veiga, A. I. O. (2016). *Sobrecarga do cuidador informal: satisfação familiar e percepção da importância da visita domiciliar de enfermagem.* Dissertação de Mestrado em Enfermagem de Saúde Familiar. Instituto Politécnico de Bragança.

As consequências do trabalho por turnos na saúde dos enfermeiros: Revisão integrativa da literatura

Consequences of shift work on the health of nurses: Integrative literature review

Wilson Bico¹, Ricardo Oliveira¹, Magda Azevedo¹, Carolina Brazinho¹, Cidália Castro²

¹Estudante de Licenciatura em Enfermagem na Escola Superior de Saúde Egas Moniz, ²Escola Superior de Saúde Egas Moniz

Resumo

Enquadramento: Em contexto hospitalar o trabalho desenvolvido pelos enfermeiros é frequentemente realizado por turnos. Para que tal aconteça é necessária a elaboração de horários dinâmicos, com sistema de turnos rotativos durante as 24 horas diárias, por vezes com alguma sobrecarga, o que provoca impacto no seu bem-estar social, físico e psicológico.

Objetivo: Identificar, sintetizar e analisar o conhecimento existente acerca das consequências do trabalho por turnos na saúde dos enfermeiros em contexto hospitalar.

Metodologia: Revisão integrativa da literatura realizada segundo as orientações do *Joanna Briggs Institute*, com pesquisa nas bases de dados B-on, CINAHL Plus with Full Text, MEDLINE with Full Text, Cochrane, Psychology and Behavioral Sciences Collection, MedicLatina e Academic Search Complete, no intervalo temporal 2014 e 2019.

Resultados: Foram selecionados 13 artigos. A partir da análise dos dados identificaram-se cinco principais consequências do trabalho por turnos nomeadamente, *stress*, ansiedade, depressão, privação de sono e problemas fisiológicos de saúde.

Conclusões: Os artigos analisados indicam que existem diversas consequências nefastas do trabalho por turnos. Conclui-se que é necessária uma melhor gestão e organização no trabalho por turnos em enfermagem, de modo a diminuir as suas consequências e promover a saúde dos enfermeiros, para uma melhoria na sua vida pessoal e profissional.

Palavras-chave: trabalho por turnos; enfermagem; saúde ocupacional; riscos

Abstract:

Background: In the hospital context, the work performed by nurses is often done in shifts. For this to happen, it is necessary to develop dynamic schedules, with a system of rotating shifts during the 24 hours daily, sometimes with some overload, which has an impact on their social, physical and psychological well-being.

Objective: To identify, synthesize and analyze the existing knowledge about the consequences of shift work on the health of nurses in the hospital context.

Methodology: An integrative literature review has carried out according to the Joanna Briggs Institute guidelines using the databases B-on, CINAHL Plus with Full Text; MEDLINE with Full Text, Cochrane, Psychology and Behavioral Sciences Collection, MedicLatina and Academic Search Complete, within the timeframe 2014 -2019.

Results: 13 articles were selected. From the data analysis, five main consequences of shift work were identified, namely stress, anxiety, depression, sleep deprivation and physiological health problems.

Conclusions: The analyzed articles indicate that there are several harmful consequences of shift work. It is concluded that better management and organization of shift work in nursing is necessary, in order to reduce its consequences and to promote the health of nurses, for the improvement of their personal and professional life.

Keywords: rotating shift work; nursing; occupational health; risks

Introdução

A nível mundial, aproximadamente um quinto dos trabalhadores desenvolvem as suas práticas profissionais em trabalho rotativo por turnos, sendo que 20% dos trabalhadores europeus e americanos realizam turnos noturnos (Boivin, & Boudreau, 2014; Eurofound, 2012).

Exercer uma carreira profissional no sector da saúde implica frequentemente a realização de trabalho por turnos, pois é considerado necessário e indispensável para garantir a continuidade de cuidados à população (Bajraktarov et al., 2011).

Os enfermeiros têm um papel primordial na prestação de cuidados de saúde, assegurando cuidados durante as 24 horas diárias às pessoas internadas em contexto hospitalar. Para além das dificuldades inerentes à efetivação da sua prática profissional, sob pressão contínua em ambientes complexos, é importante considerar a influência do trabalho por turnos (Adib-Hajbaghery, Khamechian, & Alavi, 2012).

O trabalho por turnos “é qualquer modo de organização de trabalho em equipa em que os enfermeiros ocupam sucessivamente os mesmos postos de trabalho num determinado ritmo, incluindo o ritmo rotativo, que pode ser de tipo contínuo ou descontínuo, o que implica que os enfermeiros podem executar o trabalho a horas diferentes no decurso de um dado período de dias ou de semanas

podendo compreender, dois ou três períodos de trabalho distintos praticados em jornada contínua” (Lei n.º 7/2009).

Segundo o Sindicato dos Enfermeiros Portugueses (2012), o horário de trabalho é então entendível como a determinação de horas de início e termo do período normal de trabalho diário, bem como os intervalos de descanso, sendo que este, no campo da enfermagem, é executado por turnos e/ou em jornada contínua.

O trabalho por turnos, com foco particular no trabalho noturno, é um dos motivos mais frequentes para a perturbação dos ritmos circadianos, conduzindo a alterações significativas do sono e das funções biológicas, que podem prejudicar o desempenho profissional do trabalhador, assim como afetar o seu bem-estar físico e psicológico (Costa, 2010; Ferri et al., 2016).

Diversas investigações avaliaram o impacto do trabalho por turnos na saúde e bem-estar dos trabalhadores. De modo a demonstrar a evidência desenvolveu-se esta revisão integrativa da literatura que tem como objetivo identificar, sintetizar e analisar o conhecimento existente acerca das consequências do trabalho por turnos na saúde dos enfermeiros em contexto hospitalar.

Metodologia

A realização desta revisão integrativa da literatura teve em consideração as orientações do Joanna Briggs Institute (2014).

A questão de investigação que orientou a pesquisa foi elaborada através do formato

PICO (Quadro 1): Quais são as consequências do trabalho por turnos na saúde dos enfermeiros em contexto hospitalar?

Quadro 1 - Descrição da estratégia PICO

Acrónimo	Definição	Descrição
P	Público-alvo ou problema	Enfermeiros
I	Intervenção	Estudos realizados com enfermeiros Estudos com foco no trabalho por turnos
C	Controle ou comparação	
O	Resultados (“Outcomes”)	Consequências para a saúde

Para responder a esta questão, efetuou-se uma pesquisa nas bases de dados B-on, CINAHL Plus with Full Text, MEDLINE with Full Text, Cochrane, Psychology and Behavioral Sciences Collection, MedicLatina e Academic Search Complete, sendo introduzidos os seguintes descritores: Rotating Shift Work AND Nursing AND Occupational Health AND Risks.

Como critérios de inclusão e exclusão delineou-se: artigos publicados entre 2014 e 2019, disponíveis em formato completo, redigidos em português e inglês.

O processo de identificação e seleção dos artigos efetuou-se ao longo de três etapas. Primeiramente procedeu-se à leitura dos títulos dos artigos identificados na pesquisa. Posteriormente, a seleção foi realizada com base na leitura e análise do

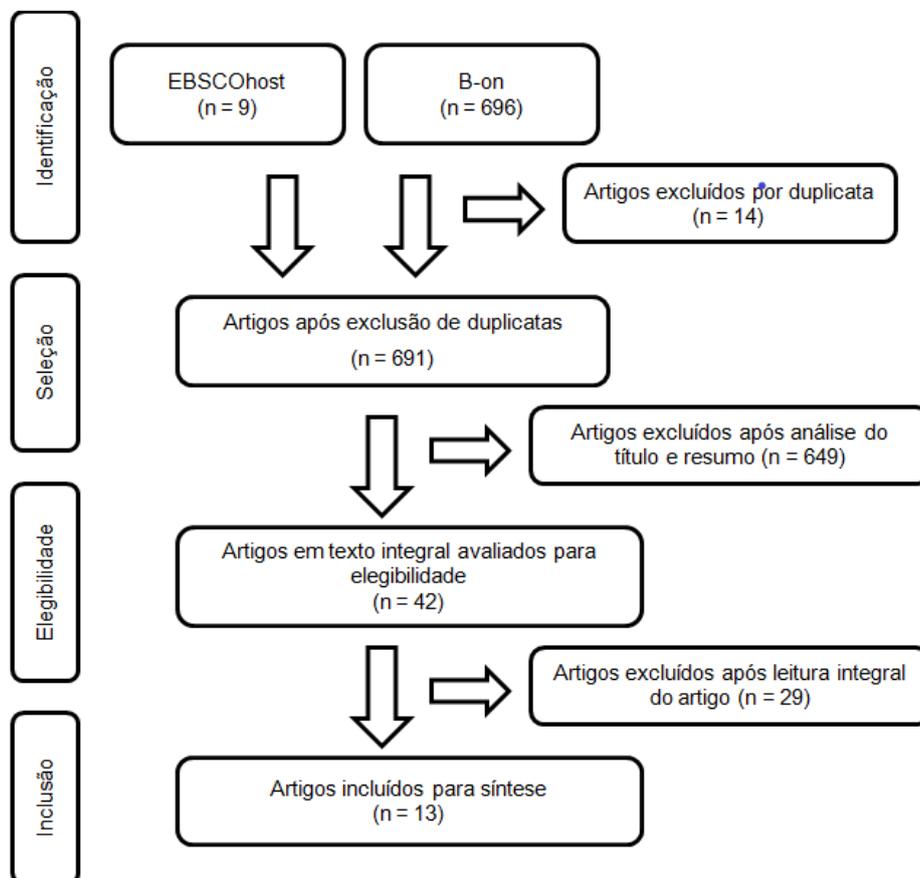
resumo. Por último, procedeu-se à leitura integral dos artigos cuja informação no resumo era suficiente e obedecia aos critérios de seleção. O processo de análise e seleção dos artigos foi realizado pelos investigadores, de forma independente. A extração e síntese da informação relativa a cada artigo foi organizada num instrumento de colheita de dados (Quadro 2) desenvolvido para o efeito com as categorias autor/ano de publicação, população e resultados/conclusões.

Resultados e discussão

No decorrer da pesquisa foram identificados 705 artigos (Figura 1), dos quais 14 eram repetidos. Após a leitura do título foram excluídos 625. Foram, por

isso, selecionados 66 artigos através do texto na íntegra, tendo sido selecionados título, tendo posteriormente excluído 24 13 artigos. através do resumo e 29 após a leitura do

Figura 1 - Fluxograma do processo de seleção de estudos



Quadro 2 - Extração e síntese de dados

Autores/Ano	População	Resultados/ Conclusões
Qi et al. (2014)	705 enfermeiros de dois hospitais psiquiátricos e de uma unidade médica de um hospital	- Em comparação com enfermeiros que trabalham em outras unidades, aqueles que trabalham em psiquiatria apresentaram maior nível de <i>stress</i> nos domínios do ambiente, recursos de trabalho e assistência à pessoa doente, mas menor carga e tempo de trabalho; - Análises multivariadas revelaram que o ensino superior ou o maior nível de educação, a exposição a violência nos últimos 6 meses, a maior experiência profissional e o trabalho em hospitais psiquiátricos estavam associados com um alto nível de <i>stress</i> .
Cheung, & Yip (2015)	850 enfermeiros	- Enfermeiros que anteriormente tivessem sido diagnosticados com doenças crônicas e que apresentassem percepções negativas da própria pessoa,

		<p>manifestaram maior tendência para apresentar depressão, ansiedade e <i>stress</i>.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Verificou-se a existência de relações positivas entre as variáveis depressão e divórcio, viuvez e separação, insatisfação no trabalho, problemas com colegas, níveis de atividade física baixos e problemas de sono. - O estado civil, os problemas de sono e a falta de lazer, correlacionam-se significativamente com a ansiedade. - O <i>stress</i> está significativamente associado à menor idade, à inexperiência clínica, aos distúrbios no último ano com colegas, à baixa atividade física, à falta de lazer e ao consumo de álcool. - Os enfermeiros demonstraram maior tendência para apresentar depressão, ansiedade e <i>stress</i> comparativamente com a população geral.
Yu, Somerville, & King (2019)	67 enfermeiros que trabalham em unidades de cuidados intensivos (UCI)	<ul style="list-style-type: none"> - Da amostra dos enfermeiros, 57 participantes experienciaram fadiga crónica de grau baixo a moderado; 36 exibiram fadiga aguda de grau baixo a moderado; 46 relataram fadiga entre turnos de grau baixo a moderado. Mais de metade dos enfermeiros que realizavam turnos de 12h, apresentaram níveis de fadiga de grau baixo a moderado. - A idade, o número de familiares dependentes, os anos de experiência em enfermagem, e a frequência de exercício físico, foram identificados como fatores associados à fadiga. A diferença dos níveis de fadiga crónica entre os hospitais sugere a implementação de mais suporte para os enfermeiros mais jovens e/ou menos experientes, melhores estratégias para retenção dos enfermeiros mais experientes, e menos turnos rotativos, poderão ajudar a diminuir a fadiga.
Verma, Kishore, & Gusain (2018)	275 enfermeiros que trabalham em turnos noturnos e 275 enfermeiros dos turnos de dia de vários departamentos	<ul style="list-style-type: none"> - Os enfermeiros apresentaram mais fadiga, e problemas de saúde do foro psicológico. - Trabalhar por base contratual, turnos de noite rotativos e viver fora do campus do hospital foram fatores associados a maiores probabilidades de sofrer lesões. - Verificou-se que os enfermeiros que trabalham por turnos de noite rotativos obtiveram uma pontuação média significativamente mais baixa, no que diz respeito ao grau de satisfação no trabalho, sono e bem-estar psicológico, em comparação aos trabalhadores de turno de dia. Os resultados de saúde entre enfermeiros que trabalham em turnos de noite rotativos exigem intervenções, focadas em vários fatores que podem ser modificados para proporcionar um ambiente de apoio e trabalho mais seguro.
Roodbandi et al. (2014)	326 enfermeiros e funcionários da KMU University hospitals	<ul style="list-style-type: none"> - 91,2% dos enfermeiros e 79,6% dos empregados têm má qualidade de sono. A qualidade do sono e a sonolência de todos os enfermeiros do hospital foram significativamente diferentes dos funcionários da universidade. No entanto, não houve diferença significativa entre os enfermeiros que não trabalham por turnos e os enfermeiros que trabalham por turnos em termos de qualidade do sono e sonolência. Os resultados deste estudo mostraram que quase todos os enfermeiros e a maioria dos funcionários da universidade sofrem de baixa qualidade do sono. A média diária de horas de sono e a realização de

