

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

**Escola Superior de
Enfermagem de Coimbra**

[EDITOR]

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

[COORDENAÇÃO EDITORAL]

2016



HEALTH SCIENCES
RESEARCH UNIT
NURSING
UNIDADE DE INVESTIGAÇÃO
EM CIÊNCIAS DA SAÚDE
ENFERMAGEM



**Escola Superior de
Enfermagem de Coimbra**

Editor: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESENfC)

Coordenação editorial: Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA: E)

ISBNp: 978-989-99556-0-8

Organização/Coordenação científica da obra: Docentes da Unidade Científico-Pedagógica de Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

COMO SE CITA A OBRA (Normas APA 6ª edição)

Martins, J., Moreira, I., Fernandes, I., Sarnadas, L., Castilho, A., Cerejo, M., ... Coutinho, V. (2016). *Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica - 5 anos, 100 dissertações*. Coimbra, Portugal: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESENfC).

COMO SE CITA UMA PARTE DA OBRA (Normas APA 6ª edição)

Azinhaga, A., & Baptista, R. (2016). Trabalho em equipa em contexto de emergência (TECE) – significado empírico para enfermeiros e médicos num serviço de urgência médico-cirúrgico (SUMC). In J. Martins, I. Moreira, I. Fernandes, L. Sarnadas, A. Castilho, M. Cerejo, ... V. Coutinho (Eds.), *Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica - 5 anos, 100 dissertações* (pp. 23-38). Coimbra, Portugal: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESENfC).

O conteúdo científico é da responsabilidade dos autores.

Escola Superior de
Enfermagem de Coimbra

[EDITOR]

Unidade de Investigação em
Ciências da Saúde: Enfermagem

[COORDENAÇÃO EDITORAL]

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

2016

FICHA TÉCNICA

TÍTULO

5 ANOS, 100 DISSERTAÇÕES - Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica

EDITOR

Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

COORDENAÇÃO EDITORIAL

Unidade de investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem

ORGANIZAÇÃO/COORDENAÇÃO CIENTÍFICA DA OBRA

José Carlos Amado Martins *Post-PhD., Professor Coordenador*

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

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

Luis Leitão Sarnadas, *PhD., Professor Adjunto*

Amélia Filomena Mendes Castilho, *PhD., Professora Adjunta*

Maria da Nazaré Ribeiro Cerejo, *MsC, Professora Adjunta*

Luis Miguel Nunes Oliveira, *PhD., Professor Adjunto*

Paulo Alexandre Carvalho Ferreira, *PhD., Professor Adjunto*

Maria da Conceição Giestas Baía Saraiva, *MsC, Professora Adjunta*

Isabel Maria Henriques Simões, *MsC, Professora Adjunta*

Rui Carlos Negrão Batista, *MsC, Professor Adjunto*

Maria do Céu Mestre Carrageta, *MsC, Professora Adjunta*

Rui Filipe Lopes Gonçalves, *MsC, Professor Adjunto*

Luis António Rodrigues Paiva, *MsC, Professor Adjunto*

Verónica Rita Dias Coutinho, *Lic., Professora Adjunta*

AUTORES

Vide p. 505

ISBNp

978-989-99556-0-8

DEPÓSITO LEGAL

(a informar pela gráfica)

COPYRIGHT

© 2016 Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESENfC)

REVISÃO FINAL

Cristina Louçano, *Lic. em Línguas e Literaturas Modernas, variante de Francês/Inglês*

Daniela Filipa Batista Cardoso, *RN, Bolseira da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem*

Ana Teresa Pedreiro, *MsC, Bolseira da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem*

Maria Lucília Cardoso, *MsC, Bolseira da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem*

