

Projetar Enfermagem

2

Destaque

Artigos de opinião

Brendan McCormack | Carol A. Miller

Artigos de investigação

Espiritualidade e bem-estar subjetivo dos familiares cuidadores de idosos com dependência física: Variáveis relacionais

Artigos de melhoria contínua da qualidade

Prevenção de quedas em clientes hospitalizados

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 Costa Marques Pinto - 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
Inês Rocha Pauleta
Isabel Cristina Reis Cordeiro
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

Ana Luísa da Silva Almeida

Designer

Carolina Vicente

ÍNDICE

Editorial – Inovar, inspirar e elevar Diana Alves Vareta	5
My Vision for Person-centred Nursing Brendan McCormack	6
My vision for nursing: Wellness Carol A. Miller	13
Espiritualidade e bem-estar subjetivo dos familiares cuidadores de idosos com dependência física: Variáveis relacionais Liliana Faria Roldão, Helena Guerreiro José, Cristina Alves Marques-Vieira	17
Adesão terapêutica da pessoa com doença renal crónica em programa regular de hemodiálise Sónia Belo Fernandes, Mário Gomes da Silva, Júlio Belo Fernandes, Ana Almeida	31
Prevenção de quedas em clientes hospitalizados Júlio Belo Fernandes, Ana Chalaça, Ana Raquel Freire, Maria Violante Nunes	46
Segurança do cliente: Preparação e administração de medicação numa unidade de cardiologia Cláudia Cartaxo, Armandina Antunes	58
O despertar da pessoa em situação crítica submetida a ventilação mecânica invasiva em cuidados intensivos: Revisão integrativa da literatura Diana Alves Vareta, Jorge Eurico Ferreira	69
Intervenções de enfermagem dirigidas à diminuição da vulnerabilidade da pessoa em situação crítica: Revisão integrativa da literatura Marta Soares Pacheco, Maria Teresa Leal	83

Editorial

Inovar, inspirar e elevar

Diana Alves Vareta

Inovar, inspirar e elevar são conceitos que descrevem a visão que a Projetar Enfermagem pretende transmitir em cada edição.

Inovar, através da apresentação de novas perspectivas, das evidências obtidas com a investigação e das interrogações que surgiram no processo, e que servirão de catalizador para novas investigações.

Inspirar com os ganhos obtidos, divulgando o impacto que os resultados irão causar nos cuidados de enfermagem. Ser o motor do desenvolvimento da profissão, conduzindo à reflexão sobre a prática e à mudança de comportamentos.

Elevar a enfermagem, tornando público o trabalho científico e intelectual desenvolvido por cada um dos autores. Partilhar com a comunidade científica o produto da investigação e reforçando a Enfermagem enquanto disciplina.

Cada número de uma revista científica que é publicado constitui um contributo para a partilha e divulgação de novo conhecimento, que resulta de um desafio que poucos arriscam assumir.

É com o imperativo da necessidade de demonstrar o trabalho que desenvolvemos no quotidiano da nossa prática profissional, que fica a mensagem de incentivo à produção de conhecimento. Se pretendemos que a prática de enfermagem seja reconhecida pela qualidade e pelo seu impacto direto nas pessoas, famílias e nos resultados em saúde, é necessário comprová-lo.

A Projetar Enfermagem valoriza a publicação de projetos de melhoria contínua da qualidade, pois estes têm o propósito de, através da definição de uma estratégia de intervenção dirigida, solucionar problemáticas identificadas nos contextos de prestação de cuidados que se manifestam em ganhos de saúde.

A procura pela melhoria da qualidade dos cuidados e a investigação são indissociáveis e fundamentais para inovar, inspirar e elevar a profissão de enfermagem.

Artigo de opinião

My Vision for Person-centred Nursing

Brendan McCormack¹

1. D.Phil (Oxon.), BSc (Hons.) Nursing, FAAN, FRCN, FEANS, FRCSI, FRSA, PGCEA, RMN, RGN

Professor Brendan McCormack is currently Head of the Divisions of Nursing, Occupational Therapy and Art Therapies; and Associate Director, Centre for Person-centred Practice Research, Queen Margaret University, Edinburgh, Scotland. He also holds adjunct professorial positions at universities in Norway, Slovenia, South Africa and Australia. His research has specifically focused on person-centred practice, and over a period of 22 years he has developed models, theories, frameworks and evaluation instruments that have been adopted globally in policy and practice. In addition, he has led the implementation and evaluation of person-centred practices in a variety of clinical settings and in healthcare curricula. Professor McCormack has particular expertise in gerontological nursing and the adoption of person-centred practices with older people. The impact of his research in person-centred practice is far reaching and his work has been adopted in >26 countries. He has more than 600 published outputs, including 210 peer-reviewed publications in international journals and 10 books. He is the ‘Editor Emeritus’ of the “International Journal of Older People Nursing”. Professor McCormack is a Fellow of the American Academy of Nursing, Fellow of The European Academy of Nursing Science, Fellow of the Royal College of Nursing UK, Fellow of the Royal Society of the Arts and Fellow of the Royal College of Surgeons in Ireland. In 2014 he was awarded the ‘International Nurse Researcher Hall of Fame’ by Sigma Theta Tau International and listed in the Thomson Reuters 3000 most influential researchers globally.

Introduction

Since starting out in my nursing career at the age of 18, I cannot remember a time when the needs of persons were not my top priority. However, it is only in the past 20 years or so that it has truly become a vision for nursing and one that is a life-long ambition of achieving as a global philosophy – and of course like all good visions, will outlive me completely!

Person-centred nursing has been in the literature in various shapes and guises for

many decades, but the ideas written about were not conceptualised in that way. As a student nurse, I was introduced to nursing theories and studied many of the nursing models and frameworks of the great ‘giants’ of (mostly American) nursing theory (such as Virginia Henderson, 1966; Imogene King, 1971; Dorothea Orem, 1991, to name but a few!). These theorists expounded the meta-theory of nursing (Lee, & Fawcett, 2013) and articulated the interrelationship between person, environment, health and nursing.

Depending on their philosophical perspective, the relationship between these four constructs created a different approach to how persons were perceived and thus how nurses operationalised our role. I remember being fascinated by the work of Dorothea Orem and studied her theory of nursing and implemented it in practice. However, I always had the nagging doubt that every person was capable of ‘self-care,’ as conceptualised by Orem, and indeed the characteristics of many of our healthcare facilities weren’t conducive to such autonomous practices. Further, convincing other nurses that self-care was the most important thing to promote in persons was a continuous challenge and of course not all nurses bought into such a beliefs system – as it clashed with their values. So, this dilemma of ‘which theory is better to use’ has in my view plagued nursing and has not been helpful to the articulation of the essence of nursing and the provision of evidence-informed person-centred care and this has also been articulated by other nurse academics (cf McCrae, 2011).

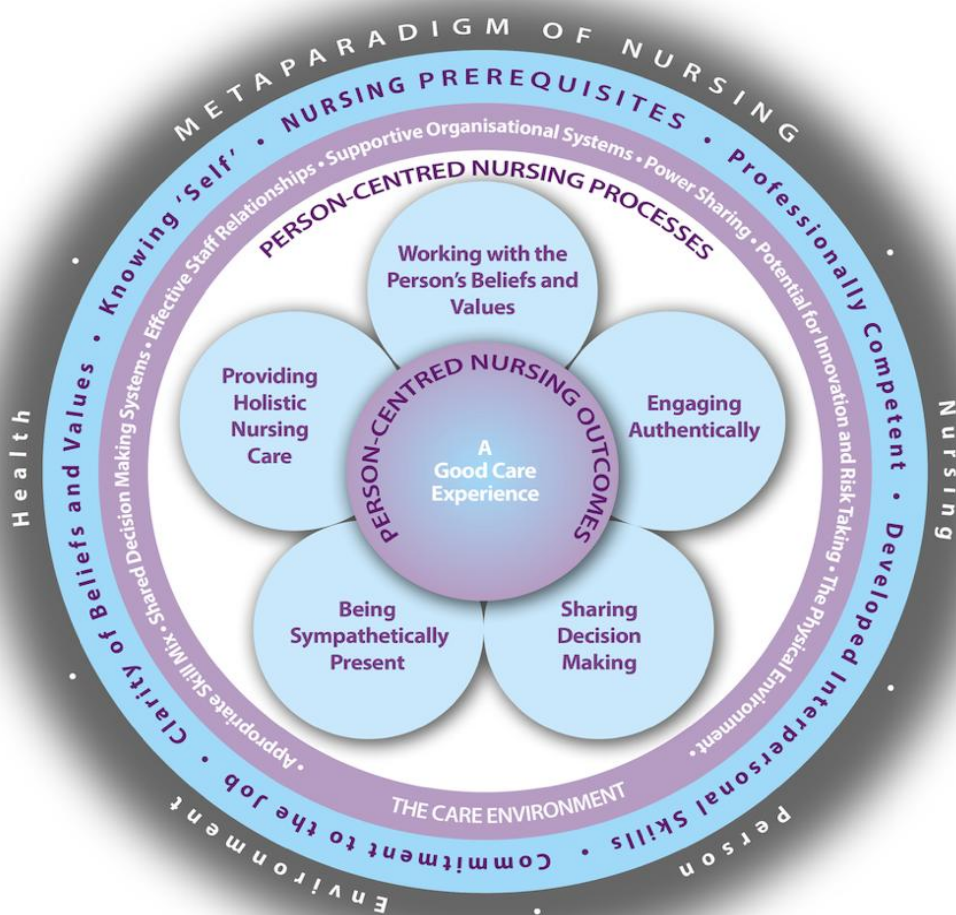
These issues dominated my thinking about my practice for much of my early career in nursing. While debates about nursing theories, the role of the nurse, the science of nursing practice and the search for an evidence-base persisted, it became abundantly clear to me that day-to-day experience of patients and staff wasn’t changing significantly and we as nurses

continued to practice in the same ritualistic and routine ways regardless of theory, concepts or evidence! It was during my PhD studies when I focused on how patient-autonomy was experienced by older people in hospital that I began to focus on the ‘authenticity of persons’ (McCormack, 2001). Coming to know how authenticity is central to who we are as persons provided a rationale for why so many nurses struggle with ‘applying’ pre-determined theories to patient experience. I conducted a hermeneutic study combining methods of conversation analysis in order to explore the meaning of autonomy for older people in acute care settings. Through the analysis of 14 case studies of nurse–patient relationships I developed a conceptual framework for person-centred practice based on an understanding of autonomy as ‘authentic consciousness’ (McCormack, 2003). This framework of authentic consciousness formed one of the core theoretical perspectives underpinning the current ‘Person-centred Nursing’ and ‘Person-centred Practice’ Frameworks of McCormack and McCance (2006; 2017). The Person-centred Nursing Framework, a mid-range theory, is underpinned by empirical research derived from three key studies published between 2000–2008. The framework was developed for use in the intervention stage of a large quasi-experimental project that focused on measuring the effectiveness of the

implementation of person-centred nursing in a tertiary hospital setting (McCormack, & McCance, 2006; McCormack et al., 2008). The Framework was derived from McCormack’s conceptual framework (2001; 2003) focusing on person-centred practice with older people, and McCance et al.’s framework (2001) focusing on patients and nurses experience of caring in nursing. McCance et al. (2001) conducted a phenomenological study using narrative methods to explore patients’ and nurses’ experience of caring

in nursing. The process of developing the Person-centred Nursing Framework involved a series of systematic steps that are outlined in McCormack and McCance (2006; 2010). In 2017 the framework was revised for multidisciplinary stakeholders and the Person-centred Practice Framework was born (McCormack, & McCance, 2017). A revision of the Person-centred Nursing Framework has recently been made, so as to incorporate the meta-paradigm of nursing into the framework (Figure 1).

Figure 1 – The Person-centred Nursing Framework (McCormack, & McCance, 2019)



The Person-centred Nursing Framework has been adopted globally as a way of conceptualising nursing policy, practice, education and research. It has been used to inform care-delivery models (McCormack et al., 2012), curriculum frameworks (McCormack, & Dewing, 2019), research methodologies and research practices (McCormack et al., 2017). The appeal of the framework largely lies in my critique of previous nursing theories that pre-determined a particular epistemological perspective of persons, health, environment and thus the conduct of nursing - the Person-centred Nursing Framework doesn't do this. Instead it articulates what we have determined, through more than 20 years of research and practice development, to be the key components of the essential constructs of person-centred nursing, i.e. the prerequisites of the nurse, the characteristics of the care environment and the processes of person-centred nursing, all of which lead to the outcome of 'a good care experience' for patients and nurses. How individual nurses, nursing teams and organisations translate these into practice, i.e. how they construct the relationship between these constructs, is determined by how they make explicit the values underpinning their construction of the meta-paradigm of nursing. The relationship between the constructs of the framework is represented pictorially, in

that to reach the centre of the framework, the attributes of nurses must first be considered, as a prerequisite to managing the care environment, in order to provide effective nursing care through the person-centred processes. This ordering ultimately leads to the achievement of the outcomes – the central component of the framework. It is also acknowledged that there are relationships between the individual elements of each construct.

The Person-centred Nursing Framework has become a recognised model of nursing (McCormack, & McCance, 2016). The essence of nursing depicted within the framework reflects the ideals of humanistic caring. Caring is a central concept in nursing, no matter the context. Meaningful caring involves the interaction between values, beliefs and attitudes and is a far more complex activity than is often perceived, requiring intentional actions by a person. Caring requires a person to know themselves and in developing this self-knowing the practice of nursing can be elevated from a series of tasks to the balance that is the art and science of nursing. We define person-centred nursing as:

... focusing on the formation and fostering of healthful relationships with service users and others significant to them in their lives, as well as between all care providers. It is underpinned by values of respect for persons (personhood), individual right to self-determination,

mutual respect and understanding. It is enabled by cultures of empowerment that foster continuous approaches to practice development (McCormack, & McCance, 2017)

The definition of person-centredness by McCormack and McCance surfaces five core attributes of persons and person-centred relationships:

- Respect for the 'personhood' of self and others ('human valuing')
- Mutual respect and embodied understanding
- Engagement and collaboration
- Individual and collective right to self-determination
- Equity and equality

Despite significant advances in person-centred nursing and healthcare and the adoption of the philosophy globally (The Health Foundation, 2014; World Health Organization [WHO], 2016), it remains the case that patients experiences of person-centredness remains patchy. Previously we have argued that in fact, few patients experience person-centred nursing or healthcare. Instead what they experience are 'person-centred moments' (Laird et al., 2015), i.e. moments in a 24-hour period when the attributes of person-centredness are lived out and experienced by them as persons. However, these moments are inconsistent and in between these moments, patients and families often describe their experience of care as being

like a 'thing/object'. It is my contention that a key reason for this is the lack of person-centred cultures in care settings and organisations. Our work has clearly demonstrated that the provision of person-centred care is dependent on the existence of a person-centred culture of care (Laird et al., 2015). Indeed we would further argue that it is immoral to expect nurses and care workers to provide such care if they themselves don't experience the same person-centred values in their day to day work. The core attributes of persons as reflected in the concept of 'personhood' apply to all persons and so if we expect nurses to respect these attributes of patients then organisations need to respect these same attributes of nurses. Thus, healthcare organisations need to adopt a whole-systems approach to the development and provision of person-centred nursing and healthcare and ensure that the values of 'respect for personhood' permeate all aspects of the organisation. We know that when organisations commit in this way, that nurses and care teams are able to move from moments of person-centredness to continuous provision of care that is truly person-centred and that all persons have a 'good care experience'.

Nursing is a global profession and it is thus imperative that many of the divisions that prevent nurses from achieving their full potential are addressed if the vision for person-centred nursing is to be achieved.

Person-centred nursing theory is not ontologically or epistemologically exclusive! Instead it recognises the core value of personhood as the central quality of all persons, but that how that personhood is 'lived' differs for all persons. Nurses need to be responsive to these differences whilst at the same time having a knowledge base that enables them to be 'fleet of foot; in responding to different persons in different contexts. This is what makes nursing the exciting profession that it is and also a complex profession that requires a sophisticated knowledge base for practice. We need to use opportunities such as those presented to us through the #Nursing Now Campaign <https://www.nursingnow.org/launch/> to fight for care provision that is person-centred and for nurses to work in person-centred organisations. After all the same organisations who support person-centred healthcare (WHO, International Council of Nurses) are also supporters of Nursing Now. Our time is now!

References

- Health Foundation. (2014). *Person-centred Care Made Simple*. Recuperado de <https://www.health.org.uk/publications/person-centred-care-made-simple>
- Henderson, V. (1966). *The Nature of Nursing: A Definition and its Implications for Practice, Research, and Education*. New York: Macmillan.
- King, I. (1971). *Toward a Theory for Nursing: General Concepts of Human Behaviour*. New Jersey: John Wiley & Sons.
- Laird, E., McCance, T., McCormack, B., & Gribben, B. (2015). Patients' experiences of in-hospital care when nursing staff were engaged in a practice development programme to promote person-centredness: A narrative analysis study. *International Journal of Nursing Studies*, 52 (9), 1454–1462.
- Lee, R. C., & Fawcett, J. (2013). The influence of the metaparadigm of nursing on professional identity development among RN-BSN students. *Nursing Science Quarterly*, 26(1), 96-98.
- McCance, T. V., McKenna, H. P., & Boore, J.R.P. (2001). Exploring caring using narrative methodology: an analysis of the approach. *Journal of Advanced Nursing*, 33, 350–356.
- McCormack, B. (2003). A conceptual framework for person-centred practice with older people. *International Journal of Nursing Practice*, 9, 202-209.
- McCormack, B. (2001). *Negotiating Partnerships with Older People - A Person-Centred Approach*. Basingstoke: Ashgate.
- McCormack, B., & McCance, T. (2017). *Person-centred Nursing and Health Care*

- *Theory and Practice*. Oxford: Wiley Publishing.
- McCormack, B., & McCance, T. (2016). United Kingdom: The Person-centred Nursing Model. In Fitzpatrick, J.J., & Whall A. L. *Conceptual Models of Nursing: Global Perspectives*. New Jersey: Pearson Education.
- McCormack, B., & McCance, T. (2010). *Person-centred Nursing: Theory, models and methods*. Oxford: Blackwell Publishing.
- McCormack, B., & McCance, T. (2006). Development of a framework for person-centred nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 56(5), 1-8.
- McCormack, B., & Dewing, J. (2019). International Community of Practice for Person-centred Practice: position statement on person-centredness in health and social care, *International Practice Development Journal*, 9(1), article 3.
- McCormack, B., Eide, T., Skovdal, K., Eide, H., Kapstad, H., & van Dulman, S. (2017). *Person-centred Healthcare Research – ‘the person in question’: The Person-centred Research Handbook*. Oxford: Wiley Publishers.
- McCormack, B., Roberts, T., Meyer, J., Morgan, D., & Boscart, V. (2012). Appreciating the ‘person’ in long-term care. *International Journal of Older People Nursing*, 7, 284–294.
- McCormack, B., McCance, T., Slater, P., McCormick, J., McArdle, C., & Dewing, J. (2008). Person-centred Outcomes and Cultural Change, In Manley, K., McCormack, B., & Wilson, V. (eds.) (2008). *International Practice Development in Nursing and Healthcare*. Oxford: Blackwell. 189-214.
- McCrae, N. (2012). Whither Nursing Models? The value of nursing theory in the context of evidence-based practice and multidisciplinary health care. *Journal of Advanced Nursing*, 68(1), 222–229.
- Orem, D. E. (1991). *Nursing: Concepts of practice (4th ed.)*. St. Louis: Mosby-Year Book Inc.
- World Health Organization. (2016). Framework on integrated, people-centred health services. Recuperado de http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WH/A69/A69_39-en.pdf?ua=1

Artigo de opinião

My vision for nursing: Wellness

Carol A. Miller¹

1. MSN, RN-BC, Clinical Nurse Specialist, independent care manager at Care & Counseling, where she focuses on promoting wellness for clients and their families.

During the 1980s, Ms. Miller proposed her Functional Consequences Theory for Promoting Wellness in Older Adults, a Mid-Range Theory for gerontological nursing, which is the organizational framework for 8th editions of *Nursing for Wellness in Older Adults*.

In 1990 and 2015 *Nursing for Wellness in Older Adults* (1st ed and 7th ed) received the AJN Book of the Year Award for first place in Gerontological Nursing.

Ms. Miller has published more than 100 nursing articles and textbook chapters. She taught at many university schools of nursing in the United States.

During several decades of her nursing career she has served many roles including two years as a spokesperson for a national educational campaign about issues related to caregiving and several years on the professional advisory board of the Alzheimer's Association.

Introduction

Since my days as a nursing student, I have envisioned my nursing career as a way of promoting wellness for my patients, others, and myself. My vision has evolved through four decades of nursing research and practice along with personal growth. But, always, my focus has been on promoting wellness through all stages of health, illness, and end-of-life, as I will describe in this article.

In my first nursing job I worked with underserved urban populations and I was quite idealistic in focusing on ways in which I could help my patients improve their health. I knew that I had limited influence on the many factors that

negatively affected their health, so I concentrated on teaching my patients to develop self-care actions to achieve doable goals. For example, several nurse colleagues and I developed a "listening clinic" for our many patients who requested anti-anxiety medications. During these sessions, we listened to our patients' personal life stories and provided nursing counseling to teach them about stress-reduction interventions. The nursing goal that we achieved was to reduce the use of psychotropic medications while also improving quality life for our patients. My vision of nursing at that time was to use my nursing skills to empower patients toward self-care actions in whatever ways could be incorporated in their lives.

When I began working as a gerontological nurse practitioner I repeatedly heard patients and colleagues express negative attitudes toward getting old, echoing an attitude of “what do you expect, you are old.” I was concerned that blaming symptoms on aging communicated a sense of hopelessness and it was in stark contrast to my own vision of wellness as we age. As I engaged in research about “normal aging” I discovered that many of the problems that are blamed on aging were due to conditions that could be changed. I began leading a “Healthy Aging Class” for older adults in a variety of community-based and institutional settings, including a geropsychiatric program. During these classes we discussed the misconceptions about aging, the positive aspects of aging, the challenges of older adulthood, and ways of coping with the challenges. I applied my vision of nursing to wellness during aging by helping older adults develop self-care interventions to improve their level of functioning and quality of life.

By the mid-1980s, my research and practice led me to develop the Functional Consequences Theory of Gerontological Nursing, which became the basis for my first nursing textbook. I defined key concepts as follows:

- In older adults, a combination of age-related changes and additional risk factors results in functional consequences

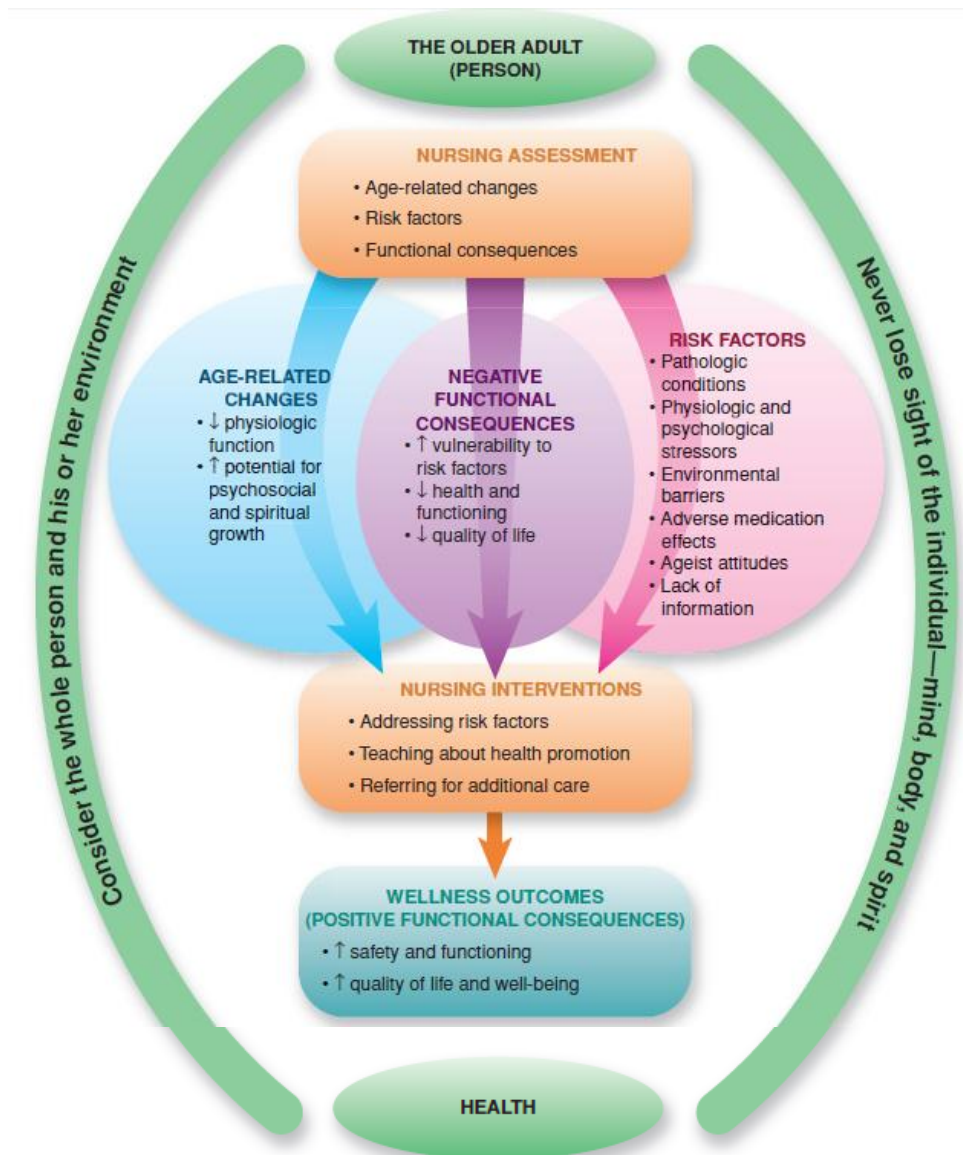
- Functional consequences are defined as the observable effects of actions, risk factors, and age-related changes that influence quality of life or day-to-day functioning of older adults
- Many of the functional consequences are negative, but with interventions older adults can experience positive functional consequences (i.e., improved functioning and quality of life)
- Nurses have essential roles in assessing age-related changes and risk factors, with a particular responsibility to identify those risk factors that could be addressed through nursing interventions
- The goal of these interventions is to enable older persons to function at their highest level, despite the presence of age-related changes and risk factors
(Miller, 1990, p. 52).

My theory differed from the dominant “what-do-you-expect-you’re-old” approach to gerontological nursing because it focused on teaching nurses to identify risk factors that they could address through nursing interventions to improve functioning and quality of life for older adults. As I developed later editions of my nursing text, I expanded my nursing research and practice to encompass the emphasis on the concept of “wellness” that was increasingly being incorporated into all aspects of health care. My nursing

vision at that time was to challenge the common perception that wellness was achieved by “preventing ageing.” I personally did not want to prevent chronological ageing – rather, I wanted to promote the idea that “there is no age limit to achieving wellness when it is holistically

conceptualized in the context of one’s body, mind, and spirit” (Miller, 2009). In the last 5 editions of my text, my theory evolved to “A Nursing Model of Promoting Wellness in Older Adults” as illustrated in the figure, which also lists examples of each key concept (Miller, 2019).

Figure 1 - A Nursing Model for Promoting Wellness in Older Adults



As I updated editions of my text, I was challenged to apply my theory not only to relatively healthy older adults but also to those who had chronic or progressive

conditions, and even to end-of-life care. With additional gerontological research and continuing reflection on my nursing practice, was able to focus on ways in

which our nursing knowledge and skills enable us to help our patients work toward goals that are both realistic and wellness oriented during all phases of health and illness. For example, a wellness-oriented nursing goal for patients at the end of life is to use nursing interventions to facilitate a peaceful death and provide support for family and friends of the person who is dying.