		trabalho por turnos estão entre os fatores que influenciam a sonolência e a baixa qualidade do sono.
Poursadeghiyan et al. (2017)	100 enfermeiros que trabalham por turnos	- Os problemas com maior prevalência relacionados com o trabalho por turnos foram os distúrbios psicológicos, seguido por alterações na vida social e problemas do foro gástrico. Os enfermeiros que escolheram o trabalho por turno voluntário apresentaram maior satisfação com o trabalho comparativamente com os restantes enfermeiros. Para reduzir os distúrbios associados e aumentar a satisfação no trabalho entre os enfermeiros, o estudo recomenda que o trabalho por turnos seja atribuído preliminarmente aos enfermeiros que optam por trabalhar voluntariamente por turnos.
Khade, Behera, Parvathi, & Korradi (2018)	190 enfermeiros	- 40,5% dos participantes sofrem insónias, 46,3% apresentam má qualidade de sono, 25,2% sofrem de sonolência diurna enquanto 15,7% apresentam sonolência ao final do dia; - Os enfermeiros que trabalham em turnos rotativos sofrem vários problemas de saúde como doenças do trato gastrointestinal, cansaço, depressão, doenças cardiovasculares e distúrbios emocionais; - O sono é perturbado pelo turno da noite e provoca uma redução geral das horas de sono, uma vez que há quebra do ciclo circadiano normal, o que não acontece com os enfermeiros que realizam turnos da manhã; - Durante o dia o sono é prejudicado devido à existência de ruído e luminosidade.
Çelik, Taşdemir, Kurt, İlgezdi, & Kubalas (2017)	102 enfermeiros que trabalham em UCI	- A fadiga é um fenómeno complexo que tem impacto negativo a nível psicológico, biológico e cognitivo; - 92% dos enfermeiros que trabalham em cuidados intensivos referiu fadiga e cansaço físico e psicológico, 70,5% referiu má qualidade de sono; - Os turnos noturnos diminuem a qualidade do sono e a qualidade do trabalho; - Trabalhar por turnos aumenta significativamente a probabilidade de fadiga; - Os enfermeiros que trabalham em UCI apresentaram maior nível de ansiedade e depressão.
Pijpe et al. (2014)	Enfermeiras com idade compreendida entre os 18 e os 65 anos	- O trabalho por turnos tem sido relacionado com vários problemas de saúde como cancro, doenças cardiovasculares, distúrbios metabólicos, problemas digestivos, fadiga, pressão e distúrbios no sono; - O cancro da mama é uma das principais consequências para as mulheres que estão sujeitas a uma carga elevada de trabalho e a turnos rotativos, maioritariamente noturnos. - 80% dos participantes trabalha no turno noturno, 27% das enfermeiras que realizam turnos da noite efetuaram mais de 1000 turnos durante toda a sua vida profissional; - 75% das enfermeiras referiu ter tomado antibiótico durante o período de trabalho nos últimos 6 meses, 25% estavam a ser sujeitas a terapia neoplásica e permaneciam a trabalhar, e 25% das enfermeiras que trabalham por turnos rotativos com, no mínimo três turnos noturnos por mês, estão diagnosticadas com cancro da mama.

<p>Vedaa et al. (2016)</p>	<p>14028 enfermeiros</p>	<ul style="list-style-type: none"> - O trabalho por turnos interfere no ciclo circadiano do enfermeiro, estando associado ao aumento do risco de problemas relacionados com o sono; - Realizar o turno de manhã e retornar para o turno da noite aumenta o risco de fadiga além de reduzir o tempo de sono e descanso; - Os regressos rápidos ao trabalho revelam um aumento nos níveis de <i>stress</i> e ansiedade nos enfermeiros; - O aumento do número de horas de descanso entre turnos leva a uma melhor saúde e bem-estar social; - Os trabalhadores em sistema de retorno rápido relatam maiores perturbações sociais e domésticas, com menor satisfação no trabalho do que os trabalhadores com maior tempo de intervalo entre turnos; - As mulheres têm a tendência a ter menos tempo para descansar, havendo desigualdade de género; - O facto de haver enfermeiros assumem tarefas domésticas faz com que haja menos tempo para descansar estando mais presente nas mulheres do que nos homens; - Verificou-se que o trabalho fora do dia regular afeta e complica as atividades familiares e pessoais, sendo que a maioria dos relatórios sobre o equilíbrio entre a vida profissional e a vida privada retrata o retorno rápido ao trabalho e os turnos rotativos como um fator desfavorável; - Os resultados revelam que a duração do sono é menor entre os turnos da noite e manhã, sendo maior entre turnos noturnos; - As consequências do trabalho por turnos na saúde física e mental são generalizadas e bem documentadas.
<p>Allen (2014)</p>	<p>20 enfermeiros que trabalham em UCI</p>	<ul style="list-style-type: none"> - O tempo de sono entre turnos consecutivos foi pouco (6,79 horas em 2 dias e 5,68 horas entre 2 noites); - O tempo de sono foi muito maior entre dias sem turnos (8,53 horas); - Cada minuto de deslocação entre o local de trabalho e residência esteve associado a redução de sono em 0,84 minutos. - A privação do sono leva à redução da vigilância, descoordenação motora, comprometimento da função cognitiva e da performance psicomotora.
<p>Linares et al. (2019)</p>	<p>1073 enfermeiros</p>	<ul style="list-style-type: none"> - O <i>stress</i> é um fator importante para a qualidade do sono e controlo da ingestão alimentar. - Existe relação entre a diminuição do tempo de sono e níveis elevados de <i>stress</i>, assim como o nível de <i>stress</i> e falta de controlo da ingestão alimentar, depressão e ansiedade. - Vários estudos demonstraram que os problemas de sono estão associados a exaustão emocional e incontrolado e alimentação emocional. - Fraca qualidade de sono incentiva a uma maior ingestão de alimentos levando ao aumento de peso. - É necessário promover a saúde dos profissionais e melhorar o seu estado psicológico de modo a melhorar a qualidade de cuidados prestados.
<p>Jiang et al. (2019)</p>	<p>8904 enfermeiras</p>	<ul style="list-style-type: none"> - As enfermeiras estão mais expostas aos perigos do trabalho por turnos;

	<p>e 3997 profissionais de saúde</p>	<ul style="list-style-type: none"> - São mais suscetíveis a desenvolver perturbações da menstruação que outros profissionais de saúde; - Verificou-se maior exposição das enfermeiras a fatores sociodemográficos associados com perturbações da menstruação; - Existe relação entre a exposição ocupacional, os fatores sociodemográficos e as características da menstruação. - As condições de <i>stress</i> estão associadas a distúrbios menstruais.
--	--	---

Após a análise dos artigos, afere-se que as consequências que abrangem maioritariamente os enfermeiros que trabalham por turnos são o *stress* (Cheung, & Yip, 2015; Jiang et al., 2019; Linares et al., 2019; Qi et al., 2014), que leva a problemas de ansiedade (Cheung, & Yip, 2015; Linares et al., 2019) e depressão (Cheung, & Yip, 2015; Khade, Behera, Parvathi, & Korradi, 2018; Linares et al., 2019). Outra grande consequência, e abordada em grande parte dos artigos, são os distúrbios do sono (Çelik, Taşdemir, Kurt, İlgezdi, & Kubalas, 2017; Cheung, & Yip, 2015; Allen et al. 2014; Khade et al., 2018; Linares et al., 2019; Pijpe et al., 2014; Roodbandi et al., 2014; Vedaa et al., 2016; Verma, Kishore, & Gusain, 2018), que são os principais causadores de *stress* e doenças no enfermeiro.

Segundo Qi et al. (2014) o *stress* está associado a um maior nível de educação, a exposição a violência nos últimos 6 meses e a maior experiência profissional, assim como a problemas de sono, falta de lazer, menor idade, inexperiência clínica, distúrbios no último ano com colegas,

baixa atividade física e consumo de álcool (Cheung, & Yip, 2015). Cheung e Yip (2015) afirmam ainda que o facto de os enfermeiros terem sido diagnosticados com doenças crónicas e de apresentar perceções negativas de si próprio, leva ao desenvolvimento de depressão, ansiedade e *stress*.

Cheung e Yip (2015) afirmam que o *stress* é maior perante os enfermeiros solteiros, pois os enfermeiros casados recebem maior suporte por parte da família.

Como já referido, os problemas de sono estão associados aos enfermeiros que trabalham por turnos. Por isso, é de salientar que os problemas de sono estão associados a depressão, ansiedade e exaustão emocional, que resulta num maior nível de *stress* (Linares et al., 2019). Segundo Yu, Somerville e King (2019), a falta de atividade física leva a que haja uma diminuição no controlo do *stress*, e segundo Linares et al. (2019), quanto maior o nível de *stress* maior é a vontade de comer, ou seja, há uma alimentação emocional. Então, o *stress* em conjugação com a não realização de exercício físico e uma alimentação

desequilibrada leva que os enfermeiros sofram um aumento de peso (Linares et al., 2019). O controlo do *stress* leva a que haja uma melhor qualidade do sono e um maior controlo na ingestão de alimentos (Linares et al., 2019).

Relativamente ao sono, Çelik et al. (2017) afirmam que os turnos noturnos diminuem a qualidade do sono e a qualidade do trabalho. Khade et al. (2018) aferiram que o sono é perturbado pela realização de turnos noturnos, que provoca uma redução geral das horas de sono, uma vez que há quebra do ciclo circadiano normal. Esta redução não se verifica nos enfermeiros que realizam os turnos da manhã. Os enfermeiros que fazem os turnos da noite dormem de dia, e dormir durante o dia prejudica o sono, pois existe mais ruído e luminosidade. Vedaa et al. (2016) suportam estes resultados, pois verificaram que o trabalho por turnos interfere no ciclo circadiano dos enfermeiros, estando associado ao aumento do risco de problemas relacionados com o sono. Roodbandi et al. (2014) também comprovam que a qualidade do sono nos enfermeiros com horas fixas de trabalho é melhor do que em enfermeiros com turnos rotativos.

A privação do sono leva à redução da vigilância, descoordenação motora, comprometimento da função cognitiva e da performance psicomotora (Allen et al., 2014), ou seja, a privação de sono em profissionais de saúde afeta a sua

performance, podendo interferir negativamente na prestação direta de cuidados à pessoa.

Os enfermeiros que trabalham em turnos rotativos sofrem vários problemas de saúde como doenças do trato gastrointestinal, cansaço, depressão, doenças cardiovasculares e distúrbios emocionais (Khade et al., 2018), assim como evidenciaram níveis mais elevados de *stress* (Cheung, & Yip, 2015).

Verma et al. (2018), verificaram que os enfermeiros que trabalham por turnos de noite rotativos obtiveram uma pontuação média significativamente mais baixa, no que diz respeito ao grau de satisfação no trabalho, sono e bem-estar psicológico, em comparação aos trabalhadores de turno de dia.

Yu et al. (2019) sugerem que a fadiga manifestada por estes profissionais pode ser reduzida com a implementação de suporte para os enfermeiros mais jovens e/ou menos experientes, o desenvolvimento de estratégias para manter os enfermeiros com maior experiência ligados às instituições, e a realização de menor número de turnos rotativos.

O trabalho por turnos e o *stress* leva a distúrbios menstruais nas enfermeiras (Jiang et al., 2019), tendo sido encontrados quatro problemas de desordem menstrual: ciclos irregulares de menstruação, dismenorria, hipermenorria e maior duração da

menstruação. É ainda referido no estudo desenvolvido por Pijpe et al. (2014) que as mulheres que estão sujeitas a uma carga elevada de trabalho e a turnos rotativos, maioritariamente noturnos apresentam uma maior tendência para o desenvolvimento de cancro da mama.

Os enfermeiros que escolheram o trabalho por turno voluntário apresentaram satisfação no trabalho significativamente maior em comparação com os restantes (Poursadeghiyan et al., 2017).

Pode-se concluir que o trabalho por turnos gera problemas psicológicos (Çelik et al., 2017; Linares et al., 2019; Poursadeghiyan et al., 2017; Verma et al., 2018) e cansaço (Khade et al., 2018; Yu et al., 2019), fatores estes que diminuem a qualidade dos cuidados prestados à pessoa doente (Çelik et al., 2017).

Como referido inicialmente, para que haja a manutenção da saúde e sensação de bem-estar, os horários devem ser elaborados de forma equilibrada, justa e imparcial para todos enfermeiros (Sindicato dos Enfermeiros Portugueses, 2012). Esta afirmação é corroborada pelos resultados evidenciados por Vedaa et al. (2016), que constataram que o aumento do número de horas de descanso entre turnos leva a uma melhor saúde e bem-estar social.

Através do conhecimento obtido nesta revisão, foram identificados os fatores ligados ao trabalho por turnos

considerados preditores na qualidade de vida dos enfermeiros, verificando-se que é necessário existir uma melhor gestão do horário por turnos, de modo a que o período de descanso seja o adequado, diminuindo os efeitos negativos não só a nível pessoal como também profissional.

Verificou-se que a prevalência de *stress* e depressão nos enfermeiros é significativa, com suscetibilidade para experienciarem alterações psicológicas e consequentemente prestar cuidados à pessoa com menos qualidade. É possível reduzir as alterações provocadas pelo trabalho por turnos, diminuindo a privação do sono e consequentemente, reduzindo as suas consequências, como o aumento de *stress*, depressão ou aumento de peso, proporcionando uma melhor satisfação profissional.