MAQUETIZAÇÃO

Eurico Nogueira, *MS em Tecnologias de Informação Visual*

REVISÃO DOCUMENTAL

Serviço de Documentação da ESENfC

APOIO TÉCNICO

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

GRÁFICA

Sersilto – Empresa Gráfica, Ida – Maia

TIRAGEM

400 exemplares

ANO DE PUBLICAÇÃO 2016

SUMÁRIO

- 13 **Prefácio**
MARIA DA CONCEIÇÃO BENTO,
- 19 **Introdução**
MARIA ISABEL DOMINGUES FERNANDES
- 23 **5 Anos, 100 Dissertações**
- 39 **Resumos Alargados**
- PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA**
- 43 **Trabalho em equipa em contexto de emergência (TECE) – significado empírico para enfermeiros e médicos num serviço de urgência médico-cirúrgico (SUMC)**
ALEXANDRA ISABEL REBOTIM AZINHAGA
RUI CARLOS NEGRÃO BAPTISTA
- 49 **Ser enfermeiro em suporte imediato de vida: experiências**
AMÉLIA DO SAMEIRO DA SILVA OLIVEIRA
JOSÉ CARLOS AMADO MARTINS
- 53 **Equipa de emergência intra-hospitalar: delinear um futuro próximo**
ANDREIA GRILO SANTOS BEM
JOSÉ CARLOS AMADO MARTINS
- 57 **Matrizes conceptuais dos enfermeiros no cuidar da pessoa em situação crítica: Uma abordagem fenomenológica da intencionalidade dos cuidados**
CARLOS MANUEL FERREIRA MORAIS
MARIA DO CÉU MESTRE CARRAGETA
- 63 **Exercício de enfermagem pré-hospitalar: esforço contínuo de afirmação profissional**
CATARINA GONÇALVES TAVARES
JOSÉ CARLOS AMADO MARTINS
- 69 **Cuidar no serviço de urgência na presença de acompanhantes**
ÉLIA MARIA GIL MARQUES CHAMBEL
JOSÉ REIS DOS SANTOS ROXO
MARIA DA CONCEIÇÃO GIESTAS BAÍA SARAIVA

- 75 **Ganhos em saúde com a implementação das ambulâncias de suporte imediato de vida no socorro pré-hospitalar**
FREDERICO MANUEL GAMEIRO SIMÕES
JOSÉ CARLOS AMADO MARTINS
- 79 **Reanimação do doente oncológico: vivências dos enfermeiros numa perspetiva fenomenológica**
ISABEL MARIA PINTO LOPES
RUI CARLOS NEGRÃO BATISTA
JOSÉ CARLOS AMADO MARTINS
- 83 **Desenvolvimento de estratégia de formação para utilização de dispositivos supraglóticos: percurso formativo**
ISILDA MARIA DUARTE FERREIRA
MARIA DA CONCEIÇÃO PINTO MADANELO DOS SANTOS RÔXO
LUÍS LEITÃO SARNADAS
- 89 **Resposta de enfermagem à pessoa em situação crítica no hospital em Cabo Verde: opiniões dos enfermeiros**
JOSÉ CARLOS LOPES VIEIRA
VERÓNICA RITA DIAS COUTINHO
JOSÉ CARLOS AMADO MARTINS
- 93 **Vivências da família no acolhimento na unidade de cuidados intensivos**
LIONETA MANUELA DOS REIS SILVA
JOSÉ REIS DOS SANTOS RÔXO
- 97 **Vivências dos enfermeiros ao cuidar do doente crítico durante o transporte marítimo**
LISETE MARIA MEDEIROS RODRIGUES
JOSÉ CARLOS AMADO MARTINS
- 103 **As experiências clínicas simuladas na formação contínua dos enfermeiros de uma unidade de cuidados intensivos coronários: a influência de um programa de simulação de alta-fidelidade nas práticas diárias dos enfermeiros em situações de emergência**
ANA LÚCIA BATISTA ROSA
JOSÉ CARLOS AMADO MARTINS
RUI CARLOS NEGRÃO BAPTISTA
- 107 **A tomada de decisão clínica de enfermagem em situações de emergência**
MARIA JOÃO MENDES DE MATOS ESPERTO
MARIA DA CONCEIÇÃO PINTO MADANELO DOS SANTOS RÔXO
LUÍS MIGUEL NUNES DE OLIVEIRA
- 111 **O sistema de triagem de Manchester e a pessoa com acidente vascular cerebral**
MARISA SOFIA MONTEIRO PEREIRA
JOSÉ CARLOS AMADO MARTINS
LUÍS MIGUEL NUNES OLIVEIRA
- 115 **Acompanhamento da pessoa em situação crítica na transferência inter-hospitalar: competências necessárias autopercibidas pelos enfermeiros**
NUNO JOSÉ MAGALHÃES FRANCO
LUÍS MIGUEL NUNES OLIVEIRA
JOSÉ CARLOS AMADO MARTINS
- 119 **A pessoa com acidente vascular cerebral submetida a fibrinólise: estudo retrospectivo do ano 2014**
PAULO JOSÉ MARTINS NOBRE
PAULO ALEXANDRE CARVALHO FERREIRA