Although my theory and textbooks focus specifically on care of older adults, I believe my approach provides a framework for incorporating wellness into care of all our patients. In any situation, nurses can assess not only the conditions that cannot be changed, such as disease processes, but also those that can be addressed through nursing interventions. In summary, my vision is that all nurses apply a “wellness approach” by addressing the body-mind-spirit interconnectedness of each patient as a unique and respected individual (Miller, 2019, p. 3).

Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.

Miller, C. A. (2019). *Nursing for Wellness in Older Adults* (8th ed.). PA, Philadelphia: Wolters Kluwer.

References

Miller, C. A. (1990). *Nursing Care of Older Adults: Theory and Practice*. Glenview, IL: Scott, Foresman/Little, Brown Higher Education.

Miller, C. A. (2009). *Nursing for Wellness in Older Adults* (5th ed.). Philadelphia:

Espiritualidade e bem-estar subjetivo dos familiares cuidadores de idosos com dependência física: Variáveis relacionais

Spirituality and subjective well-being of family caregivers of elderly people with physical dependence: Relational variables

Liliana Faria Roldão¹, Helena Guerreiro José², Cristina Alves Marques-Vieira³

1. Mestre em Enfermagem Avançada; Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação.

2. Doutora em Enfermagem; Mestre em Comunicação em Saúde.

3. Doutora em Enfermagem Avançada; Mestre em Comportamento Organizacional e Gestão; Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação.

Resumo

Enquadramento: O processo de cuidar pode gerar incerteza, medo e insegurança na execução de cuidados nos familiares cuidadores. A compreensão das variáveis que influenciam a espiritualidade e o bem-estar do familiar cuidador permitirá dirigir os cuidados de enfermagem para potenciar a capacidade do cuidador e a satisfação com os cuidados prestados.

Objetivo: Identificar as variáveis que se relacionam com a espiritualidade e bem-estar subjetivo dos familiares cuidadores de idosos com dependência física.

Metodologia: Estudo quantitativo, observacional, transversal, descritivo-correlacional. Foi aplicado um questionário a uma amostra constituída por 103 familiares cuidadores de idosos com dependência física, a quem foram prestadas intervenções por parte das equipas de apoio domiciliário ligado à Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados.

Resultados: As variáveis que se relacionam com a espiritualidade são o género dos inquiridos, o grau de parentesco e o tempo de prestação de cuidados. A variável bem-estar subjetivo está relacionada com o grau de parentesco.

Conclusão: Existem diferentes variáveis que se relacionam com a espiritualidade e o bem-estar subjetivo. Este conhecimento reforça a necessidade de estruturar intervenções dirigidas que permitam a vivência de uma espiritualidade saudável e o aumento do bem-estar do familiar cuidador.

Palavras-chave: espiritualidade; bem-estar subjetivo; cuidadores; serviços de saúde para idosos

Abstract

Background: The caring process can generate uncertainty, fear and insecurity in family caregivers. Understanding the variables that influence the spirituality and well-being of the family caregiver will allow nursing care to be directed to enhance the caregivers capacity and satisfaction with the care provided.

Objective: To identify the variables related with spirituality and subjective well-being of elderly people with physical dependence caregivers.

Methodology: A quantitative, observational, cross-sectional, descriptive-correlational study. A questionnaire was applied to a sample, consisting of 103 family caregivers of elderly people with physical dependence, who were provided interventions by the home support teams linked to the National Network of Continued Integrated Care.

Results: The variables that are related to spirituality are their gender, the degree of kinship and the duration of care. The variable subjective well-being is related to the degree of kinship.

Conclusion: There are different variables that relate to spirituality and subjective well-being. This knowledge reinforces the need to structure targeted interventions that allow the living of a healthy spirituality and the increase of well-being of family caregiver.

Keywords: spirituality; subjective well-being; caregivers; health services for the aged

Introdução

A inversão da pirâmide etária espelha o envelhecimento da população, dando origem a novos desafios para as famílias, sociedade e sistemas de saúde.

O envelhecimento demográfico leva ao aumento da probabilidade de ocorrência de incapacidades e prevalência de doenças crônicas, conduzindo a um acréscimo de situações de perda de autonomia e de independência, sejam estas de carácter físico, psíquico e/ou social, provocando alterações na estabilidade e equilíbrio da família (Ferreira, 2002). Esta problemática associada a respostas formais, por vezes escassas, faz com que o familiar cuidador assuma particular importância, evidenciando as práticas de solidariedade traduzidas no cuidar de idosos dependentes em ambiente domiciliário. Paraphrasing Sarmiento, Pinto e Monteiro (2010), o papel dos familiares cuidadores é fundamental nos cuidados a pessoas idosas dependentes, visto o número ser cada vez maior.

A valorização do cuidado em contexto domiciliário, em detrimento da institucionalização, tem levado ao aumento do reconhecimento e responsabilização da família na resposta aos cuidados ao idoso. Esta situação determina uma oportunidade para a enfermagem integrar o conforto ao familiar nos seus cuidados (Kolcaba, 2019).

Nos familiares cuidadores o processo de cuidar pode gerar incerteza, medo e insegurança na execução de cuidados, o que associado à alteração de papéis sociais, exige dos enfermeiros a execução do cuidado centrado na família, como parte integrante da sua prática (Fernandes, 2011).

Lidar com situações de exigência interna ou externa, geradoras de sobrecarga e *stress*, pode ser facilitado pela espiritualidade, desempenhando esta um importante papel na existência humana nas perceções de saúde e bem-estar, relacionando-se com a qualidade de vida da pessoa (Koenig, 2012).

Na realidade, o bem-estar subjetivo permite à pessoa e família, determinar e adquirir o seu potencial físico, mental e social. A compreensão dos determinantes que influenciam a espiritualidade e o bem-estar do familiar cuidador permitirá dirigir os cuidados de enfermagem para potenciar a capacidade do cuidador e a satisfação com os cuidados prestados. Ao contribuir para o conhecimento dos determinantes da espiritualidade e do bem-estar subjetivo, é reforçada a importância dos cuidados de enfermagem prestados aos familiares cuidadores de um idoso dependente, de forma a promover um aumento da satisfação com a vida e a desenvolver estratégias para lidar com situações de *stress*.

Tendo em consideração esta problemática optou-se por realizar um estudo de investigação com objetivo de identificar as variáveis que se relacionam com a espiritualidade e bem-estar subjetivo dos familiares cuidadores de idosos com dependência física.

Enquadramento

Cuidar de pessoas dependentes e abranger os seus familiares cuidadores, é um desafio para a enfermagem, que tem vindo a exigir reflexão por parte dos profissionais. As pessoas em situação de doença e a sua família necessitam de cuidados complexos dirigidos para as necessidades reais e potenciais, por períodos de tempo incertos, devido ao aumento da esperança de vida e ao desenvolvimento técnico-científico que permite a gestão de comorbilidades a longo prazo (Fernandes, 2011).

Os familiares que assumem o cuidado à pessoa dependente têm também um papel importante para o sistema de saúde, dado o número crescente de pessoas que necessitam de cuidados de longa duração (Sarmiento et al., 2010). Cuidar a pessoa idosa implica uma dependência crescente, que advém do facto deste cuidado ser progressivamente mais exigente, com o agravamento das dependências e por estas se desenvolverem durante um período de tempo indeterminado.

Ser familiar cuidador está muito para além dos laços de consanguinidade. É alguém com uma relação pessoal significativa para a pessoa, como um companheiro, um vizinho ou um amigo, que desempenha um papel não remunerado. Ao assumir este papel, a pessoa atua e perspetiva o cuidado moldado por crenças, obrigações morais e sociais, sentimentos de amor ou piedade, as quais raramente são partilhadas com outros elementos da família (Araújo, Paúl, & Martins, 2008).

Os cuidados prestados por um familiar cuidador ultrapassam a satisfação de necessidades de vida relativas ao autocuidado e requerem um esforço contínuo a nível cognitivo, físico e emocional que, muitas vezes, pode conduzir à exaustão do cuidador (Araújo et al., 2008; Fernandes, 2011).

Contudo, prestar cuidados a idosos dependentes não se resume a uma experiência desgastante, sendo possível identificar dimensões positivas do cuidar, de modo a que a relação estabelecida entre o familiar cuidador e a pessoa idosa seja reforçada com um sentimento de satisfação (Araújo et al., 2008). Para que tal seja alcançado, os cuidadores manifestam necessidades de informação, educação, encorajamento e suporte, onde os enfermeiros estão numa posição privilegiada para a satisfação das suas necessidades (Fernandes, 2011).

A dimensão espiritual do ser humano tem sido um aspeto pouco valorizado na prestação de cuidados de saúde. O conceito de espiritualidade encontra-se envolto de complexas interpretações, tendo sido recentemente definido como uma forma de estar no mundo, uma transcendência para além do eu, levando à conexão com os outros, com um poder ou natureza superiores (Weathers, Geraldine, & Coffey, 2016).

Alguns estudos revelam que a satisfação de vida se correlaciona positivamente com experiências espirituais e essas experiências foram relacionadas de forma positiva com o propósito de vida. Muitos autores referem-se à espiritualidade como uma harmoniosa interconectividade entre conceitos tais como compromisso, empatia, fé, compaixão e esperança (Caldeira, 2009; Weathers et al., 2016). Para Caldeira (2011) o verdadeiro sentido da existência do homem determina-se pela sua dimensão espiritual, pois é através do poder da reflexão e da procura de reconhecimento que se atinge a felicidade e realização.

A espiritualidade tem sido considerada como fundamental na aproximação multidimensional utilizada em cuidados geriátricos, tendo uma forte influência positiva na doença mental, na incapacidade física e como estratégia de *coping* (Pereira, Marques, Simões, & Cunha, 2016). Em 2002, Watson, enfatizou a conexão espiritual entre os

recetores de cuidados e cuidadores que, numa relação de cuidado transpessoal denominada de transcendência, procuram significado e propósito na sua existência. A espiritualidade em cuidadores e beneficiários dos cuidados conduz a ganhos na qualidade de vida da pessoa cuidada e do cuidador.

O bem-estar subjetivo é um conceito recente, abrangente e conceptualmente difuso. Ao longo das últimas décadas tem sido registado um interesse crescente pelo bem-estar subjetivo, nomeadamente na tentativa de compreender o modo como as pessoas avaliam as suas vidas (Diener, Suh, Lucas, & Smith, 1999). O foco de interesse prende-se com a experiência individual e subjetiva da vida e com a monitorização das reações cognitivas e emocionais, relativamente a domínios específicos e na vida de um modo global.

Atualmente, o bem-estar subjetivo delimita-se como área de intervenção pela sua constituição em três componentes fulcrais: a componente subjetiva, pois reside dentro da experiência individual da pessoa; a componente cognitiva, que se designa por satisfação com a vida, e por uma componente afetiva, designadas por afetos positivos e negativos. Considera-se que o bem-estar subjetivo representa a avaliação que a pessoa faz da sua própria vida, quer em termos de satisfação com a mesma quer em termos de relações

emocionais positivas e negativas (Simões et al., 2000).

Por representar uma avaliação multidimensional, que inclui uma avaliação cognitiva da satisfação com a vida e uma avaliação afetiva das emoções, têm sido diversos os estudos que procuram estudar a relação de fatores demográficos, como idade, género, situação profissional e estado civil, com características e valores individuais como a religião, a atividade e interação social, a alteração ou perda de papéis, e a personalidade (Diener, Oishi, & Lucas, 2003).

A espiritualidade apoia os familiares cuidadores a encontrarem significado e orientação em situações de *stress*, o que promove a sustentação do seu bem-estar subjetivo, das relações familiares e o alívio dos cuidadores de situações de pressão (Roldão, Marques-Vieira, & José, 2013).

Questão de investigação e Hipóteses

Para responder ao problema de investigação colocou-se como questão: Quais são as variáveis que se relacionam com a espiritualidade e bem-estar subjetivo dos familiares cuidadores de idosos com dependência física?

Tendo em conta o enunciado referido surgiram como hipóteses:

H1 – Existe relação entre a espiritualidade e bem-estar subjetivo dos familiares cuidadores de idosos com dependência física e o género dos inquiridos.

H2 – Existe relação entre a espiritualidade e bem-estar subjetivo dos familiares cuidadores de idosos com dependência física e a idade dos inquiridos.

H3 – Existe relação entre a espiritualidade e bem-estar subjetivo dos familiares cuidadores de idosos com dependência física e a profissão inquiridos.

H4 – Existe relação entre a espiritualidade e bem-estar subjetivo dos familiares cuidadores de idosos com dependência física e o grau de parentesco com a pessoa dependente.

H5 – Existe relação entre a espiritualidade e bem-estar subjetivo dos familiares cuidadores de idosos com dependência física e o tempo de prestação de cuidados.

Metodologia

Para dar resposta à questão de investigação optou-se por um estudo com abordagem quantitativa e do tipo observacional, transversal, descritivo-correlacional.

Considerou-se a espiritualidade como a harmoniosa interconectividade entre conceitos como compromisso, empatia, fé, compaixão e esperança (Caldeira, 2009).

O bem-estar subjetivo é interpretado como o bem-estar que a pessoa apresenta, consoante as suas avaliações subjetivas, sobre as respostas emocionais das pessoas, domínios de satisfação e julgamentos gerais de satisfação com a vida. Corresponde a uma avaliação pessoal que cada um faz, sendo que essa avaliação se situa na perspectiva do indivíduo, e é uma avaliação a longo termo, não apenas um estado temporário (Simões et al., 2000).

Foram contactados 23 centros de apoio domiciliários do distrito de Setúbal, com ligação à Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), para participar na realização deste estudo, dos quais obtivemos autorização de 8 equipas de apoio domiciliário. Utilizou-se o método de amostragem não probabilística accidental ou de conveniência e a amostra foi constituída por familiares cuidadores a quem eram prestadas intervenções por parte das equipas de apoio domiciliário ligadas à RNCCI do distrito de Setúbal, tendo sido definidos critérios de inclusão e exclusão, para a tornar homogénea. Foram excluídas da amostra:

- Pessoas cuidadas com idade inferior a 65 anos;
- Pessoas cuidadas que apresentem um grau de dependência reduzido, monitorizado pela aplicação da escala de Barthel, com score superior a 60 (dependência moderada);

- Pessoas cuidadas que não coabitem com o familiar cuidador, à exceção de familiares cuidadores que estariam a usufruir da vaga de descanso do cuidador existente a nível da RNCCI;

- Pessoas cuidadas com instalação de patologia psiquiátrica ou do foro neurológico, nomeadamente demencial.

Por razões de ordem prática e para não interferir na dinâmica de cada equipa de prestadores de cuidados, ficou acordado com os responsáveis da RNCCI que seriam estes a analisar o processo de cada pessoa e a seleccioná-lo de acordo com os critérios de exclusão, para que posteriormente, fosse contactada a família cuidadora.

Instrumento de colheita de dados

O instrumento de colheita de dados foi constituído por um questionário que, para além de incluir os dados sociodemográficos dos familiares cuidadores, reporta um conjunto de aspetos com os quais é possível caracterizar o contexto e a situação de prestação de cuidados.

O questionário sociodemográfico elaborado para esse estudo é constituído por sete questões que permitem caracterizar a amostra.

Com o objetivo de verificar qual o nível de satisfação dos familiares cuidadores com a vida em geral recorreu-se à Escala de Satisfação com a Vida (SWLS). Esta escala foi construída no sentido de avaliar

o juízo subjetivo que cada pessoa faz sobre a qualidade da sua própria vida, tendo em consideração critérios estabelecidos por si e não em função de padrões impostos pelo investigador ou por qualquer outra pessoa. Em 1992, Simões adaptou e validou a SWLS para a população portuguesa. A escala é constituída por 5 itens formulados no sentido positivo com uma escala de resposta de tipo Likert de 5 pontos.

Com o objetivo de medir a vertente afetiva do bem-estar subjetivo aplicou-se a Escala de Afetos Positivos e de Afetos Negativos (PANAS), que foi traduzida e validada para a população portuguesa por Simões em 1993. A escala é composta por duas subescalas com 11 itens cada, na qual à subescala afetos positivos (PA) corresponde 11 itens de domínios de afeto positivo e à subescala afetos negativos (NA) corresponde 11 itens de afeto negativo, nos quais são aplicados uma escala de resposta de tipo Likert de 5 pontos, onde o participante deve responder qual a extensão do sentimento que experienciou, num determinado período de tempo.

Com o objetivo de medir o bem-estar espiritual selecionou-se a *Spiritual Assessment Guide*. Este instrumento foi adaptado e validado para a população portuguesa por Rego em 2007. A escala é formada por 19 itens de avaliação de bem-estar espiritual, dividida em 3 subescalas, nas quais são aplicadas uma

escala de resposta de tipo Likert de 5 pontos.

Procedimento na recolha e análise dos dados

A recolha de dados decorreu num período de 6 meses, tendo os investigadores acompanhado as equipas de apoio domiciliário e aplicado os questionários aos familiares cuidadores.

A análise dos dados foi efetuada com recurso ao *software Statistical Package for the Social Sciences*, versão 18.0.

Através da aplicação do teste de normalidade de Kolmogorov-Smirnov constatou-se que a amostra não apresentava uma distribuição normal, pelo que se utilizaram testes não paramétricos para o estudo das hipóteses.

Procedimentos éticos

A colheita de dados foi efetuada após a autorização por escrito das instituições onde a investigação foi realizada. Todos os inquiridos foram contactados via telefone de modo a garantir a voluntariedade da participação e o consentimento informado dos inquiridos. Após este contato, os inquiridos foram visitados pelos investigadores, facultou-se novamente informação acerca da finalidade do estudo, da voluntariedade da participação e da garantia da confidencialidade dos dados.

Resultados

A amostra foi constituída por 103 familiares cuidadores de pessoas dependentes, dos quais 74.8% correspondem ao género feminino e 25.2% ao género masculino.

Em relação à idade, a faixa etária mais referida diz respeito à idade superior a 65 anos, representando 61.2% dos familiares cuidadores. Seguiu-se o grupo com idade entre 50-64 anos, representando 30.1%, e o grupo dos 31 aos 49 anos, com 7.8%. A faixa etária abaixo dos 31 anos corresponde a 1% dos familiares cuidadores. A média de idades é de 67.75, a mediana de 69.00, com um desvio-padrão de 12.95. O cuidador mais jovem tem 30 anos e o mais velho 93 anos.

A maioria dos familiares cuidadores (85.4%) referiu ser casado ou viver em união de facto, 6.8% são solteiros, 4.9% divorciados e 2.9% viúvos. 56.3% dos familiares cuidadores estão reformados, 24.3% exercem atividade profissional e 16.5% têm a condição de doméstico. Em situação de desemprego encontram-se 2.9% dos inquiridos.

Quanto ao local de residência, 50.5% vivem em local predominantemente urbano, enquanto 49.5% vivem em zona rural.

Constatou-se que 55.3% dos familiares cuidadores se encontram a prestar cuidados ao seu cônjuge, seguindo-se o

grupo dos familiares cuidadores que prestam cuidados ao seu progenitor, com 29.1%. Os familiares cuidadores que dedicam cuidados ao sogro/a representam 7.8% da amostra, sendo os restantes 7.8%, categorizado por outros, tais como a prestação de cuidados a avós, tios ou vizinhos.

Relativamente ao tempo de prestação de cuidados, em 54.4% dos casos a situação de prestação de cuidados situou-se entre 2 a 5 anos. Seguiram-se 28.2% com mais de 6 anos de duração e os restantes 17.5% correspondem a duração de prestação de cuidados inferior a 1 ano.

Iniciou-se a análise entre as variáveis espiritualidade e bem-estar subjetivo com a variável género, no sentido de poder compreender se as diferenças de género influenciam os níveis de espiritualidade e o bem-estar subjetivo dos familiares cuidadores.

Procedeu-se à realização do Teste de Mann-Whitney (quadro 1) e obtiveram-se valores de significância para a subescala fé pessoal e subescala paz espiritual inferiores a 0.05, pelo que se verifica a existência de diferenças significativas entre os géneros e estas subescalas. Relativamente à prática religiosa não se verificou diferença de acordo com o género.

Ao analisar globalmente a espiritualidade, observaram-se diferenças estatisticamente significativas, com $p=0.01$, sendo o género feminino a

apresentar valores de mediana mais elevados.

Relativamente ao bem-estar subjetivo, constatou-se que para o género não existem diferenças estatisticamente significativas, pois nas três escalas representativas do mesmo (satisfação

com a vida, afeto positivo e afeto negativo) e pela escala do ZBES (somatório dos valores da SWLS com os valores da PA, subtraindo os valores da NA), observam-se valores de significância sempre superiores a 0.05.

Quadro 1 - Teste de Mann-Whitney entre bem-estar subjetivo, satisfação com a vida, afetos positivos e negativos, espiritualidade e género

	Mann- Whitney U	Wilcoxon W	Z	Asymp. Sig.
FP	673.500	1024.500	-2.501	0.012
PR	837.500	1188.500	-1.244	0.214
PE	706.500	1057.500	-2.253	0.024
SAS	661.000	1012.000	-2.583	0.010
SWL	979.000	3982.000	-0.167	0.867
PA	855.000	3858.000	-1.110	0.267
NA	938.000	1289.000	-0.479	0.632
ZSWBS	954.000	3957.000	-0.357	0.721

Tal como pode ser analisado no quadro 2, procedeu-se à realização do teste de Kruskal-Wallis entre as variáveis bem-estar subjetivo e espiritualidade com a variável idade. Após análise dos

resultados apresentados, afirmou-se que não existem diferenças significativas entre bem-estar subjetivo, espiritualidade e grupos etários dos familiares cuidadores de idosos com dependência física.

Quadro 2 - Teste Kruskal-Wallis entre bem-estar subjetivo, espiritualidade e idade

	FP	PR	PE	SAS	SWL	PA	NA	ZSWBS
Chi-Square	1.326	2.670	3.034	1.826	5.470	6.916	3.712	6.512
Asymp. Sig	0.723	0.445	0.386	0.609	0.140	0.075	0.294	0.089

Para a análise de diferenças nos índices de bem-estar subjetivo e espiritualidade em função da profissão recorreu-se ao teste Kruskal-Wallis (quadro 3). O teste revelou que não existem diferenças

significativas entre as variáveis em estudo.

No quadro seguinte constatou-se que os valores de significância são sempre superiores a 0.05, rejeitando que os níveis

de espiritualidade e de bem-estar atividade profissional. subjetivo sejam diferentes mediante a

Quadro 3 - Teste Kruskal-Wallis entre bem-estar subjetivo, espiritualidade e profissão

	FP	PR	PE	SAS	SWL	PA	NA	ZSWBS
Chi-Square	1.015	0.604	0.064	0.467	6.284	2.574	6.637	4.931
Asymp. Sig	0.798	0.895	0.996	0.926	0.099	0.462	0.084	0.177

De seguida, realizou-se o teste de Kruskal-Wallis (quadro 4), de forma a verificar a existência de relação entre bem-estar subjetivo, espiritualidade e o grau de parentesco entre o familiar cuidador e o idoso dependente.

Após análise dos resultados provenientes do teste foi possível afirmar que existem diferenças significativas na subescala fé pessoal e na subescala afetos positivos.

Relativamente à subescala fé pessoal são os filhos os mais descrentes, pois apresentam a mediana mais baixa, contrariamente aos cônjuges, que apresentam uma mediana mais elevada. Em relação à subescala afetos positivos a mediana mais baixa surge no grupo outros, sendo estes os que apresentam menos afetos positivos quando na situação de familiares cuidadores.

Quadro 4 - Teste Kruskal-Wallis entre bem-estar subjetivo, espiritualidade e grau de parentesco

	FP	PR	PE	SAS	SWL	PA	NA	ZSWBS
Chi-Square	10.806	6.502	3.905	1.826	5.382	7.502	4.702	6.095
Asymp. Sig	0.013	0.090	0.272	0.609	0.163	0.021	0.294	0.107

Relativamente ao tempo de prestação de cuidados, procedeu-se à realização do teste de Kruskal-Wallis (quadro 5), e tal como com a variável anterior, continua-se a obter valores de significância superiores

a 0.05, exceto na dimensão fé pessoal, em que pode observar-se que ao longo da prestação de cuidados a fé pessoal aumenta.

Quadro 5 - Teste Kruskal-Wallis entre bem-estar subjetivo, espiritualidade e tempo de prestação de cuidados

	FP	PR	PE	SAS	SWL	PA	NA	ZSWBS
Chi-Square	6.993	2.564	3.420	4.666	1.887	4.613	0.469	43.320
Asymp. Sig	0.030	0.277	0.181	0.097	0.389	0.100	0.791	0.115

Discussão

Na variável género não se identificaram diferenças com a variável bem-estar subjetivo, mas verificou-se diferença com a variável espiritualidade, sendo que ao género feminino se associou um nível mais elevado de espiritualidade. Este resultado está em consonância com as verificações de Pinto e Pais-Ribeiro (2010) que constataram que a dimensão da espiritualidade se encontra mais acentuada nos indivíduos do género feminino. DeBono e Kuschpel (2014) verificaram igualmente um maior afastamento dos indivíduos do género masculino da espiritualidade.

Não se verificou a existência de diferenças entre grupos etários e bem-estar subjetivo e espiritualidade. Estes resultados são contrários ao referido no estudo de Pinto e Pais-Ribeiro (2010) que identificaram a existência de relação entre o grupo etário e o bem-estar subjetivo e a espiritualidade, e a estudos que associam o aumento da espiritualidade aos indivíduos mais velhos devido ao contributo para amenizar as emoções negativas, proporcionando significado e esperança perante as dificuldades associadas ao envelhecimento (Lee et al., 2013; Humboldt, Leal, & Pimenta, 2014). Considerando o bem-estar subjetivo, Simões et al. (2000) referem que as pessoas mais velhas deveriam ser menos felizes que os jovens, devido às

sucessivas perdas decorrentes do processo de envelhecimento, como a diminuição do poder de compra e de recursos financeiros devido à reforma, a deterioração de estado de saúde devido ao processo de envelhecimento e a perda de pessoas significativas, como a viuvez. Perante todos estes argumentos seria expectável que com a evolução da idade o bem-estar subjetivo fosse diminuindo, contudo, os resultados aferidos refutam esta ideia.

Em relação à variável profissão, não se identificaram diferenças com as variáveis bem-estar subjetivo e espiritualidade. Este resultado é contrário ao verificado por Khumalo, Temane e Wissing (2012), que aferiram a existência de relação entre as variáveis profissão e bem-estar subjetivo. No que respeita à variável espiritualidade, Phukan e Dutta (2017) também não identificaram a existência de relação com a variável profissão.

Verificou-se a existência de diferenças significativas entre as relações, na subescala fé pessoal e na subescala afetos positivos. Relativamente à subescala fé pessoal são os filhos os mais descrentes e os cônjuges os mais crentes. Considerando a subescala afetos positivos, o grupo outros foi quem apresentou menos afetos positivos e os cônjuges os que manifestam mais afetos positivos quando na situação de cuidadores. Estes resultados não surpreendem, pois é expectável que

exista maior nível de afeto por parte de um cuidador que é cônjuge do que alguém que não tem uma relação de proximidade.

Não se verificou a existência de relação entre a variável tempo de prestação de cuidados e a variável bem-estar subjetivo. Estes resultados surpreendem sendo contrários aos identificados por Chappell e Reid (2002) que associaram o menor tempo de prestação de cuidados a um nível superior de bem-estar subjetivo. Estes investigadores aferiram que a diminuição do tempo de prestação de cuidados à pessoa conduziu à diminuição da sobrecarga e, conseqüentemente, ao aumento do bem-estar subjetivo.