Torna-se necessário promover a saúde dos profissionais de enfermagem, melhorando o seu estado psicológico. “O enfermeiro, enquanto profissional de saúde, ao estar sujeito ao trabalho por turnos, tem que ser visto como elemento central do processo de trabalho, percebê-lo na sua singularidade como ser ativo e reflexivo e compreendê-lo numa visão multidimensional” (Ramos, 1996, citado por Batista, Duarte, Franco, Santos, & Santos, 2008, p. 19).

Uma melhor organização dos horários de trabalho contribuirá para que os profissionais sejam mais saudáveis, apresentem maior nível de satisfação,

umentando o seu entusiasmo e atitude positiva no desempenho das funções. Devem ser adotadas estratégias que visem o respeito máximo dos ritmos naturais, principalmente, o do sono-vigília e da alimentação, e facilitar, assim, a vida de relação no seio familiar e dos grupos sociais e culturais. Pode existir uma melhor adaptação ao trabalho por turnos por parte dos enfermeiros e, conseqüentemente, alcançar-se uma melhoria na qualidade de vida destes profissionais.

Conclusão

Com base em artigos, foi possível verificar a importância da qualidade do sono nos enfermeiros que, trabalham nomeadamente por turnos rotativos, e qual a implicação que esta tem para a sua prática profissional. O trabalho por turnos tem um impacto no bem-estar físico e psicológico, que acaba por afetar a própria prestação de cuidados à pessoa doente. Verificou-se ainda que, é importante o desenvolvimento de programas mais eficazes de adaptação ao trabalho por turnos num ambiente de assistência hospitalar.

Por fim, destaca-se a necessidade de aplicar intervenções apropriadas na formação de profissionais, como mudanças comportamentais para uma melhor adaptação ao trabalho por turnos,

aconselhamento e triagem periódica para o bem-estar geral, e ainda, a criação de mecanismos de vigilância adequados em todos os hospitais.

Ao longo desta revisão foram encontradas algumas limitações, o que poderá condicionar a evidência encontrada. Sublinha-se como limitações a utilização de um número limitado de bases de dados para pesquisa de estudos, assim como o recurso a limitadores temporais. Outra limitação prende-se com a não identificação de evidências quanto à população portuguesa, o que pode limitar a transposição dos dados para esta população. Assim, tendo em consideração esta limitação, sugere-se o desenvolvimento de estudos que investiguem esta problemática em Portugal.

Referências bibliográficas

- Adib-Hajbaghery, M., Khamechian, M., & Alavi, N. M. (2012). Nurses' perception of occupational stress and its influencing factors: A qualitative study. *Iranian journal of nursing and midwifery research*, 17(5), 352–359.
- Allen, A. J., Park, J. E., Adhami, N., Sirounis, D., Tholin, H., Dodek, P., ... Ayas, N. (2014). Impact of work schedules on sleep duration of critical care nurses. *American journal of critical care*,

- 23(4), 290–295. **DOI:** 10.4037/ajcc2014876
- Bajraktarov, S., Novotni, A., Manusheva, N., Nikovska, D. G., Miceva-Velickovska, E., Zdraveska, N., ... Richter, K. S. (2011). Main effects of sleep disorders related to shift work-opportunities for preventive programs. *The EPMA journal*, 2(4), 365–370. **DOI:** 10.1007/s13167-011-0128-4
- Batista, V. L. D., Duarte, J. C., Franco, M. J. B., Santos, P. M. F., & Santos, R. M. F. (2008). Consequências do Trabalho por Turnos na Qualidade de Vida dos Enfermeiros: Um Estudo Empírico sobre o Hospital Pêro da Covilhã. *Revista Referencia*, 11(8), 17-31. Recuperado de <http://www.index-f.com/referencia/2008pdf/8-1731.pdf>
- Boivin, D. B., & Boudreau, P. (2014). Impacts of shift work on sleep and circadian rhythms. *Pathologie-biologie*, 62(5), 292–301. **DOI:** 10.1016/j.patbio.2014.08.001
- Çelik, S., Taşdemir, N., Kurt, A., İlgezdi, E., & Kubalas, Ö. (2017). Fatigue in Intensive Care Nurses and Related Factors. *The international journal of occupational and environmental medicine*, 8(4), 199–206. **DOI:** 10.15171/ijoem.2017.1137
- Cheung, T., & Yip, P. S. (2015). Depression, Anxiety and Symptoms of Stress among Hong Kong Nurses: A Cross-sectional Study. *International journal of environmental research and public health*, 12(9), 11072–11100. **DOI:** 10.3390/ijerph120911072
- Costa, G. (2010). Shift work and health: current problems and preventive actions. *Safety and health at work*, 1(2), 112–123. **DOI:** 10.5491/SHAW.2010.1.2.112
- Eurofound. (2012). *Fifth European Working Conditions Survey*. Luxembourg: Publications Office of the European Union. Recuperado de http://www.euro-found.europa.eu/sites/default/files/ef_publication/field_ef_document/ef1182en.pdf.
- Ferri, P., Guadi, M., Marcheselli, L., Balduzzi, S., Magnani, D., & Di Lorenzo, R. (2016). The impact of shift work on the psychological and physical health of nurses in a general hospital: a comparison between rotating night shifts and day shifts. *Risk management and healthcare policy*, 9, 203–211. **DOI:** 10.2147/RMHP.S115326
- Jiang, Z., Wang, J., Guo, X., Feng, L., Yu, M., Zhou, J., ... Lou, J. (2019). Menstrual disorders and occupational exposures among female nurses: A nationwide cross-sectional study. *International journal of nursing studies*, 95, 49–55. **DOI:** 10.1016/j.ijnurstu.2019.04.010
- Joanna Briggs Institute. (2014). *The Joanna Briggs Institute Reviewers Manual - 2014 edition*. Australia: Joanna Briggs Institute. Recuperado de <https://joanna>

briggs.org/assets/docs/sumari/Reviewers Manual-2014.pdf

Khade, Y., Behera, S., Parvathi, R., & Korradi, S. (2018). Study of Insomnia, Day Time Sleepiness and Sleep Quality among South Indian Nurses. *Journal of Clinical and Diagnostic Research*, 12(4), CC09-CC12. **DOI:** 10.7860/JCDR/2018/32602.11392

Lei n.º 7/2009. 12 de fevereiro de 2009). Aprova a revisão do Código do Trabalho. Diário da República n.º, Série I - N.º 30. Recuperado de <https://data.dre.pt/eli/lei/7/2009/02/12/p/dre/pt/html>

Linares, J., Pérez-Fuentes, M., Jurado, M., Ruiz, N., Márquez, M., & Saracosti, M. (2019). Sleep Quality and the Mediating Role of Stress Management on Eating by Nursing Personnel. *Nutrients*, 11(8), 1731. **DOI:** 10.3390/nu11081731

Pijpe, A., Slottje, P., van Pelt, C., Stehmann, F., Kromhout, H., van Leeuwen, F. E., ... Rookus, M. A. (2014). The Nightingale study: rationale, study design and baseline characteristics of a prospective cohort study on shift work and breast cancer risk among nurses. *BMC cancer*, 14, 47. **DOI:** 10.1186/1471-2407-14-47

Poursadeghiyan, M. Amjad, R., Baneshi, M., Farrokhi, M., Poursadeghian, A., Rohani, M., ... Khammar, A. (2017). Drowsiness trend in night workers and

adaptation to night shift in hospital staff. *Ann Trop Med Public Health*, 10(4), 989-992. **DOI:** 10.4103/ATMPH.ATMPH_307_17

Qi, Y. K., Xiang, Y. T., An, F. R., Wang, J., Zeng, J. Y., Ungvari, G. S., ... Chiu, H. F. (2014). Nurses' work-related stress in China: a comparison between psychiatric and general hospitals. *Perspectives in psychiatric care*, 50(1), 27–32. **DOI:** 10.1111/ppc.12020

Roodbandi, A., Feyzi, V., Khanjani, N., Moghadam, S. R., Bafghi, M. S., Moghadasi, M., & Norouzi, Z., (2014). Sleep Quality and Sleepiness: A Comparison between Nurses with and without Shift Work, and University Employee. *International Journal of Occupational Hygiene*, 8(4), 230-236.

Sindicato dos Enfermeiros Portugueses. (2012). Organização do Tempo de Trabalho: Os Conceitos Existentes na Lei. Recuperado de https://www.sep.org.pt/files/uploads/2017/01/sep_15052012_faro_organizacao_tempo_trabalho.pdf

Vedaa, Ø., Harris, A., Bjorvatn, B., Waage, S., Sivertsen, B., Tucker, P., & Pallesen, S. (2016). Systematic review of the relationship between quick returns in rotating shift work and health-related outcomes. *Ergonomics*, 59(1), 1–14. **DOI:** 10.1080/00140139.2015.1052020

Verma, A., Kishore, J., & Gusain, S. (2018). A Comparative Study of Shift Work

Effects and Injuries among Nurses Working in Rotating Night and Day Shifts in a Tertiary Care Hospital of North India. *Iranian journal of nursing and midwifery research*, 23(1), 51–56. **DOI:** 10.4103/ijnmr.IJNMR_15_17

Yu, F., Somerville, D., & King, A. (2019). Exploring the impact of 12-hour shifts on nurse fatigue in intensive care units. *Applied nursing research*, 50, 151-191. **DOI:** 10.1016/j.apnr.2019.151191

Promoção do sono na pessoa em situação crítica, internada em unidade de cuidados intensivos: Revisão integrativa da literatura

Sleep promotion in critically ill patients admitted to the intensive care unit: Integrative Literature Review

Sara Canas da Silva¹, Maria Teresa Leal², Helga Rafael Henriques²

¹Centro Hospitalar de Setúbal, ²Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

Resumo

Enquadramento: Em unidade de cuidados intensivos a pessoa em situação crítica tem cerca de duas horas de sono por dia. O sono é um fator essencial para o processo de estabilização e recuperação destes doentes.

Objetivo: Procurar, sintetizar e analisar o conhecimento científico sobre a intervenção de enfermagem na promoção do sono, na pessoa em situação crítica internada em unidade de cuidados intensivos.

Metodologia: Revisão integrativa da literatura realizada pelo método PICO, através da pesquisa nas bases de dados eletrónicas CINAHL e MEDLINE.

Resultados: Foram selecionados 10 artigos. Após a sua análise verificou-se que as intervenções são simples, económicas e não dependentes de farmacoterapia. Deve ser realizada uma abordagem multidisciplinar, que englobe a implementação de intervenções que beneficiem o bem-estar físico e mental desta população. Estas intervenções devem contemplar o controlo de fatores ambientais como o ruído e a luminosidade, melhoria do conforto, alívio da dor, técnicas de relaxamento e planeamento das intervenções, minimizando interrupções do sono.

Conclusão: A interrupção do sono permanece um problema substancial para a pessoa em situação crítica internada em unidades de cuidados intensivos, pelo que é necessário aprofundar a compreensão da promoção do sono nesta população, testando e aplicando intervenções que contribuam para o seu bem-estar e recuperação.

Palavras-chave: pessoa em situação crítica; unidade de cuidados intensivos; intervenções de enfermagem; promoção do sono

Abstract

Background: In intensive care units, the person in critical condition has about two hours of sleep per day. Sleep is an essential factor in the process of stabilization and recovery of these patients.

Objective: To search, synthesize and analyze scientific knowledge about nursing intervention in promoting sleep on critically ill patients admitted to the intensive care units.

Methodology: Integrative literature review using PICO method, through search in CINAHL and MEDLINE electronic databases.

Results: 10 articles were selected. Their analysis demonstrates that nursing interventions are simple, economical and not dependent on pharmacotherapy. A multidisciplinary approach must be carried out, including the implementation of interventions that benefit the physical and mental well-being of this population. These interventions must contemplate the control of environmental factors such as noise and light, improvement of comfort, pain relief, relaxation techniques and planning of interventions in order to minimize expendable interruptions of sleep.

Conclusion: Sleep interruption remains a substantial problem for people in critical situation admitted to intensive care units, therefore it is necessary to deepen the understanding of sleep promotion in this population, testing and applying interventions that contribute to their well-being and recovery.

Keywords: critical illness; intensive care unit; nursing interventions; sleep promotion

Introdução

O sono é um estado de consciência particular, bastante diferente do coma ou situação anestésica, traduzindo-se num estado que surge de forma espontânea, reversível e recorrente (Silveira, Bock, & Silva, 2012). Este envolve numerosos mecanismos fisiológicos e comportamentais de grande complexidade do sistema nervoso central e caracteriza-se por apresentar dois estados, o sono REM e o NREM (Beltrami et al., 2015; Kamdar, Needham, & Collop, 2012).

De acordo com Benner, Kyriakidis e Stannard (2011), a pessoa em situação crítica (PSC) é aquela que se encontra em fase aguda, criticamente doente ou ferida e não é capaz de manter a estabilidade fisiológica, ou que se encontra com elevado risco de desenvolver rapidamente essa instabilidade. A sua condição define e orienta as intervenções e práticas dos enfermeiros de cuidados críticos, especialmente porque esses doentes são, regra geral, dependentes da terapia intensiva contínua e tecnologia de apoio, para manterem funções vitais. Sabendo que a PSC tem um ciclo do sono que dura pouco mais de duas horas (Aitken et al., 2017) é urgente mudar atitudes e desenvolver intervenções promotoras do sono.

Vários estudos demonstraram que o sono é fundamental no tratamento e sobrevivência da PSC, existindo evidência

da ausência de um sono de qualidade durante o internamento em unidade de cuidados intensivos (UCI) (Beltrami et al., 2015; Bihari et al., 2012).