- 125 **Vivências dos doentes e familiares em relação às visitas numa unidade de cuidados intensivos**
PAULO ALEXANDRE DINIS OLIVEIRA
JOSÉ REIS DOS SANTOS ROXO
- 131 **Experiências clínicas simuladas: influência na performance, conhecimento e stresse dos enfermeiros de um serviço de urgência**
RICARDO ALEXANDRE REBELO DE ALMEIDA
RUI CARLOS NEGRÃO BATISTA
JOSÉ CARLOS AMADO MARTINS
- 135 **Tomada de decisão do enfermeiro triador em situação de emergência - validação do *triage decision making inventory* para a população portuguesa**
SANDRA GASPAR MARQUES
ISABEL MARIA PINHEIRO BORGES MOREIRA
- 139 **Perceção dos enfermeiros no cuidar do doente com ventilação não-invasiva num serviço de internamento**
SÍLVIA MARIA CORDEIRO COSTA FRAGOSO
RUI CARLOS NEGRÃO BAPTISTA
- 143 **Cuidar da pessoa com transplante renal hospitalizada**
SUSANA MARGARIDA MIRANDA RODRIGUES
ISABEL MARIA PINHEIRO BORGES MOREIRA
MARIA ISABEL DOMINGUES FERNANDES
- 149 **Respostas de emergência à pessoa em situação crítica nas enfermarias do hospital: as práticas, os resultados e as opiniões dos enfermeiros**
TIAGO JOÃO SIMÕES FLÓRIDO
PAULO JORGE COIMBRA MARTINS
JOSÉ CARLOS AMADO MARTINS
- PESSOA EM FIM DE VIDA**
- 155 **Avaliação da dor ao doente oncológico em cuidados paliativos incapaz de comunicar**
ALEXANDRA JOSEFINA RODRIGUES
ISABEL MARIA PINHEIRO BORGES MOREIRA
- 161 **Vivências da pessoa com doença oncológica avançada progressiva**
AMÉLIA PATRÍCIA MARQUES ESTEVES
JOSÉ REIS DOS SANTOS ROXO
MARIA DA CONCEIÇÃO GIESTAS BAÍA SARAIVA
- 167 **Morte em contexto hospitalar: vivências dos enfermeiros**
ANA MARIA TUNA DOS SANTOS SERRA JORGE PEREIRA
MARIA SALOMÉ SACADURA
PAULO ALEXANDRE CARVALHO FERREIRA
- 173 **Vivências das enfermeiras que cuidam de mulheres com diagnóstico de cancro da mama em fase avançada**
FILOMENA DOS SANTOS PEREIRA NÔRO
JOSÉ REIS DOS SANTOS RÔXO
MARIA DA CONCEIÇÃO PINTO MADANELO DOS SANTOS RÔXO
- 177 **Atitude do enfermeiro perante a morte**
ANTÓNIO PEDRO LIMA TOJAL
JOSÉ CARLOS AMADO MARTINS