Identificou-se relação entre às variáveis tempo de prestação de cuidados e espiritualidade. Neste caso, e tal como com a variável anterior, continua-se a obter valores de significância superiores a 0.05, exceto na dimensão fé pessoal, em que pode observar-se que ao longo da prestação de cuidados a fé pessoal aumenta. Este resultado é similar ao verificado por Fernandes (2011), embora a população em estudo seja díspar. Este investigador constatou que com o aumento do tempo de prestação de cuidados se verificava um maior nível de resiliência e conseqüentemente, uma maior crença pessoal na recuperação da pessoa.

Para Chang, Noonan e Tennstedt (1998) a espiritualidade emergiu como um

recurso importante e benéfico nos estudos sobre *stress* e *coping*, dado que as crenças religiosas parecem oferecer recompensa pelo cuidado. Estes investigadores aferiram que os cuidadores que usam as crenças religiosas para lidar com os cuidados têm melhor relação com os idosos, a qual por sua vez aparece associada a menor nível de depressão e de absorção pelo desempenho do papel.

Conclusão

Tendo em conta o envelhecimento demográfico da população portuguesa e o aumento da morbilidade causada por doenças crónicas, o reconhecimento de que os familiares cuidadores são indispensáveis na prestação de cuidados a pessoas idosas dependentes a longo prazo deve constituir-se uma prioridade para as políticas de saúde.

A identificação de relações entre as variáveis em estudo é fundamental, pois ao conhecer o fenómeno poderão ser estruturadas intervenções que permitam a vivência de uma espiritualidade saudável e o aumento do bem-estar do familiar cuidador.

Após realização de testes de hipóteses identificou-se a existência de relação entre as variáveis espiritualidade e género, sendo que ao género feminino se associou um nível mais elevado de espiritualidade. Ainda em relação à espiritualidade, a nível da dimensão fé

peçoal identificou-se que são os filhos os mais descrentes e os cônjuges os mais crentes, e que ao longo da prestação de cuidados a fé pessoal aumenta. Relativamente ao bem-estar subjetivo, verificou-se que são os cônjuges os que manifestam mais afetos positivos quando na situação de cuidadores.

Tanto a espiritualidade como o bem-estar subjetivo não foram influenciadas pela idade nem pela atividade profissional.

Sugere-se que, em trabalhos futuros, se expanda o âmbito do estudo, nomeadamente no âmbito de investigação a familiares cuidadores de pessoas em situação de demência, e a familiares cuidadores de pessoas em situação de fim de vida, de modo a ser explorado as variáveis que, condicionam a vivência de uma espiritualidade saudável, diminuindo o bem-estar da pessoa.

Referências bibliográficas

Araújo, I., Paúl, C., & Martins, M. (2008). Cuidar das famílias com um idoso dependente por AVC: do hospital à comunidade - um desafio. *Revista Referência*, 7, 43-53. Recuperado de https://rr.esenfc.pt/rr/index.php?module=rr&target=publicationDetails&pesquisa=CuidardasfamiliascomumidosodependenteporAVC:&id_artigo=2104

Caldeira, S. (2009). Cuidado espiritual - rezar como intervenção de enfermagem.

Cuid`art enfermagem, 157-159. Recuperado de https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/14975/1/rezar_2009.pdf

Caldeira, S. (2011). *Espiritualidade no cuidar: um imperativo ético*. Lisboa: Coisas de ler.

Chang, B. H., Noonan, E. A. E., & Tennstedt, L. S. (1998). The role of religion/spirituality in coping with caregiving for disabled elders. *The Gerontological Society of America*, 38 (4), 463-469. DOI: 10.1093/geront/38.4.463

Chappell, L., & Reid, R. (2002). Burden and Well-Being Among Caregivers: Examining the Distinction. *The Gerontologist*, 42(6), 772-780. DOI: 10.1093/geront/42.6.772

DeBono, K. G., & Kuschpel, A. (2014). Gender differences in religiosity: The role of self-monitoring. *North American Journal of Psychology*, 16(2), 415-426. Recuperado de <https://www.questia.com/library/journal/1G1-369068729/gender-differences-in-religiosity-the-role-of-self-monitoring>

Diener, E., Oishi, S., & Lucas, E. (2003). Personality, culture and subjective wellbeing: Emotional and Cognitive Evaluations of Life. *Annual Review of Psychology*, 403-425. DOI: 10.1146/annurev.psych.54.101601.145056

Diener, E., Suh, E., Lucas, R., & Smith, H. (1999). Subjective Well Being: three

- decades of progress. *Psychological Bulletin*, 125, 276-302. **DOI:** 10.1037/0033-2909.125.2.276
- Fernandes, J. A. B. A. (2011). *Resiliencia y vulnerabilidad en familias de personas con esquizofrenia*. Tese de Doutoramento. Espanha: Universidade de Extremadura.
- Ferreira, S. (2002). O prestador informal de cuidados à pessoa idosa alvo de apoio domiciliário integrado: uma análise exploratória como suporte à garantia da efectividade de um programa de promoção da saúde. Lisboa: Dissertação de mestrado apresentado na Escola Nacional de Saúde Pública, Universidade Nova de Lisboa.
- Humboldt, S. V., Leal, I., & Pimenta, F. (2014). Does spirituality really matter? A study on the potential of spirituality for older adult's adjustment to aging. *Japanese Psychological Research*, 56(2), 114-125. **DOI:** 10.1111/jpr.12033
- Koenig, H. (2012). Religion, spirituality, and health: The research and clinical implications. *ISRN Psychiatry*, 2012, 1-33. **DOI:** 10.5402/2012/278730
- Kolcaba, K. (2019). My Vision For Nursing. *Projetar Enfermagem*, 1, 10-13. Recuperado de <https://projetarenfermagem.pt/wp-content/uploads/2019/07/My-Vision-for-Nursing.pdf>
- Khumalo, I., Temane, Q., & Wissing, M. (2012). Socio-Demographic Variables, General Psychological Well-Being and the Mental Health Continuum in an African Context. *Social Indicators Research*, 105(3), 419-442. **DOI:** 10.1007/s11205-010-9777-2
- Lee, J. H., Nam, S. K., Kim, A., Kim, B., Lee, M. Y., & Lee, S. M. (2013). Resilience: A meta-analytic approach. *Journal of Counseling & Development*, 91(3), 269-279. **DOI:** 10.1002/j.1556-6676.2013.00095.x
- Pereira, A., Marques, M., Simões, S., & Cunha, M. (2016). Relação entre a inteligência espiritual e a saúde mental e física em idosos. *Revista Portuguesa de Investigação Comportamental e Social*, 2, 38–52. Recuperado de <https://rpics.ismt.pt/index.php/ISMT/article/view/18>
- Phukan D., & Dutta, M. (2017). Relationship between insight and spirituality in individuals with schizophrenia. *The International Journal of Indian Psychology*, 4(2), 53-63. **DOI:** 10.25215/0402.106
- Pinto, C., & Pais-Ribeiro, J. (2010). Avaliação da espiritualidade dos sobreviventes de cancro: implicações na qualidade de vida. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 49-56. Recuperado de http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0870-90252010000100006
- Roldão, L., Marques-Vieira, C., & José, H. (2013). *Espiritualidade e Bem-Estar Subjetivo em cuidadores familiares:*

Revisão Sistemática da Literatura. Lisboa: Trabalho apresentado na 3ª Conferência Internacional sobre Enfermagem Geriátrica, In Livro de atas do 3º Congresso Internacional da CIEG

Sarmiento, E., Pinto, P., & Monteiro, S. (2010). *Cuidar do Idoso - dificuldades dos cuidadores*. Coimbra: Formasau.

Simões, A., Ferreira, J., Lima, M., Pinheiro, M., Vieira, C., Matos, A., Oliveira, P., ... Albertina, L. (2000). O bem-estar subjectivo: estado actual dos conhecimentos. *Psicologia, Educação e Cultura*, 243-279. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/268035177_O_bem-estar_subjectivo_estado_actual_dos_conhecimentos

Watson, J. (2002). *Enfermagem: ciência humana e cuidar uma teoria de enfermagem*. Loures: Lusociência.

Weathers, E., Geraldine, M., & Coffey, A. (2016). Concept analysis of spirituality: An evolutionary approach. *Nursing Forum*, 51, 79–96. DOI: 10.1111/nuf.12128

Adesão terapêutica da pessoa com doença renal crónica em programa regular de hemodiálise

Treatment adherence in chronic kidney disease patients on a regular hemodialysis program

Sónia Belo Fernandes¹, Mário Gomes da Silva², Júlio Belo Fernandes³, Ana Almeida⁴

1. Doutora em *Intervención Psicológica en Educación, Salud y Calidad*; Mestre em Saúde Pública; Licenciada em Enfermagem.

2. Licenciado em Medicina - Especialista em Nefrologia.

3. Doutor em Ciências de Enfermagem; Doutor em *Intervención Psicológica en Educación, Salud y Calidad*; Mestre em Enfermagem. Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação.

4. Licenciada em Enfermagem.

Resumo

Enquadramento: A adesão terapêutica é crucial para o sucesso do tratamento na doença renal crónica pois contribui para a redução da taxa de morbilidade e mortalidade.

Objetivo: Identificar o nível de adesão terapêutica da pessoa com doença renal crónica em programa regular de hemodiálise, no serviço de Nefrologia e Hemodiálise da Clínica Girassol.

Metodologia: Estudo quantitativo, descritivo-correlacional, com aplicação de um questionário e monitorização de parâmetros bioquímicos, peso interdialítico e assiduidade às sessões de hemodiálise, durante um trimestre, a todas as pessoas com doença renal crónica, em programa regular de hemodiálise.

Resultados: Do total de inquiridos 75% referiram adesão à restrição hídrica, 70,8% ao regime alimentar e 62,5% à prescrição medicamentosa. Relativamente aos parâmetros bioquímicos 100% dos inquiridos apresentaram os valores de sódio sérico dentro dos considerados de adesão terapêutica, 95,8% para o fósforo sérico e 58,3% para o potássio sérico. Dos inquiridos 66,7% apresentaram valores médios de excesso de peso interdialítico dentro dos parâmetros considerados de adesão terapêutica, 97,9% apresentaram adesão às sessões de hemodiálise,

Conclusão: A adesão terapêutica das pessoas com doença renal crónica em programa regular de hemodiálise no serviço de Nefrologia e Hemodiálise da Clínica Girassol foi oscilou entre os 58,3% e os 100%.

Palavras-chave: adesão terapêutica; adesão do doente; doença renal crónica; hemodiálise

Abstract

Background: Patients adherence is crucial for the treatment success in chronic kidney disease. It contributes to the reduction of the morbidity and mortality rate.

Objective: To identify the treatment adherence level of chronic kidney disease patients on a regular program of hemodialysis in Luanda, Angola.

Methodology: Quantitative, descriptive correlational study, with questionnaire application and monitoring of biochemical parameters, interdialytic weight and attendance at hemodialysis sessions, in a period of 3 months in the entire population of chronic kidney disease patients on hemodialysis.

Results: Of all patients, 75% reported adherence to fluid restriction, 70.8% adherence to diet and 62.5% adherence to medication prescription. In biochemical parameters, 58.3% had serum potassium values considered within therapeutic adherence, 100% reached the values defined for serum sodium and 95.8% for serum phosphorus. Of the respondents 66.7% had average values of interdialytic excess weight within the parameters considered of therapeutic adherence and 97.9% of respondents showed adherence to hemodialysis sessions.

Conclusion: The treatment adherence of chronic kidney disease patients on a regular program of hemodialysis in Luanda, Angola fluctuated between 58,3% and 100%.

Keywords: treatment adherence; patient compliance; chronic kidney disease; hemodialysis units

Introdução

A doença renal crónica resulta de uma incapacidade irreversível dos rins para manter a homeostasia interna do organismo, devido a uma degradação da função renal, por destruição gradual e irreversível do parênquima renal. É uma doença progressiva, que numa fase avançada apresenta uma elevada taxa de morbidade e mortalidade. A terapêutica substitutiva da função renal surge como modalidade de tratamento no último estadió da doença renal crónica (National Kidney Foundation [NKF], 2019). Existem cerca de 850 milhões de pessoas em todo o mundo com problemas renais, das quais cerca de 2,5 milhões fazem hemodiálise (Sociedade Angolana de Nefrologia, 2018).

Apesar dos avanços tecnológicos na área da saúde, a hemodiálise continua a ser um substituto imperfeito do rim, para além de ser uma técnica difícil para a pessoa doente, requer restrições dietéticas e administração de terapêutica medicamentosa complementar, sendo de extrema importância a adesão terapêutica (Terra et al., 2010).

A adesão terapêutica é um indicador de qualidade dos cuidados de saúde. Torna-se por isso importante que o comportamento da pessoa na toma da medicação, no cumprimento de uma dieta e nas mudanças de comportamento no seu estilo de vida, coincidam com as

recomendações dos seus prestadores de cuidados de saúde (World Health Organization [WHO], 2003). A adesão terapêutica contribui para a diminuição do número de reinternamentos, consultas, consultas de urgência, consumo de medicamentos, promovendo a melhoria do estado de saúde da pessoa e evitando gastos em recursos humanos, materiais e medicamentos desnecessários, permitindo melhorar a gestão de utilização dos serviços de saúde. A não adesão ao regime terapêutico, no âmbito das doenças crónicas, é um problema mundial de grande magnitude, com graves repercussões na saúde das pessoas e, conseqüentemente, na sua qualidade de vida. Para além disso a não adesão terapêutica implica elevados custos económicos para o sistema de saúde (WHO, 2003).

Este estudo tem como objetivo identificar o nível de adesão terapêutica da pessoa com doença renal crónica em programa regular de hemodiálise, no serviço de Nefrologia e Hemodiálise da Clínica Girassol, em Luanda, Angola. Desta forma pretende-se conhecer a adesão terapêutica, com o intuito de elaborar um diagnóstico de situação, que permita delinear um planeamento estratégico no sentido de dirigir os cuidados de saúde prestados por forma a colmatar as possíveis falhas identificadas na adesão terapêutica.

Enquadramento

Em todo o mundo existem cerca de 850 milhões de pessoas com problemas renais, sendo que cerca de 2,5 milhões estão em programa regular de hemodiálise (Sociedade Angolana de Nefrologia, 2018). A população em Angola é de cerca de 25 789 024 de habitantes (Instituto Nacional de Estatística, [INE], 2016), dos quais estima-se existirem cerca de 28000 pessoas com doença renal crónica, estando em programa regular de hemodiálise 1621 pessoas, distribuídas por dez centros de hemodiálise em todo território nacional (Sociedade Angolana de Nefrologia, 2018).

A doença renal crónica é definida por anomalias estruturais ou funcionais do rim, com ou sem diminuição do ritmo de filtração glomerular, manifestada por alterações patológicas ou marcadores de lesão renal, incluindo alterações sanguíneas, urinárias ou exames de imagem (Fogarty, & Tall, 2012). Caracteriza-se por uma alteração permanente durante um período superior ou igual a três meses. É uma doença progressiva e numa fase avançada apresenta uma elevada taxa de morbilidade e mortalidade (NKF, 2019). A doença renal crónica pode ser provocada por uma doença primária do rim, como as glomerulonefrites ou rins poliquísticos, mas também é comum surgir como

complicação tardia de outra doença, como a hipertensão arterial e a diabetes mellitus ou ainda complicação de uma doença aguda como a malária (Sociedade Angolana de Nefrologia, 2018).

Independentemente da sua etiologia esta doença manifesta-se em cinco estadios. No início da doença os nefrónios que permanecem saudáveis compensam os que vão sendo destruídos e raramente surgem sinais e sintomas. Nesta fase a doença permanece silenciosa, sendo detetada casualmente. Com o evoluir da situação, a capacidade de adaptação do rim começa a falhar, os produtos tóxicos acumulam-se no organismo surgindo os primeiros sinais e sintomas da doença. A doença renal crónica é quantificada mediante a taxa de filtração glomerular (Tall, & Brenner, 2012).

Na fase inicial da doença o tratamento tem como objetivo atrasar a sua evolução, recorrendo-se à utilização de fármacos, uma dieta rigorosa, vigilância da tensão arterial e das análises laboratoriais. Numa fase posterior, iniciam-se medidas terapêuticas de forma a manter o equilíbrio interno do organismo nos valores aceitáveis e diminuir os distúrbios provocados pela doença renal nos diversos órgãos (NKF, 2019).

A terapêutica substitutiva da função renal surge como modalidade de tratamento no último estadio da doença renal crónica, sendo a hemodiálise a mais comumente utilizada. Porém também existe a diálise

peritoneal e o transplante renal (Fogarty, & Tall, 2012).

O conceito de diálise foi introduzido por Thomas Graham, em 1861. Todavia as primeiras descrições da utilização da terapêutica dialítica na doença renal aguda surgiram em 1924. Apenas a partir de 1960 foi utilizada regularmente no tratamento na doença renal crónica.

A hemodiálise é uma técnica terapêutica substitutiva da função renal que utiliza um processo de difusão através de uma membrana semipermeável pela qual são retirados metabólicos tóxicos acumulados no sangue, tais como, ureia, creatinina, ácido úrico, entre outros, e as substâncias em excesso no organismo tais como água, potássio, sódio e fósforo. Permite ainda a reposição de substâncias em carência no organismo tais como o cálcio e bicarbonato e corrigir a anemia (NKF, 2019). Teve início em Angola no ano 2000 e é a modalidade de tratamento mais utilizada. A diálise peritoneal é destinada apenas a uma pequena percentagem de pessoas com doença renal crónica. Ainda não se realizam transplantes renais no país. Atualmente existem dez centros de hemodiálise, distribuídos por quatro das dezoito províncias do país, nomeadamente seis em Luanda, dois em Benguela, um em Malanje e um no Huambo (Sociedade Angolana de Nefrologia, 2018).

Para além da realização das sessões de hemodiálise, as pessoas com doença

renal em estadio 5 têm ainda que cumprir um plano terapêutico, que inclui um regime alimentar adequado, restrição hídrica e terapêutica medicamentosa complementar (Terra et al., 2010).

A adesão às restrições dietéticas constitui um dos fatores mais relevantes para o sucesso do tratamento da pessoa com doença renal crónica (Lins et al., 2018; Naalweh et al., 2017).

Tem como objetivo a prevenção da desnutrição e a minimização da toxicidade urémica (Silva, 2011). A dieta deve ser restrita em potássio, sódio, fósforo e líquidos (Fouque, & Mitch, 2012). A restrição diária de potássio deve-se ao risco de hipercaliémia que em situações extremas, pode provocar uma situação de paragem cardíaca. A restrição diária de sódio deve depender do volume da diurese residual, quando este é baixo ou inexistente esta restrição é crucial, uma vez que pode conduzir ao aumento de peso interdialítico e, conseqüentemente, a edemas, hipertensão arterial e insuficiência cardíaca. A hiperfosfatémia contribui para o hiperparatiroidismo secundário e para a osteodistrofia renal, devendo a ingestão de fósforo ser restrita.

A ingestão total de líquidos deve ser cerca de 500 ml, mais o volume da diurese residual, caso exista. O incumprimento desta restrição pode causar ganho excessivo de peso interdialítico e conseqüentemente alterações da

tolerância às sessões de hemodiálise (Fouque, & Mitch, 2012; Silva, 2011).

De acordo com a WHO (2003), a evolução da doença crónica depende da forma como a pessoa doente se envolve e adere ao tratamento. A adesão terapêutica implica que o comportamento da pessoa, na toma da medicação, no cumprimento de uma dieta e nas mudanças no seu estilo de vida, coincidam com as recomendações dos seus prestadores de cuidados de saúde.

A primeira referência à importância do cumprimento às prescrições médicas foi feita por Hipócrates no século IV a.C., quando este percebeu que as pessoas doentes não diziam a verdade sobre o cumprimento dos tratamentos médicos prescritos (Vermeire, Hearnshaw, Van, & Denekens, 2001). Todavia, foi Haynes que desenvolveu este conceito em 1970, face às repercussões da não adesão terapêutica na qualidade de vida das pessoas doentes, às elevadas taxas de mortalidade e morbilidade das pessoas com doença crónica e ao aumento de gastos dos sistemas de saúde (Vermeire et al., 2001; WHO, 2003).

Segundo a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem, o conceito de adesão é definido como

Ação auto iniciada para promoção do bem-estar, recuperação e reabilitação, seguindo as orientações sem desvios, empenhado num conjunto de ações ou comportamentos. Cumpre o regime de tratamento, toma os medicamentos como

prescrito, muda o comportamento para melhor, sinais de cura, procura os medicamentos na data indicada, interioriza o valor de um comportamento de saúde e obedece às instruções relativas ao tratamento (International Council of Nurses, 2018, p.3).

Leite e Vasconcellos (2003), referem que existe adesão terapêutica quando são seguidas pelo menos 80% das prescrições no seu total. O problema da não adesão terapêutica é preponderante nas pessoas com doença crónica. Estima-se que a taxa de adesão ao tratamento nos países desenvolvidos, seja em média de 50%, sendo mais baixa nos países subdesenvolvidos. A não-adesão é considerada como um problema mundial de magnitude impressionante (WHO, 2003).

O plano de tratamento das pessoas com doença renal crónica submetidas a hemodiálise é complexo, tem várias vertentes e requer mudanças de comportamento no seu estilo de vida. Para além do cumprimento do tratamento dialítico é necessário cumprir um regime alimentar, hídrico e medicamentoso.

Na doença renal crónica, a adesão terapêutica é avaliada segundo uma variedade de fatores, que oscilam de autor para autor. Contudo os que reúnem maior consenso são, o cumprimento da restrição hídrica, a assiduidade às sessões de hemodiálise, a avaliação dos valores analíticos pré hemodiálise de potássio, sódio e fósforo e o ganho de

peso interdialítico (Lins et al., 2018; Naalweh et al., 2017).

Segundo Denhaerynck et al. (2007), as pessoas com doença renal crónica em programa regular de hemodiálise são consideradas não aderentes quando apresentam ganho de peso interdialítico superior a 2 kg; valores séricos pré dialíticos de potássio superiores a 5,5 mEq/l, de sódio superiores a 145 mEq/l e de fósforo superiores a 5,6 mg/dl e incumprimento das sessões de hemodiálise, com mais do que uma falta por mês.

Objetivos

Identificar o nível de adesão terapêutica da pessoa com doença renal crónica em programa regular de hemodiálise, no serviço de Nefrologia e Hemodiálise da Clínica Girassol em Luanda, Angola.

Objetivos específicos

Identificar o nível de adesão terapêutica da pessoa com doença renal crónica em programa regular de hemodiálise relativamente ao novo regime alimentar.

Identificar o nível de adesão terapêutica da pessoa com doença renal crónica em programa regular de hemodiálise relativamente à restrição hídrica.

Identificar o nível de adesão terapêutica da pessoa com doença renal crónica em programa regular de hemodiálise

relativamente ao cumprimento da medicação.

Identificar o nível de adesão terapêutica da pessoa com doença renal crónica em programa regular de hemodiálise relativamente ao cumprimento das sessões de hemodiálise.

Identificar os dados bioquímicos da pessoa com doença renal crónica em programa regular de hemodiálise.

Identificar a relação entre a adesão terapêutica da pessoa com doença renal crónica em programa regular de hemodiálise e as variáveis independentes do estudo.

Metodologia

A metodologia selecionada para a realização deste estudo foi uma abordagem quantitativa, descritiva correlacional. O estudo foi realizado na Clínica Girassol, em Luanda, Angola. Trata-se da clínica privada com maior projeção em Angola, subsidiária da Sonangol, empresa petrolífera angolana, fundada a 4 de setembro de 2008. O serviço de Nefrologia e Hemodiálise foi inaugurado a 4 de setembro de 2010. A população que recorre a esta instituição é constituída maioritariamente por funcionários e familiares da empresa Sonangol e das suas subsidiárias, mas também por pessoas a título particular e detentores de seguros com quem a clínica tem convenções. A população em estudo

foi constituída por todas as pessoas com doença renal crónica que realizaram hemodiálise no serviço durante o tempo estipulado para a realização do estudo, que foi um trimestre. Foram considerados critérios de exclusão do estudo, não saber ler nem escrever em português e ter idade inferior a 18 anos. Foram inquiridas 48 pessoas.

Optou-se por utilizar um questionário autoadministrado, monitorizar os valores bioquímicos mensais do sódio, potássio e fósforo, o valor médio mensal de ganho de peso interdialítico e a assiduidade às sessões de hemodiálise (Lins et al., 2018; Naalweh et al., 2017). Assim sendo, os dados para a realização do estudo foram colhidos em duas etapas. Na primeira etapa o instrumento de colheita de dados selecionado foi o questionário autoadministrado. Importa realçar que o questionário foi devidamente validado através da aplicação de um pré-teste. Na primeira parte do questionário foram apresentadas questões de escolha múltipla e resposta rápida, que tiveram como intuito caracterizar a população. Na segunda parte foram colocadas questões de escolha múltipla para avaliar a perceção que o inquirido tem acerca da sua adesão terapêutica. Os questionários foram entregues para preenchimento no início da cada sessão de hemodiálise e a média de preenchimento foi de 15 minutos. Na segunda etapa do estudo foi efetuada a monitorização dos parâmetros

bioquímicos, do peso interdialítico e da assiduidade às sessões de hemodiálise de todos os inquiridos durante um trimestre. Os valores analíticos de potássio, sódio e fósforo são indicadores da adesão à dieta prescrita e os valores de fósforo são ainda um indicador da adesão à toma da medicação prescrita. O valor médio mensal de ganho de peso interdialítico foi um indicador da adesão à restrição hídrica (Denhaerynck et al., 2007; Lins et al., 2018; Naalweh et al., 2017).

Procedimentos éticos

A recolha dos dados foi realizada após a devida autorização da Clínica Girassol. De forma a garantir o consentimento informado dos inquiridos anexou-se ao questionário a informação acerca da finalidade do estudo, da voluntariedade da participação e da garantia de confidencialidade dos dados.

Resultados

Após análise dos resultados concluiu-se que do total de inquiridos 60,4% pertenciam ao sexo masculino e 39,6% ao género feminino. A média de idades foi de 50,5 anos, com um desvio padrão de 15,7 anos. A moda foi ter 59 anos, a idade máxima foi de 70 anos e a idade mínima foi de 20 anos. No que se refere à escolaridade, 25% dos inquiridos

completaram a sexta classe, 22,9% o 1º ciclo do ensino secundário, 29,2% completaram o 2º ciclo do ensino secundário e 22,9% o ensino superior. Quanto à atividade profissional, 66,7% eram ativos. Relativamente ao agregado familiar, a moda foi ser composto por 5 elementos e a média por 6,1 elementos. No que concerne ao tempo de realização de hemodiálise, o tempo médio de tratamento dialítico foi de 36,9 meses, com um desvio padrão de 30,4 meses. O tempo mínimo foi de 5 meses e o máximo de 144 meses.

Em relação aos conhecimentos sobre a doença, 43,7% dos inquiridos referiram possuir conhecimentos elevados sobre a sua doença, 47,9% referiram ter conhecimentos moderados e 8,4% insuficientes.

No que se refere à mudança de comportamentos no seu dia-a-dia após o início do tratamento hemodialítico, 75,1% dos inquiridos referiram ter efetuado mudanças elevadas, 16,6% mudanças moderadas e 8,3% poucas mudanças.

Considerando a adesão ao novo regime alimentar e respondendo ao primeiro objetivo específico, verificou-se que 70,8% dos inquiridos referiram adesão ao novo regime alimentar e 29,2% referiram não adesão ao novo regime alimentar.

Relativamente à adesão à restrição hídrica, e dando resposta ao segundo objetivo específico, observou-se que 75% dos inquiridos referiram adesão ao

cumprimento da restrição de líquidos e 25% referiram não adesão ao cumprimento da restrição hídrica.

No que concerne à adesão ao regime medicamentoso e em resposta ao terceiro objetivo específico, constatou-se que 62,5% dos inquiridos referiram adesão à prescrição medicamentosa e 37,5% referiram não adesão ao cumprimento do regime medicamentoso prescrito.