Numa UCI a PSC tem pouco mais de duas horas de sono por dia e a prevalência de distúrbios do sono é superior a 50%, sendo os procedimentos e intervenções de enfermagem fatores responsáveis pela sua interrupção (Aitken et al., 2017; Bihari et al., 2012). Ainda assim, o impacto do sono durante a recuperação de uma doença aguda tem sido negligenciado, sendo a promoção do sono subvalorizada por parte dos profissionais de cuidados intensivos em detrimento dos avanços da ventilação mecânica, nutrição, antibioterapia e reabilitação (Beltrami et al., 2015; Engwall et al., 2015). Por este motivo, é de grande importância reconhecer o sono como foco da intervenção de enfermagem e incidir nesta problemática através de intervenções autónomas.

Há evidência de que os enfermeiros têm dificuldade em avaliar o sono da pessoa com precisão, sobrevalorizando a quantidade e qualidade, quando comparado com a avaliação dos próprios sobre o seu sono (Aitken et al., 2017).

Os fatores que causam interrupção do sono são múltiplos e podem ser extrínsecos como a iluminação, o ruído, as avaliações e tratamentos noturnos e/ou intrínsecos, tais como a condição aguda da doença, os mediadores inflamatórios, a

administração de terapêutica sedativa ou opióide, a presença de dor e desconforto, e a realização de ventilação mecânica invasiva (Aitken et al., 2017; Beltrami et al., 2015; Elliot, McKinley, Cistulli, & Fien, 2013).

Nos fatores extrínsecos é conhecido que o ruído pode causar hipertensão por resposta ao *stress*, com ativação do sistema simpático por constrição dos vasos, tendo efeitos na condição física e psicológica da pessoa (Riemer, Mates, Ryan, & Schleder, 2015). Também a exposição à luz resulta em danos físicos e psicológicos, devido à sua influência no ritmo circadiano. Afeta a secreção de melatonina, que é diminuída, sendo que tanto o ruído como a luz causam liberação de corticosteróides e catecolaminas na corrente sanguínea (Riemer et al., 2015).

Para reconhecer a importância do sono de qualidade durante a recuperação de doença aguda deve ser monitorizado o seu impacto através dos resultados obtidos relativamente à duração do internamento, às taxas de infeção, às taxas de complicações globais e de mortalidade, pois a interrupção do sono na PSC causa disfunção do sistema imunitário, metabólico, cardiovascular, respiratório e neurológico, diminuição da resistência à infeção e dificuldade na cicatrização de feridas (Beltrami et al., 2015; Bihari et al., 2012).

Apesar da crescente preocupação com o sono, a pesquisa sobre os efeitos da sua promoção em UCI é reduzida, pelo que é necessário aprofundar a compreensão da interrupção do sono nesta população vulnerável, testando intervenções que contribuam para o seu bem-estar e recuperação (Beltrami et al., 2015; Elliot et al., 2013). A investigação sobre a temática deve ser multifacetada, abordando estratégias de promoção do sono em diferentes níveis simultaneamente e considerar intervenções comportamentais que melhorem a qualidade do sono.

Deste modo, os objetivos da presente revisão integrativa da literatura (RIL) são procurar, sintetizar e analisar o conhecimento científico sobre as intervenções de enfermagem na promoção do sono, na PSC internada em UCI.

Antes da sua elaboração foi efetuada uma pesquisa na base de dados Joanna Briggs Institute Database of Systematic Reviews and Implementation Reports, tendo sido verificado que não existia nenhuma publicação sobre o tema.

Metodologia

A realização da presente revisão teve em conta as orientações do *Joanna Briggs Institute for Evidence Based Practice* (Joanna Briggs Institute [JBI], 2014) e a questão de investigação que orientou a

pesquisa, foi elaborada no formato PICO: Quais são as intervenções de enfermagem (I) na promoção do sono (O), na pessoa em situação crítica (P), internada em unidade de cuidados intensivos (C)?

Os critérios de inclusão foram definidos de acordo com o tipo de estudo,

participantes, intervenção, resultados que se pretendem obter e data de publicação, descritos e justificados na Tabela 1 (JBI, 2014). O idioma do artigo foi utilizado como critério de exclusão, no entanto os artigos resultantes da pesquisa eram em língua inglesa e portuguesa, pelo que nenhum foi excluído por esse motivo.

Tabela 1 – Critérios de inclusão

	Critérios de inclusão	Justificação
Participantes	PSC com idade superior ou igual a 18 anos, internada em UCI.	O tema do trabalho não contempla a idade pediátrica.
Intervenção	Estudos que referiam intervenções de enfermagem promotoras da qualidade do sono.	Pretende-se identificar as intervenções autónomas de enfermagem que visem promover o sono e diminuir os fatores perturbadores do mesmo.
Resultados	Todos os estudos que incluam, como resultados, intervenções promotoras do sono.	Tema sensível aos cuidados de enfermagem, sendo que a Ordem dos Enfermeiros (2007), identifica a insónia no resumo mínimo de dados e <i>core</i> de indicadores de enfermagem, relevando a sua importância e pertinência para a profissão.
Documentos	Artigos científicos publicados e disponíveis integralmente, realizados a partir do ano 2012, inclusive.	Obter a melhor evidência disponível acerca da temática em estudo.
Critérios de exclusão	Artigos não publicados em inglês ou português. Todos os artigos que não cumpram os critérios de inclusão referidos anteriormente.	

A pesquisa foi realizada no motor de busca *EBSCOhost* integrando as bases de dados MEDLINE e CINAHL. Primeiramente foram introduzidos os termos de pesquisa, em linguagem natural, tendo como base as palavras-chave de artigos relacionados com a temática em estudo, para a identificação dos descritores específicos de cada uma das bases de dados. Posteriormente, os descritores específicos de cada base de dados foram incluídos como *Major Heading*, explicitados no quadro 1.

A estratégia de pesquisa na base de dados CINAHL foi a seguinte: (P) [critical ill patient* OR patient* OR critical patients OR critically ill patient* OR critical illness] AND (I) [nursing care OR nursing OR nursing intervention OR sleep management OR critical care nursing OR nursing practice OR nursing interventions] AND (C) [intensive care unit OR critical care] AND (O) [sleep OR sleep deprivation OR sleep disruption OR sleep promotion OR sleep quality], e aplicados os

limitadores de data de publicação e grupo etário tendo-se obtido 56 resultados.

Na base de dados MEDLINE, a estratégia de pesquisa foi: (P) [critical ill patient* OR patient* OR critical patients OR critically ill patient* OR critical illness] AND (I) [nursing care OR nursing OR nursing intervention OR sleep management OR critical care nursing OR nursing assessment] AND (C) [intensive care unit OR intensive care units OR critical care]

AND (O) [sleep OR sleep deprivation OR sleep disruption OR sleep promotion OR sleep quality], e aplicados os limitadores de data de publicação e grupo etário, tendo-se obtido 117 resultados.

Posteriormente foram cruzados os resultados de as pesquisas, num total de 173, excluindo-se os artigos repetidos, resultando desta seleção 150 artigos.

Quadro 1 – Termos de pesquisa

	Linguagem natural	Linguagem indexada	
		CINAHL	MeSH
P – População	Critical ill patient* Patient* Critical patients	Critically ill patient* Critical illness	Critical illness Patient*
I – Intervenção	Nursing care Nursing Nursing intervention Sleep management	Critical care nursing Nursing practice Nursing interventions	Critical care nursing Nursing care Nursing Nursing assessment
C – Contexto	Intensive care unit Critical care	-	Intensive care units Critical care
O – Outcome	Sleep Sleep deprivation Sleep disruption Sleep promotion Sleep quality	Sleep deprivation	Sleep Sleep deprivation

Resultados

O espaço temporal onde se inserem os estudos analisados, é de 10 anos, sendo que o mais antigo data de 2007 e o mais recente é de 2017. Estes foram realizados em vários países, como a Turquia, Inglaterra, Estados Unidos da América, Brasil, Taiwan, Índia, Suécia e China, e o número de participantes variou entre os 12 e 200.

Foi realizada a leitura de todos os títulos e resumos, com o objetivo de excluir aqueles que não respondiam ao tema do estudo. De seguida foi realizada a seleção dos documentos através da leitura integral dos mesmos, tendo-se obtido 14 documentos para extração e análise. No decorrer desta foram reduzidos a 10, pois os restantes 4 não respondiam à questão da presente revisão.

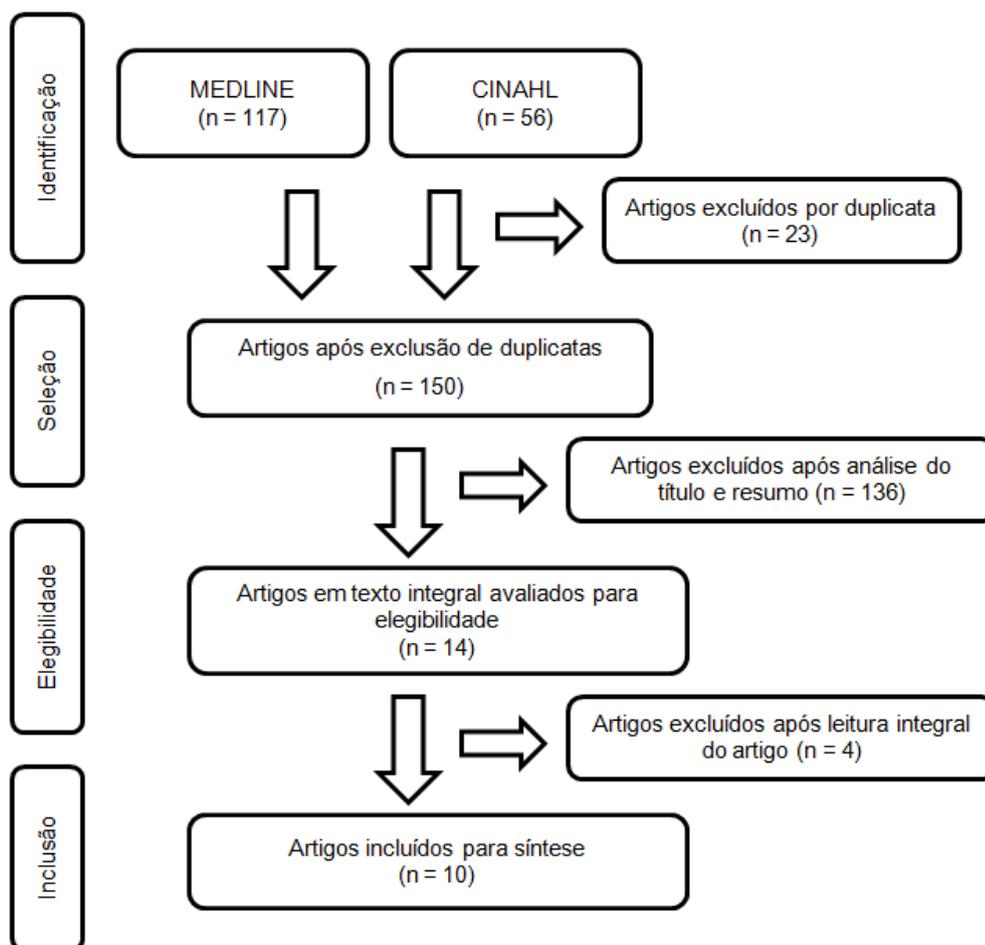
Seguiu-se a seleção de documentos através da leitura integral dos mesmos e a

construção do diagrama *Prisma Flow*, representativo deste processo e apresentado na figura 1.

O último critério de inclusão dos artigos foi a avaliação da qualidade metodológica do

artigo, pelo que foi utilizado o instrumento *Critical Appraisal Tools* do JBI (2016) para cada tipo de estudo.

Figura 1 – Diagrama da pesquisa



A síntese e a apresentação de resultados foram realizadas através da elaboração de um instrumento (Quadro 2) que integra os parâmetros: características do estudo (autor, ano, título, tipo), resultados (achados relativos à intervenção de enfermagem), e conclusões ou limitações dos estudos.

A análise dos artigos selecionados foi conduzida por dois investigadores, de forma individual, segundo um processo crítico de avaliação do nível de evidência com o objetivo de aferir a qualidade metodológica do estudo e determinar em que medida a pesquisa contemplou a possibilidade de viés na sua conceção, metodologia e análise.

Quadro 2 – Principais evidências científicas dos estudos

Estudo	Tipo de estudo	Objetivos	Resultados e conclusões	Limitações/recomendações
E1 - Effects of earplugs and eye masks on perceived quality of sleep during night among patients in intensive care units (Dave, Qureshi, & Gopichandran, 2015)	Estudo randomizado controlado NE*: 1.c QE**: 11/13	Avaliar a eficácia dos protetores auriculares e máscaras oculares na qualidade do sono, na pessoa internada em UCI.	A qualidade do sono foi melhorada após a aplicação de protetores auriculares e máscaras oculares.	O estudo envolveu uma amostra pequena. A avaliação objetiva do sono não foi realizada. Como avaliação objetiva do sono poderá ser utilizada a melatonina noturna e o cortisol para validar a eficácia das intervenções citadas, na qualidade do sono.
E2 - Effects of earplugs and eye masks combined with relaxing music on sleep, melatonin and cortisol levels in ICU patients: a randomized controlled trial (Hu, Jiang, Hegadoren, & Zhang, 2015)	Estudo randomizado controlado NE: 1.c QE: 11/13	Determinar os efeitos do uso de protetores auriculares e máscaras oculares, combinados com música de fundo relaxante nos níveis de sono na pessoa internada em UCI.	A utilização de protetores auriculares, máscaras oculares e música de fundo relaxante promoveram o sono na pessoa internada em UCI.	O estudo contemplou apenas um período de 12h (noturno) e não 24h (ciclo circadiano). O tamanho da amostra era pequeno, o que limitou o poder da análise estatística. Recomenda-se no futuro replicar o estudo com uma amostra maior.
E3 - Earplugs and eye masks: do they improve critical care patients' sleep? (Richardson, Allsop, Coghill, & Turnock, 2007)	Estudo experimental quasi- NE: 2.c QE: 7/9	Avaliar a utilização de máscaras oculares e os protetores auriculares de modo a ajudar a controlar a exposição ao ruído e à luz da pessoa internada em UCI.	Foi identificada a utilidade das intervenções avaliadas. O sono das pessoas a quem foram aplicadas as intervenções melhorou. Outras formas de reduzir o ruído serão: minimizar as intervenções da equipa de saúde durante o período noturno, e garantir um meio ambiente com uma temperatura confortável.	Devem ser realizados estudos que incluam uma amostra maior, de modo a permitir inferência estatística. O desenho das intervenções poderia ser modificado de modo a que os protetores auriculares fossem mais fáceis de inserir, aumentando a sua tolerância. Estudar as intervenções separadamente pode identificar benefícios ou limitações quando aplicadas sozinhas.
E4 - Lighting, sleep and circadian rhythm: An intervention study in the intensive care unit (Engwall, Fridh, Johansson, Bergbom, & Lindahl (2015)	Estudo comparativo e descritivo NE: 4.b QE: 5/8	Avaliar e relatar as experiências acerca do impacto da luz no sono, na pessoa internada em UCI.	Um sistema de iluminação com ciclos que reproduza a luz natural, combinado com a luz do dia, foi considerado importante e avaliado como agradável. Algumas pessoas referiram que níveis de iluminação adequados contribuíram para sentimentos de calma e segurança.	Falta de cooperação de pessoas em estado crítico. O conhecimento sobre as percepções da pessoa e a sua experiência, juntamente com as medidas físicas da iluminação e o papel da luz do dia no estabelecimento do ritmo circadiano, são considerados úteis para futuras pesquisas.