- 181 **Comunicação de más notícias em contexto de urgência**
RITA DO ROSÁRIO DE JESUS ANTUNES FONSECA
JOSÉ REIS DOS SANTOS ROXO
MARIA DA CONCEIÇÃO GIESTAS BAÍA SARAIVA
- 187 **A morte da pessoa numa unidade de cuidados intensivos coronários: vivências dos enfermeiros**
ROSA MARGARIDA GUINÉ MARTINS OLIVEIRA
MARIA DA CONCEIÇÃO PINTO MADANELO DOS SANTOS ROXO
- 191 **A morte inesperada no serviço de urgência: um olhar ao vivido pelos enfermeiros**
TERESA MARGARIDA DE OLIVEIRA BATISTA
JOSÉ CARLOS AMADO MARTINS
- PESSOA COM DOENÇA AGUDA E CRÓNICA**
- 197 **Estudo epidemiológico de feridas nas unidades da rede nacional de cuidados continuados integrados: distrito de Coimbra**
ANA MICAELA SANTOS DE OLIVEIRA
LUÍS ANTÓNIO RODRIGUES PAIVA
- 203 **Cuidados de enfermagem pré e pós-operatórios em cirurgia ambulatória: perceção dos doentes**
ANA RITA OLIVEIRA MARQUES
FÁTIMA DA CONCEIÇÃO MARTINS LUZIO FERREIRA
- 207 **Opiniões, expectativas e satisfação com a autonomia nos processos de transição saúde-doença: estudo observacional com doentes e profissionais de saúde**
ANA DE JESUS NUNES TAVARES
JOSÉ CARLOS AMADO MARTINS
- 211 **Prevenção secundária da doença cardiovascular na pessoa com síndrome coronária aguda: um programa de intervenção de enfermagem**
ANAÍSA FERREIRA REVELES
PAULO ALEXANDRE CARVALHO FERREIRA
ISABEL MARIA HENRIQUES SIMÕES
- 215 **Preparação do regresso a casa: dificuldades da família na continuidade de cuidados**
ANDREA SUSANA COIMBRA PEREIRA ANTUNES DE CARVALHO
MARIA DA CONCEIÇÃO PINTO MADANELO DOS SANTOS RÔXO
- 221 **Capacidade de autocuidado e adesão ao regime terapêutico da pessoa transplantada ao coração**
ANTÓNIO JOSÉ SANTOS FERREIRA
PAULO ALEXANDRE CARVALHO FERREIRA
- 225 **A (re)construção da mudança: viver em diálise peritoneal**
MARIA ARMINDA SILVA TAVARES
MARIA ISABEL DOMINGUES FERNANDES
- 231 **O follow-up e as complicações pós-operatórias em cirurgia de ambulatório**
BRÁULIO JOÃO NUNES DE SOUSA
MARIA DA CONCEIÇÃO GIESTAS BAÍA SARAIVA
- 237 **Acolhimento do doente no bloco operatório**
CARINA ISABEL FERNANDES GOMES
MARIA DA CONCEIÇÃO GIESTAS BAÍA SARAIVA