De modo a responder ao quarto objetivo específico, monitorizou-se o cumprimento das sessões de hemodiálise e aferiu-se que 97,9% dos inquiridos apresentaram uma adesão elevada, com um registo inferior ou igual a uma falta por mês. Importa realçar que 58,3% dos inquiridos que participaram no estudo cumpriram rigorosamente as sessões de hemodiálise durante todo o trimestre.

Para dar resposta ao quinto objetivo específico, monitorizou-se os valores analíticos dos participantes no estudo durante um trimestre e verificou-se que 58,3% dos inquiridos que participaram no estudo apresentaram valores de potássio sérico dentro dos parâmetros considerados de adesão terapêutica. Importa realçar que foram considerados valores de adesão terapêutica níveis de potássio sérico inferior ou igual a 5,5 mEq/l. No que concerne aos valores de sódio, 100% dos inquiridos apresentaram valores de sódio sérico dentro dos parâmetros considerados de adesão terapêutica. Foram considerados valores

de adesão terapêutica níveis de sódio sérico inferior ou igual a 145 mEq/l. Em relação ao fósforo, 95,8% dos inquiridos que participaram no estudo apresentaram valores de fósforo sérico dentro dos parâmetros considerados de adesão terapêutica. Foram considerados valores de adesão terapêutica níveis de fósforo sérico inferior ou igual a 5,6 mg/dl.

Relativamente ao peso interdialítico, observou-se que 66,7% dos inquiridos apresentaram valores dentro dos parâmetros considerados de adesão terapêutica. Foram considerados valores de adesão terapêutica um ganho médio de peso interdialítico inferior ou igual a 2 kg.

Dando resposta ao objetivo geral deste estudo, pode-se afirmar que a adesão terapêutica das pessoas com doença renal crônica em programa regular de hemodiálise no serviço de Nefrologia e Hemodiálise da Clínica Girassol oscilam entre os 58,3% e os 100%.

Após obtenção destes resultados e de modo a responder ao sexto objetivo específico, analisou-se a existência de relação entre as variáveis em estudo. Verificou-se a existência de relação estatisticamente significativa entre a variável adesão terapêutica e as variáveis:

- Escolaridade dos inquiridos ($r=0,587$; $p<0,01$), verificou-se que quem apresentou maior adesão terapêutica foram os inquiridos com maior nível de escolaridade;

- Género dos inquiridos ($t= -3$; $p=0,01$), apurou-se que quem referiu maior adesão foram os inquiridos do género masculino;
- Tempo de hemodiálise ($r= - 0,501$; $p<0,01$), constatou-se que quem realiza hemodiálise há menos tempo apresentou maior adesão terapêutica;
- Conhecimentos sobre a doença, ($r=0,823$; $p<0,01$), aferiu-se que quem apresentou maior adesão terapêutica foram os inquiridos que referiram possuir mais conhecimentos sobre a sua doença;
- Mudança de comportamento ($r=0,587$; $p<0,01$), observou-se que quem apresentou maior adesão terapêutica foram os inquiridos que manifestaram maior mudança de comportamento no seu dia-a-dia.

Existe ainda uma correlação estatisticamente significativa entre as variáveis conhecimentos sobre a doença e mudança de comportamento no seu dia-a-dia, sendo que os inquiridos que referiram maior mudança de comportamento no seu dia-a-dia foram os inquiridos com mais conhecimentos sobre a sua doença ($r=0,823$; $p<0,01$).

Discussão

Os resultados encontrados mostram que a população inquirida pertence maioritariamente ao sexo masculino,

60,4%, estando em consonância com os dados nacionais, que de acordo a Sociedade Angolana de Nefrologia (2018), 62% das pessoas com doença renal crónica em programa regular de hemodiálise em Angola pertencem ao sexo masculino.

Aferiu-se uma correlação estatisticamente significativa entre a adesão terapêutica e o nível de escolaridade dos inquiridos. Bugalho e Carneiro (2004), verificaram maior adesão terapêutica em pessoas com maior nível de escolaridade. Contrariando estes resultados a WHO (2003), refere que o nível de escolaridade não tem sido claramente associado à adesão. Zrinyi et al. (2003), não verificaram relação estatisticamente significativa entre estas variáveis.

No que se refere à relação entre as variáveis adesão terapêutica e o género, quem apresentou maior adesão foram os inquiridos do género masculino. Porém a WHO (2003), refere que o género não tem sido associado à adesão. Cabral e Silva (2010), verificaram que o género do inquirido não foi preditor de adesão terapêutica.

Não se identificou relação entre a adesão terapêutica e a idade dos inquiridos, o que vai de encontro aos dados da WHO, que referem que a idade não tem sido associada à adesão (WHO, 2003).

Quanto às variáveis adesão terapêutica e atividade profissional, também não se aferiu relação. Estes dados são

corroborados nos estudos desenvolvidos por Zrinyi et al. (2003) e Cabral e Silva (2010), que também não encontraram diferenças estatisticamente significativas entre estas variáveis. Segundo a WHO (2003), a atividade profissional não tem sido claramente associada à adesão. Porém, Bugalho e Carneiro (2004), referem em seus estudos que a atividade profissional influencia a adesão terapêutica.

Relativamente à variável agregado familiar, neste estudo também não foi identificada relação. O estudo realizado por Cabral e Silva (2010) corrobora estes resultados.

Verificou-se uma relação entre as variáveis adesão terapêutica e tempo de realização de hemodiálise. Terra et al. (2010), aferiram que o tempo de tratamento contribui para um menor cumprimento do tratamento. Todavia Zrinyi et al. (2003), não encontraram, no seu estudo, relação estatisticamente significativa entre estas variáveis.

Em relação à adesão à restrição hídrica, 75% dos inquiridos referiram adesão ao cumprimento da restrição de líquidos. Os resultados deste estudo são superiores aos encontrados por Lee e Molassiotis (2002) e Denhaerynck et al. (2007), que identificaram valores de não adesão ao cumprimento da restrição hídrica entre os 30% e 70%.

Monitorizou-se o peso dos inquiridos entre as sessões de hemodiálise, dado que o

ganho de peso interdialítico é um indicador de adesão à restrição hídrica e concluiu-se que 66,7% dos inquiridos apresentaram valores dentro dos parâmetros considerados de adesão terapêutica. Este resultado é inferior aos resultados de adesão obtidos no autorrelato dos inquiridos em relação ao cumprimento da restrição hídrica. Estes dados estão em consonância com os obtidos por Christensen, Moran, Wiebe, Ehlers e Lawton (2002). De acordo com estes autores os índices de não adesão à restrição de fluídos variam entre 30 a 60%. É importante salientar que não tivemos em consideração a quantidade de urina produzida diariamente pelos inquiridos, uma vez que não houve colaboração destes neste sentido. No entanto, a avaliação do cumprimento da restrição hídrica é um ponto a ter em consideração no futuro.

A adesão dos inquiridos ao novo regime alimentar foi avaliada através do autorrelato e da monitorização dos níveis de potássio, sódio e fósforo séricos. No autorrelato 70,8% dos inquiridos referiram adesão ao novo regime alimentar. Contudo em relação aos valores do potássio sérico apenas 58,3% dos participantes no estudo apresentaram valores dentro dos parâmetros considerados de adesão terapêutica. Os resultados obtidos em relação aos parâmetros de potássio sérico demonstram níveis de adesão similares

aos obtidos no estudo de Lee e Molassiotis (2002), porém inferiores aos apresentados por Denhaerynck et al. (2007). Este será igualmente um aspeto a destacar no plano de intervenção.

No que concerne aos valores de sódio, 100% dos inquiridos que participaram no estudo apresentaram valores de sódio sérico dentro dos parâmetros considerados de adesão terapêutica. Em relação ao fósforo, 95,8% dos inquiridos apresentaram valores de fósforo sérico dentro dos parâmetros considerados de adesão terapêutica, resultados que são similares aos identificados na investigação realizada por Durose, Holdsworth, Watson e Przygodzka (2004).

No que se refere à adesão ao regime medicamentoso, 62,5% dos inquiridos referiram adesão à prescrição medicamentosa. Estes resultados estão em consonância com os aferidos por Kilbourne, Good, Sereika, Justice e Fine (2005), que relatam 34,9% de não adesão em seu estudo.

Existe uma correlação estatisticamente significativa entre as variáveis adesão terapêutica e conhecimentos sobre a doença, entre as variáveis adesão terapêutica e mudança de comportamento e ainda entre as variáveis conhecimentos sobre a doença e mudança de comportamento no seu dia-a-dia.

Neste estudo os conhecimentos sobre a doença foram preditores da adesão terapêutica e conduziram a mudanças de

comportamentos no dia-a-dia dos inquiridos que se traduziram em maior nível de adesão. Bugalho e Carneiro (2004), referem nos seus estudos que o nível de educação, os conhecimentos ou esclarecimento das pessoas face aos cuidados do seu tratamento, as perceções relativas à doença e as suas atitudes podem influenciar a adesão terapêutica.

A adesão terapêutica das pessoas com doença renal crónica que realizam hemodialise no serviço de Nefrologia e Hemodiálise da Clínica Girassol oscilam entre os 58,3% e os 100%, a não adesão oscila entre os 0% e os 41,7%. De acordo com Christensen (2002), os índices de não adesão variam entre os 30% e os 70%. Haynes, McDonald, Garg e Montague (2002), referem que de uma forma geral a taxa de não adesão em doentes submetidos a terapias de longo prazo tem sido de 50%.

Conclusão

As doenças crónicas têm consequências importantes na vida pessoal, familiar e social das pessoas, tendo também repercussões nos gastos económicos do serviço de saúde.

É importante conhecer a adesão terapêutica das pessoas doentes para que se possam promover medidas no sentido de a melhorar, quer a nível geral, como por exemplo em questões de acessibilidade aos apoios sociais,

medicamentos e tratamentos, quer a um nível mais específico, analisando a origem de comportamentos prejudiciais à saúde, incutindo alterações no estilo de vida das pessoas e analisando se as estratégias que se utilizam na prestação de cuidados produzem o efeito desejado.

A adesão terapêutica dos participantes deste estudo em relação às diferentes variáveis contempladas oscilou entre os 58,3% e os 100%.

Considera-se os resultados obtidos neste estudo positivos. Como já foi referido no capítulo anterior, foram identificados alguns pontos que necessitam de ser intervencionados, para que seja possível melhorar os níveis de adesão e caminhar no sentido da excelência.

A realização desta investigação permitiu identificar o nível de adesão terapêutica dos participantes no estudo e conhecer os pontos críticos que necessitam de intervenção de forma a ser ultrapassados. Isto é, com a realização deste trabalho elaborou-se um diagnóstico de situação atual e pertinente que possibilitou não só conhecer a adesão terapêutica, mas também delinear um planeamento estratégico no sentido de direcionar a prestação de cuidados de modo a melhorá-la.

Referências Bibliográficas

- Bugalho, A., & Carneiro, A. V. (2004). *Intervenções para aumentar a adesão terapêutica a em patologias crônicas*. Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.
- Cabral, M. V., & Silva, P. (2010). *A Adesão à terapêutica em Portugal: Atitudes e comportamentos da população portuguesa perante as prescrições médicas*. Lisboa: Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa.
- Christensen, A. J., Moran, P. J., Wiebe, J. S., Ehlers S., & Lawton, W. J. (2002). Effect of a behavioral self-regulation intervention on patient adherence in hemodialysis. *Health Psychology*, 21, 393-397. **DOI:** 10.1037//0278-6133.21.4.393
- Denhaerynck, K., Manhaeve, D., Dobbels, F., Garzoni, D., Nolte, C., & De Geest, S. (2007). Prevalence and consequences of nonadherence to hemodialysis regimens. *American Journal Critical Care*, 16 (3), 222-235. Recuperado de <http://ajcc.aacn-journals.org/content/16/3/222.full.pdf+html>
- Durose, C., Holdsworth, M., Watson, V., & Przygodzka, F. (2004). Knowledge of dietary restrictions and the medical consequences of non-compliance by patients on hemodialysis are not predictive of dietary compliance. *Journal of American Dietetic Association*, 104, 34-41. **DOI:** 10.1016/j.jada.2003.10.016
- Fogarty, D. F., & Tall, M. W. (2012). A stepped care approach to the management of chronic kidney disease. In *Brenner & Rector's - The kidney*. Philadelphia. USA. Elsevier Saunders.
- Fouque, D., & Mitch, W. E. (2012). Dietary approaches to kidney disease. In *Brenner & Rector's - The kidney*. Philadelphia. USA. Elsevier Saunders.
- Haynes, R. B., McDonald, H., Garg, A. X., & Montague, P. (2002). Interventions for helping patients to follow prescriptions for medications. *Cochrane Database of Systematic Reviews*.
- Instituto Nacional de Estatística. (2016). *Resultados definitivos do recenseamento geral da população e de habitação de Angola 2014*. Luanda, Angola: Instituto Nacional de Estatística.
- International Council of Nurses. (2018). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem 2*. Genebra: International Council of Nurses. Recuperado de https://www.inc.ch/sites/default/files/inline-files/icnp-Portuguese_translation.pdf.
- Kilbourne, A.M., Good, C.B., Sereika, S.M., Justice, A.C., & Fine, M.J. (2005). Algorithm for assessing patients' adherence to oral hypoglycemic medication. *American Journal of Health-System Pharmacy*, 62, (2), 198-204. **DOI:** 10.1093/ajhp/62.2.198
- Lee, S. H., & Molassiotis, A. (2002). Dietary and fluid compliance in Chinese

- hemodialysis patients. *International Journal of Nursing Studies*, 39, 695-704. **DOI:** 10.1016/s0020-7489(02)00007-x
- Leite, S., & Vasconcellos, M. (2003). Adesão à terapêutica medicamentosa: elementos para a discussão de conceitos e pressupostos adoptados na literatura. *Ciência e Saúde Colectiva*, 8(3), 775-782. **DOI:** 10.1590/S1413-81232003000300011.
- Lins, S. M., Leite, J. L., Godoy, S., Tavares, J. M., Rocha, R. G., & Silva, F.V. (2018). Adesão de portadores de doença renal crônica em hemodiálise ao tratamento estabelecido. *Acta Paul Enferm*, 31(1), 54-60. **DOI:** 10.1590/1982-0194201800009
- Naalweh, K. S., Barakat, M. A., Sweileh, M. W., Al-Jabi, S. W., Sweileh, W. M., & Zyoud, S. H. (2017). Treatment adherence and perception in patients on maintenance hemodialysis: a cross - sectional study from Palestine. *BMC nephrology*, 18(1), 178. **DOI:**10.1186/s12882-017-0598-2
- National Kidney Foundation. (2019). *KDOQI Clinical Practice Guidelines for Chronic Kidney Disease: Definition and classification of stages of chronic kidney disease*. National Kidney Foundation. Recuperado de http://www.kidney.org/professionals/KDOQI/guidelines_ckd/p2_background.htm.
- Silva, M. (2011). Estado nutricional dos doentes em hemodiálise. In *fresenius medical care – Manual de hemodiálise para enfermeiros*. 185-204. Lisboa: Almedina.
- Sociedade Angolana de Nefrologia. (2018). *Relatório anual*. Luanda, Angola: Sociedade Angolana de Nefrologia.
- Tall, W. M., & Brenner, B. M. (2012). Adaptation to nephron loss and mechanisms of progression in chronic kidney disease. In *Brenner & Rector's - The kidney*. Philadelphia. EUA: Elsevier Saunders.
- Terra, F., Costa, A., Figueiredo, E., Morais, A., Costa, M., & Costa, R. (2010). Adesão ao tratamento farmacológico de uso diário de pacientes renais crônicos submetidos à hemodiálise. *Revista Brasileira Clínica Médica*, 8(2), 119-124. Recuperado de <http://files.bvs.br/upload/S/1679-1010/2010/v8n2/a006.pdf>
- Vermeire, E., Hearnshaw, H., Van Royen, P., & Denekens, J. (2001). Patient adherence to treatment: three decades of research - A comprehensive review. *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics*. 26(5), 331-342. **DOI:** 10.1046/j.1365-2710.2001.00363.x
- World Health Organization. (2003). *Adherence to long-term therapies: evidence for action*. Genebra: World Health Organization. Recuperado de <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42682/9241545992.pdf;jsessionid=1>

69CACA7049FFA226B6ACE6B0F693830
?sequence=1

Zrinyi, M., Juhasz, M., Balla, J., Katona,
E., Ben, T., Kakuk, G., & Pall, D. (2003).

Dietary self-efficacy: determinant of
compliance behaviours and biochemical
outcomes in haemodialysis patients.
Nephrology Dialysis Transplantation, 18,
1869-1873. **DOI:** 10.1093/ndt/gfg307

Prevenção de quedas em clientes hospitalizados

Preventing falls in hospitalised patients

Júlio Belo Fernandes¹, Ana Chalaça², Ana Raquel Freire², Maria Violante Nunes³

1. Doutor em Ciências de Enfermagem; Doutor em *Intervención Psicológica en Educación, Salud y Calidad*; Mestre em Enfermagem; Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação.

2. Licenciada em Enfermagem.

3. Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação.

Resumo

Enquadramento: As quedas têm consequências físicas e psicológicas graves, que conduzem ao aumento do risco de dependência da pessoa e à diminuição significativa da sua qualidade de vida. Implicam custos económicos e sociais importantes, contribuindo a nível institucional para o aumento do tempo de internamento, dos encargos associados aos recursos humanos e materiais e a exames complementares de diagnóstico.

Objetivo: Reduzir a ocorrência de queda de clientes hospitalizados no serviço de medicina interna.

Metodologia: Foram realizadas sessões de formação à equipa de enfermagem, com foco na problemática das quedas, que conduziram à sistematização do processo de intervenção com o cliente em risco de queda.

Resultados: Durante o desenvolvimento deste projeto aferiu-se um aumento na taxa de efetividade na prevenção de quedas de 93,3% para 97,4%. A nível da taxa de prevalência de quedas de clientes hospitalizados verificou-se uma diminuição, evoluindo de 6,7% para 2,6%. Em relação à incidência de quedas constatou-se igualmente uma diminuição, passando de 5,2 para 3,3 quedas por 1000 camas ocupadas por dia.

Conclusão: A implementação de programas de prevenção do risco de queda promovem uma prestação de cuidados dirigida para a segurança dos clientes, levando à eliminação ou redução dos fatores de risco e conseqüentemente à diminuição da ocorrência do fenómeno.

Palavras-chave: prevenção de acidentes; acidentes por quedas; clientes; hospital

Abstract

Background: Falls have serious physical and psychological consequences that leads to increased risk of dependence and a significant decrease in their quality of life. They entail significant economic and social costs, contributing at an institutional level to the increase in hospitalisation time, human resources, materials and complementary diagnostic exams.

Objective: Decrease patient falls in a medical inpatient unit.

Methodology: The nursing team received training focusing on patient falls that led to the systematisation of their intervention with the patient at risk of falling

Results: During the development of this project there was an increase in the falls prevention effectiveness rate from 93.3% to 97.4%. The inpatient falls prevalence rate there was a decrease from 6.7% to 2.6%. Regarding the patient falls incidences, it was also observed that a decrease occurred from 5.2 to 3.3 falls per 1000 beds/day.

Conclusion: The implementation of fall prevention programs promotes a care delivery aimed at patient safety, leading to the elimination or reduction of risk factors and consequently the decrease of in-patients falls.

Keywords: accident prevention; accidental falls; patients; hospital

Introdução

As quedas são um grave problema de saúde pública (Despacho n.º 1400-A, 2015; World Health Organization [WHO], 2007). A sua prevenção é encarada como um indicador de qualidade em saúde (WHO, 2008), estando contemplada no Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020, como um dos objetivos estratégicos (Despacho n.º 1400-A, 2015).

A queda é definida como uma descida rápida do corpo de um nível superior para um nível inferior devido a desequilíbrio, desmaio ou incapacidade para sustentar pesos e permanecer na vertical (Ordem dos Enfermeiros, 2011).

As quedas implicam consequências físicas e psicológicas graves que conduzem ao aumento do risco de dependência da pessoa, bem como custos económicos e sociais importantes. A nível institucional as consequências das quedas englobam o aumento do tempo de internamento e dos encargos associados aos recursos humanos e materiais e a meios complementares de diagnóstico. Na comunidade contribuem para uma diminuição significativa da qualidade de vida da pessoa e família (Fernandes, & Almeida, 2017; Saraiva et al., 2008).

No âmbito do programa Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, promovido pela Ordem dos Enfermeiros em regime de parceria, o Serviço de

Medicina Interna (SMI) de um Centro Hospitalar assumiu o compromisso de identificar problemas emergentes, suscetíveis de resolução ou melhoria. A queda de clientes hospitalizados foi assim identificada como uma dessas problemáticas.

Identificado o problema, foi solicitado aos gestores de risco do serviço a realização de um diagnóstico de situação e a definição de estratégias que permitissem a diminuição da ocorrência de quedas. Foi desenvolvido o projeto de prevenção de quedas, onde foram identificados fatores associados à queda de clientes. Com base nessa informação elaborou-se um modelo de intervenção da equipa de enfermagem, que visou a redução dessa problemática durante o período de hospitalização.

Com a realização deste artigo pretende-se descrever as ações desenvolvidas pelos profissionais do SMI, após a identificação da magnitude da problemática e demonstrar que a implementação do projeto foi uma aposta na consolidação de boas práticas de enfermagem e na busca de soluções que permitam responder às exigências de cuidados.

Enquadramento

O fenómeno da queda é um grave problema de saúde pública, sendo que a nível mundial, 37.3 milhões de pessoas recorrem anualmente aos serviços de

saúde devido a uma lesão provocada por queda e, dessas ocorrências, 424.000 têm consequências fatais (WHO, 2016).

Em pessoas que estão institucionalizadas a incidência e prevalência de quedas variam de estudo para estudo, não sendo consensual se são superiores ou inferiores comparativamente com as mesmas taxas avaliadas em pessoas que vivem na comunidade. No entanto, de acordo com a WHO (2007), o número de quedas verificado em pessoas institucionalizadas é superior, comparativamente com as que residem na comunidade.

Em Portugal, um estudo realizado por Fernandes e Almeida (2017) identificou a nível hospitalar uma incidência de 5,2 quedas por cada 1.000 camas ocupadas por dia de internamento. Estes resultados estão em consonância com estudos realizados por Costa-Dias (2014) que verificou incidências de 5,6 e 6,15 quedas por cada 1.000 camas ocupadas por dia, em serviços de internamento.

As quedas têm consequências graves a nível físico e psicológico, contribuindo para a diminuição da capacidade funcional da pessoa e, consequentemente, da sua qualidade de vida. A nível institucional têm repercussões no aumento do tempo de internamento, dos encargos associados aos recursos humanos, materiais e exames complementares de diagnóstico

(Fernandes, & Almeida, 2017; Saraiva et al., 2008).

Nos sistemas de saúde a ocorrência da queda implica custos económicos devido ao aumento do tempo de hospitalização, com consequente acréscimo de intervenções adicionais e ceticismo relativamente à qualidade dos cuidados de enfermagem prestados e à responsabilidade dos profissionais (Simpson, Rosenthal, Cumbler, & Likosky, 2013).

O Ministério da Saúde refere que o impacto financeiro das quedas nos sistemas de saúde está a aumentar. Em 2006, estimou um custo médio de 2900€ por cada episódio de queda com lesão, envolvendo pessoas com idade igual ou superior a 65 anos. Apesar da queda sem lesão ser a que acarreta menor custo, o facto de ocorrer em maior número leva a que na sua totalidade seja a que mais custos representa para os hospitais (Despacho n.º 1400-A, 2015).

Ao analisar os custos que o fenómeno das quedas acarreta, não nos podemos centrar apenas em custos financeiros, pois existe um custo humano. A queda pode causar angústia, ansiedade, dor, traumatismo, diminuição da autoestima e perda da independência. Inicia-se assim um ciclo onde a ptofobia leva a uma diminuição na mobilidade, diminuição da autoconfiança na deambulação, com consequente aumento da dependência e diminuição da qualidade de vida que, em

alguns casos, termina com a institucionalização da pessoa (Gomes, Marques, Leal, & Barros, 2014; Healey, & Darowski, 2012).

Nos profissionais de saúde a queda provoca ansiedade, interferindo na confiança e autoestima sempre que uma pessoa sofre lesões resultantes da mesma (Johansson, Bachrach-Lindstrom, Struksnes, & Hedelin, 2009).

Para prevenir a ocorrência da queda é fundamental identificar os fatores de risco existentes, pois somente através desse conhecimento é possível intervir, de modo a eliminar ou minimizar a sua influência (Fernandes, & Almeida, 2017).

O fenómeno da queda é multifatorial e de grande complexidade, sendo descritos na literatura mais de 400 fatores de risco (Almeida, Soldera, Carli, Gomes, & Resendes, 2012; Secoli, 2010). A WHO (2007) categoriza os fatores de risco em comportamental, biológico, socioeconómico e ambiental. Os fatores de risco de ordem comportamental dizem respeito às ações humanas, às escolhas realizadas, constituindo fatores potencialmente modificáveis. Os fatores de risco biológico referem-se às características da pessoa como a idade, género, declínio cognitivo e físico, pelo que são fatores não modificáveis. A nível socioeconómico, os fatores relacionam-se com a influência das condições sociais da pessoa. Os fatores de risco ambiental são potencialmente modificáveis, pois

referem-se à interação da pessoa com o ambiente que a rodeia. Estes fatores de risco isoladamente não representam causas de queda, mas a sua interação pode constituir-se como um elo causal. O evento de queda não deve ser atribuído a um único agente, dado que esta ocorrência resulta frequentemente da interação entre os diferentes fatores (Centers for Disease Control and Prevention [CDC], s.d.; WHO, 2007).

Como já referimos, de acordo com o CDC (s.d.) e o National Institute for Health and Care Excellence ([NICE], 2013) existem fatores de risco que podem ser reversíveis ou modificáveis, sendo que as intervenções que promovam a sua alteração podem reduzir a probabilidade da ocorrência do evento. Assim, impõe-se aos profissionais de saúde o desafio de identificar e agir sobre os fatores de risco passíveis de modificar.

Objetivos

Como objetivo principal foi definido reduzir a ocorrência de quedas de clientes hospitalizados no SMI.

Como objetivos específicos foram definidos:

- Avaliar o risco de queda em 100% dos clientes admitidos no SMI;
- Apresentar uma taxa de efetividade na prevenção de quedas de clientes hospitalizados superior a 95%;

- Reduzir a taxa de prevalência de quedas de clientes hospitalizados em 20%, face ao ano anterior;
- Reduzir a incidência de quedas de clientes hospitalizados em 20%, face ao ano anterior.

Metodologia

Pela análise dos relatórios de progressão de relatos de incidentes do centro hospitalar, constatou-se que a queda dos clientes hospitalizados era o incidente mais notificado a nível institucional. O SMI apresenta-se como o serviço que mais notificou quedas de clientes, tendo realizado 99 notificações de ocorrência de quedas durante o ano de 2012.