<p>E5 - Effects of earplugs and eye masks on nocturnal sleep, melatonin and cortisol in a simulated intensive care unit environment (Hu, Jiang, Zeng, Chen, & Zhang, 2015)</p>	<p>Estudo observacional descritivo NE: 4.b QE: 6/8</p>	<p>Determinar os efeitos fisiológicos e psicológicos do ruído e da luz na pessoa internada na UCI, bem como do uso de protetores auriculares e máscaras oculares na promoção do sono.</p>	<p>O sono e as hormonas são perturbados com a exposição ao ruído e luz. O uso de protetores auriculares e máscaras oculares melhoram a qualidade subjetiva do sono.</p>	<p>Como limitação é referido o facto do estudo ter sido realizado num laboratório de sono, simulando uma UCI e com indivíduos saudáveis. O estudo foi realizado somente por um período noturno de 9h, e não nas 24 horas. Não foi possível medir o efeito das intervenções separadamente. O tamanho da amostra era pequeno, o que limitou o poder da análise estatística.</p>
<p>E6 - Effects of aromatherapy on sleep quality and anxiety of patients (Karadag, Samancioglu, Ozden, & Bakir, 2017)</p>	<p>Estudo randomizado controlado NE: 1.c QE: 12/13</p>	<p>Investigar o efeito do óleo essencial de lavanda na ansiedade e na qualidade do sono, nas pessoas internadas em unidades coronárias.</p>	<p>O óleo essencial de lavanda aumenta e promove a qualidade do sono, tendo reduzido o nível de ansiedade. Sendo apropriado para doentes com patologia do foro cardíaco, poderá ser aplicado em UCI.</p>	<p>Foi estudado o efeito a curto prazo do óleo essencial de lavanda, pelo que este está recomendado para esse período de tempo, não tendo sido estudado para períodos longos de tempo. Deverá ser replicado em amostras diferentes e maiores.</p>
<p>E7 - Efficacy of controlling night-time noise and activities to improve patients' sleep quality in a surgical intensive care unit (Li, Wang, Vivienne Wu, Liang, & Tung, 2011)</p>	<p>Estudo experimental quasi-prospetivo NE: 2.c QE: 8/9</p>	<p>Testar a eficácia das <i>guidelines</i> de promoção do sono, de modo a controlar o ruído noturno e melhorar a qualidade do sono, nas pessoas internadas em UCI.</p>	<p>A etiologia dos fatores que contribuem para a interrupção do sono são multifatoriais, tais como o ruído ambiental, intervenções médicas durante o período noturno, bem como as atividades relacionadas com os cuidados de enfermagem. Foi demonstrado, que a redução dos estímulos externos pode promover o sono.</p>	<p>Não são identificadas.</p>
<p>E8 - The influence of care interventions on the continuity of sleep of intensive care unit patients (Hamze, Chaves de Souza, & Couto Machado Chianca, 2015)</p>	<p>Estudo descritivo NE: 4.b QE: 6/8</p>	<p>Identificar as intervenções realizadas pela equipa de saúde e a influência das mesmas na continuidade do sono em pessoas internadas em UCI.</p>	<p>As intervenções associadas à prestação de cuidados podem prejudicar o sono em doentes internados em UCI. A programação dos horários das intervenções que causaram despertares era referenciada na rotina dos profissionais da UCI, em detrimento da preferência ou necessidade dos indivíduos. Estima-se que a pouca preocupação dos profissionais com a qualidade do sono das pessoas internadas em UCI esteja relacionada com a pouca discussão da temática na prática clínica.</p>	<p>Como fator limitador do estudo, destaca-se a utilização do actígrafo para mensurar as interrupções do sono, não sendo capaz de monitorizar a arquitetura do sono dos doentes. O mesmo apresenta reduzida sensibilidade para identificar os despertares do sono. Alguns registos de despertares podem ter sido alterados pela movimentação do doente quando acordado. No entanto, foi possível contornar tais limitações ao confrontar os dados do actígrafo com as imagens obtidas por filmagem.</p>

<p>E9 - Patient perception of environmental and nursing factors contributing to sleep disturbances in a neurosurgical intensive care unit (Uğraş, & Oztekin, 2007)</p>	<p>Estudo descritivo NE: 4.b QE: 5/8</p>	<p>Determinar os fatores e intervenções de enfermagem que afetam o sono das pessoas internadas em UCI.</p>	<p>A maioria das pessoas experimentou um fator perturbador do sono. Referem como fatores mais predominantes: a imobilização, dor, ruído, ansiedade relacionada com o prognóstico clínico, o curto período tempo de visitas para familiares e amigos, e preocupações relativamente à condição laboral após internamento. A avaliação neurológica é também um fator perturbador do sono, pelo que é sugerido que seja realizada no período noturno só em caso de emergência. Deve ser abordado um plano multidisciplinar entre a equipa de saúde, de modo a que as intervenções sejam planeadas.</p>	<p>O sono não foi avaliado objetivamente. Os questionários foram preenchidos após as pessoas terem sido transferidas para a enfermaria, podendo existir constrangimentos acerca da memória das experiências vividas na UCI. Não pode ser generalizado a todos as pessoas internadas em UCI, somente às com alterações do foro neurocirúrgico. Não foi avaliada a presença de delírio, que pode afetar a memória e a perceção da pessoa relativamente às suas experiências.</p>
<p>E10 - The influence of "quiet time" for patients in critical care (Maidl, Leske, & Garcia, 2014)</p>	<p>Estudo quasi-experimental NE: 12.c QE: 7/9</p>	<p>Examinar a influência de um protocolo <i>Quiet Time</i> (QT) em UCI.</p>	<p>A PSC e os profissionais sentiram-se satisfeitos com o protocolo QT. A consciencialização da equipa sobre os níveis de ruído na área dos cuidados aumentou desde a implementação do protocolo. O protocolo QT melhorou os níveis de ruído na UCI e promoveu o sono nas pessoas internadas.</p>	<p>As infraestruturas e arquitetura de cada unidade são diferentes, tornando a padronização do protocolo QT difícil. Os níveis de luminosidade e ruído antes e durante o QT não foram obtidos. Não houve controlo ou registo de medicamentos administrados. O efeito do QT sobre o desenvolvimento do delírio é uma área possível de estudo futuro.</p>

*NE: Nível de evidência

**QE: Qualidade da evidência

No estudo E1 os autores realizaram um estudo randomizado controlado sobre a avaliação da eficácia dos protetores auriculares e máscaras oculares na qualidade do sono, na pessoa internada em UCI. Concluíram que o sono foi melhorado com a aplicação destas medidas, no entanto a avaliação objetiva do sono não foi realizada. Os autores descrevem que para realizar uma avaliação objetiva do sono teriam que ser monitorizados os valores de melatonina noturna e o cortisol para verificar a eficácia das intervenções citadas. Tal é corroborado pelo estudo E2, também um estudo randomizado controlado. Neste estudo os autores determinaram os efeitos do uso de protetores auriculares, máscaras oculares e o uso de música relaxante na qualidade do sono, através da avaliação objetiva com recurso à monitorização de melatonina e do cortisol. No estudo E3, estudo quasi-experimental, foi avaliada a eficácia das máscaras oculares e dos protetores auriculares como medidas para minimizar a exposição ao ruído e à luz. Conclui-se que as medidas foram eficazes no controlo dos fatores ambientais, melhorando a qualidade do sono da pessoa internada em UCI.

O estudo E4 é um estudo comparativo e descritivo onde os autores avaliaram e descreveram as experiências das pessoas internadas em UCI, acerca do impacto da luz no sono. Estas avaliaram como

agradável um sistema de iluminação com ciclos que reproduzam a luz natural, combinado com a luz do dia, contribuindo para sentimentos de calma e segurança.

No estudo E5, também observacional descritivo, os autores procuraram determinar os efeitos fisiológicos e psicológicos do ruído e da luz na pessoa internada em UCI, comprovando que o sono e as hormonas são perturbados pela exposição a estes fatores e que a aplicação de medidas como o uso de máscaras oculares e protetores auriculares melhoraram a qualidade subjetiva do sono.

No estudo E6, os autores realizaram um estudo randomizado controlado de modo a investigar o efeito do óleo essencial de lavanda na ansiedade e na qualidade do sono da pessoa internada em UCI. Estes verificaram que o óleo essencial de lavanda aumenta e promove a qualidade do sono, reduzindo o nível de ansiedade nesta população, e que é uma intervenção apropriada a aplicar em UCI.

O E7 é um estudo quasi-experimental prospetivo em que foram testadas *guidelines* de promoção do sono, visando a diminuição do ruído noturno com o fim de melhorar a qualidade do sono das pessoas internadas em UCI. Os autores demonstraram que a par da redução dos estímulos ambientais, também a diminuição do número de intervenções médicas e atividades relacionadas com os cuidados de enfermagem, promoveram o

aumento da qualidade do sono. O mesmo é documentado no estudo descritivo E8, onde os autores identificaram as intervenções realizadas pela equipa de saúde e a influência das mesmas na continuidade do sono das pessoas internadas em UCI. Conclui-se que as intervenções que afetam a qualidade do sono da população em estudo, deveriam ser programadas de modo a minimizar o número de despertares da pessoa em situação crítica. Neste estudo, os profissionais referiram que muitas vezes a programação dos horários era negligenciada em prol da rotina e não da preferência ou necessidade dos indivíduos, mencionando que tal se possa dever à pouca discussão da temática na prática clínica.

O estudo E9 é um estudo descritivo onde os autores procuraram determinar os fatores e intervenções de enfermagem que perturbam o sono da pessoa internada em UCI. Concluiu-se que a imobilização, dor, ruído, a ansiedade associada ao prognóstico clínico, as avaliações neurológicas, o curto período de tempo de visitas e a preocupação relativamente à condição laboral após o internamento são fatores perturbadores do sono. Desta forma os autores sugerem que seja abordado um plano multidisciplinar entre a equipa de saúde, de modo a que as intervenções sejam planeadas e os estímulos ambientais diminuídos.

O estudo E10 é um estudo quasi-experimental que avaliou a influência da aplicação de um protocolo *Quiet Time* (QT) em UCI. A pessoa em situação crítica e os profissionais de saúde demonstraram satisfação com a aplicação do protocolo, referindo que a consciencialização da equipa sobre os níveis de ruído na área do cuidado aumentou desde a sua implementação. Deste modo, o protocolo QT melhorou os níveis de ruído na UCI e consequentemente a qualidade do sono da pessoa internada.

Discussão

Os resultados da presente RIL confirmam o já evidenciado na literatura consultada, tal como Engwall et al. (2015), Li et al. (2011), Hamze et al. (2015), Richardson et al. (2007), Uğraş e Oztekin (2007), também Friese (2008) e Bihari et al. (2012), descrevem que a iluminação, ruído e avaliações/tratamentos noturnos são frequentes e dificultam a obtenção do sono de qualidade adequado nos clientes. Igualmente Elliot et al. (2013), Friese (2008), Aitken et al. (2017) e Beltrami et al. (2015) defendem que os fatores que causam interrupção do sono em UCI, não são totalmente compreendidos, mas sabe-se que são multifatoriais. Li et al. (2011) acrescentam que as intervenções médicas e de enfermagem durante o

período noturno, são também fatores constrangedores.

Dos artigos analisados, surgem como fatores que dizem respeito à dimensão física, a alteração de secreção de hormonas como a melatonina e cortisol e a presença de sonolência (Hu et al., 2010; Li et al., 2011), sendo que Riemer et al. (2015), acrescentam a libertação de corticosteroides e catecolaminas na corrente sanguínea, hipertensão e ativação do sistema simpático, restringindo os vasos sanguíneos.

Friese (2008) descreveu que a abordagem da promoção do sono deveria considerar intervenções comportamentais visando melhorar a qualidade do sono, como a massagem, técnicas de relaxamento, musicoterapia e *biofeedback*, colocando em prática protocolos de modo a obter resultados positivos.

Na presente revisão, além da musicoterapia referida por Hu et al. (2015), também se destaca a aromaterapia com utilização de óleo essencial de lavanda (Karadag et al., 2017) e a otimização da temperatura (Richardson et al., 2007).

Maidl et al. (2014), estudaram o protocolo QT, descrevendo-o como uma intervenção promotora do sono e com boa aplicabilidade para a PSC em UCI, corroborando o descrito por Chamanzari et al. (2016), que destacam a necessidade de implementar protocolos para controlar

os efeitos do meio ambiente, sobretudo a luz e o ruído, sobre a qualidade do sono dos doentes admitidos em UCI, constituindo assim um método não invasivo que deve ser adotado pelos enfermeiros.