- 243 **Análise do risco a curto prazo de hipertensão arterial nas mulheres: estudo comparativo do perfil antropométrico, composição corporal e hábitos alimentares**
CARINA RAQUEL VALENTE TAVARES
JAVIER BARCA DURÁN
PAULO ALEXANDRE CARVALHO FERREIRA
- 247 **O cuidador informal da pessoa dependente nos autocuidados: necessidades e expectativas face ao regresso a casa**
CARLA ALEXANDRA SANTOS GASPAR
MARIA DO CÉU MESTRE CARRAGETA
- 253 **Capacitar para o cuidado: percepção do cuidador informal da pessoa com acidente vascular cerebral**
CÉLIA DEOLINDA DA LUZ MARQUES
ISABEL MARIA HENRIQUES SIMÕES
- 259 **Restrição física da mobilidade no doente internado em neurocirurgia: que intervenção?**
CLÁUDIA RAQUEL REIS PIEDADE
MARIA ISABEL DOMINGUES FERNANDES
ISABEL MARIA PINHEIRO BORGES MOREIRA
- 265 **Prevenção da infecção respiratória: prática(s) na aspiração de secreções**
CLÁUDIA DANIELA PARALTA HENRIQUES GOMES
ISABEL MARIA HENRIQUES SIMÕES
- 271 **Sexualidade da pessoa com ostomia de eliminação intestinal: que intervenção?**
CRISTINA GRAÇAS MARTINS
MARIA ISABEL DOMINGUES FERNANDES
- 277 **Vivências dos enfermeiros face ao cuidar de doentes portadores de doença infecciosa**
DINA MARIA CARPINTEIRO MARQUES
MARIA DA CONCEIÇÃO PINTO MADANELO DOS SANTOS RÔXO
- 283 **A experiência de cuidar a pessoa com lesão encefálica traumática em contexto familiar**
FERNANDO MANUEL MACHADO DOS SANTOS
LUÍS LEITÃO SARNADAS
- 289 **Autocuidado na pessoa com insuficiência cardíaca**
HELENA ISABEL FERNANDES MARTINS
RUI FILIPE LOPES GONÇALVES
- 293 **O cuidado de enfermagem na prevenção das flebites**
ISABEL CRISTINA COSTA MARTINS FERREIRA ROLO AUGUSTO
AMÉLIA FILOMENA DE OLIVEIRA MENDES CASTILHO
- 297 **As vivências dos familiares no perioperatório**
ISABEL MARIA DE MATOS SOUSA ABREU
MARIA HELENA BRISÍO MARTINS
- 301 **Adesão ao regime terapêutico proposto à pessoa com história de enfarte agudo do miocárdio: o papel do enfermeiro**
JORGE MIGUEL DIAS HENRIQUES
MARIA DA CONCEIÇÃO PINTO MADANELO DOS SANTOS RÔXO
JOSÉ REIS DOS SANTOS RÔXO

- 305 **Qualidade e estilo de vida da pessoa hipertensa**
LARA DANIELA MATOS CUNHA
IRMA DA SILVA BRITO
PAULO ALEXANDRE CARVALHO FERREIRA
- 309 **Intervenção com a pessoa em início de hemodiálise para a adesão ao regime terapêutico**
LILIANA MARLENE FERREIRA CRUZ
MARIA ISABEL DOMINGUES FERNANDES
- 315 **A família parceira no cuidar: intervenção do enfermeiro**
LUDOVINA MARIA DE OLIVEIRA RODRIGUES
LUÍS MIGUEL NUNES OLIVEIRA
- 319 **Registos de enfermagem em cirurgia refrativa por laser *excimer* em regime de ambulatório: um estudo de caso**
LUÍS MIGUEL RODRIGUES FERREIRA
MARIA DO CÉU MESTRE CARRAGETA
- 323 **De obeso a magro: as vivências das pessoas submetidas a cirurgia bariátrica**
LUIÇA ERSE MARQUES RIBEIRO DE CARVALHO
LUIZ LEITÃO SARNADAS
MARIA DA CONCEIÇÃO PINTO MADANELO DOS SANTOS ROXO
- 327 **Vivências na unidade de cuidados pós-anestésicos do utente submetido a cirurgia ortopédica sob anestesia loco-regional**
LUZ DE FATIMA F. PEREIRA
MARIA HELENA BRISIO MARTINS
- 331 **Vivências dos doentes submetidos a cirurgia de ambulatório na preparação para a alta**
MARIA ISABEL DOURADO FREITAS
JOSÉ REIS DOS SANTOS ROXO
MARIA DA CONCEIÇÃO PINTO MADANELO DOS SANTOS ROXO
- 335 **A vivência da pessoa com enfarte agudo do miocárdio na preparação para a alta hospitalar**
MADALENA MARIA ALVES DA CRUZ
PAULO ALEXANDRE CARVALHO FERREIRA
- 341 **Perceção dos enfermeiros sobre a formação em serviço**
ANA MARGARIDA ANDRADE FERNANDES TOJAL
MARIA HELENA BRÍSIO MARTINS
- 345 **Ansiedade, depressão e stresse no pré-operatório do doente cirúrgico**
MARISA MANUELA BATISTA SANTOS
LUÍS MIGUEL NUNES OLIVEIRA
JOSÉ CARLOS AMADO MARTINS
- 349 **A visita pré-operatória de enfermagem: contributos para a sua implementação**
MARIA MARLI DUARTE DANTAS
MARIA DO CÉU MESTRE CARRAGETA
- 353 **Sexualidade da mulher submetida a histerectomia: dilemas no pós-operatório**
MARTA LUÍSA FERREIRA CAMPOS ANTUNES
MARIA DO CÉU MESTRE CARRAGETA