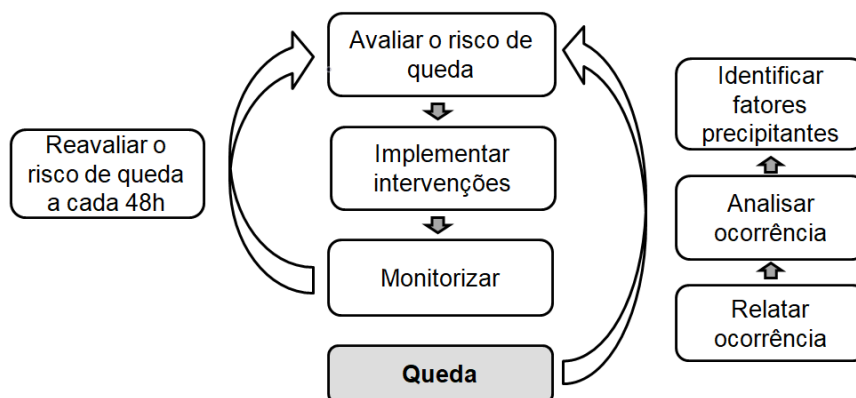
Após a identificação desta situação problemática, foi solicitado aos gestores de risco do serviço a realização de um diagnóstico de situação e foram definidas estratégias que permitissem a diminuição da ocorrência de quedas nos clientes hospitalizados. Foi constituído o Grupo de

Prevenção de Quedas que tem como objetivo reduzir a ocorrência de quedas de clientes, através da avaliação e implementação de estratégias que minimizem o risco. O grupo é constituído por nove enfermeiros, distribuídos em grupos de três elementos pelas várias unidades que compõem o serviço.

Considerou-se fundamental formar a equipa de enfermagem sobre o fenómeno das quedas, pelo que esta ação foi integrada no plano de formação do serviço e é replicada a cada três anos. Os objetivos desta formação incidiram em consciencializar os profissionais sobre a problemática das quedas em contexto de internamento hospitalar; capacitar os enfermeiros para a avaliação do risco de queda; habilitar os profissionais para intervir com o cliente em risco de queda e alertar para o preenchimento do formulário de relato de incidentes.

O processo de intervenção da equipa de enfermagem foi sistematizado, sendo as etapas explicitadas no fluxograma seguinte (figura 1).

Figura 1 – Fluxograma de intervenção da equipa de enfermagem



A primeira etapa é realizada no momento da admissão do cliente, com a avaliação do risco de queda através da aplicação da escala de quedas de Morse.

De salientar que a escala de quedas de Morse apenas prediz o risco, cabendo ao enfermeiro compreender as limitações desta avaliação. A avaliação do risco de queda deve ser entendida não como o objetivo final, mas sim como uma oportunidade para identificar os fatores de risco presentes e delinear possíveis intervenções que conduzam à sua eliminação ou redução.

A intervenção do enfermeiro na prevenção de quedas deve refletir a sua visão holística, englobando uma avaliação multifatorial do risco. De acordo com os fatores de risco identificados, devem ser implementadas intervenções que permitam eliminar ou minimizar o seu efeito.

Após esta avaliação e com base na estratificação do nível de risco, é colocada uma placa identificativa do risco de queda na cama do cliente de forma visível, que o acompanha nas deslocamentos dentro da instituição.

No quadro de informação geral dos clientes hospitalizados presente na sala de enfermagem é utilizado um símbolo de destaque para a problemática, através da aplicação de um triângulo de cor vermelho ou amarelo, dependendo do nível de risco. Esta estratégia possibilita alertar precocemente os profissionais

para o risco de queda, planejar os cuidados e adequar as ações com vista à prevenção da sua ocorrência.

A monitorização dos fatores de risco é uma intervenção constante durante o internamento e integra a reavaliação do risco de queda através da aplicação da escala de quedas de Morse a cada 48 horas, quando é constatada qualquer alteração nos fatores de risco ou na ocorrência de queda.

Sempre que o fenómeno se verifica, é realizada uma descrição das circunstâncias através do registo no processo do cliente e de um relato de incidente, que permanece acessível aos profissionais do serviço, e é encaminhada para o Grupo de Indicadores, Auditoria e Risco Clínico. Cada relato de incidente é objeto de uma análise às condições da ocorrência de modo a identificar os fatores implicados na queda, reestruturado o plano de intervenção, implementadas novas estratégias de prevenção, para minimizar os fatores de risco identificados, e implementadas medidas corretivas sempre que justifique. O Grupo de Prevenção de Queda realiza auditorias internas utilizando como recurso uma grelha de avaliação construída pelo grupo, que inclui aspetos relacionados com a avaliação do risco de queda no cliente, assim como a avaliação do ambiente, a implementação de medidas de segurança, a introdução do diagnóstico de Queda no processo de

enfermagem, os ensinamentos realizados ao cliente e família e a colaboração entre a equipa multiprofissional.

O resultado das auditorias é analisado pela Enfermeira Chefe e pelos elementos Gestores de Risco e Grupo de Prevenção de Quedas, sendo posteriormente divulgado e discutido com os elementos da equipa multidisciplinar, com o intuito de integrar novos dados e permitir a evolução na prestação de cuidados.

Avaliação

Os resultados deste projeto foram avaliados tendo por base os indicadores sugeridos pela Ordem dos Enfermeiros e que integram o Resumo Mínimo de Dados e Core de Indicadores de Enfermagem para o Repositório Central de Dados da Saúde (Ordem dos Enfermeiros, 2007).

Em relação ao objetivo avaliar o risco de queda em 100% dos clientes admitidos no SMI, este foi alcançado. A equipa de enfermagem avaliou o risco de queda através da aplicação da Escala de Quedas de Morse a todos os clientes admitidos no serviço.

Com base na análise da tabela 1, constata-se que o objetivo apresentar uma taxa de efetividade na prevenção de quedas de clientes hospitalizados superior a 95% foi atingido. Em 2012 a taxa de efetividade na prevenção de quedas foi de 93,3%, e desde a implementação deste projeto em 2013 ocorreu um aumento

progressivo até 2016. Esta tendência não se constatou em 2017, pois apesar de existir uma taxa de efetividade na prevenção de quedas superior a 95%, verificou-se um decréscimo em relação ao ano anterior.

Tabela 1 - Taxa de efetividade na prevenção de quedas

Ano	Taxa de Efetividade
2012	93,3%
2013	95,4%
2014	97,3%
2015	97,5%
2016	98,4%
2017	97,4%

No que se refere ao objetivo reduzir a taxa de prevalência de quedas de clientes hospitalizados em 20% face ao ano anterior, com base na análise da tabela 2 constata-se que este objetivo não foi alcançado no anos de 2015 e 2017, pois em 2015 aferiu-se uma redução de 7,4% face ao ano anterior e em 2017 ocorreu um aumento da taxa de prevalência. Nos restantes anos o objetivo proposto foi atingido, tendo-se verificado a diminuição na taxa de prevalência de quedas de clientes hospitalizados superior a 20% face ao ano anterior. De destacar que a nível global, desde o início deste projeto foi alcançada uma redução de 62,7% na taxa de prevalência de quedas de clientes.

Realizando uma análise dos fatores que podem ter influenciado a não

concretização deste objetivo, considerou-se a elevada rotatividade dos elementos da equipa de enfermagem do SMI. Em 2015 ocorreu a substituição de 26% dos

enfermeiros generalistas e em 2017 verificou-se novamente a substituição de 24% desses elementos.

Tabela 2 - Taxa de prevalência de quedas

Ano	Taxa de Prevalência	Redução face ao ano anterior
2012	6,7%	
2013	4,6%	31,3%
2014	2,7%	41,3%
2015	2,5%	7,4%
2016	1,6%	36%
2017	2,6%	-

Quanto ao objetivo reduzir a incidência de quedas de clientes hospitalizados em 20% face ao ano anterior, é possível aferir com base na análise da tabela 3, que a incidência inicial era de 5,2 quedas por 1000 camas ocupadas por dia, tendo ocorrido uma diminuição progressiva até 2016, situando-se nas 1,6 quedas por 1000 camas ocupadas por dia. Em 2015 e 2017 o objetivo delineado não foi alcançado, pois em 2015 os valores de

incidência foram iguais aos verificados no ano anterior, e em 2017 constatou-se um aumento. Desta forma pode afirmar-se que o objetivo foi alcançado durante os anos de 2013, 2014 e 2016.

Tal como na análise do objetivo anterior, considera-se que um dos possíveis fatores que influenciaram a não obtenção deste objetivo encontra-se relacionado com a elevada rotatividade dos elementos da equipa de enfermagem do SMI.

Tabela 3 - Incidência de quedas

Ano	Incidência por 1.000 camas/dias	Redução face ao ano anterior
2012	5,2	
2013	4	23%
2014	2,4	40%
2015	2,4	0%
2016	1,6	33,3%
2017	3,3	-

Conclusão

O fenómeno da queda é um problema de saúde pública, com impacto negativo para a pessoa, família, comunidade, profissionais de saúde e Serviço Nacional de Saúde. A sua prevenção é um indicador de qualidade em saúde e deve ser considerada como uma preocupação emergente nas instituições de saúde.

É necessário desenvolver uma cultura de segurança do cliente que conduza à identificação dos fatores de risco, de modo a ser possível traçar um plano de intervenção. Os profissionais de saúde devem estabelecer uma parceria com o cliente e avaliar os fatores de risco de queda presentes, somente assim se podem desenvolver e implementar estratégias de prevenção que eliminem ou minimizem o efeito dos fatores identificados.

O desenvolvimento deste projeto possibilitou a sistematização dos cuidados de enfermagem, contribuindo para a promoção da segurança do cliente hospitalizado. Embora se tenham verificado mudanças nos indicadores de queda, os resultados recentes demonstram que é necessário maior envolvimento de todos os profissionais e que as políticas de gestão de recursos humanos são de elevada importância no desenvolvimento deste tipo de processos. Após a implementação deste projeto a equipa de enfermagem do SMI sofreu

alterações, com a substituição de diversos elementos. É crucial considerar que a substituição dos elementos numa equipa implica mudanças na dinâmica funcional. Estas alterações afiguram-se como um desafio, porque a passagem do desempenho individual para um desempenho coletivo é dificultada por diversos obstáculos.

A integração dos enfermeiros numa unidade de saúde é um processo fundamental para um desempenho positivo. Considerando o modelo de desenvolvimento de competências em enfermagem elaborado por Patricia Benner (2001), os enfermeiros desenvolvem a sua aprendizagem em contextos de grande especificidade e complexidade. Esse desenvolvimento é gradual, progredindo em níveis de eficácia, sendo cada um destes níveis acompanhado de mudança nos aspetos de execução de uma competência.

Ocorre o desenvolvimento da compreensão da situação, que deixa de ser uma compilação de factos, para uma capacidade de análise global da situação. Este processo implica desenvolver competências no tempo, partindo de uma base educacional que interage com uma vastidão de experiências profissionais. É com base nesta evolução que o enfermeiro se transforma num perito. No centro desta teoria está a noção de que nem todo o conhecimento que os enfermeiros necessitam de adquirir é

desenvolvido num enquadramento unicamente teórico.

Assim, o processo de integração dos enfermeiros num serviço é um aspeto particularmente importante, sendo essencial que estes profissionais recebam formação. Contudo, é necessário ter a noção que é através da experiência profissional que estes elementos evoluem na sua prática e atingem a perícia no cuidar.

Como sugestões, considera-se pertinente que a formação acerca da problemática das quedas deve ser realizada no período de integração dos novos elementos, assim como esta formação deve ser expandida a outros grupos profissionais, nomeadamente os assistentes operacionais. É essencial realizar uma formação para este grupo profissional, de modo a sensibilizar para esta problemática, levando a uma maior colaboração e adoção de comportamentos que permitam a persecução do objetivo de reduzir o número de quedas de clientes hospitalizados no SMI.

Em relação às variáveis que influenciaram as quedas dos clientes, sugere-se a realização de uma investigação que possibilite a identificação das possíveis relações.

Agradecimentos

Agradecemos a colaboração de todos os elementos do Grupo de Prevenção de

Quedas do Serviço de Medicina Interna do Centro Hospitalar pela disponibilidade no desenvolvimento deste projeto de intervenção.

Referências bibliográficas

Almeida, S. T., Soldera, C. L. C., Carli, G. A., Gomes, I., & Resendes, T. L. (2012). Análise de fatores extrínsecos e intrínsecos que predispõem a quedas em idosos. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 58(4), 427-433. DOI: 10.1590/S0104-42302012000400012

Benner, P. (2001). *De iniciado a perito*. Coimbra: Quarteto.

Centers for Disease Control and Prevention. (s.d.). Recuperado de <https://www.cdc.gov/homeandrecreational/safety/falls/adultfalls.html>.

Costa-Dias, M. J. (2014). *Quedas em contexto hospitalar: factores de risco*. Tese de Doutoramento. Recuperado de <http://hdl.handle.net/10400.14/17112>

Despacho n.º 1400-A/2015 de 10 de fevereiro (2015). Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020. *Diário da República 2ª Série*, N.º 28 (10-02-2015). 3882-3882. Recuperado de <https://dre.pt/application/file/66457154>

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

- Gomes, E. C., Marques, A. P., Leal, M. C., & Barros, B. P. (2014). Fatores associados ao risco de quedas em idosos institucionalizados: uma revisão integrativa. *Ciência & Saúde Coletiva*, 19(8), 3543-3551. **DOI:** 10.1590/1413-81232014198.16302013
- Healey, F., & Darowski, A. (2012). Older patients and falls in hospital. *Clinical Risk*, 18(5), 170-176. **DOI:** 10.1258/cr.2012.012020
- Johansson, I., Bachrach-Lindstrom, M., Struksnes, S., & Hedelin, B. (2009). Balancing integrity vs. risk of falling - nurses' experiences of caring for elderly people with dementia in nursing homes. *Journal of Research in Nursing*, 14(1), 61-73. **DOI:** 10.1177/1744987107086423
- National Institute for Health and Care Excellence. (2013). *Falls in older people: assessing risk and prevention (CG 161)*. Recuperado de <https://www.nice.org.uk/guidance/cg161/resources/falls-in-older-people-assessing-risk-and-prevention-35109686728645>.
- 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*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2011). *Browser CIPE Versão 2*. Recuperado de <http://www.ordemenfermeiros.pt/browserCIPE/BrowserCIPE.aspx>
- Saraiva, D., Louro, I., Ferreira, L., Batista, P., Pina, S., & Ramalinho, J. (2008). Quedas: indicador da qualidade assistencial. *Nursing*, 18(235), 28-35.
- Secoli, S. R. (2010). Polifarmácia: interações e reações adversas no uso de medicamentos por idosos. *Rev. Brasileira de Enfermagem*, 63(1), 136-140. **DOI:** 10.1590/S0034-71672010000100023
- Simpson, J. R., Rosenthal, L. D., Cumbler, E. U., & Likosky, D. J. (2013). Inpatient Falls: Defining the Problem and Identifying Possible Solutions. Part II - Application of Quality Improvement Principles to Hospital Falls. *The Neurohospitalist*, 3(4), 203-208. **DOI:** 10.1177/1941874412470666
- World Health Organization. (2007). *WHO global report on falls prevention in older age*. World Health Organization. Recuperado de http://www.who.int/violence_injury_prevention/publications/other_injury/falls_prevention.pdf?ua=1.
- World Health Organization. (2008). *Summary of the evidence on patient safety: implications for research*. Genebra, Suíça: World Health Organization- World Alliance For Patient Safety. Recuperado de http://www.who.int/patientsafety/information_centre/20080523_Summary_of_the_evidence_on_patient_safety.pdf
- World Health Organization. (2016). *Fact sheet N.º 344: Falls*. World Health

Organization. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs344/en/>

Segurança do cliente: Preparação e administração de medicação numa unidade de cardiologia

Patient safety: Preparation and administration of medication in a cardiology unit

Cláudia Cartaxo¹, Armandina Antunes^{1,2}

1. Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

2. Mestre em Ciências de Enfermagem.

Resumo

Enquadramento: As quebras de segurança podem acontecer em todas as vertentes dos cuidados de saúde. Os eventos adversos relacionados com a gestão da medicação podem ocorrer em qualquer fase do processo. Foram identificados comportamentos que não correspondiam a práticas seguras na preparação e administração da medicação numa unidade de cardiologia, que conduziram ao desenvolvimento deste projeto.

Objetivo: Incrementar a segurança na preparação e administração da medicação na unidade de cardiologia.

Metodologia: O presente projeto teve por base a metodologia de trabalho de projeto, estando dividido nas fases de diagnóstico de situação, planeamento, execução e avaliação do projeto de intervenção.

Resultados: Com a implementação deste projeto observaram-se mudanças significativas no comportamento dos enfermeiros na preparação e administração de medicamentos, havendo ainda necessidade de continuidade do mesmo de forma a consolidar os comportamentos e abranger todos os elementos da equipa.

Conclusão: Com a realização deste projeto, foi possível identificar quais os comportamentos adotados pela equipa de enfermagem durante a preparação e administração da medicação, e planear e executar uma estratégia de intervenção de forma a modificar os comportamentos menos corretos, através de ações de formação e de reforço do conhecimento da equipa de enfermagem.

Palavras-chave: enfermagem; segurança do cliente; erros de medicação

Abstract

Background: Safety breaches can happen in all aspects of health care. Adverse events related to pharmacotherapy may occur at any stage of the medication management process. A project was started in a cardiology unit where behaviors were identified that did not correspond to safe practices in the preparation and administration of the medication.

Objective: Increase safety in the preparation and administration of medication in the unit.

Methodology: This project was based on the project method, being divided into the following phases: diagnosis of situation, planning, execution and evaluation of the intervention project.

Results: The implementation of this project led to significant changes in the nurses' behavior while preparing and administering medications. There is still the need for the project's continuity in order to broaden and consolidate the new behaviors by the whole nursing team.

Conclusion: With the realization of this project, it was possible to identify the behaviors adopted by the nursing team during the preparation and administration of the medication, and to plan and execute this project, in order to modify the less correct behaviors, through training and knowledge update of the nursing team.

Keywords: nursing; patient safety; medication errors

Introdução

É mundialmente reconhecido que a segurança e a qualidade na prestação de cuidados de saúde assumem dimensões críticas. A evidência demonstra que serviços com baixos níveis de qualidade e segurança conduzem a resultados de saúde diminuídos e dano para a pessoa. Desta forma, os serviços de saúde têm cada vez mais como preocupação fundamental a segurança do cliente e a qualidade dos cuidados prestados (World Health Organization [WHO], 2017),

A segurança do cliente é definida pela WHO como a ausência de danos evitáveis a um cliente durante a prestação de cuidados de saúde (WHO, 2004). Reconhecida como uma problemática na garantia da qualidade dos cuidados de saúde, em 2004 a WHO lançou o *Patient Safety Program* com o objetivo de coordenar, disseminar e promover melhorias na segurança dos clientes a nível mundial.

O processo de melhoria contínua da qualidade é um processo coletivo, que tem como principal objetivo garantir uma maior segurança dos clientes, suprimindo a ocorrência de incidentes evitáveis e suscetíveis de comprometerem a qualidade dos serviços de saúde. Não é possível dissociar a segurança na prestação de cuidados de saúde da qualidade, “quer pelo impacto nos resultados administrativos, clínicos e

financeiros, quer pela dimensão de satisfação e de reputação dos clientes” (Fragata, 2011, p. 20).

Desde 2004 que os países têm reconhecido progressivamente a importância de melhorar a segurança dos clientes, contudo continua a ser um problema grave de saúde pública à escala mundial, sendo que nos países desenvolvidos, um em cada dez clientes é prejudicado durante o atendimento hospitalar (WHO, 2017).

Mais recentemente a Joint Commission definiu como meta do programa *National Patient Safety* a melhoria da segurança do cliente, sendo um dos objetivos a melhoria da segurança no uso do medicamento (The Joint Commission, 2016). Em Portugal, o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes (2015-2020) contempla como objetivo estratégico “aumentar a segurança na utilização da medicação” (Despacho n.º 1400-A/2015 de 10 de fevereiro, p. 3882).

O presente artigo emergiu da necessidade de dar resposta a um problema identificado no âmbito dos cuidados de enfermagem, nomeadamente na área da segurança do cliente relacionado com a preparação e administração da medicação. Desta forma, pretende-se contribuir para a prática de cuidados de excelência, através da melhoria contínua da qualidade. Foram identificadas falhas na gestão da medicação numa unidade de cardiologia de um centro hospitalar, as

quais poderiam condicionar a segurança do cliente. Perante esta situação problemática desenvolveu-se um projeto de melhoria contínua da qualidade suportado pela prática baseada em evidência, a qual apresenta uma eficácia comprovada na melhoria da qualidade dos cuidados prestados aos clientes, e consequentemente, dos resultados em saúde (Larrabee, 2011).

Enquadramento

O processo de gestão da medicação tem como objetivo a “prestação integrada de cuidados de saúde ao doente promovendo o uso racional e seguro da medicação, quer por este, quer pela equipa multidisciplinar envolvida” (Direção-Geral da Saúde [DGS], 2015, p. 4).

A segurança na gestão da medicação consiste nas ações necessárias para “evitar, prevenir ou corrigir incidentes que podem resultar do uso de medicamentos” (DGS, 2015, p. 4). A possibilidade de existência de erros durante o processo de gestão da medicação, em particular em contexto hospitalar é alto, devido ao elevado número de medicamentos administrados ao cliente, mas também devido ao número de profissionais de saúde envolvidos e atividades incluídas no processo. A gestão da medicação em meio hospitalar constitui um processo complexo, apresentando diversas fases

“desde a seleção, aquisição e armazenamento dos medicamentos, até à sua prescrição, validação, dispensa, preparação, administração e monitorização” (DGS, 2015, p. 4). Os erros que podem ocorrer ao longo do processo, afetam não só os clientes, como também o próprio sistema de saúde.

A probabilidade de ocorrência de erros prende-se com as diversas fases, podendo ser de prescrição, de transcrição, de dispensa ou de administração (Belela, Pedreira, & Peterlini, 2011; Cassiani, 2005).

A fase de preparação e administração da medicação é o foco deste projeto, uma vez que é nesta fase do processo de gestão da medicação que incide o problema identificado.

A segurança da medicação acompanha um percurso que envolve práticas seguras, pelo que deve ser garantido o cumprimento sistemático das regras de segurança. Kohn, Corrigan e Donaldson (2000, p. 14) realçam “a necessidade das organizações de saúde desenvolverem uma cultura de segurança de modo a que a organização dos processos de cuidados e seus colaboradores se focalizassem na melhoria da fiabilidade e segurança dos cuidados prestados aos seus doentes”.

A segurança nas fases de preparação e administração de medicação obriga à aplicação de diversos mecanismos de segurança, nomeadamente os certos

(Sousa, & Mendes, 2014). Na literatura atual, ainda não existe unanimidade em relação ao número e quais os certos a adotar, contudo pode considerar-se pelo menos nove certos

medicamento certo (confirmar a prescrição médica e o medicamento a administrar), hora certa (confirmar a hora de administração da medicação e administrá-la dentro do intervalo preconizado), dose certa (confirmar a dose do medicamento a administrar), via certa (confirmar a via de administração da medicação), doente certo (verificar a pulseira de identificação e sempre que possível validar o nome com o doente realizando uma identificação positiva), registo certo (após administração da medicação, efetuar o registo corretamente), preparação certa (preparar a medicação corretamente, tendo em conta a forma de apresentação do medicamento, o solvente, quantidade adequada e as questões relativas à prevenção de infeção), conhecimento certo (conhecer o medicamento a administrar, a ação, os seus efeitos secundários, interações medicamentosas, incompatibilidade, margem terapêutica e farmacocinética) e educação certa (realizar ensinamentos ao doente sobre a medicação a administrar, esclarecendo dúvidas apresentadas (Sales, Quintão, & Teixeira, 2018, p. 36).

Na instituição onde se desenvolveu o projeto, existe em vigor o Procedimento Interno – Prescrição, Fornecimento e Administração de Medicamentos, que define os procedimentos que todos os

serviços clínicos e farmacêuticos devem adotar durante as fases de prescrição, fornecimento e administração da medicação, tendo sido este que serviu de base para a realização deste projeto. Os procedimentos que se devem ter em consideração durante as fases da preparação e administração da medicação estão de acordo com os cinco certos – medicação certa, na dose certa, à pessoa certa, pela via certa e no momento certo; todos os medicamentos devem ser preparados imediatamente antes da sua administração e a partir da própria embalagem em que são distribuídos; deve ser dada especial atenção aos injetáveis, uma vez que os riscos associados ao erro são maiores, pelo que os procedimentos de verificação devem ser executados antes do medicamento aberto, a pessoa que abre o medicamento deve ser a mesma que o administra e devem ser verificadas se as vias de administração a utilizar são as corretas; os injetáveis não devem ser preparados com antecedência; de maneira a evitar que os medicamentos de administração oral e endovenosa sejam administrados pela via incorreta, devem ser administradas primeiro todos os de via oral e só depois os destinados à via endovenosa; nas situações de alto risco, deve-se proceder à dupla verificação antes da administração, nomeadamente nas infusões intravenosas, nas substâncias controladas, nos cálculos complexos e

nos cuidados pediátricos; e, devem ser mantidos registos adequados.

Objetivo

O objetivo geral estabelecido consiste em incrementar a segurança na preparação e administração da medicação numa unidade de cardiologia.

Metodologia

Para este projeto de melhoria contínua da qualidade recorreu-se à metodologia de trabalho de projeto. Esta

baseia-se numa investigação centrada num problema real identificado e na implementação de estratégias e intervenções eficazes para a sua resolução. (...) através da pesquisa, análise e resolução de problemas reais do contexto é promotora de uma prática fundamentada e baseada na evidência. (Ruivo, Ferrito, Nunes, & Estudantes do 7º CLE, 2010, p. 2).

Na fase de diagnóstico de situação procedeu-se à recolha de informação, através de observação direta e entrevistas aos enfermeiros responsáveis. Foram ainda utilizados dois instrumentos de análise diagnóstica que permitem a identificação e validação dos problemas, sendo estes a Failure Mode and Effect Analysis (FMEA) e a Strengths, Weaknesses, Opportunities and Threat analysis (SWOT), estando implícito em

ambos os instrumentos, a observação direta dos participantes inseridos nas atividades em situação real (Ruivo et al., 2010). As etapas selecionadas para aplicação da FMEA coincidem com as identificadas como de maior probabilidade de erro, nomeadamente a prescrição médica, a preparação e administração da medicação, e o registo e avaliação da resposta à medicação administrada, por parte da equipa de enfermagem.

Após a análise dos resultados da aplicação da FMEA, constatou-se que as ações prioritárias estavam relacionadas com as fases de preparação e administração da medicação.

Em termos de estrutura e organização, a medicação era preparada dentro da unidade de cardiologia junto à unidade do cliente e não foi possível instituir a distribuição de medicamentos por unidade devido à elevada rotatividade dos clientes internados. A medicação era preparada para todos os clientes, por um enfermeiro e só à *posteriori* administrada, podendo ser pelo enfermeiro que procedeu à preparação ou não. Esta situação colide com o método de distribuição de trabalho padronizado para a unidade, o de enfermeiro responsável, onde se assume que os cuidados prestados são individualizados, estando cada um dos clientes ligado a um único enfermeiro que é responsável por todos os cuidados que lhe são prestados, estando por isso incluídos a preparação e administração de

medicação (Costa, n.d). Esta situação poderia comprometer a segurança do cliente, levando à possibilidade de existência de erros durante a preparação e administração da medicação. Desta forma, o problema identificado foi a existência de erros na segurança da preparação e administração de medicação numa unidade de cardiologia.

A análise SWOT é um exercício de reflexão e confronto entre os pontos fortes e os pontos fracos do projeto, bem como as ameaças à sua implementação e as oportunidades que a sua realização possibilita (Santos, 2010). Em relação aos pontos fortes identificados através da análise SWOT pode ressaltar-se a aquisição de novos conhecimentos e capacitação da equipa e a motivação para a melhoria dos cuidados e segurança. As oportunidades identificadas foram a importância atual do tema na área da segurança do cliente, a possibilidade de proporcionar ganhos em saúde e diminuir os custos associados aos cuidados de saúde, assim como o cumprimento do objetivo estratégico “aumentar a segurança na utilização da medicação” (Despacho n.º 1400-A/2015 de 10 de fevereiro, p. 3882-(5)) do Plano Nacional para a Segurança dos Doentes. A principal fraqueza do projeto consiste na resistência à mudança por parte dos enfermeiros que pode levar à falta de adesão da equipa ao projeto, às sessões formativas e, consequentemente, à não

alteração de comportamentos. A ameaça mais importante identificada prende-se com a dotação de enfermeiros na unidade, assim como a imprevisibilidade da carga de trabalho.