Li et al. (2011), Hamze et al. (2015), Richardson et al. (2007), Uğraş e Oztekin (2007) e Engwall et al. (2015), defendem que uma das formas de promover a qualidade do sono, minimizando a sua interrupção será reduzir as intervenções durante o período noturno. Tal vem validar o já descrito por Paiva, Souza e Soares (2006) e Beltrami et al. (2015), que defendem que o sono, tendo em conta a vulnerabilidade da PSC, deve ser interrompido o mínimo de vezes possível, uma vez que é conhecido que existem situações nas quais é possível priorizar intervenções, respeitando o sono como um fator fundamental para a saúde, necessário e imprescindível para a recuperação e sobrevivência do indivíduo. Considerando que muitos dos fatores perturbadores da qualidade do sono, dizem respeito ao ambiente e outras dimensões onde podemos intervir, como a física, psicoespiritual e sociocultural, enunciadas por Kolcaba (2001), na teoria do conforto onde defende que este contempla as referidas quatro dimensões com o objetivo de alcançar três níveis de conforto: o alívio, a tranquilidade e a transcendência. Torna-se assim uma área onde a intervenção de enfermagem é

premente e fundamental, uma vez que a ausência de um sono de qualidade é considerada um foco sensível à enfermagem (Ordem dos Enfermeiros, 2007).

Apesar da existência de evidência científica de que os procedimentos e intervenções de enfermagem estão entre os fatores responsáveis pela interrupção do sono da PSC, este foco continua a ser descurado pela equipa de saúde, devendo ser considerado pelos enfermeiros no seu plano de cuidados, delineando intervenções autónomas direcionadas (Tembo, & Parker, 2009). A ausência de estudos acerca desta problemática em Portugal, revela a necessidade de investigação nesta área.

Conclusão

A presente RIL teve como objetivos procurar, sintetizar e analisar as intervenções de enfermagem na promoção do sono na PSC internada em UCI. Os resultados obtidos indicam que existe pouca consciencialização dos enfermeiros com a qualidade do sono das pessoas internadas em UCI, e que esta pode estar relacionada com a escassa discussão da temática na prática clínica. É de extrema importância que a qualidade do sono e a sua promoção seja um assunto abordado junto dos profissionais da equipa multidisciplinar, evidenciando

que o sono é um foco dos cuidados de enfermagem em UCI.

As intervenções identificadas são simples, económicas, não dependentes de farmacologia ou de outros profissionais de saúde. No entanto estes devem estar presentes no planeamento das intervenções, podendo ser desenvolvidos protocolos em benefício do bem-estar físico e mental desta população vulnerável. Estes protocolos devem contemplar o controlo dos fatores ambientais como o ruído e luminosidade, melhoria do conforto, alívio da dor, técnicas de relaxamento e planeamento das intervenções, minimizando interrupções dispensáveis do sono.

Após a análise artigos constituintes desta revisão, é evidente que a interrupção do sono permanece um problema substancial na PSC internada em UCI, pelo que é necessário aprofundar a compreensão da promoção do sono nesta população, testando e aplicando intervenções que contribuam para o seu bem-estar e recuperação.

Uma das limitações identificadas é a heterogeneidade da qualidade dos estudos obtidos, sendo que muitos dos artigos selecionados são estudos do tipo qualitativo, tornando-se complexa a avaliação da sua qualidade. Outra limitação deve-se ao facto de não terem sido encontrados estudos realizados em Portugal, o que pode condicionar a

generalização das intervenções a implementar.

Referências bibliográficas

- Aitken, L., Elliot, R., Mitchell, M., Davis, C., Macfarlane, B., Ullman, A., ... McKinley, S. (2017). Sleep assessment by patients and nurses in the intensive care: An exploratory descriptive study. *Australian Critical Care*, 30(2), 59-66. DOI: 10.1016/j.aucc.2016.04.001
- Beltrami, F., Nguyen, X., Pichereau, C., Maury, E., Fleury, B., & Fagondes, S. (2015). Sono na unidade de terapia intensiva. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, 6(41), 539-546. DOI: 10.1590/S1806-37562015000000056
- Benner, P., Kyriakidis, P., & Stannard, D. (2011). *Clinical wisdom and interventions in acute and critical care – A Thinking-in-action Approach* (2.^a ed.). New York: Springer Publishing Company.
- Bihari, S., McEvoy, R., Matheson, E., Kim, S., Woodman, R., & Bersten, A. (2012). Factors Affecting Sleep Quality of Patients in Intensive Care Unit. *Journal of Clinical Sleep Medicine*, 8(3), 301-307. DOI: 10.5664/jcsm.1920
- Borji, M., Otaghi, M., Salimi, E., & Sanei, P. (2017). Investigating the effect of performing the quiet time protocol on the sleep quality of cardiac patients. *Biomedical Research*, 16(28), 7076-7080. Recuperado de <http://www.alliedacademies.org/articles/investigating-the-effect-of-performing-the-quiet-time-protocol-on-the-sleep-quality-of-cardiac-patients-8217.html>
- Buxton, O., Cain, S., O'Connor, S., Porter, J., Duffy, J., Wang, W., ... Shea, S. (2012). Adverse metabolic consequences in humans of prolonged sleep restriction combined with circadian disruption. *Sci Transl Med*, 4(129), 129-43. DOI: 10.1126/scitranslmed.3003200
- Carskadon, M., & Dement, W. (2011). Monitoring and staging human sleep. In M. H. Kryger, T. Roth, & W. C. Dement (Eds.), *Principles and practice of sleep medicine, 5th edition*, (pp 16-26). St. Louis: Elsevier Saunders.
- Chamanzari, H., Hesari-Moghadam, M., Malekzadeh, J., Shakeri, M. T., Hojjat, S. K., Maryam, H., & Toktam, K. (2016). Effects of a quiet time protocol on the sleep quality of patients admitted in the intensive care unit. *Med Surg Nurs J*, 5(1), e68074.
- Dave, K., Qureshi, A., & Gopichandran, L. (2015). Effects of Earplugs and Eye Masks on Perceived Quality of Sleep during Night among Patients in Intensive Care Units. *Asian Journal of Nursing Education & Research*, 5(3), 319-322. DOI: 10.5958/2349-2996.2015.00065.8

- Elliot, R., McKinley, S., Cistulli, P., & Fien, M. (2013). Characterisation of sleep in intensive care using 24-hour polysomnography: an observational study. *Critical Care*, 2(17), 1-10. **DOI:** 10.1186/cc12565.
- Engwall, M., Fridh, I., Johansson, L., Bergbom, I., & Lindahl, B. (2015). Lighting, sleep and circadian rhythm: An intervention study in the intensive care unit. *Intensive & Critical Care Nursing*, 31(6), 325-335. **DOI:** 10.1016/j.iccn.2015.07.001
- Friese, R. (2008). Good night, sleep tight: the time is ripe for critical care providers to wake up and focus on sleep. *Critical Care*, 14(12). **DOI:** 10.1186/cc6884
- Hamze, F., Souza, C., & Chianca, T. (2015). The influence of care interventions on the continuity of sleep of intensive care unit patients. *Revista Latino-Americana De Enfermagem*, 23(5), 789-796. **DOI:** 10.1590 /0104-1169.0514.2616
- Hu, R., Jiang, X., Hegadoren, K. M., & Zhang, Y. (2015). Effects of earplugs and eye masks combined with relaxing music on sleep, melatonin and cortisol levels in ICU patients: a randomized controlled trial. *Critical Care*, 19(115). **DOI:** 10.1186/s13054-015-0855-3
- Kamdar, B., Needham, D., & Collop, N. (2012). Sleep deprivation in critical illness: its role in physical and psychological recovery. *J Intensive Care Med*, 27(2), 97-111. **DOI:** 10.1177/0885066610394322.
- Karadag, E., Samancioglu, S., Ozden, D., & Bakir, E. (2017). Effects of aromatherapy on sleep quality and anxiety of patients. *Nursing In Critical Care*, 22(2), 105-112. **DOI:** 10.1111/nicc.12198
- Kolcaba, K. (2001). Evolution of the mid range theory of comfort for outcomes research. *Nursing Outlook*, 49(2), 86-92. **DOI:** 10.1067/mno.2001.110268
- Li, S., Wang, T., Vivienne Wu, S. F., Liang, S., & Tung, H. (2011). Efficacy of controlling night-time noise and activities to improve patients' sleep quality in a surgical intensive care unit. *Journal Of Clinical Nursing*, 20(3-4), 396-407. **DOI:** 10.1111/j.1365-2702.2010.03507.x
- Maidl, C. A., Leske, J. S., & Garcia, A. E. (2014). The influence of "quiet time" for patients in critical care. *Clinical Nursing Research*, 23(5), 544-559. **DOI:** 10.1177 /1054773813493000
- Ordem dos Enfermeiros. (2007). *Sistema de Informação de Enfermagem (SIE) - Resumo Mínimo de Dados e Core de Indicadores de Enfermagem para o Repositório Central de Dados da Saúde*. Recuperado de <https://www.esenfcvpoa.eu/wp-content/uploads/2012/03/RMDE.pdf>
- Paiva, M., Souza, C. & Soares, E. (2006). Fatores que interferem na preservação do sono e repouso de criança em terapia intensiva. *Escola Anna Nery Revista de*

Enfermagem, 1(10), 29-35. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/ean/v10n1/v10n1a04.pdf>

Richardson, A., Allsop, M., Coghill, E., & Turnock, C. (2007). Earplugs and eye masks: do they improve critical care patients' sleep? *Nursing In Critical Care*, 12(6), 278-286. **DOI:** 10.1111/j.1478-5153.2007.00243.x

Riemer, H., Mates, J., Ryan, L. J., & Schleder, B. (2015). Decreased stress levels in nurses: a benefit of quiet time. *American Journal of Critical Care*, 24(5). **DOI:** 10.4037/ajcc2015706

Silveira, D., Bock, L., & Silva, E. (2012). Quality of Sleep in intensive care units: a literature review. *Journal of Nursing*, 4(6), 898-905. **DOI:** 10.5205/01012007

Tembo, A., & Parker, V. (2009). Factors that impact on sleep in intensive care patients. *Intensive and Critical Care Nursing*, 25(6), 314-322. **DOI:** 10.1016/j.iccn.2009.07.002

The Joanna Briggs Institute. (2016). Critical Appraisal tools for use in JBI Systematic Reviews: Joanna Briggs Institute Checklist for Systematic Reviews and Research Syntheses. Recuperado de <http://joanna-briggs.org/research/critical-appraisal-tools.html>

The Joanna Briggs Institute. (2013). Levels of Evidence and Grades of Recommendation Working Party. Supporting Document for the Joanna

Briggs Institute Levels of Evidence and Grades of Recommendation. Recuperado de <http://joannabriggs.org/assets/docs/approach/Levels-of-Evidence-SupportingDocuments.pdf>

The Joanna Briggs Institute. (2014). Reviewer's Manual. Disponível em: <https://joannabriggs.org/assets/docs/sumari/ReviewersManual-2014.pdf>

Uğraş, G. A., & Oztekin, S. D. (2007). Patient perception of environmental and nursing factors contributing to sleep disturbances in a neurosurgical intensive care unit. *The Tohoku Journal of Experimental Medicine*, 212(3), 299-308. **DOI:** 10.1620/tjem.212.299

Intervenções do enfermeiro especialista à criança e família em situação de emergência: Revisão *scoping*

Interventions of the specialist nurse to the child and family in an emergency situation: Scoping Review

Sara Raquel Carvalho Marques¹, Jorge Eurico Gonçalves Sousa Ferreira²

¹Hospital CUF Descobertas, ²Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

Resumo:

Introdução: De forma a facilitar a vivência de uma experiência normalmente difícil, que é a hospitalização de uma criança, principalmente numa situação de emergência, é imperativo o envolvimento da família e o desenvolvimento de intervenções de enfermagem que integrem e satisfaçam as necessidades de ambos. O desenvolvimento de conhecimentos e competências dos enfermeiros no que diz respeito aos cuidados em situação de emergência à criança e família é primordial.

Objetivo: Identificar e mapear as intervenções de enfermagem dirigidas à criança e família em situação de emergência em contexto hospitalar.

Metodologia: Revisão *scoping* realizada através da pesquisa de documentos publicados nas bases de dados MEDLINE e CINAHL e de literatura cinzenta, no período de 2012 a 2017.

Resultados: Foram identificados 112 artigos nas bases de dados CINAHL e MEDLINE, dos quais se selecionaram 2 documentos para análise. Incluíram-se ainda 2 artigos obtidos através de pesquisa de literatura cinzenta, que cumpriam os critérios de seleção, totalizando-se 4 artigos.

Conclusão: Cuidar da criança e sua família em situação de emergência é um desafio ímpar. É fundamental garantir a presença da família em situação de reanimação para diminuir a vulnerabilidade, tanto da criança como da família. Os enfermeiros devem realizar uma abordagem sistemática e estruturada durante a reanimação uma vez que permite melhorar o prognóstico da criança. Neste sentido a formação e o treino são de extrema importância, bem como o desenvolvimento de guidelines de atuação em enfermagem.

Palavras-chave: criança; família; intervenções de enfermagem; emergência

Abstract

Background: In order to facilitate the experience of a normally difficult experience which is the hospitalization of a child, especially in an emergency situation, family involvement and the development of nursing interventions that integrate and meet their needs are imperative. The development of nurses' knowledge and skills regarding emergency care for children and their families is paramount.

Objective: To identify and map nursing interventions to children and families in emergency situations in a hospital context.

Methodology: Scoping review carried out through the research of documents published in the MEDLINE and CINAHL databases and gray literature, from 2012 to 2017.

Results: 112 articles were identified in the CINAHL and MEDLINE databases, of which 2 documents were selected for analysis. Also included were 2 articles obtained through the gray literature search and that met the selection criteria, resulting in a total of 4 articles analyzed.