- 359 **Adesão ao regime terapêutico em pessoas com diabetes mellitus tipo 2: importância dos conhecimentos e da motivação**
MARTA NEVES
ISABEL MARIA PINHEIRO BORGES MOREIRA
- 365 **Vivências da pessoa após rejeição de transplante renal**
MÉCIA MARIA NICOLAU CALADO
MARIA NAZARÉ RIBEIRO CEREJO
- 371 **A massagem no alívio da dor no pós-operatório das doentes submetidas a cirurgia mamária**
ODETE CRISTINA FERNANDES FERREIRA COELHO
MARIA DA CONCEIÇÃO PINTO MADANELO DOS SANTOS RÔXO
LUÍS LEITÃO SARNADAS
- 375 **As competências relacionais de ajuda e os contextos profissionais dos enfermeiros**
PAULA CRISTINA CABELEIRA BRITES
JOSÉ CARLOS AMADO MARTINS
- 379 **A função sexual da pessoa com transplante renal: avaliação e educação terapêutica**
PEDRO RICARDO COELHO GONÇALVES
LUÍS MANUEL DE JESUS LOUREIRO
MARIA ISABEL DOMINGUES FERNANDES
- 385 **A influência do toque (massagem) na diminuição da dor no doente oncológico**
REGINA SOFIA SIMÕES SECO
JOSÉ REIS DOS SANTOS RÔXO
- 389 **Vivências do doente submetido a prostatectomia radical**
RICARDO MANUEL BARROCAS SIMÕES
JOSÉ REIS DOS SANTOS ROXO
- 393 **Higiene oral na pessoa com doença hemato-oncológica a realizar quimioterapia**
SÍLVIA MAGDA SANTOS PEREIRA DOS REIS
ISABEL MARIA HENRIQUES SIMÕES
- AMBIENTE DE PRESTAÇÃO DE CUIDADOS**
- 401 **Cultura de segurança nos cuidados perioperatórios: impacto no intraoperatório**
ANA MARIA AFONSO
MARIA DA NAZARÉ RIBEIRO CEREJO
JOSÉ REIS DOS SANTOS ROXO
- 407 **Erro de medicação: circunstâncias da sua ocorrência na perspetiva do enfermeiro**
ANA SOFIA DA SILVA PEREIRA
AMÉLIA FILOMENA DE OLIVEIRA MENDES CASTILHO
- 411 **Higienização das mãos pelos enfermeiros num serviço de medicina de um hospital central**
ANABELA ROSA COIMBRA
LUÍS MIGUEL NUNES OLIVEIRA
- 415 **Cuidar com segurança na administração de componentes sanguíneos**
MARIA CLARA DE MATOS PINA
JOSÉ CARLOS AMADO MARTINS