A partir desta análise, foram definidos como objetivos específicos, aumentar o conhecimento da equipa sobre a segurança na preparação e administração de medicação e aumentar a segurança na preparação e administração da medicação, através do cumprimento da norma do processo de gestão do medicamento. Foi ainda realizada a recolha de informação acerca dos recursos necessários, das limitações que poderão existir à implementação do projeto, e delinearam-se as atividades a realizar e o respetivo cronograma (Hungler et al., 2001, citado por Ruivo et al., 2010).

Os indicadores de avaliação estipulados para cada objetivo foram os seguintes: participação de 50% da equipa de enfermagem na ação de formação elaborada e adoção de dois comportamentos durante a administração dos medicamentos por mais de 45% da equipa.

Uma das principais estratégias desenvolvidas foi a realização e apresentação de uma ação de formação em serviço sobre a temática da segurança na administração e preparação da medicação, com enfoque nas áreas

críticas identificadas na fase de diagnóstico da situação.

Em relação ao objetivo aumentar o conhecimento da equipa sobre a segurança na preparação e administração da medicação, as estratégias definidas foram a realização de pesquisa de informação atual acerca da preparação e administração de medicação e a elaboração, apresentação e avaliação da ação de formação em serviço sobre a temática. Foi dado enfoque às áreas críticas identificadas após a realização da observação direta e da determinação de prioridades.

Em relação ao objetivo aumentar a segurança na preparação e administração da medicação, através do cumprimento do Procedimento - Prescrição, Fornecimento e Administração de Medicamentos, as estratégias definidas foram a aplicação da grelha de observação, antes da ação de formação, de forma a perceber se os comportamentos estabelecidos com a equipa foram ou não adotados, e a replicação da ação de formação em serviço sobre a temática, com enfoque nas áreas críticas identificadas após a realização da observação direta e de determinação das prioridades.

Na etapa de execução do projeto foi aplicada uma grelha de observação, elaborada com base no procedimento interno sobre prescrição, fornecimento e administração de medicamentos em vigor no centro hospitalar. Este instrumento

permite identificar quais são os comportamentos de risco durante a preparação e administração da medicação. A grelha de observação foi aplicada por um observador que realizou vinte observações. Posteriormente, os dados foram analisados e de acordo com as lacunas identificadas foi planeada e realizada uma ação de formação, a qual teve como tema “Segurança do Cliente – Preparação e Administração de Medicação na Unidade”, sendo o grupo alvo a equipa de enfermagem da unidade de cardiologia em estudo.

Os principais comportamentos identificados com necessidade de ser alterados foram: a administração da medicação não realizada imediatamente a seguir à sua preparação; quem prepara a medicação, na maioria das vezes, não é quem administra; não é realizada a dupla verificação de infusões intravenosas, tal como preconizado pela instituição.

Foi realizada a ação de formação durante a qual foram estipulados, em acordo com os elementos da equipa de enfermagem e com a Enfermeira Coordenadora do Serviço, dois comportamentos a modificar até à próxima ação de formação, sendo estes “quem prepara, é quem administra a medicação, imediatamente após a sua preparação” e a “dupla verificação da preparação das infusões endovenosas”. Foram realizadas vinte observações para perceber se o objetivo de alteração dos dois comportamentos estabelecidos no

procedimento foram cumpridos, de maneira a adequar a ação de formação à nova situação.

Avaliação

Em relação ao indicador participação na ação de formação atingiu-se o objetivo, estando presentes 55% dos possíveis participantes.

No que diz respeito ao objetivo aumentar a segurança na preparação e administração da medicação, através do cumprimento da norma do processo de gestão do medicamento, este foi parcialmente atingido, pois foram estipulados como indicadores de avaliação a adoção de dois comportamentos por pelo menos 45% dos elementos que compõem a equipa de enfermagem. Os comportamentos selecionados foram: quem prepara, é quem administra a medicação, imediatamente após a sua preparação e a dupla verificação da preparação das infusões endovenosas.

A avaliação dos indicadores demonstrou que das vinte observações realizadas, a medicação foi administrada imediatamente após a sua preparação, em quatro observações (20%), enquanto que nas primeiras observações, este comportamento tinha sido verificado em apenas uma (10%). Apesar de se ter verificado uma melhoria, podemos constatar que nesta área a equipa de

enfermagem necessita de novo reforço em relação à sua importância, de forma a promover a segurança do cliente.

Em relação ao comportamento quem prepara é quem administra a medicação, em catorze observações (70%) foi o que se verificou enquanto, que nas primeiras observações, se tinha observado em sete (35%). Este resultado indica que a equipa de enfermagem aderiu ao novo comportamento e entende a sua importância na prevenção de erros. No caso da dupla verificação nas administrações de infusões intravenosas, em vinte observações, o comportamento foi observado em 35% das situações aplicáveis, contudo nas primeiras observações, o comportamento foi verificado em 17% das situações aplicáveis. Em relação a este último comportamento é difícil inferir uma conclusão em relação à mudança de comportamento, todavia, podemos perceber uma melhoria significativa, o que pode demonstrar a adoção do comportamento por alguns elementos da equipa de enfermagem.

No sentido de compreender de que maneira os elementos da equipa de enfermagem, consideraram pertinente ou não a ação de formação realizada, no final da sessão foram entregues as fichas de avaliação pelo formador para avaliar a formação. Dos participantes, 50% procederam ao seu preenchimento. Foram analisados a utilidade do tema, os

objetivos da ação, os conteúdos e a estrutura da ação, numa classificação que poderia ser de insuficiente, suficiente, bom e muito bom. Em relação à utilidade do tema e aos objetivos da ação de formação, 100% classificaram em muito bom e em relação aos conteúdos e estrutura da ação, 88% avaliaram também como muito bom.

Conclusão

Com a realização deste projeto foi possível identificar quais os comportamentos adotados pela equipa de enfermagem durante a preparação e administração da medicação, e se estes correspondiam ou não, a práticas seguras.

Através das primeiras observações, foram identificados os comportamentos que necessitavam de ser alterados pela equipa de enfermagem, de forma a melhorar a qualidade dos cuidados prestados e aumentar a segurança do cliente. Os resultados foram disponibilizados à equipa de enfermagem, através da ação de formação, que foi planeada de forma a atingir os objetivos propostos.

Com a realização das segundas observações, foi possível verificar uma mudança de comportamento. É contudo, necessário perceber o que leva à existência de resistência em mudar o comportamento referente à administração

da medicação realizada imediatamente após a sua preparação, pelo que se sugere o estudo aprofundado sobre as causas associadas a esta resistência. Esta situação poderá dever-se à dificuldade da equipa de enfermagem em perceber a dimensão real do problema e também, devido ao facto de este ser um comportamento há muito enraizado e por isso difícil de modificar, o que nos mostra a importância do reforço do conhecimento sobre a segurança do cliente e do procedimento instituído sobre a preparação e administração da medicação na instituição.

A elaboração deste projeto na área da segurança do cliente, que atualmente constitui uma preocupação constante dos decisores políticos, das organizações internacionais, das instituições de saúde e dos clientes que recorrem e necessitam de cuidados de saúde, contribuiu para aumentar o nível de segurança na gestão do processo da medicação e desta forma, a qualidade dos cuidados prestados.

Sendo este um projeto que teve como foco principal a melhoria contínua da qualidade, e tal como a própria definição indica, implica uma continuidade no projeto que não pode ser limitado a um curto espaço de tempo, existe a necessidade de continuar a desenvolver o projeto até que todos os elementos da equipa de enfermagem tenham adotado os comportamentos mais adequados

durante a preparação e administração da medicação.

Referências bibliográficas

Belela, A., Pedreira, M., & Peterlini, M. (2011). Erros de medicação em Pediatria. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 64(3), 563-569. DOI: 10.1590/S0034-71672011000300022

Cassiani, S. (2005). A segurança do paciente e o paradoxo no uso de medicamentos. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 58(1), 95-99. DOI: 10.1590/S0034-71672005000100019

Costa, J. D. (n.d.). *Métodos de prestação de cuidados*. Escola Superior de Enfermagem de Viseu. Recuperado de <http://www.ipv.pt/millennium/Millennium30/19.pdf>

Despacho n.º 1400-A/2015 de 10 de fevereiro. (2015). Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020. *Diário da República N.º 28, II Série*, 3882-3882. Recuperado de <https://dre.pt/application/file/66457154>

Direção-Geral da Saúde. (2015). *Orientação n.º 14/2015. Procedimento de Gestão da Medicação*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde. Recuperado de <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0142015-de-17122015.aspx>

Fragata, J. (2011). *Segurança dos Doentes - Uma abordagem prática*. Lisboa: Lidel - Edições Técnicas, Lda.

Kohn, L. T., Corrigan, J. M., & Donaldson, M. S. (2000). *To Err is Human. Building a Safer Health System*. Washington: National Academy Press.

Larrabee, J. H. (2011). *Prática Baseada em Evidências em Enfermagem*. Porto Alegre: AMGH Editora Ltda.

Ruivo, M. A., Ferrito, C., Nunes, L., & Estudantes do 7º CLE. (2010). Metodologia de Projecto: colectânea descritiva de etapas. *Revista Percursos*, 15. Recuperado de http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista_Percursos_15.pdf

Sales, L., Quintão, J., & Teixeira, M. (2018). Segurança na preparação e administração de medicação pelo enfermeiro: quantos são os “certos”? *Revista de Ciências da Saúde da ESS-CVP*, 10, 30-40. Recuperado de <http://www.salutisscientia.esscvp.eu/Site/default.aspx?edicaoObjId=31829>

Santos, M. (2010). *Texto de apoio sobre a análise swot e selecção de prioridades*. Universidade de Évora. Recuperado de http://home.uevora.pt/~mosantos/download/SWOT_Prioridades_25Mar09.pdf

Sousa, P., & Mendes, W. (2014). *Segurança do Paciente: Conhecendo os Riscos nas Organizações de Saúde*. 1, 160-184. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.

The Joint Commission. (2016). *National Patient Safety Goals Effective - Behavioral Health Care Accreditation Program*. Recuperado de https://www.jointcommission.org/assets/1/6/2016_NPSG_BHC.pdf

World Health Organization. (2004). *Patient Safety*. Geneva: World Health Organization. Recuperado de <https://www.who.int/patientsafety/publications/en/>

World Health Organization. (2017). *Medication Without Harm - Global Patient Safety Challenge on Medication Safety*. Geneva: World Health Organization. Recuperado de <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/255263/WHO-HIS-SDS-2017.6-eng.pdf;jsessionid=1C1C58D672F1A7705FC64CDB645F9055?sequence=1>

O despertar da pessoa em situação crítica submetida a ventilação mecânica invasiva em cuidados intensivos: Revisão integrativa da literatura

Invasive mechanically-ventilated patient's arousal in intensive care unit: Integrative literature review

Diana Alves Vareta¹, Jorge Eurico Ferreira²

1. Mestre em Enfermagem; Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

2. Doutor em Enfermagem.

Resumo

Enquadramento: A intervenção de enfermagem é fundamental na redução de complicações associadas ao internamento em unidade de cuidados intensivos. A gestão de cuidados de forma a minimizar o impacto negativo de fatores de risco na recuperação da pessoa em situação crítica é ainda um desafio, sendo necessário definir estratégias de cuidados inovadoras e individualizadas.

Objetivo: Sintetizar a evidência científica sobre as intervenções de enfermagem inerentes ao despertar da pessoa em situação crítica submetida a ventilação mecânica invasiva, em contexto de cuidados intensivos.

Metodologia: Revisão integrativa da literatura pelo método PICO e recorrendo a pesquisa nas bases de dados eletrónicas CINAHL e MEDLINE.

Resultados: Foram incluídos 12 artigos, cuja evidência demonstra que a intervenção de enfermagem deve ser centrada na pessoa e ter em conta fatores como o controlo do ambiente, a gestão de sintomas, o comportamento da equipa de enfermagem e o acompanhamento após alta.

Conclusão: A intervenção de enfermagem objetiva minimizar o impacto dos resultados físicos e psicológicos negativos associados ao internamento em unidade de cuidados intensivos e ao despertar da pessoa em situação crítica sob ventilação mecânica invasiva, e assim melhorar a qualidade de vida da pessoa após o internamento.

Palavras-chave: pessoa em situação crítica; intervenções de enfermagem; ventilação mecânica; despertar; unidade de cuidados intensivos

Abstract

Background: Nursing intervention plays a fundamental role in the reduction of complications associated with intensive care unit admission. Care management decreasing the negative impact of risk factors on critically ill patient recovery is still a challenge and it is necessary to define innovative and individualised care strategies.

Objective: To synthesise scientific knowledge about nursing interventions in invasive mechanically ventilation patient's arousal, in intensive care context.

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

Results: 12 articles were included, whose evidence demonstrates that nursing interventions should be person-centered and take into account factors such as environmental control, symptom management, nursing behavior and follow-up after discharge.

Conclusion: Nursing intervention aims to minimize the impact of negative physical and psychological results associated with hospitalisation in an intensive care unit and the invasive mechanically-ventilated patient's arousal, and thus improve patient's quality of life after hospitalisation.

Keywords: critical illness; nursing interventions; mechanical ventilation; arousal; intensive care unit

Introdução

A pessoa em situação crítica (PSC) caracteriza-se por estar em risco de disfunção ou falência de órgãos ou sistemas, sendo necessário recorrer a meios avançados de monitorização e terapêutica para assegurar a sua estabilidade fisiológica e consequente sobrevivência (Benner, Kyriakidis, & Stannard, 2011). Mais de 50% das PSC requerem suporte respiratório com ventilação mecânica invasiva (VMI), constituindo um pilar fundamental do seu tratamento (Khalafi, Elahi, & Ahmadi, 2016).

Dados europeus relativos a 2009, indicam que 91% das pessoas internadas em unidade de cuidados intensivos (UCI) são submetidas a VMI pelo menos durante 48 horas (European Centre Disease Prevention and Control [ECDC], 2011), sendo esta a população e o contexto específico a que se dirige a pesquisa.

Embora seja uma intervenção que objetiva a sobrevivência, a pessoa submetida a VMI está sujeita a inúmeros riscos e complicações, podendo experimentar uma degradação significativa do seu estado de saúde a longo prazo, com um potencial funcional substancialmente reduzido (Khalafi et al., 2016). Por outro lado, a taxa de recuperação significativa da PSC sob VMI tem vindo a aumentar, sendo fundamental a preocupação com o impacto de

intervenções *lifesaving* tanto a nível físico como psicológico, pois vão influenciar o seu processo de recuperação (Warlan, & Howland, 2015).

Vários estudos sobre a experiência da PSC sob VMI revelam que esta enfrenta momentos de instabilidade e vulnerabilidade, elevado risco de vida e total dependência de cuidados, estando sujeita a uma experiência complexa e transformadora (Engström, Nystrom, Sundelin, & Rattray, 2013; Fink, Makic, Poteet, & Oman, 2015; Karlsson, Lindahl, & Bergbom, 2012).

Segundo Hofhuis et al. (2008), 11% das PSC internadas em UCI desenvolvem insónia, alteração da concentração, depressão e alucinações. Engström et al. (2013) fazem referência a relatos de sentimentos de impotência e ansiedade e mudanças profundas na vida e na personalidade.

O internamento em UCI e a necessidade de VMI são fatores de risco para complicações a longo prazo, como o síndrome de *stress* pós traumático, que afeta entre 9 a 27% das pessoas internadas (Warlan, & Howland, 2015). Esta síndrome está diretamente relacionado com a obtenção de resultados físicos e psicológicos negativos e com a diminuição da qualidade de vida pós internamento (Warlan, & Howland, 2015). A duração do suporte ventilatório também é identificado como um fator que altera a

forma como o internamento é percebido pela pessoa (Engström et al., 2013).

A experiência vivida afeta de forma única cada pessoa e só é constatada quando esta recupera a consciência e se depara com a nova realidade (Sá, Botelho, & Henriques, 2015). Warlan e Howland (2015) referem que a percepção da pessoa acerca da sua experiência de internamento em UCI pode contribuir tanto como o tempo de internamento ou a gravidade da situação de saúde, para o aparecimento de complicações.

O enfermeiro tem uma intervenção fundamental na redução de complicações associadas ao internamento em UCI, através da identificação dos fatores de risco, do planeamento e implementação de intervenções que reduzam os fatores de risco modificáveis a que a PSC sob VMI está sujeita (Warlan, & Howland, 2015). Assim, a intervenção de enfermagem deve minimizar o impacto de fatores de risco, antecipar focos de instabilidade e desenvolver com a pessoa e família estratégias para vivenciar a experiência de internamento da melhor forma.

A gestão de cuidados na redução do impacto negativo de fatores de risco na recuperação da PSC é ainda um desafio, sendo necessário definir estratégias de cuidados inovadoras e individualizadas (Chlan, 2016).

A vivência da doença crítica constitui uma alteração no estado de saúde-doença da

pessoa, que desencadeia por si só, um processo de transição. É designada por transição a passagem de uma condição para outra, o período em que a pessoa atravessa uma mudança e encara novas exigências na vida (Meleis, Sawyer, Im, Messias, & Schumaler, 2000). A PSC enfrenta inúmeras transições ao longo do processo de cuidados durante o internamento em UCI, uma vez que “as transições são caracterizadas por diferentes estádios dinâmicos, marcos e pontos de viragem” (Meleis, 2010, p. 11) e desencadeadas por eventos críticos e mudanças na pessoa ou ambiente (Meleis et al., 2000).

O despertar constitui um marco no processo de transição, estabelecendo o início da percepção da mudança e do confronto com a realidade (Sá et al., 2015).

Os enfermeiros assumem uma ação determinante no desenvolvimento de estratégias de preparação, no sentido de antecipar transições inesperadas, e de adaptação, para lidar com as que estão em curso (Meleis, 2010). Uma gestão adequada dos cuidados na fase aguda de doença crítica pode aumentar a possibilidade de sobrevivência, embora não garanta a recuperação completa. A intervenção de enfermagem com a PSC no processo de transição saúde-doença é um aspeto vital para a sua recuperação.

Uma intervenção de enfermagem facilitadora do processo de transição

implica a percepção da complexidade da pessoa e um agir sustentado na evidência, sendo este um dos valores fundamentais da prática de enfermagem. Deste modo, é fundamental sintetizar a evidência científica sobre as intervenções de enfermagem inerentes ao despertar da PSC submetida a VMI, em UCI.

Previamente à realização desta revisão foi efetuada uma pesquisa na base de dados *Joanna Briggs Institute Database of Systematic Reviews and Implementation Reports*, e foi constatada a inexistência de publicações sobre esta temática.

Metodologia

A presente revisão integrativa da literatura foi elaborada com base nas orientações

do *Joanna Briggs Institute for Evidence Based Practice* (Joanna Briggs Institute, 2014) e a questão de investigação que norteou a pesquisa, foi estruturada no formato PICO:

Quais são as intervenções de enfermagem facilitadoras do processo de despertar (I) da pessoa adulta sob VMI (P), em contexto de cuidados intensivos (C)?

A população-alvo da pesquisa é a PSC sob VMI, a intervenção investigada consiste na intervenção de enfermagem no despertar e o contexto específico, a unidade de cuidados intensivos. Os critérios de inclusão definidos estão descritos no quadro 1.

Quadro 1 – Critérios de inclusão

Critérios	Justificação
P - PSC com idade superior ou igual a 18 anos, submetida a VMI.	<ul style="list-style-type: none"> - Cuidados de enfermagem pediátricos em UCI exigem conhecimentos e competências de enfermagem específicas, devido à sua especificidade e complexidade (Cavalcante, Brunori, Lopes, Herdman, & Silva, 2015). - 91% das pessoas internadas em UCI são submetidas a VMI (ECDC, 2011) e a pessoa submetida a VMI experiencia instabilidade, vulnerabilidade e <i>stress</i> que condicionam a sua recuperação (Chlan, 2016).
I - Estudos que incluam estratégias de intervenção no despertar da PSC.	<ul style="list-style-type: none"> - Identificar novas abordagens para gerir a experiência vivida pela PSC sob VMI é uma necessidade da pessoa e um desafio para os profissionais de saúde (Chlan, 2016). - É fundamental aprofundar conhecimentos acerca da intervenção de enfermagem na preparação para eventos de transição saúde-doença (Meleis, 2010), como o despertar.
Co - Contexto de cuidados intensivos.	<ul style="list-style-type: none"> - Em UCI o ambiente é potencialmente hostil para a PSC, estando associado a fatores desencadeadores de <i>stress</i> (Lee et al., 2017). - 91% das pessoas internadas em UCI são submetidas a VMI (ECDC, 2011).

Foram considerados para revisão todos os tipos de estudos com metodologia científica, realizados a partir do ano 2012, inclusive, pois pretende-se obter a melhor evidência disponível acerca da temática em estudo. O idioma do documento não será utilizado como critério de exclusão, com a noção da eventual necessidade de tradução para língua portuguesa.

Como critérios de exclusão consideram-se todos os documentos que não cumpram os critérios de inclusão referidos anteriormente e que não tenham qualidade metodológica, após a aplicação do instrumento de avaliação *Critical Appraisal Tools* do Joanna Briggs Institute (2017).

No que diz respeito à estratégia de pesquisa, foi realizada uma pesquisa inicial sobre o tema no motor de busca *ESBCOhost Web* integrando as bases de dados *CINAHL* e *MEDLINE*. Nesta pesquisa foram analisadas as palavras contidas no título, resumo e palavras-chave dos artigos, e identificados os termos utilizados para descrever os artigos. Dos termos identificados, foram selecionados os que se adequavam ao âmbito da pesquisa e identificados os termos indexados correspondentes.

Na segunda pesquisa, foram utilizados termos de pesquisa identificados em linguagem natural e indexada, nomeadamente *critical ill patient*, *critical*

illness, *mechanically-ventilated patients*, *ventilator patients*, *mechanical ventilation*, *critical care nursing*, *nurs* intervention*, *arousal* e *intensive care unit* e os operadores booleanos *OR* e *AND* nas mesmas bases de dados.

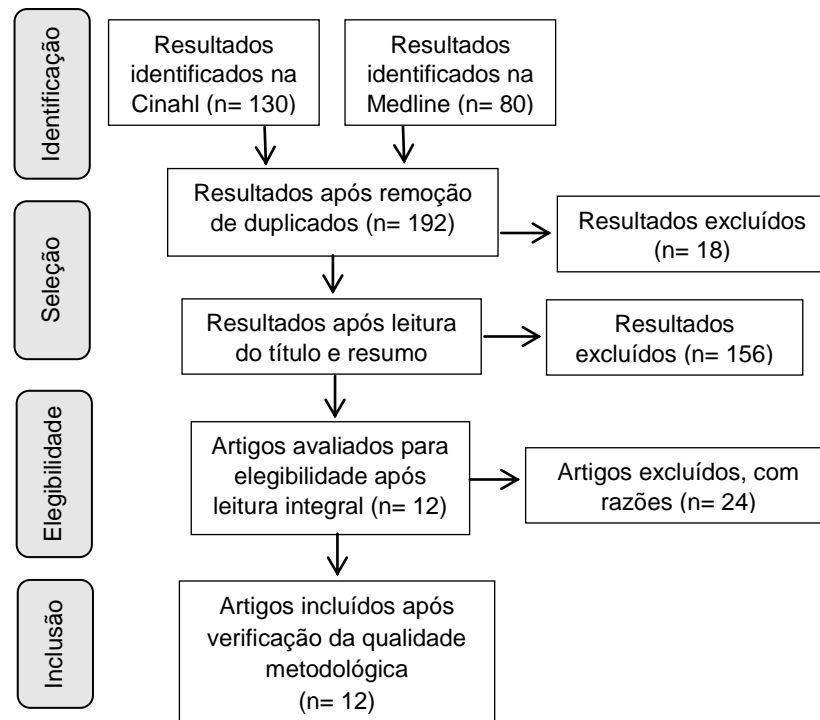
Na seleção de resultados foram incluídos limitadores de pesquisa tendo em conta os critérios de inclusão, nomeadamente a data de publicação (entre janeiro de 2012 e junho de 2017) e o tipo de participantes. Assim, na base de dados *CINAHL* foi obtido um total de 130 artigos e na *MEDLINE* 80 artigos.

Foram eliminados os estudos duplicados e realizada a leitura de todos os títulos e resumos com o objetivo de rejeitar aqueles que não respondem aos critérios de inclusão. Seguiu-se a seleção de documentos através da leitura integral dos mesmos e a construção do diagrama *Prisma Flow*, representativo deste processo (Figura 1).

A pesquisa decorreu durante o mês de julho de 2017.

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 Joanna Briggs Institute (2017) para cada tipo de estudo. Foi conduzida de forma separada pelos dois investigadores e nenhum estudo foi excluído após esta avaliação.

Figura 1 - Diagrama *Prisma Flow*



A síntese e apresentação de resultados foram realizadas através da elaboração de um quadro que integra os parâmetros: designação do estudo (autor, ano, título), nível de evidência e qualidade metodológica, resultados (achados relativos à intervenção de enfermagem) e conclusões, que é apresentado no quadro 2. Os estudos são designados por E, seguido do número correspondente.