Conclusion: Taking care of children and their families in an emergency situation is a unique challenge. It is essential to ensure the presence of the family in a situation of resuscitation to reduce the vulnerability of both child, and family. Nurses must carry out a systematic and structured approach during resuscitation which leads to improvement of the child's prognosis, with education and training being extremely important, as well as the development of nursing intervention guidelines.

Keywords: child; family; nursing interventions; emergency

Introdução

De acordo com a Convenção sobre os Direitos da Criança, validada pelo Estado Português em 1990, as crianças são entendidas como “todo o ser humano com menos de 18 anos” e constituem um grupo prioritário que justifica a maior dedicação e disponibilidade por parte dos profissionais de saúde (Direção-Geral da Saúde, 2013, p. 8). Segundo o Código Deontológico dos Enfermeiros, as crianças são consideradas um dos grupos mais suscetível e vulnerável (Ordem dos Enfermeiros, Artigo 81º, 2005).

Numa situação de urgência a criança é exposta a um ambiente hostil e a experiências de cuidados que podem causar medo e dor (Hockenberry, & Wilson, 2014). Não existe nenhuma definição universal do que constitui uma situação de emergência em pediatria. No entanto, a abordagem para identificar, avaliar e tratar uma situação de emergência pediátrica deve ser sistemática. Para alcançar bons resultados, a equipa multidisciplinar deve ter o conhecimento necessário para reconhecer e tratar adequadamente todos os cenários de emergências pediátricas (Tkaczky, 2018).

A abordagem à criança em situação crítica representa um desafio ímpar para os enfermeiros e todos os profissionais de saúde. A singularidade da avaliação e do tratamento da criança é baseada nas

diferenças a nível fisiológico, anatómico e de desenvolvimento entre a criança e o adulto. As crianças não são “pequenos adultos”, são psicológica, física, emocional e cognitivamente imaturas e isso vai afetar a capacidade de compreensão e resposta a situações críticas (Hazinski, 2013). É no conhecimento e no reconhecimento destas diferenças que devem assentar as intervenções de enfermagem especializadas. “(...) saber reconhecer rapidamente uma criança doente é uma competência que se adquire com o tempo e a prática” (Mecham, 2010, p. 682).

O rápido reconhecimento de situações críticas e de intervenção urgente/emergente na criança, o apoio providenciado, bem como uma abordagem sistematizada, permite aos enfermeiros salvar vidas.

Falar em cuidados de enfermagem pediátricos implica impreterivelmente falar em família. “Os enfermeiros têm o compromisso, bem como a obrigação ética e moral, de incluir as famílias nos cuidados de saúde” (Wright, & Leahey, 2005, p. 1).

Reconhecendo a criança como o membro essencial da unidade familiar e a importância dos cuidados numa perspectiva holística, é fundamental englobar a família em todo o processo de cuidar (Hockenberry, & Wilson, 2014).

A família, de acordo com a Classificação Internacional para a Prática de

Enfermagem, corresponde a um grupo com características específicas, consistindo numa “unidade social ou modo coletivo composto por pessoas ligadas através de consanguinidade; afinidade; relações emocionais ou legais; sendo a unidade ou o todo considerado como um sistema que é maior do que a soma das partes” (International Council of Nurses, 2016, p. 143).

O medo e a incerteza quanto ao prognóstico da criança e o não domínio da situação, aumentam o *stress* tanto para os pais como para a criança (Mecham, 2010).

As situações de saúde fatais para a criança ocorrem habitualmente nas primeiras 24 horas após a admissão hospitalar. Porém, o desfecho pode ser diferente se as crianças em situação crítica forem identificadas, o tratamento adequado for iniciado de imediato e a sua situação de saúde rapidamente reestabelecida (World Health Organization [WHO], 2016).

A Ordem dos Médicos e a Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (2008, p. 9) definem situação crítica como qualquer situação em que o doente “por disfunção ou falência profunda de um ou mais órgãos ou sistemas, tenha a sua sobrevivência dependente de meios avançados de monitorização e terapêutica”.

No *Updated Guideline Paediatric Emergency Triage, Assessment and Treatment* da WHO (2016), são propostos alguns diagnósticos para identificar as crianças com perigo iminente de vida. As situações de emergência incluem a obstrução da via aérea (total ou parcial), a dificuldade respiratória grave, a cianose central, os sinais de choque (extremidades frias com tempo de preenchimento capilar superior a três segundos e pulso fraco e rápido), o coma (ou nível de consciência gravemente reduzido), as convulsões e os sinais de desidratação severa (letargia ou inconsciência, olhos encovados, tempo de preenchimento capilar lento). As crianças que apresentam estes sinais emergentes são um grupo heterógeno, com uma ampla gama de condições clínicas e processos fisiopatológicos subjacentes. No entanto, as apresentações mais comuns são a dificuldade respiratória e hipoxemia, os distúrbios graves ou choque e as convulsões com alteração do estado de consciência (WHO, 2016).

A dificuldade dos enfermeiros em intervir de forma organizada, rápida e eficaz perante uma criança em situação crítica, está relacionada com a baixa casuística

de crianças gravemente doentes na urgência pediátrica, a existência de equipas jovens, com enfermeiros recém-licenciados e/ou transferidos de outros serviços, a ausência de treino/simulação na fase da integração ao serviço, a inexistência de protocolos de atuação relativamente às funções de cada elemento e a falta de consenso sobre a presença da família na sala de reanimação (Slota, 2013).

Desta forma, compete aos enfermeiros e às instituições hospitalares a formação e o treino das competências dos seus profissionais, para que estes adquiram conhecimentos e capacidades baseados na evidência de forma minimizar o impacto das situações de urgência/emergência em pediatria (Royal College of Paediatrics and Child Health, 2012).

Perante esta problemática procedeu-se à realização da presente revisão, que tem como objetivo identificar e mapear as intervenções especializadas de enfermagem dirigidas à criança e família em situação de emergência em contexto hospitalar.

Metodologia

A realização desta revisão *scoping* teve em conta as orientações do *Joanna Briggs Institute for Evidence Based Practice* (Joanna Briggs Institute [JBI], 2014) e a questão de investigação que orientou a pesquisa, foi elaborada no formato PCC:

Quais são as intervenções especializadas de enfermagem (C) à criança e família em situação de emergência (P) em contexto hospitalar (C)?

P – Criança em situação de emergência e família

C – Intervenções do enfermeiro especialista

C – Urgência pediátrica em contexto hospitalar

Os critérios de inclusão foram definidos de acordo com o tipo de estudo, participantes, intervenções, idioma dos documentos, resultados que se pretendem obter e data de publicação, descritos e justificados no tabela 1 (JBI, 2014).

Tabela 1 - Critérios de inclusão

	Critérios de Inclusão	Justificação
Participantes	Criança: pessoa de qualquer género com idade compreendida entre os 0 e os 18 anos. Família: sociedade natural formada por indivíduos unidos por laços de sangue ou de afinidade.	O tema está limitado a idade pediátrica pelos objetivos do estudo.
Conceito	Estudos que contemplem as intervenções de enfermagem à criança e família em situação de emergência.	Pretende-se identificar as intervenções de enfermagem dirigidas à criança em situação de emergência e família.
Contexto	Estudos desenvolvidos em contexto hospitalar.	O contexto extra-hospitalar tem características particulares que o distinguem do contexto intra-hospitalar.
Ano de publicação	Todos os documentos publicados entre 2012 e 2017.	
Idioma	Artigos em inglês e português disponíveis em texto integral (na indisponibilidade solicita-se diretamente ao autor).	A solicitação de texto integral prende-se com a necessidade de analisar os resultados e a sua discussão.

A pesquisa teve como finalidade aceder a trabalhos publicados nas bases de dados MEDLINE e CINAHL, bem como a pesquisa de trabalhos não indexados/publicados, disponíveis em bibliotecas e literatura cinzenta. Relativamente à pesquisa nas bases de

dados, foram introduzidos os termos de pesquisa em linguagem natural, tendo por base palavras-chave de artigos relacionados com a temática em estudo, e identificados os respetivos termos indexados em cada base de dados a considerar (Tabela 2).

Tabela 2 – Termos de pesquisa

	Linguagem Natural	Linguagem Indexada	
		CINAHL	MEDLINE
População	Child	Child	Child
Criança em situação de emergência	Critically ill child	Critically ill Patients	Critical Illness
Família	Family	Family	Family
Conceito		Nursing interventions	Nursing interventions
Intervenções do enfermeiro especialista	Nursing critical care	Critical care nursing	Nursing care

<p>Contexto Urgência pediátrica hospitalar</p>	<p>Pediatric critical Care</p>	<p>Pediatric critical care nursing Pediatric care Emergency nurse practitioners</p>	<p>Pediatric nursing</p>
---	------------------------------------	---	--------------------------

A estratégia de pesquisa foi a seguinte: (P) [Child OR Critically ill* OR Family] AND (C) [nursing interventions OR Critical Care Nursing] AND (C) [Pediatric Critical Care Nursing OR Pediatric Care OR Emergency Nurse Practitioners]. A pesquisa foi realizada em cada base de dados separadamente e foram obtidos 112 resultados. Quanto aos artigos não indexados (literatura cinzenta), foram utilizados os mesmos critérios de pesquisa, resultando 2 artigos.

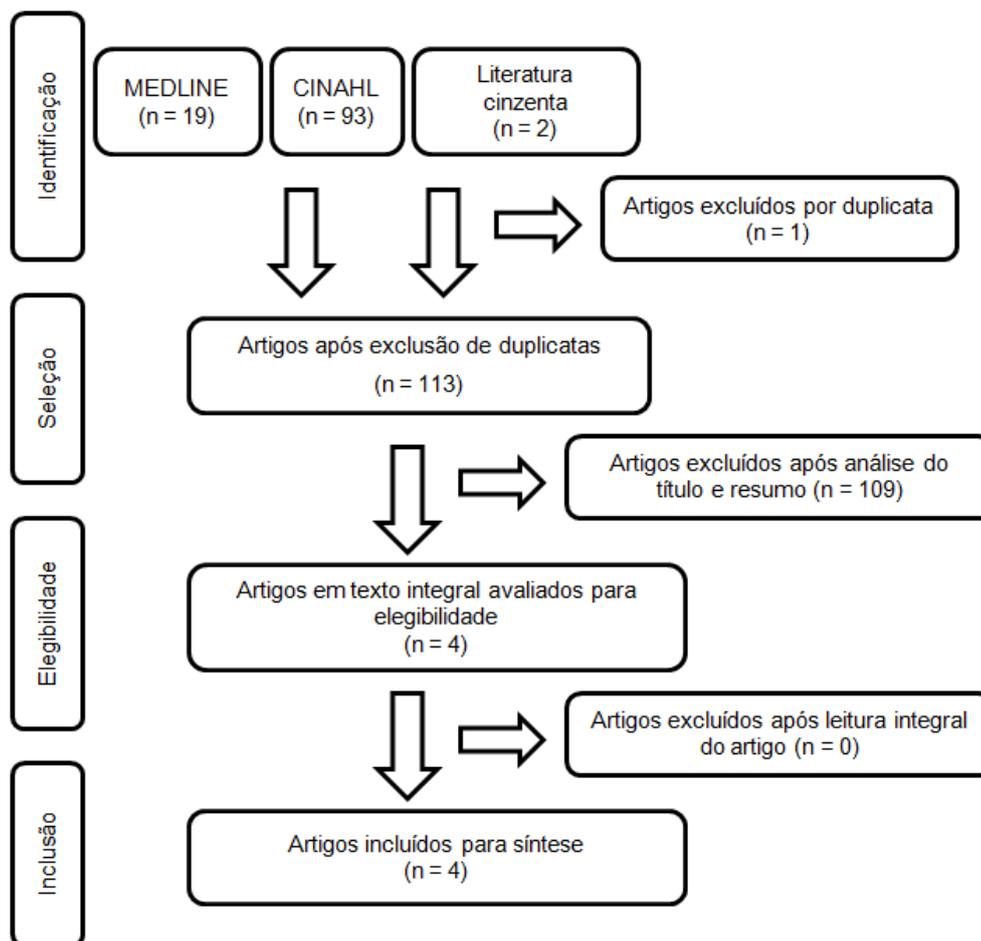
Para realizar a análise e interpretação dos resultados, realizou-se a leitura de todos os títulos e resumos, com o objetivo de excluir os que não dão resposta à pergunta de investigação. Posteriormente, efetuou-se um segundo processo de seleção dos documentos através da leitura integral dos mesmos, obtendo 2 artigos nas bases de dados e 2 artigos

com origem na literatura cinzenta para extração e análise, perfazendo um total de 4 artigos a incluir na revisão.

Para a apresentação dos resultados da revisão foi elaborado um diagrama segundo a PRISMA – *Transparent Reporting of Systematic Reviews and Meta-analysis* (Figura 1) que ilustra as etapas do processo.

Todo este processo foi realizado por dois revisores, de forma independente, e o resultado final foi obtido após reunião de consenso. A extração e síntese da informação dos documentos finais foi suportada por um formulário de apoio (Quadro 1), com o objetivo de sintetizar a informação, identificando o título, autor, ano, características metodológicas, objetivos, resultados e conclusões, limitações e recomendações futuras de cada artigo.

Figura 1 - Diagrama da pesquisa



Resultados e discussão

Os artigos analisados foram publicados entre 2012 e 2016. Relativamente ao tipo de estudos, dois são do tipo descritivo, dos quais um é transversal e um correlacional, e os outros dois correspondem a revisões sistemáticas da literatura.

Dos estudos descritivos, o número de participantes variou entre 137 e 150 enfermeiros e o método de colheita de dados foi realizado através da aplicação

de questionários e entrevistas semiestruturadas. Os estudos foram desenvolvidos nos Estados Unidos da América e Austrália. Nos artigos de revisão da literatura, a amostra variou entre 6 a 8 artigos.