- 419 **Higienização das mãos: conhecimentos e práticas dos enfermeiros do Hospital Agostinho Neto**
EDITE LOPES DA SILVA
MARIA DA NAZARÉ RIBEIRO CEREJO
- 423 **Autocuidado higiene: lavagem das mãos na pessoa com doença hematológica e imunodeprimida**
ELISABETE ALEXANDRA RODRIGUES FERREIRA
LUÍS MIGUEL NUNES OLIVEIRA
- 427 **Percepções e conhecimento sobre higiene das mãos: eficácia de uma ação de sensibilização para enfermeiros**
ESTEFÂNIA NEVES ABREU
MARIA DA NAZARÉ RIBEIRO CEREJO
- 431 **Adesão e percepções dos enfermeiros face às precauções padrão**
EUGÉNIA MARIA SIMÕES REIS FILIPE TEODÓSIO
AMÉLIA FILOMENA DE OLIVEIRA MENDES CASTILHO
- 435 **Contaminação ambiental num hospital por *Pseudomonas aeruginosa*, *Klebsiella spp*, *Mycobacterium não-tuberculosis* e outros microrganismos oportunistas**
FERNANDO JOSÉ GAMA COSTA
PAULA MARIA DE MELIM E VASCONCELOS DE VITORINO MORAIS
JOSÉ CARLOS AMADO MARTINS
- 439 **Eventos adversos associados às intervenções dos enfermeiros na preparação e administração de medicação em unidades cirúrgicas**
GONÇALO ALEXANDRE DOS SANTOS GERALDO
AMÉLIA FILOMENA DE OLIVEIRA MENDES CASTILHO
- 443 **Segurança de doentes e eventos adversos associados à prática de enfermagem em cuidados intensivos**
MANUEL FILIPE RODRIGUES PEDREIRA
AMÉLIA FILOMENA DE OLIVEIRA MENDES CASTILHO
- 447 **Stresse dos enfermeiros do bloco operatório: estudo de alguns fatores**
MARGARIDA HORTA SILVARES DA LUZ
MARIA HELENA BRÍSIO MARTINS
- 451 **Prevenção da infecção relacionada com o cateter venoso central: procedimentos de enfermagem**
MARGARIDA MARIA DUARTE SILVA
MARIA NAZARÉ RIBEIRO CEREJO
- 457 **A gestão dos fatores ambientais no controlo da dor em pós-operatório**
MIGUEL HENRIQUE VIDAL DE SOUSA
MARIA ISABEL DOMINGUES FERNANDES
- 461 **Erro associado à gestão da terapêutica pelo enfermeiro: percepção dos enfermeiros de um hospital da sub-região de saúde de Lisboa e Vale do Tejo**
ANA PAULA CHAVES GONÇALVES PRATAS ABREU
JOSÉ CARLOS AMADO MARTINS
- 467 **Higienização diária de superfícies altas da unidade do doente pelo assistente operacional**
PEDRO JORGE DE SOUSA MATOS
MARIA HELENA BRÍSIO MARTINS

- 473 **Eventos adversos associados às práticas de enfermagem: contributos para a segurança do doente**
RAQUEL MARIA SOARES AMADO
MARIA DA NAZARÉ RIBEIRO CEREJO
- 477 **Perceção dos enfermeiros circulantes sobre as medidas de segurança utilizadas na manutenção do ambiente seguro no bloco operatório**
RAQUEL MARGARIDA ALEIXO DE OLIVEIRA GUEIFÃO
MARIA DA CONCEIÇÃO PINTO MADANELO DOS SANTOS RÔXO
MARIA DA NAZARÉ RIBEIRO CEREJO
- 481 **Cultura de segurança do doente e lista de verificação de segurança cirúrgica: Perceção dos profissionais do bloco operatório**
ANA SOFIA DE CARVALHO MOTA
AMÉLIA FILOMENA OLIVEIRA MENDES CASTILHO
- 485 **Segurança do doente no bloco operatório**
SÓNIA MARIA DOS SANTOS REGADAS SOARES REBELO
JOSÉ REIS DOS SANTOS ROXO
- 491 **Segurança do doente no intraoperatório competências do enfermeiro circulante**
SÓNIA VENTURA ÂNGELO
MARIA DA NAZARÉ RIBEIRO CEREJO
- 497 **Prevenção e controlo de infeção na prática dos enfermeiros: contributos da formação**
SUSANA MARIA FILIPE GONÇALVES
MARIA HELENA BRÍSIO MARTINS
AMÉLIA FILOMENA DE OLIVEIRA MENDES CASTILHO
- 501 **Nota Final**
JOSÉ CARLOS AMADO MARTINS
- 503 **Posfácio**
MANUEL ALVES RODRIGUES
- 505 **Autores**

PREFÁCIO

É com enorme gosto que escrevo o prefácio desta monografia comemorativa da centésima dissertação de Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica defendida na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESENfC).