Quadro 2 – Principais evidências científicas dos estudos

Estudo	Nível de Evidência / Qualidade Metodológica	Objetivos	Resultados e Conclusões
E1 - Cluckey, Weyant, Roberts, & Henderson (2014). Discovery of unexpected pain in intubated and sedated patients.	3 9/10	- Explorar as percepções e as memórias da experiência da pessoa com VMI em UCI.	- Intervenções realizadas de forma natural pelos enfermeiros, como explicar o que está a acontecer, encorajar a pessoa a respirar de forma coordenada com o ventilador mecânico, proporcionar tranquilidade e falar com voz calma e agradável, são vitais para quem está a receber cuidados. - Fornecer informações e orientações é central na interação com pessoas aparentemente inconscientes. - A sedação pode interferir na avaliação e gestão da dor.
E2 - Gerber, Thevoz, & Ramelet (2015). Expert clinical reasoning and pain assessment in mechanically ventilated patients: A descriptive study.	2 9/10	- Descrever os indicadores que influenciam o raciocínio clínico de enfermagem ao avaliar a dor em pessoas sob VMI.	- A dor não pode ser avaliada isoladamente e sua avaliação deve considerar a estabilidade clínica e o nível de sedação. - Destacam a importância de informar a pessoa perante uma intervenção potencialmente dolorosa, a sensibilidade e a empatia dos enfermeiros em relação à dor de outro e o controlo com intervenções farmacológicas e não farmacológicas.
E3 - Nilsen et al. (2014). Nurse and Patient Interaction Behaviors Effects on Nursing Care Quality for Mechanically Ventilated Older Adults in the ICU.	4.b 7/8	- Descrever comportamentos de interação e fatores que influenciam a comunicação. - Explorar associações entre comportamentos e indicadores de qualidade dos cuidados.	- O comportamento da equipa de enfermagem influencia a comunicação e está associado à qualidade dos cuidados. - O uso intencional de interações positivas por parte dos enfermeiros, encoraja o envolvimento na comunicação, ajuda a estabelecer uma relação terapêutica e induz um comportamento positivo por parte da PSC.
E4 - Le et al. (2012). Sleep disruptions and noturnal nursing interactions in the intensive care unit.	3.b 9/11	- Examinar interrupções do sono secundárias a intervenções de enfermagem em pessoas sob VMI em UCI.	- O sono é um componente crítico na recuperação da pessoa sob VMI. - É sugerido um ambiente propício ao sono mediante a reprogramação dos cuidados, agrupando intervenções e minimizando a interação noturna.
E5 - Sutari et al. (2014). Pain among mechanically ventilated patients in critical care units.	4.b 7/8	- Identificar níveis de dor e fatores causais de dor associada à VMI.	- As intervenções de enfermagem realizadas por rotina foram identificadas como um dos principais fatores causais de dor. - Deve ser considerado o tipo de procedimento e intervenção a realizar, no planeamento da prevenção e gestão da dor.
E6 - Saadatmand et al. (2015). Effects of Natural Sounds on Pain: A Randomized	1.c	- Examinar o efeito de sons da natureza na dor auto-relatada	- A musicoterapia com sons da natureza em complementaridade com a intervenção farmacológica proporciona alívio da dor na pessoa a

Controlled Trial with Patients Receiving Mechanical Ventilation Support.	12/13	em pessoas sob VMI.	realizar VMI.
E7 - Lee et al. (2017). Effects of Music Intervention on State Anxiety and Physiological Indices in Patients Undergoing Mechanical Ventilation in the Intensive Care Unit: A Randomized Controlled Trial.	2 9/11	- Explorar efeitos da intervenção musical na redução da ansiedade em pessoas sob VMI em UCI.	- É recomendada a utilização de música para reduzir os níveis de ansiedade e <i>stress</i> de pessoas sob VMI em UCI. - Os enfermeiros devem estar despertos para as respostas à música e à duração do efeito. Deve ser questionada a preferência da música junto da pessoa ou família.
E8 - Fink, Makic, Poteet, & Oman (2015). The Ventilated Patient's Experience.	2 10/10	- Descrever as experiências da pessoa sob VMI em UCI.	- O cuidado de enfermagem deve ser individualizado, empático e assente numa comunicação eficaz. - A identificação de métodos alternativos de comunicação com a pessoa sob VMI pode reduzir a angústia e a ansiedade. - A reorientação relativa ao tempo e espaço e a comunicação frequente durante o despertar da sedação têm uma influência tranquilizadora. - A gestão eficaz da dor melhora a comunicação.
E9 - Karlsson, Forsberg, & Bergbom (2012). Communication when patients are conscious during respirator treatment – A hermeneutic observation study.	3 10/10	- Observar, interpretar e descrever a comunicação com pessoas conscientes sob VMI em UCI.	- A intervenção do enfermeiro é essencial para a pessoa sob VMI se sentir acompanhada e desenvolver uma relação terapêutica. Esta relação melhora a esperança e a crença na sobrevivência. Realçam o tom da voz, o comportamento e o desempenho nos cuidados de enfermagem como determinantes.
E10 - Engström, Nyström, Sundelin, & Rattray (2013). People's experiences of being mechanically ventilated in an ICU: A qualitative study.	3 9/10	- Descrever as experiências das pessoas sob VMI em UCI.	- Receber um diário e participar numa visita de acompanhamento à UCI são medidas favoráveis para a pessoa que esteve sob VMI, pois permite recriar memórias do período de cuidados em falta. - Ser dependente de pessoas e equipamentos para respirar cria vulnerabilidade, ansiedade, <i>stress</i> e incerteza.
E11 - Khalafi, Elahi, & Ahmadi (2016). Continuous care and patients' basic needs during weaning from mechanical ventilation: A qualitative study.	4 10/10	- Descrever o processo de cuidados durante o desmame ventilatório e analisar os fatores que o facilitam ou dificultam.	- A continuidade dos cuidados de enfermagem durante o processo de desmame é essencial. Não deve ser diminuída a qualidade dos cuidados por fatores extrínsecos à pessoa, como a falta de capacidade de comunicação, de conhecimento e de experiência, e a má organização dos cuidados.
E12 - Cederwall, Plos, Rose, Du"beck, & Ringdal (2014). Critical care nurses management of prolonged weaning: an interview study.	3 9/10	- Explorar a abordagem da equipa de enfermagem na gestão do desmame prolongado da VMI em UCI.	- Os enfermeiros têm uma intervenção fundamental na priorização do desmame e na condução do processo utilizando uma abordagem centrada na pessoa, individualizada e avaliando os seus recursos físicos e emocionais. É enfatizada a importância da colaboração da equipa multiprofissional.

Resultados e discussão

Os artigos obtidos englobam tanto estudos qualitativos como quantitativos e a amostra seleccionada nos estudos varia entre 8 e 301 pessoas, sendo que existem estudos cuja população é constituída por pessoas sob VMI e outros por enfermeiros.

No estudo E1 os autores realizaram um estudo exploratório sobre a percepção da pessoa com VMI em UCI e identificaram a importância da postura no cuidado de enfermagem. As ações realizadas de forma natural pelos enfermeiros, como explicar o que está a acontecer, encorajar através da respiração coordenada com o ventilador, proporcionar tranquilidade e falar com voz calma e agradável, são estas intervenções vitais para quem está a receber cuidados.

O estudo E2 é um estudo fenomenológico onde os autores concluíram que a presença do enfermeiro é essencial para a pessoa se sentir acompanhada e desenvolver uma ligação de proximidade, pois melhora a esperança e a crença na sobrevivência. Realçam que o tom da voz, o comportamento e o desempenho nos cuidados de enfermagem são determinantes para estabelecer esta relação. Estes dados são corroborados pelo estudo E3, um estudo fenomenológico que demonstra que a presença de enfermeiros e familiares, juntamente com o relacionamento

estabelecido com a PSC, são fatores importantes para a percepção de segurança, esperança e sensação de bem-estar.

Tendo por base o impacto do ambiente nos cuidados, os autores do estudo E4 conduziram um estudo prospetivo de coorte e identificaram que o sono é um componente crítico no processo de recuperação da PSC com VMI. As interrupções do sono podem resultar do facto de realizar VMI, do ambiente da UCI e das intervenções de enfermagem realizadas por rotina. Neste sentido, sugerem a reorganização dos cuidados, agrupando intervenções e reagendando o possível para o período diurno. Realçam ainda que deve ser dada atenção à gestão de alarmes, telefones e ruídos relacionados com os profissionais.

A gestão da dor é uma intervenção de enfermagem fundamental para a PSC com VMI, pois a presença de dor surge devido à doença aguda, procedimentos, equipamentos e intervenções diagnósticas e terapêuticas. No estudo E5, um estudo transversal correlacional realizado em pessoas sob VMI em UCI, conclui-se que as intervenções de enfermagem são um dos fatores causais de dor, pelo que deve ser considerado na sua gestão. Os autores do estudo E2 recomendam a identificação do agente causal e o controlo da dor precocemente. Destacam a importância de informar a pessoa perante uma intervenção potencialmente

dolorosa, a sensibilidade e empatia em relação à dor do outro e o controlo com intervenções farmacológicas e não farmacológicas. No estudo E1 é realizado o alerta para o facto de a sedação interferir na avaliação da dor, na medida em que pode mascarar a sua presença ou impedir a comunicação.

O estudo E6 identificou que a musicoterapia com sons da natureza em complementaridade com a intervenção farmacológica, proporciona o alívio da dor na pessoa a realizar VMI. Trata-se de um estudo randomizado controlado em pessoas sob VMI que analisa o efeito da musicoterapia na agitação, ansiedade e *stress*. Como resultado, demonstra o efeito ansiolítico e de relaxamento da musicoterapia, para além de minimizar a necessidade de sedação e apoiar a sua importância para a gestão de sintomas da PSC sob VMI. Estes resultados são corroborados pelo estudo E7, um ensaio com a mesma metodologia que explora o efeito da música como cuidado. Os resultados deste estudo evidenciam o efeito da música na redução do nível de ansiedade e *stress* na pessoa com VMI em UCI.

No estudo E8, um estudo descritivo acerca da experiência da pessoa com VMI em UCI, os investigadores concluíram que a identificação de métodos alternativos de comunicação com a pessoa podem reduzir a angústia e ansiedade durante a experiência de VMI. Deve ser considerado

o uso de placas de informação ou imagens, incentivar respostas sim/não, usar gestos efetivos e incentivar a interação e o envolvimento familiar para melhorar a comunicação. A reorientação tempo-espacial e a comunicação frequente durante os períodos de despertar da sedação podem ter uma influência tranquilizadora.

Os resultados do estudo E9, um estudo observacional hermenêutico, apoiam a evidência de que a PSC sob VMI incapaz de comunicar verbalmente está vulnerável, e que o medo e a falta de controlo sentida por estas pessoas pode ser reduzida através do ensino de estratégias de comunicação não verbal e de comportamento perante os equipamentos utilizados. Segundo os autores do estudo E8, promover e incorporar a presença da família e a sua contribuição no planeamento de cuidados é uma intervenção essencial tanto para a pessoa como para a família.

A elaboração de diários de internamento pode ser uma ferramenta útil no processo de recuperação e de compreensão da experiência vivida. No E8 os autores recomendam a construção de diários de internamento como meio de obtenção de informação detalhada. Acrescentam que é igualmente importante a existência de consultas de *follow-up* na resolução dos problemas identificados ao longo da recuperação e na compreensão da vivência de estar sob VMI em UCI.

Os resultados do estudo E10 defendem que a leitura de diários de internamento redigidos pela equipa de saúde e família minimiza os sintomas de síndrome de *stress* pós-traumático, ansiedade e depressão, e ajuda na reconstrução da própria perspectiva sobre a experiência vivida. Dos relatos obtidos neste estudo destacam-se a sensação de vulnerabilidade, ansiedade, *stress* e incerteza sobre a capacidade de respirar, na situação de dependência de equipamentos e de profissionais para assegurar a sobrevivência.

O desmame da VMI é um processo inevitável na PSC sob VMI. Os autores do estudo E11 desenvolveram um estudo descritivo sobre os cuidados básicos no desmame ventilatório e destacam a continuidade do cuidado de enfermagem como fundamental para o processo de desmame eficaz. Alertam para a necessidade dos enfermeiros possuírem conhecimento, experiência, capacidade de comunicação e de organização dos cuidados para o sucesso do processo.

O estudo E12 evidenciou que os enfermeiros são fundamentais na priorização do desmame e na condução do processo com base em protocolos de intervenção, pois realizam o desmame utilizando uma abordagem centrada na pessoa, individualizando e avaliando os seus recursos físicos e emocionais. Destacam a importância da colaboração

da equipa multiprofissional no planeamento das intervenções.

Não obtivemos resultados sobre o impacto das medidas de contenção física na experiência da pessoa, no entanto é um fator destacado na literatura. Segundo Rose et al. (2016) a utilização de medidas de contenção física é frequente em UCI, sendo uma intervenção realizada em 75% das pessoas sob VMI. Esta intervenção é um fator causador de ansiedade, delírio e síndrome de *stress* pós-traumático.

Como limitações desta investigação destacam-se a restrição das bases de dados utilizadas, os limites temporais definidos e a exclusão de literatura cinzenta. A identificação de um reduzido número de estudos com diferentes metodologias dificulta a discussão dos resultados e o facto de nenhum estudo ter sido realizado em Portugal, pode condicionar a influência das questões culturais nos resultados.

Conclusão

A intervenção de enfermagem deve centrar-se na unicidade de cada pessoa, na perceção da sua complexidade e acompanhar o percurso de tratamento e recuperação que esta enfrenta.

A evidência obtida nesta revisão demonstra que, além da individualidade do cuidado, a intervenção de enfermagem deve ter em conta fatores como o controlo do ambiente, a gestão de sintomas, o

comportamento da equipa de enfermagem e o acompanhamento após a alta. A intervenção de enfermagem pretende minimizar o impacto dos resultados físicos e psicológicos negativos associados ao internamento em UCI e ao uso de VMI, e assim melhorar o processo de transição vivido e a qualidade de vida após o internamento.

Sabendo que a PSC enfrenta inúmeras transições ao longo do internamento em UCI é fundamental perceber a importância do cuidado de enfermagem nessa vivência e nos resultados em saúde obtidos, pelo que se devem realizar estudos de investigação nesta área do cuidado.

Referências bibliográficas

Benner, P., Kyriakidis, P., & Stannard, D. (2011). *Clinical wisdom and interventions in acute and critical care – A Thinking-in-action Approach* (2nd ed.). New York: Springer Publishing Company.

Cavalcante, A., Brunori, E., Lopes, C., Herdman, T., & Silva, A. (2015). Nursing diagnoses and interventions for a child after cardiac surgery in an intensive care unit. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 68(1), 155-160. DOI: 10.1590/0034-7167.2015680121i

Cederwall, C., Plos, K., Rose, L., Dübbeck, A., & Ringdal, A. (2014). Critical care nurses management of prolonged

weaning: an interview study. *British Association of Critical Care Nurses*, 19(5), 236-242. DOI: 10.1111/nicc.12092

Chlan, L. (2016). Engaging critically ill patients in symptom management: thinking outside the box! *American Journal of Critical Care*, 25(4), 293-298. DOI: 10.4037/ajcc2016671

Cluckey, L., Weyant, R., Roberts, M., & Henderson, A. (2014). Discovery of unexpected pain in intubated and sedated patients. *American Journal of Critical Care*, 23(3), 216-220. DOI: 10.4037/ajcc2014943

Engström, A., Nystrom, N. Sundelin, G., & Rattray, J. (2013). People's experiences of being mechanically ventilated in an ICU: A qualitative study. *Intensive and Critical Care Nursing*, 29, 88-95. DOI: 10.1016/j.iccn.2012.07.003

European Centre Disease Prevention and Control. (2011). Annual epidemiological report-Reporting on 2009 surveillance data and 2010 epidemic intelligence data. Stockholm. Recuperado de http://ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/111_SUR_Annual_Epidemiological_Report_on_Communicable_Diseases_in_Europe.pdf

Fink, R., Makic, M., Poteet, A., & Oman, K. (2015). The Ventilated Patient's Experience. *Dimensions of Critical Care Nursing*, 35(5), 301-308. DOI: 10.1097/DC C.000000000000128

- Gerber, A., Thevoz, A., & Ramelet A. (2015). Expert clinical reasoning and pain assessment in mechanically ventilated patients: A descriptive study. *Australian Critical Care*, 28, 2–8. **DOI:** 10.1016/j.aucc.2014.06.002
- Hofhuis, J., Spronk, P., Stel, H., Schrijvers, A., Rommes, J., & Bakker, J. (2008). Experiences of critically ill patients in the ICU. *Intensive and Critical Care Nursing*, 24, 300-313. **DOI:** 10.1016/j.iccn.2008.03.004
- Joanna Briggs Institute. (2014). *Joanna Briggs Institute Reviewers Manual 2014 edition*. Australia: Joanna Briggs Institute. Recuperado de <https://nursing.lsuhs.edu/JBI/docs/ReviewersManuals/Economic.pdf>
- Joanna Briggs Institute. (2017). *The Joanna Briggs Institute Critical Appraisal tools for use in JBI Systematic Reviews*. Australia: Joanna Briggs Institute. Recuperado de <https://joannabriggs.org/research/critical-appraisal-tools.html>
- Karlsson, V., Lindahl, B., & Bergbom, I. (2012). Patient's statements and experiences concerning mechanical ventilation: a prospective video-recorded study. *Nursing Inquiry*, 19(3), 247–258. **DOI:** 10.1111/j.1440-1800.2011.00576.x
- Khalafi, A., Elahi, N., & Ahmadi, F. (2016). Continuous care and patients' basic needs during weaning from mechanical ventilation: A qualitative study. *Intensive and Critical Care Nursing*, 37, 37-45. **DOI:** 10.1016/j.iccn.2016.05.005
- Le, A., Friese, R., Hsu, C., Wynne, J., Rhee, P., & O'Keeffe, T. (2012). Sleep disruptions and nocturnal nursing interactions in the intensive care unit. *Journal of Surgical Research*, 177, 310-314. **DOI:** 10.1016/j.jss.2012.05.038
- Lee, C., Lee, C., Hsu, M., Lai, C. Sung, Y. Lin, C., & Lin, L. (2017). Effects of Music Intervention on State Anxiety and Physiological Indices in Patients Undergoing Mechanical Ventilation in the Intensive Care Unit: A Randomized Controlled Trial. *Biological Research for Nursing*, 19(2), 137-144. **DOI:** 10.1177/1099800416669601
- Meleis, A. (2010). *TRANSITIONS THEORY: Middle Range And Situation Specific Theories*. New York: Springer Publishing Company.
- Meleis, A., Sawyer, L., Im, E., Messias, D., & Schumaler, K. (2000). Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory. *Advances in Nursing Science*, 23(1), 12–28. **DOI:** 10.1097/00012272-20009000-00006
- Nilsen, M., Sereika, S., Hoffman, L., Barnato, A., Donovan, H., & Happ, M. (2014). Nurse and Patient Interaction Behaviors Effects on Nursing Care Quality for Mechanically Ventilated Older Adults in the ICU. *Research in Gerontological*

Nursing, 7(3), 113–125. **DOI:** 10.3928/19404921-20140127-02

Rose, L., Dale, C., Smith, O., Burry, L., Enright, G., Fergusson, D., ... Mehta, S. (2016). A mixed-methods systematic review protocol to examine the use of physical restraint with critically ill adults and strategies for minimizing their use. *Systematic Reviews*, 5(194). 1-8. **DOI:** 10.1186/s13643-016-0372-8

Sá, F., Botelho, M., & Henriques, M. (2015). Cuidar da Pessoa em Situação Crítica: A Experiência do Enfermeiro. *Pensar Enfermagem*, 19(1), 31-45. Recuperado de http://pensarenfermagem.esel.pt/files/PE_19_1sem2015_31_46.pdf

Saadatmand, V., Rejeh N., Heravi-Karimooi, M., Tadrissi, S., Vaismoradi, M., & Jordan, S. (2015). Effects of Natural Sounds on Pain: A Randomized Controlled Trial with Patients Receiving Mechanical Ventilation Support. *Pain Management Nursing*, 16(4), 483-492. **DOI:** 10.1016/j.pmn.2014.09.006

Sutari, M., Abdalrahim, M., Hamdan-Mansour, A., & Ayasrah S. (2014). Pain among mechanically ventilated patients in critical care units. *Journal of Research in Medical Sciences*, 19, 726-732. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4235092/>

Warlan, H., & Howland, L. (2015). Posttraumatic Stress Syndrome Associated With Stays in the Intensive

Care Unit: Importance of Nurses' Involvement. *Critical Care Nurse*, 35(3), 44-54. **DOI:** 10.4037/ccn2015758

Intervenções de enfermagem dirigidas à diminuição da vulnerabilidade da pessoa em situação crítica: Revisão integrativa da literatura

Nursing interventions aimed at reducing the vulnerability of the critically ill person: Integrative literature review

Marta Soares Pacheco¹, Maria Teresa Leal¹

1. Mestre em Enfermagem; Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

Resumo

Enquadramento: A qualidade dos cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica tem registado avanços significativos nos últimos anos pelo importante desenvolvimento tecnológico. Em emergência, o ambiente confuso e ruidoso pode conduzir o enfermeiro a enfatizar a componente técnica, descuidando a relacional e a resposta às necessidades biopsicossociais da pessoa. A vulnerabilidade surge no contexto como uma condição a enaltecida pelos enfermeiros, melhorando expectativas, experiências e os resultados em saúde, valorizando a profissão.

Objetivo: Sintetizar a evidência disponível relativa às intervenções de enfermagem dirigidas à diminuição da vulnerabilidade da pessoa adulta em situação crítica, em contexto de emergência.

Metodologia: Revisão integrativa da literatura sob as orientações do Joanna Briggs Institute e assente na metodologia PICO, com pesquisa de artigos científicos nas bases de dados MEDLINE e CINAHL, e literatura cinzenta.

Resultados: Identificaram-se 37 artigos, dos quais se selecionaram 8 para extração e análise.

Conclusão: A experiência da pessoa em situação crítica em emergência é influenciada por fatores organizacionais, ambientais e de cuidado. Os aspetos mais valorizados relacionam-se com o facto da pessoa se sentir cuidada por profissionais competentes, assente numa relação empática, com resposta às principais necessidades identificadas em momentos de grande ansiedade e medo.

Palavras-chave: pessoa em situação crítica; serviço de emergência; cuidados de enfermagem; satisfação do doente; vulnerabilidade

Abstract

Background: The quality of nursing care for the critically ill person has registered significant advances in recent years due to the significant technological development. In the context of an emergency room, the confused and noisy environment may lead the nurse to emphasise the technical component, neglecting the relational one and the response to the patient's bio psychosocial needs. Human vulnerability becomes an important concept in this context, as a condition to be valued by nurses leading to the improvement of expectations, experiences and health outcomes, and therefore promoting nurses' professional valorisation.

Objective: To synthesise the available evidence regarding nursing interventions aimed at reducing the vulnerability of the critically ill adult in emergency.

Methodology: Integrative literature review following the Joanna Briggs Institute guidelines and based on the PICO methodology, with research of scientific articles in MEDLINE and CINAHL databases and gray literature.

Results: 37 articles were identified, of which 8 were selected for extraction and analysis.

Conclusion: The experience of the critically ill person in an emergency context is influenced by organisational, environmental and care factors. The most valued aspects are related to the fact that the patient feels cared by competent professionals, based on an empathic relationship with the identification of the main needs in moments of great anxiety and fear.

Keywords: critical illness; emergencies; nursing care; patient satisfaction; vulnerability

Introdução

A qualidade dos cuidados de enfermagem prestados à pessoa em situação crítica (PSC), nomeadamente nas unidades de cuidados intensivos e serviços de urgência, tem registado avanços muito significativos nos últimos anos, impulsionados pelo importante investimento tecnológico desenvolvido na área. Estes cuidados ocorrem em contextos particularmente confusos e ruidosos “associados à tecnicidade e à agilidade dos procedimentos num ambiente cuja dinâmica impõe ações complexas, nas quais a presença da finitude da vida é uma constante, gerando ansiedade, tanto na pessoa e família como nos enfermeiros” (Sá, Botelho, & Henriques, 2015, p. 31).

A necessidade emergente de estabilização da PSC, a substituição de órgãos *major* e a constante vigilância requerem a presença de profissionais competentes, experientes e dotados de uma capacidade de adaptação a situações adversas. No entanto, as competências técnicas não devem ser priorizadas nestes contextos de cuidados, onde ocorre muitas vezes o primeiro contacto entre o enfermeiro e a PSC e se inicia uma relação de cuidado.

Copp (1986) sugere que quando as situações de vida saem do nosso controlo com ameaça à saúde, a condição de vulnerabilidade emerge. Este é um

conceito chave na enfermagem, dadas as suas implicações para a saúde (Spiers, 2000).

Wisner, Adams e World Health Organization (2002, p. 20) definem a vulnerabilidade como o “grau de incapacidade de uma população, pessoa ou organização para antecipar, enfrentar, resistir e recuperar do impacto de doenças/acidentes”. Purdy (2004) acrescenta que é um processo dinâmico e permeável às circunstâncias que influenciam positiva ou negativamente o modo como cada pessoa concretiza os seus objetivos. Influenciada por fatores pessoais e ambientais, a vulnerabilidade gera *stress* e ansiedade, e é caracterizada como algo subjetivo e não estanque, variando de pessoa para pessoa (Scanlon, & Lee 2007; Shi, 2001). É considerada uma barreira aos resultados em saúde e admite-se que a maioria das pessoas irá experienciar este fenómeno quando em contexto de hospitalização (Mitchell, 2010). Sellman (2005) refere também que a pessoa que necessita de cuidados de saúde se apresenta mais vulnerável, pois está exposta a inúmeros fatores de risco, pelo que a sua capacidade de autoproteção está comprometida.

Em contexto de emergência a vulnerabilidade aumenta exponencialmente, dado o grau de exposição corporal, a dor, a incapacidade de se auto-cuidar, a ausência de controlo

sobre a situação e o medo do desconhecido, fatores que colocam a pessoa numa situação de fragilidade e incerteza.

No contexto pré-hospitalar, serviços de urgência e unidades de cuidados intensivos, as competências técnicas podem tender a sobrepor-se às competências relacionais e à necessidade emergente de estabilizar a PSC, conduzindo os profissionais a não atribuírem a devida importância à componente psicológica e emocional, diminuindo assim a capacidade de colaboração da pessoa e contribuindo para uma experiência ainda mais hostil.

As necessidades da PSC em emergência são subjetivas. Um estudo de O'Brien e Fothergill-Bourbonnais (2004), realizado num serviço de urgência, concluiu que as condições organizacionais e a relação empática em sala de emergência foram os principais fatores associados à sensação de segurança e bem-estar por parte da PSC. Os resultados deste estudo demonstraram a preferência na presença de um profissional competente ao invés de um familiar, e que as intervenções como o toque terapêutico, o escutar que iria ficar bem e a forma como lhes era transmitida a informação, contribuía para a diminuição da vulnerabilidade associada.

Gordon, Sheppard e Anaf (2010) identificaram que a problemática com maior ênfase na experiência vivida pela

PSC em contexto de emergência foi o cuidado dirigido para as necessidades emocionais e psicossociais. Foi valorizada a competência técnica e relacional, com referência à abordagem dos profissionais, explicação dos procedimentos e ao adequado acolhimento num ambiente de *stress*.

Explorar a experiência vivenciada pela PSC em contexto de emergência permite compreender o fenómeno e identificar a sua perceção.

A bibliografia evidencia que é possível aumentar a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados nos contextos em análise numa “conciliação harmoniosa entre a mestria da tecnologia e a arte do cuidar” (Sá et al., 2015, p. 33), diminuindo a condição de vulnerabilidade e fomentando a sensação de segurança, bem-estar e homeostasia possível em ambiente de urgência, através da implementação de intervenções relacionais autónomas com a pessoa e família.

Tendo em conta esta problemática, com a presente revisão pretende-se sintetizar a evidência disponível relativa às intervenções de enfermagem dirigidas à diminuição da vulnerabilidade da pessoa adulta em situação crítica, em emergência.

Metodologia

A realização desta revisão integrativa da literatura teve em conta as orientações do Joanna Briggs Institute (Joanna Briggs Institute, 2014) e a questão de investigação que orientou a pesquisa, foi elaborada no formato PICO: Quais são as intervenções de enfermagem (I) dirigidas à diminuição da vulnerabilidade (O) da pessoa em situação crítica (P), em contexto de emergência (C)?

Os critérios de inclusão encontram-se descritos e justificados no quadro 1. O idioma original dos artigos foi critério de exclusão, incluindo apenas documentos em língua portuguesa e inglesa, bem como a idade dos participantes em estudo, aceitando-se apenas documentos com referência a indivíduos adultos (com idade igual ou superior a 18 anos). Foram igualmente excluídos artigos sem texto integral e/ou sem *abstract* disponível.

Quadro 1 – Critérios de inclusão

	Critérios de inclusão	Justificação
Participantes	PSC com idade igual ou superior a 18 anos, admitidas em sala de reanimação ou assistidas por equipas de pré-hospitalar, conscientes (Escala de Coma de Glasgow superior a 13) e sem alterações cognitivas de base, que limitem a perceção e a comunicação.	O tema em estudo não contempla a idade pediátrica. A perceção da realidade vivenciada no contexto implica um nível de consciência mínimo.
Experiência	Estudos em que seja referenciada a experiência de vulnerabilidade ou sentimento de satisfação ou insatisfação face aos cuidados de enfermagem em contexto de emergência.	Permite identificar as intervenções de enfermagem que visem o bem-estar e a satisfação da PSC em emergência.
Resultados	Todos os estudos que forneçam experiências pessoais e intervenções de enfermagem que contribuam para minimizar o sentimento de vulnerabilidade da PSC em emergência.	Segundo a Ordem dos Enfermeiros (Regulamento n.º 124/2011 de 18 de fevereiro), o enfermeiro demonstra conhecimentos sobre a gestão da ansiedade e do medo vividos pela PSC e ou com falência orgânica.
Documentos	Todos os tipos de documentos, publicados ou não publicados, disponíveis e considerados pertinentes.	Obter a melhor evidência disponível da temática em estudo, de acordo com o tipo de revisão.
Idioma	Todos os artigos em texto integral redigidos em português e inglês.	Resumo disponível para leitura e posterior seleção dos documentos e o texto integral para análise dos resultados do estudo.