Os resultados obtidos demonstram que a maioria dos artigos enfatiza os cuidados centrados na família, sendo reconhecidos universalmente como *standard* de cuidado para obtenção de ganhos em saúde, segurança, satisfação da criança e família, satisfação da equipa de cuidados

e melhores resultados para a criança (Jones, Parker-Raley, Maxson, & Brown, 2011). Os cuidados centrados na família são uma área primordial nos cuidados críticos pediátricos, contudo continuam a necessitar de desenvolvimento e atenção (McAlvin, & Carew-Llyons, 2014; Ullman, Long, Horn, Woosley, & Coulthard, 2013).

Os enfermeiros consideram a formação primordial para poderem oferecer às famílias a opção de estarem presentes durante os procedimentos de reanimação (Pasek, & Licata, 2016).

A presença da família é normalmente aceite quando a condição clínica da criança é estável (McAlvin, & Carew-Llyons, 2014). Todavia, esta presença durante os procedimentos de reanimação é um tema importante da prática de enfermagem e que gera controvérsia entre enfermeiros (Jones et al., 2011; McAlvin, & Carew-Llyons, 2014; Pasek, & Licata, 2016). A *American Heart Association* (2012) recomenda que seja oferecida aos familiares a opção de estar presente durante a reanimação da criança. Se por um lado, a presença dos pais durante a reanimação facilita a sua compreensão de que tudo o que era possível fazer pelos seus filhos, foi feito (McAlvin, & Carew-Llyons, 2014; Pasek, & Licata, 2016). Por outro lado, os enfermeiros discordam da presença da família por três motivos: pela preocupação que as famílias interrompam os

procedimentos, pelo *stress* emocional que acarreta e pela falta de conhecimento dos familiares sobre os cuidados de reanimação e procedimentos invasivos (Jones et al., 2011). Acrescentam-se ainda preocupações a nível legal, aumento do *stress* para os profissionais e reanimações prolongadas (Jones et al., 2011).

A vulnerabilidade da família durante a reanimação é uma das principais preocupações dos enfermeiros, pelas consequências a nível psicológico. São referidas preocupações relacionadas com os comentários e as conversas que acontecem durante os procedimentos de reanimação. Alguns peritos receiam que a presença dos familiares possa pôr em causa a performance dos enfermeiros durante os procedimentos invasivos e de reanimação, aumentando o *stress*, promovendo a distração e prejudicando os cuidados (McAlvin, & Carew-Llyons, 2014).

Os enfermeiros apontam como principais benefícios da presença da família durante a reanimação e eventos críticos: fornecer informações, esclarecer dúvidas no momento, providenciar suporte emocional, funcionar como elo com a restante família, os familiares sentem maior envolvimento nos cuidados, maior confiança e compreensão sobre os cuidados prestados, reduzindo problemas judiciais. Nos vários estudos, os familiares expressam vontade de estar presentes

durante procedimentos invasivos e/ou reanimação dos seus filhos e os que estiveram presentes referem que a ajuda foi fundamental para crianças, pais e equipa de saúde (Jones et al., 2011; McAlvin, & Carew-Llyons, 2014). Os familiares que não estiveram presentes sentem que falharam no seu papel de proteção das crianças (McAlvin, & Carew-Llyons, 2014).

É referida na literatura a recomendação da elaboração de protocolos e *guidelines* pré-existentes com a instituição da presença da família durante os procedimentos invasivos e durante a reanimação (McAlvin, & Carew-Llyons, 2014). A formação da equipa ajuda a aumentar a compreensão dos profissionais para os benefícios da presença da família (McAlvin, & Carew-Llyons, 2014).

Os eventos adversos e os erros terapêuticos são comuns em cuidados críticos, e ocorrem devido a elevada complexidade e natureza multidisciplinar (Ullman et al., 2013). Os doentes críticos estão particularmente vulneráveis a lesões iatrogénicas devido a severidade e instabilidade do seu estado clínico e às intervenções terapêuticas de alto risco. Desta forma, é importante a elaboração de listas de verificação para minimizar o erro e melhorar a prática dos enfermeiros (Ullman et al., 2013).

Como a prevenção de eventos adversos é tão essencial como o tratamento dos

problemas atuais, foi desenvolvida uma lista de verificação com uma mnemónica de 8 elementos designada por *KIDS SAFE* e que integra: necessidades de desenvolvimento infantil, infeção, profilaxia da trombose profunda, integridade da pele, sedação, analgesia, família e necessidades entéricas (Ullman et al., 2013).

Quadro 1 – Extração e síntese de dados

Autor (es) / Ano / Título	Pasek, T., & Licata, J. (2016). “ <i>Parent Advocacy Group for Events of Resuscitation</i> ”
Características Metodológicas	Estudo descritivo observacional transversal. A colheita de dados foi realizada durante 12 meses utilizando a ferramenta de auditoria da <i>American Association of Critical-Care Nurses</i> designada por “ <i>Family Presence During Resuscitation and Invasive Procedures</i> ” Amostra – 150 enfermeiros dos cuidados intensivos pediátricos
Objetivos do Estudo	Avaliar se as famílias recebem a opção de estar presentes durante a reanimação cardiopulmonar dos seus filhos.
Resultados e Conclusões	Os enfermeiros da unidade de cuidados intensivos pediátricos apoiam que seja dada à família a opção da sua presença durante a reanimação. O <i>Parent Advocacy Group For Events of Resuscitation</i> melhorou os cuidados a família das crianças que passaram por uma reanimação e deve ser implementado nas unidades de cuidados intensivos pediátricos.
Limitações / Recomendações	A escala tem ainda áreas de melhoria no que diz respeito aos cuidados à família.

Autor (es) / Ano / Título	Ullman, A., Long, D., Horn, D., Woosley, J., & Coulthard, M. (2013) “ <i>The Kids Safe checklist for Pediatric Intensive Care Units</i> ”
Características Metodológicas	Revisão sistemática da literatura. A colheita de dados foi realizada na base de dados MEDLINE via PubMed. Amostra – 8 artigos
Objetivos do Estudo	Desenvolver uma <i>checklist</i> baseada na evidência como uma ferramenta para reduzir eventos adversos evitáveis e melhorar o atendimento clínico nas unidades de cuidados intensivos pediátricos.
Resultados e Conclusões	Foi desenvolvida uma lista de verificação com uma mnemónica de 8 elementos (<i>KIDS SAFE</i>): necessidades de desenvolvimento infantil, infeção, profilaxia da trombose profunda, integridade da pele, sedação, analgesia, família e necessidades entéricas. A prevenção de eventos adversos é tão essencial como o tratamento dos problemas atuais.
Limitações / Recomendações	O uso da <i>checklist KIDS SAFE</i> tem o potencial de reduzir erros nas unidades de cuidados intensivos pediátricos.

Autor (es) / Ano / Título	McAlvin, S. & Carew-Lyons, A. (2014) “ <i>Family Presence During Resuscitation And Invasive Procedures in Pediatric Critical Care: A Systematic Review</i> ”
Características Metodológicas	Revisão Sistemática da Literatura. A colheita de dados foi realizada através das Bases de dados CINAHL, MEDLINE, Ovid e PubMed de artigos entre 1995-2012. Amostra – 6 artigos
Objetivos do Estudo	Identificar a evidência sobre a presença da família durante procedimentos invasivos e de reanimação da criança em situação crítica.
Resultados e Conclusões	Os resultados indicam que os pais querem estar presentes durante os procedimentos invasivos e de reanimação. Recomendam estar presente e não teriam mudado nada sobre a experiência de presença. Os pais que estiveram presentes receberam melhor tratamento e demonstraram maior resiliência perante a morte da criança. Por outro lado, os familiares que não estavam presentes, relataram mais angústia.

	Este estudo apoia a sugestão de que a presença da família durante a reanimação e os procedimentos invasivos aumenta a satisfação e o <i>coping</i> dos pais.
Limitações / Recomendações	A generalização dos achados é limitada pelo tamanho da amostra. São necessárias pesquisas adicionais para determinar os benefícios da presença familiar e prevenir barreiras à verdadeira implementação.

Autor (es) / Ano / Título	Jones, B., Parker-Raley, J., Maxson, T., & Brown, C. (2011) “ <i>Understanding Heath Care Professionals’ Views of Family Presence During Pediatric Resuscitation</i> ”
Características Metodológicas	Estudo descritivo correlacional. A colheita de dados foi realizada em duas fases. Numa primeira fase através de um questionário com 23 perguntas sobre a sua perspetiva da presença da família. Na segunda fase, foram entrevistados 12 profissionais de saúde sobre os efeitos da presença da família.
Objetivos do Estudo	Examinar as percepções dos profissionais de saúde sobre a presença da família durante a ressuscitação pediátrica.
Resultados e Conclusões	Todos os entrevistados indicaram que as questões legais e os riscos inerentes eram fatores importantes durante a presença da família. No entanto, os entrevistados a favor da presença da família acreditam que as preocupações e os riscos legais eram minimizados quando as famílias estavam presentes, enquanto os entrevistados que se opunham defendem o contrário. Todos os entrevistados acreditavam que as famílias e os profissionais são afetados pela presença familiar. Especificamente, os entrevistados a favor da presença da família acreditavam que famílias e membros da equipa são positivamente afetado, contrariamente aos restantes inquiridos.
Limitações / Recomendações	Estes resultados fornecem uma maior compreensão da perspectiva dos profissionais de saúde e de como estes pontos de vista influenciam a visão da prestação de cuidados centrados na família.

Conclusão

A presente revisão teve como objetivo identificar e mapear as intervenções de enfermagem dirigidas à criança e família em situação de emergência em contexto hospitalar. O desenvolvimento de conhecimento e de competência em enfermagem no que diz respeito aos cuidados em situação de emergência à criança e família em situação crítica é primordial, dado que é importante garantir a presença da família em situação de

reanimação para diminuir a vulnerabilidade, tanto da criança, como da família.

A maioria dos resultados obtidos nesta revisão fazem referência à presença da família em situação crítica e durante a realização de procedimentos invasivos. É importante compreender a percepção dos enfermeiros sobre o impacto presença da família durante a reanimação das crianças e conjugar programas de formação e o desenvolvimento de normas e protocolos de atuação.

Constatou-se a não existência de estudos publicados sobre esta temática em Portugal, pelo que se sugere o desenvolvimento de estudos que investiguem esta problemática.

Referências bibliográficas

American Heart Association. (2012). *Suporte Avançado de Vida em Pediatria Manual do Profissional*. Brasil: Bandeirantes Soluções Gráficas LTDA.

Direção-Geral da Saúde. (2013). Norma Nº 010/2013. Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil. Recuperado de <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/programa-tipo-de-atuacao-em-saude-infantil-e-juvenil-png.aspx>

Hazinski, M. (2013). *Nursing Care of Critically Ill Child*. (3º Ed). Missouri: Elsevier.

Hockenberry, M., & Wilson, D. (2014). *Enfermagem da Criança e do Adolescente*. (9ª ed.). Lusociência: Loures.

International Council of Nurses. (2016). *CIFE: versão 2015. Classificação Internacional para a prática de enfermagem. Edição Portuguesa*. Geneva: International Council Nurses.

Joanna Briggs Institute. (2014). *The Joanna Briggs Institute Reviewers Manual - 2014 edition*. Australia: Joanna Briggs

Institute. Recuperado de <https://joanna-briggs.org/assets/docs/sumari/ReviewersManual-2014.pdf>

Joanna Briggs Institute. (2016). *Critical Appraisal tools for use in JBI Systematic Reviews: Joanna Briggs Institute Checklist for Systematic Reviews and Research Syntheses*. Recuperado de <http://joannabriggs.org/research/critical-appraisaltools.html>

Jones, B., Parkey-Raley, J., Maxson, T., & Brown, C. (2011). Understanding Health Care Professionals' Views of Family Presence During Pediatric Resuscitation. *American Journal of Critical Care*, 20, 199-208. DOI: 10.4037/ajcc2011181

McAlvin, S., & Carew-Lyons, A. (2014). Family Presence During Resuscitation And Invasive Procedures in Pediatric Critical Care: A Systematic Review. *American Journal of Critical Care*, 23(6), 477-484. DOI: 10.4037/ajcc2014922.

Mecham, N. (2010) Urgências Pediátricas. In Howard, P., & Steinmann, R. *Enfermagem de Urgência da Teoria à Prática*. (pp. 682-706). Loures: Lusociência.

Ordem dos Enfermeiros. (2005). *Código Deontológico do Enfermeiro: Anotações e Comentários*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Recuperado de https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8889/codigodeontologicoenfermeiro_edicao2005.pdf

Ordem dos Médicos, & Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos. (2008). *Transporte de Doentes Críticos: Recomendações 2008*. Centro Editor Livreiro da Ordem dos Médicos.

Pasek, T., & Licata, J. (2016). Parent Advocacy Group for Events of Resuscitation. *Critical Care Nurse*, 36(3), 58-64. DOI: 10.4037/ccn2016759

Royal College of Paediatrics and Child Health. (2012). *Standards for Children and Young People in Emergency Care Settings*. Recuperado de https://www.rcpch.ac.uk/sites/default/files/Standards_for_children_and_young_people_in_emergency_care_settings_2012.pdf

Slota, M. (2013). Psychosocial Aspects of Pediatric Critical Care. In Hazinski, M. F. *Nursing Care of The Critically Ill Child*. (pp. 19-49). Missouri: Elsevier.

Tkaczyk, R. (2018). Pediatric Emergencies. In Alfes, C., Hickman, R., & Fitzpatrick, J. *Handbook of Clinical Nursing: Pediatric and neonatal nursing*. New York: Springer Publishing Company, LLC.

Ullman, A., Long, D., Horn, D., Woosley, J., & Coulthard, M. (2013) The Kids Safe checklist for Pediatric Intensive Care Units. *American Journal of Critical Care*, 22 (1) 61-69. DOI: 10.4037/ajcc2013560

World Health Organization. (2016). *Updated Guideline Paediatric emergency triage, assessment and treatment. Care of*

critically ill children. Recuperado de https://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/paediatric-emergency-triageupdate/en/

Wright, L., & Leahey, M. (2005). *Enfermeiras e famílias: Um Guia para Avaliação e Intervenção na Família*. (4ª Ed). São Paulo: Roca.