A pesquisa foi realizada no período entre 6 e 15 de junho de 2017 e teve como finalidade, identificar documentos

publicados nas bases de dados MEDLINE e CINAHL. Foram igualmente considerados outros trabalhos não

indexados/publicados que cumpriam os critérios definidos, disponíveis na literatura cinzenta. No que diz respeito à pesquisa nas bases de dados, inicialmente foram introduzidos os termos de pesquisa em linguagem natural, tendo por base as

palavras-chave identificadas em artigos relacionados com o tema em análise, para a identificação dos descritores específicos de cada uma das bases de dados (quadro 2).

Quadro 2 – Palavras-chave em linguagem natural e respetivos termos indexados

	Linguagem natural	Linguagem indexada	
		CINAHL	MEDLINE
População (P)	Critically ill patient Emergency patient	Critically ill Emergency patient	Critical illness
Intervenção (I)	Nurs*	Nursing care Nursing interventions	Nursing care Nursing
Contexto (C)	Acute care Emergency service Emergency room Emergency unit Resuscitation Prehospital care	Emergency service Acute care Prehospital care	Emergency service
Outcome (O)	Vulnerability Patient satisfaction Patient well-being Patient experience Quality of health care	Vulnerability Patient satisfaction Quality of health care	Patient satisfaction Quality of health care

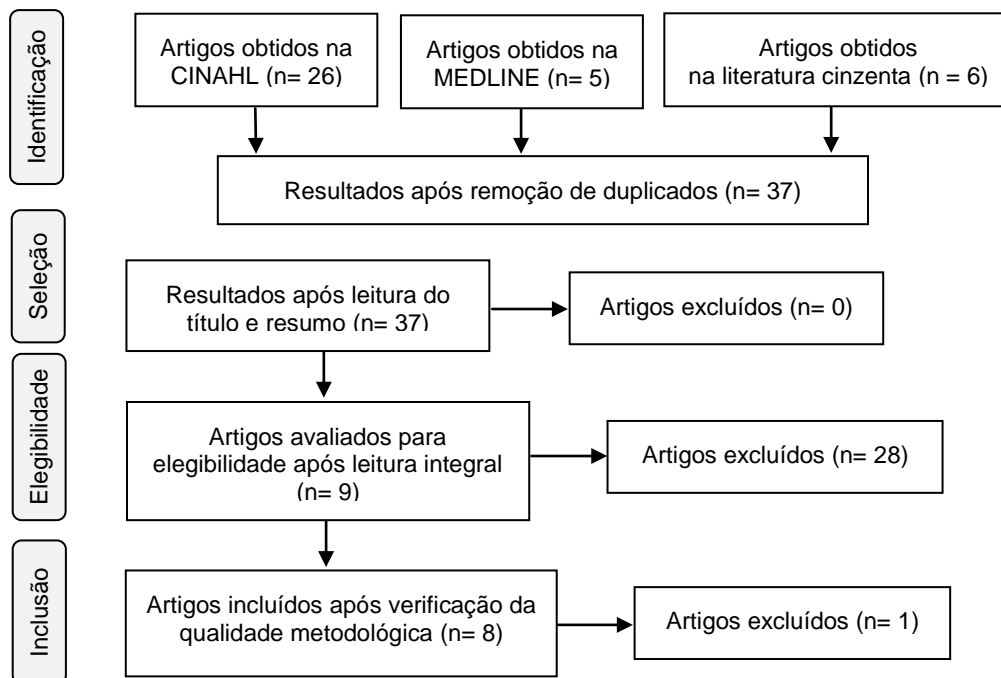
A estratégia de pesquisa foi a seguinte: (P) [critically ill patients OR critical illness OR emergency patient] AND (I) [nurs*] AND (C) [acute care OR emergency service OR emergency room OR emergency unit OR resuscitation OR prehospital care] AND (O) [vulnerability OR patient satisfaction OR patient well-being OR patient experience OR quality of health care]. Foram obtidos 31 resultados. Relativamente aos trabalhos não indexados/publicados (literatura cinzenta), foram utilizados os mesmos critérios de seleção, do que resultaram 6 artigos. O processo de identificação, seleção e

avaliação metodológica dos artigos foi realizado por 2 investigadores. A primeira fase do processo permitiu excluir artigos pelo título e resumo por não se enquadrarem no tema em estudo. O consenso entre os revisores determinou a seleção de 9 artigos para elegibilidade. Seguiu-se um segundo processo de seleção dos artigos através da sua leitura integral, permitindo a verificação da relevância e adequação de acordo com os critérios de inclusão, de exclusão e a questão de investigação. Os artigos selecionados para inclusão nesta revisão foram sujeitos a uma

avaliação rigorosa por parte dos dois revisores. Para aceder à qualidade metodológica dos estudos, foi utilizada a ferramenta Critical Appraisal Tool, do Joanna Briggs Institute (2016). Para cada artigo foi identificado o tipo de estudo, preenchida a respetiva *checklist* e atribuída uma avaliação da qualidade. Para aceder ao nível de evidência dos artigos incluídos na revisão, estes foram analisados de acordo com a escala *Levels of Evidence* do Joanna Briggs Institute (2013), que os caracteriza do nível 1 (maior nível de evidência) até ao nível 5 (menor nível de evidência). Ambos os processos de avaliação da qualidade

metodológica e nível de evidência científica foram realizados pelo primeiro revisor e posteriormente analisados pelo segundo revisor, de forma a validar as avaliações e se necessário modificá-las. Após a avaliação da qualidade metodológica foi excluído um artigo por não apresentar a qualidade desejada. Para a apresentação dos resultados da revisão foi elaborado um diagrama segundo a PRISMA – *Preferred Reporting of Systematic Reviews and Meta-analysis* (Moher, Liberati, Tetzlaff, & Altman, 2009) (figura 1) que elucida as etapas do processo.

Figura 1 – Diagrama *Prisma Flow*



A síntese da informação recolhida dos artigos é apresentada no quadro 3, onde constam os seguintes dados: autor(es), ano de publicação e título; características

metodológicas (qualidade metodológica do estudo e nível de evidência); objetivos do estudo; resultados e conclusões.

Quadro 3 – Extração e síntese de dados

Autor(es)/ Ano de publicação/ Título	Características Metodológicas	Objetivos	Resultados e Conclusões
<p>O'Brien, & Fothergill-Bourbonnais (2004). The Experience of Trauma Resuscitation in the Emergency Department: Themes from Seven Patients</p>	<p>Estudo qualitativo, interpretativo fenomenológico aplicado em contexto de serviço de urgência, com recurso a entrevistas. n = 7 QM – 8/10 NE – 3</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Conhecer as perspetivas da PSC vítima de trauma num serviço de urgência; - Identificar se as PSC detiveram perceções de vulnerabilidade durante a ressuscitação em trauma no serviço de urgência; - Identificar se existiram fatores que influenciaram esta mesma experiência. 	<p>Perceções iniciais de vulnerabilidade foram substituídas por um sentimento de segurança. Fatores organizacionais, como a identificação precoce de um elemento líder na equipa, comportamentos de cuidar (toque e adequado tom de voz) contribuíram para uma experiência mais positiva. A dor e a ausência da família no momento foram consideradas menos importantes relativamente ao facto de se sentirem entregues a profissionais competentes.</p>
<p>Hayes, & Tyler-Ball (2007). Perceptions of Nurses' Caring Behaviors by Trauma Patients</p>	<p>Estudo quantitativo, observacional descritivo, aplicado num serviço de urgência com centro de trauma, com recurso ao instrumento de colheita de dados <i>Caring Behaviors Inventory</i>. n= 70 QM – 6/10 NE – 4c</p>	<p>Descrever como PSC, vítimas de trauma de gravidade moderada a muito grave, percecionaram os comportamentos e cuidados de enfermagem no serviço de urgência, de acordo com 4 categorias: confiança, conhecimentos e competências, respeito e proximidade.</p>	<p>Expressa total perceção de cuidado por parte da equipa de enfermagem. Foram, no entanto, identificadas áreas de potencial melhoria:</p> <ul style="list-style-type: none"> - necessidade do enfermeiro “estar com” a pessoa enquanto age rapidamente; - identificar barreiras ao cuidar; - compreender se o <i>stress</i> da PSC interfere com instruções e como o trabalhar para aumentar o <i>outcome</i>. - As respostas atribuídas ao item “comunicação no cuidar” evidenciam a necessidade de competências culturais na prestação de cuidados.
<p>Wright (2011). Trauma Resuscitations and Patients Perceptions of Care and Comfort</p>	<p>Estudo quantitativo, observacional descritivo, aplicado em contexto de serviço de urgência, com recurso a questionários. n= 34 QM – 9/10 NE – 4c</p>	<p>Identificar os níveis de conforto da PSC relativamente à sua experiência de cuidados e aplicação de dispositivos médicos no serviço de urgência.</p>	<p>Identificados elevados níveis de conforto associados a procedimentos expectáveis, e níveis mais baixos em procedimentos menos familiares, para os quais não estavam preparados ou que invadissem a sua privacidade (remoção da roupa e exame retal). Cuidado considerado perto do excelente. A maioria das PSC sentiu-se cuidada, segura e grata com os cuidados prestados pelos profissionais em contexto pré-hospitalar e no serviço de urgência.</p>

<p>Wiman, Wikblad, & Idvall (2007). Trauma Patient's Encounters with the Team in the Emergency Department - A Qualitative Study</p>	<p>Estudo qualitativo interpretativo fenomenológico. Aplicado à PSC com experiência de episódio de trauma, com recurso a entrevistas no serviço de urgência. n= 23 QM – 8/10 NE – 3</p>	<p>Explorar a conceção da PSC relativamente à experiência com a equipa de trauma do serviço de urgência (médicos, enfermeiros e auxiliares).</p>	<p>Emergem três categorias de comportamento com a PSC: técnico, atencioso e não comprometido. Estes comportamentos tendem a alterar-se com o tempo de cuidados. Foram valorizados os conhecimentos e habilidades técnicas, a comunicação e o envolvimento dos profissionais. A mudança de um comportamento mais técnico para mais atencioso é pré-requisito para cuidados de qualidade em urgência. A avaliação da satisfação da PSC possibilita que os profissionais conheçam a perspectiva do outro nos cuidados. É importante a flexibilidade no tempo de assistência física e psicológica à PSC.</p>
<p>Gordon, Sheppard, & Anaf (2010). The Patient Experience in the Emergency Department: A Systematic Synthesis of Qualitative Search</p>	<p>Revisão sistemática de estudos qualitativos publicados entre 1990 e 2006, referentes ao serviço de urgência. n= 10 estudos QM – 9/10 NE – 4ª</p>	<p>Rever sistematicamente estudos com exploração da experiência da PSC em urgência, com o objetivo de descrever os fatores que a influenciam.</p>	<p>Experiências mais valorizadas: cuidado ou a falta do mesmo e a satisfação das necessidades psicossociais e emocionais da PSC, em contraste com a cultura dos serviços de urgência, que enfatizam a tecnicidade e eficiência dos procedimentos. Valorizada a competência técnica, o cuidar, a abordagem dos profissionais, o acolhimento e a explicação dos procedimentos.</p>
<p>Wiman, & Wikblad (2004). Caring and Uncaring Encounters in Nursing in an Emergency Department</p>	<p>Estudo qualitativo, interpretativo fenomenológico, aplicado num serviço de urgência, com recurso a gravações de vídeo de episódios de cuidados entre enfermeiros da equipa de trauma e PSC. Estudadas 5 situações que envolveram 10 enfermeiros. A análise teve por base os critérios <i>caring</i> e <i>uncaring</i>. n= 10 enfermeiros QM – 8/10 NE – 3</p>	<p>Estudar situações de cuidados entre PSC e enfermeiros da equipa de trauma e explorar como a teoria do <i>caring and uncaring encounters</i> de Halldorsdottir (1996) pode ser aplicável no serviço de urgência.</p>	<p>Os autores assumem que a PSC vulnerável encontra-se no centro de um esquema, onde de um lado existe uma barreira constituída por fatores que impedem o alcance da PSC (desinteresse, insensibilidade, frieza, desumanidade), e do outro lado uma ponte para os comportamentos e intervenções de enfermagem que aproxima os profissionais da pessoa. Os comportamentos de <i>uncaring</i> foram mais comuns que os de <i>caring</i>. Um novo comportamento de <i>uncaring</i> emergiu – o técnico (falta de envolvimento emocional mas sem insensibilidade). Comunicação verbal e não-verbal dos enfermeiros revelou-se pobre, com a adoção da postura <i>wait and see</i>. A teoria de Halldorsdottir (1996) é aplicável no serviço de urgência mas os aspetos observados não envolveram toda a teoria. Os enfermeiros estudados tinham conhecimento das gravações e eles próprios iniciavam as gravações, o que pode ter condicionado o comportamento observado.</p>

			É necessário dar resposta às necessidades biopsicossociais da PSC no serviço de urgência, pelo que deve ser um aspeto a valorizar e enfatizar na educação da enfermagem e nos cursos de trauma.
Baldursdottir, & Jonsdottir (2002). The importance of nurse caring behaviors as perceived by patients receiving care at an emergency department	Estudo quantitativo, observacional descritivo, com recurso a questionários enviados a PSC assistidas num serviço de urgência da Islândia. Questionários baseados na <i>Cronin and Harrison's Caring Behaviors Assessment (CBA)Tool</i> , (10 fatores do cuidar de Jean Watson). n= 182 QM – 6/10 NE – 4c	Identificar que intervenções de enfermagem são percecionadas como importantes indicadores de cuidado no serviço de urgência.	Foi priorizada a competência clínica dos enfermeiros, manifestada por ações dirigidas à PSC, no sentido do enriquecimento e proteção da dignidade humana. O pouco tempo disponível e a elevada carga de trabalho foram as principais preocupações identificadas nos enfermeiros no que respeita cuidado prestado. Os resultados do estudo devem ser aplicados em outros contextos para reconhecer as necessidades de cuidado e a compreensão das suas expectativas da PSC relativamente à enfermagem. São recomendados estudos semelhantes com recurso à <i>CBA tool</i> e outros que demonstrem de que forma o cuidado afeta os <i>outcomes</i> da PSC.
Malone (2000). Dimensions of Vulnerability in Emergency Nurses' Narratives	Estudo qualitativo, interpretativo etnográfico, aplicado em dois serviços de urgência ao longo de 12 meses, relativas a experiências de <i>caring</i> . Recurso a entrevistas. n= 30 enfermeiros QM – 9/10 NE – 4c	Descrever como os enfermeiros vivenciam a vulnerabilidade no serviço de urgência e como as suas experiências podem afirmar a vulnerabilidade como um conceito.	A vulnerabilidade da PSC dá valor social à enfermagem. A vulnerabilidade é um aspeto continuamente presente no ser humano e o reconhecimento da vulnerabilidade mútua é uma forma de preservar socialmente o valor do cuidar. Estudos que explorem a gestão dos diferentes conceitos de vulnerabilidade podem contribuir para uma visão mais consciente da prática de enfermagem para além do cuidado tecnológico.

n – Número de participantes no estudo

QM – Qualidade metodológica

NE – Nível de evidência científica

Resultados e discussão

A presente revisão integrativa da literatura permitiu rever 8 artigos. O objetivo de todos os estudos teve por base a análise da experiência de cuidados de enfermagem prestados à PSC, admitida em contexto de emergência.

O friso temporal em que se inserem tem uma variação de 11 anos, entre 2000 e 2011. O número de participantes por estudo variou entre os 7 e 82 em amostras compostas por PSC e nos estudos com amostras compostas por enfermeiros ocorreu uma variação entre 10 e 30 participantes.

Dos 8 estudos analisados, 4 (50%) são do tipo qualitativo interpretativo fenomenológico, 3 (37.5%) são quantitativos observacionais descritivos e 1 (12.5%) corresponde a uma revisão sistemática da literatura.

A nível cultural, os estudos foram desenvolvidos em diferentes países, sendo que 3 (37.5%) são norte-americanos, 3 (37.5%) são europeus, 1 (12.5%) é da Oceânia e 1 (12.5%) não faz referência ao país onde foi realizado.

Os resultados obtidos nos artigos em estudo salientam a importância das seguintes componentes na prestação de cuidados à PSC: competência técnica, fatores organizacionais, intervenções dirigidas ao cuidado holístico e sentimento de segurança.

Destas componentes, a competência técnica dos enfermeiros é o aspeto mais valorizado pela PSC em contexto de emergência (Baldursdottir, & Jonsdottir, 2002; Gordon et al., 2010; O'Brien, & Fothergill-Bourbonnais, 2004; Wiman et al., 2007; Wiman, & Wikblad, 2004), associada à confiança nas intervenções clínicas. Os fatores organizacionais são descritos como um elemento fundamental, intimamente ligado ao sentimento de segurança e coordenação das equipas, na medida em que a PSC percebe que recebe cuidados de uma equipa competente, salientando a importância da identificação do elemento líder no processo de assistência em sala de emergência (Gordon et al., 2010; O'Brien, & Fothergill-Bourbonnais, 2004). As intervenções dirigidas ao cuidado holístico surgem associadas a intervenções específicas na PSC, no sentido da diminuição da sua ansiedade e vulnerabilidade, como o acolhimento, a relação terapêutica e a comunicação (Gordon et al., 2010; Hayes, & Tyler-Ball, 2007; O'Brien, & Fothergill-Bourbonnais, 2004; Wiman et al., 2007).

Dos artigos analisados, 2 artigos demonstram que o cuidado prestado pelos enfermeiros poderia ser mais efetivo (Hayes, & Tyler-Ball, 2007; Wiman, & Wikblad, 2004). Wiman, & Wikblad (2004) identificaram situações de *uncaring*, com comportamentos essencialmente técnicos e uma comunicação não-verbal pobre.

A comunicação foi associada à diminuição da vulnerabilidade através da abordagem interpessoal, da explicação de procedimentos e acolhimento (Gordon et al., 2010; Hayes, & Tyler-Ball, 2007; O'Brien, & Fothergill-Bourbonnais, 2004; Wiman et al., 2007).

A falta de tempo dos enfermeiros foi identificada como uma importante barreira à efetivação de cuidados de qualidade (Baldursdottir, & Jonsdottir, 2002; Hayes, & Tyler-Ball, 2007; Wiman et al., 2007). Baldursdottir e Jonsdottir (2002) aferiram a tendência dos profissionais em alterar o seu comportamento de uma intervenção com foco relacional para um foco mais técnico ao longo do processo de cuidar.

O comportamento técnico foi associado à impessoalidade do cuidar, identificado como uma intervenção negativa e promotora de maior vulnerabilidade da PSC (Wiman, & Wikblad, 2004).

Malone (2000) reforça a importância do reconhecimento da vulnerabilidade como um conceito mútuo, onde a vulnerabilidade do enfermeiro influencia positiva ou negativamente a vulnerabilidade da PSC. O reconhecimento da vulnerabilidade mútua é considerada uma forma de preservar socialmente o valor do cuidar.

A vulnerabilidade é já conhecida como uma condição com um grande carácter subjetivo e não estanque e a evidência demonstra que não existe consenso sobre o significado individual de vulnerabilidade

(O'Brien, & Fothergill-Bourbonnais, 2004). É consensual que, individualizar e humanizar os cuidados constitui uma ferramenta importante na identificação da mesma, assim como a definição de intervenções no sentido de a minimizar.

A análise dos resultados permite identificar o ambiente de emergência como um fator que influencia a vulnerabilidade da PSC. Esta enfatiza a competência técnica e relacional dos profissionais envolvidos, a identificação de um elemento líder e de um trabalho em equipa eficaz, o que transmite segurança num momento tão crítico da alteração da condição de saúde. A PSC opta muitas vezes pela presença de um profissional competente relativamente à de um familiar junto a si. No entanto, não é desvalorizado de forma alguma o cuidado holístico e individualizado, onde o conforto das palavras e ações, bem como a forma como é transmitida a informação tem influência quando a vulnerabilidade é acrescida. A comunicação, a atenção e o toque também trazem benefícios na redução da ansiedade.

Por outro lado, como um fator menos positivo da abordagem dos enfermeiros à PSC admitida em contexto de emergência, a PSC refere a falta de tempo e a elevada carga de trabalho dos enfermeiros como uma limitação no processo de cuidar, manifestado por comportamentos impessoais, de curta duração e distanciamento. Nas áreas de

cuidados à PSC, nomeadamente nos serviços de urgência, há referência a um novo comportamento de *uncaring* adotado pelos enfermeiros – o comportamento técnico, onde é descrita uma falta de envolvimento emocional.

Conclusão

A presente revisão integrativa da literatura teve como objetivo sintetizar a evidência disponível relativa às intervenções de enfermagem dirigidas à diminuição da vulnerabilidade da pessoa adulta em situação crítica, em contexto de emergência. Os resultados obtidos indicam que a experiência da PSC é influenciada por fatores organizacionais, ambientais e de cuidado, como a competência técnica, as intervenções dirigidas ao cuidado holístico, a comunicação e o sentimento de segurança, que conduzem à diminuição da vulnerabilidade, com potencial para a colaboração e envolvimento da PSC nos cuidados prestados.

Apesar do ambiente de emergência não ser favorável a uma prestação de cuidados tranquila, é importante que os enfermeiros reconheçam a vulnerabilidade da PSC e a sua influência no processo de cuidar, desenvolvendo estratégias de diminuição da mesma e abolindo comportamentos mecanizados e técnicos. A vulnerabilidade é uma condição continuamente presente no ser humano e

o reconhecimento da vulnerabilidade mútua é uma forma de preservar socialmente o valor do cuidar.

Podem ser identificadas limitações na revisão, nomeadamente, a pouca evidência disponível nos últimos anos, a limitação do idioma, o recurso a literatura cinzenta, a limitação de informação existente quanto à experiência da PSC em contexto de emergência no pré-hospitalar e o facto de os artigos apresentarem limitações metodológicas.

A evidência disponível não é tão recente como se pretendia, tendo o estudo mais recente 6 anos. O ambiente de cuidados em questão é tendencialmente tecnológico e com os avanços em equipamentos e algoritmos cada vez mais sofisticados, há tendência para que o cuidado de enfermagem sofra modificações na sua essência, o que justificaria estudos mais periódicos e em diferentes culturas.

Não foram encontrados estudos realizados na área da experiência e da vulnerabilidade da PSC em contexto de emergência em Portugal, o que pode influenciar as intervenções dirigidas a esta condição, dada a subjetividade do conceito, o distanciamento cultural e as principais necessidades e respostas da população mediante as diferentes culturas.

No que diz respeito às implicações para a enfermagem, como já referido, a evidência científica disponível na área da

experiência e da percepção da PSC relativamente aos cuidados de enfermagem prestados em emergência e reanimação é pouca, no nosso país não publicada, o que pode demonstrar o nível de prioridade atribuído à temática.

Aumentar a qualidade dos cuidados à PSC é melhorar os resultados em saúde e o olhar crítico de quem cuidamos é uma ferramenta para a compreensão dos cuidados prestados e de que forma os podemos melhorar.

Referências bibliográficas

- Baldursdottir, G., & Jonsdottir, H. (2002). The importance of nurse caring behaviors as perceived by patients receiving care at an emergency department. *Heart Lung*, 31(1), 67–75. **DOI:** 10.1067/mhl.2002.119835
- Copp, L. A. (1986). The nurse as advocate for vulnerable persons. *Journal of Advanced Nursing*, 11(3), 32–34. **DOI:** 10.1111/j.1365-2648.1986.tb01246.x
- Gordon, J., Sheppard, L., & Anaf, S. (2010). The patient experience in the emergency department: A systematic synthesis of qualitative research. *International Emergency Nursing*, 18(2), 80–88. **DOI:** 10.1016/j.ienj.2009.05.004
- Hayes, J. S., & Tyler-Ball, S. (2007). Perceptions of nurses' caring behaviors by trauma patients. *Journal of Trauma Nursing*, 14(4), 187–190. **DOI:** 10.1097/01.JTN.0000318920.83003.a2
- 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>
- Joanna Briggs Institute. (2014). *The Joanna Briggs Institute Reviewers Manual - 2014 edition*. Australia: Joanna Briggs Institute. Recuperado de <https://joannabriggs.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-appraisal-tools.html>
- Malone, R. E. (2000). Dimensions of vulnerability in emergency nurses' narratives. *Advances in Nursing Science*, 23(1), 1-11. **DOI:** 10.1097/00012272-200009000-00005
- Mitchell, M. (2010). General anaesthesia and day-case patient anxiety. *Journal of Advanced Nursing*, 66(5), 1059–1071. **DOI:** 10.1111/j.1365-2648.2010.05266.x
- Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., & Altman, D. (2009). Preferred Reporting

- Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. *PLoS Medicine*, 6(7), 1-19. **DOI:**10.1371/journal.pmed10000977
- O'Brien, J., & Fothergill-Bourbonnais, F. (2004). The Experience of Trauma Resuscitation in the Emergency Department: Themes from seven Patients. *Journal of Emergency Nursing*, 30(3), 216–224. **DOI:** 10.1016/j.jen.2004.02.017
- Purdy, I. (2004). Vulnerable: A concept analysis. *Nursing Forum*, 39(4), 25–33. **DOI:** 10.1111/j.1744-6198.2004.tb00011.x
- Regulamento n.º 124/2011. **D.R. II Série.** 35 (18-02-2011). 8656-8657. Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. Recuperado de https://www.orde-menfermeiros.pt/media/8180/regulamento-124_2011_competenciasespecificenfesso asituacaocritica.pdf
- Sá, F., Botelho, M., & Henriques, M. (2015). Cuidar da Família da Pessoa em Situação Crítica: A Experiência do Enfermeiro. *Pensar Enfermagem*, 19(1), 31-46. Recuperado de http://pensarenfermagem.esel.pt/files/PE_19_1sem2015_31_46.pdf
- Scanlon, A., & Lee, G. (2007). The use of the term vulnerability in acute care. Why does it differ and what does it mean? *Australian Journal of Advanced Nursing*, 24(3), 54–59. Recuperado de <http://www.ajan.com.au/Vol24/Vol24.3-9.pdf>
- Sellman, D. (2005). Towards an understanding of nursing as a response to human vulnerability. *Nursing Philosophy*, 6(1), 2–10. **DOI:** 10.1111/j.1466-769X.2004.00202.x
- Shi, L. (2001). The convergence of vulnerable characteristics and health insurance in the USA. *Social Science Medicine*, 53(5), 519–529. Recuperado de https://www.jhsph.edu/research/centers-and-institutes/johns-hopkins-primary-care-policycenter/Publications_PDFs/2001%20SSM.pdf
- Spiers, J. (2000). New perspectives on vulnerability using emic and etic approaches. *Journal of Advanced Nursing*, 31(3), 715-721. **DOI:** 10.1046/j.1365-2648.2000.01328.x
- Wiman, E., & Wikblad, K. (2004). Caring and uncaring encounters in nursing in an emergency department. *Journal of Clinical Nursing*, 13(4), 422–429. **DOI:** 10.1111/j.1365-2702.2004.00902.x
- Wiman, E., Wikblad, K., & Idvall, E. (2007). Trauma patients' encounters with the team in the emergency department - A qualitative study. *International Journal of Nursing Studies*, 44(5), 714–722. **DOI:** 10.1016/j.ijnurstu.2006.01.014
- Wisner, B., Adams, J., & World Health Organization. (2002). *Environmental health in emergencies and disasters: a*

practical guide. Geneva: World Health Organization. Recuperado de <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42561>

Wright, A. J. (2011). Trauma resuscitations and patient perceptions of care and comfort. *Journal of Trauma Nursing*, 18(4), 231–238. **DOI:** 10.1097/JTN.0b013e31823a49eb