Estão de parabéns os mestrandos, mas principalmente está de parabéns a Equipa de professores da Unidade Científico-Pedagógica de Enfermagem Médico-cirúrgica, que ao longo dos últimos seis anos, não tem poupado esforços para criar um ambiente cientificamente estimulante para que formandos e professores possam desenvolver-se académica, profissional e pessoalmente, num percurso em que se ensina e aprende na e pela investigação. O trabalho desenvolvido tem concorrido para os resultados que a ESENfC tem alcançado nesta área de missão.

A ESENfC, pela sua história e dimensão – herdeira de um passado de 135 anos a formar para cuidar - tem uma responsabilidade acrescida de se afirmar como garante do desenvolvimento do conhecimento em enfermagem e como organização formadora de enfermeiros capazes de participar na produção do conhecimento científico e de utilizar, a cada momento, o melhor conhecimento na sua prática de cuidados. Ora, para tal, a Escola, tem-se vindo progressivamente a constituir numa instituição orientada para a investigação e para o ensino baseado na investigação, procurando acompanhar o salto qualitativo que a investigação deu na última década em Portugal, particularmente na área científica de Enfermagem.

A Investigação em Portugal teve nos últimos de 12 anos um grande incremento, patente por exemplo no aumento da produtividade científica nacional, em cerca de 68%, aproximando-se da média Europeia. Este desenvolvimento deveu-se, principalmente a duas ordens de fatores: o aumento da massa crítica nas diferentes áreas, pois aumentou muito o número de Doutorados (para se ter uma ideia deste aumento, basta dizer que em 2004 se doutoravam cerca de 400 pessoas, por ano, no conjunto das áreas científicas, e atualmente o número de doutorados/ ano é de cerca de 1800). Isto, no caso concreto da Enfermagem, permitiu que se verificasse uma relação positiva forte entre o aumento do número de doutores e o número de publicações em revistas indexadas, com leitura de fator de impacto. Por outro lado, aumentou a percentagem do Produto Interno Bruto aplicado para financiar a investigação científica.

É neste contexto que a investigação em Enfermagem se tem desenvolvido nos últimos anos sujeitando-se às mesmas regras e critérios de avaliação que as restantes áreas do conhecimento.

Importa lembrar, que decorrente do percurso Histórico da evolução da Formação em Enfermagem, em Portugal, só em 1988, o ensino de enfermagem passou a ser educação superior. E só em 2001 foi criado o primeiro doutoramento em Enfermagem, o que fez com que só a partir de 2001 a área científica de enfermagem fosse reconhecida pela academia, de facto, como uma área do conhecimento científico. Atualmente há em Portugal cerca de 250 docentes de enfermagem com doutoramento, e cerca de 65% destes doutorados em Enfermagem. Sessenta e sete dos professores de enfermagem, doutorados, em Portugal, são ou foram professores da ESEnFC. Funcionam atualmente quatro Programas de Doutoramento em Enfermagem - Lisboa, Porto, Coimbra e Universidade Católica. Sendo o Doutoramento em Ciências da Saúde: Ramo Enfermagem, desenvolvido no quadro de uma parceria entre a ESEnFC e a Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra.

É hoje reconhecido internacionalmente que a Enfermagem é uma disciplina do conhecimento científico com uma importante relevância na prática dos cuidados à pessoa e, como tal, impõe não só investigação dirigida à qualidade dos cuidados e a análise do custo benefício dos cuidados de saúde, como também investigação fundamental sobre a sua área disciplinar. De facto, se por um lado é reconhecida uma diversidade de características da disciplina que apoiam o seu compromisso com um forte, centrado e cientificamente baseado corpo de conhecimentos orientadores da prática de enfermagem, tais como: a definição da ciência de enfermagem como uma ciência *humana*, refletindo os aspetos de como se lida com a saúde e a doença; a forte ênfase na compreensão e explicação da prática atual da enfermagem para alcançar os melhores resultados para as pessoas, famílias e comunidades; o compromisso de desenvolver conhecimento para fortalecer os clientes, as/os enfermeiras/os e a disciplina; e, o grande valor colocado na compreensão da pessoa e das suas experiências, com o propósito de otimizar os cuidados de saúde e a promoção da saúde (Meleis, 2005), por outro, é reconhecido que os cientistas de enfermagem têm proposto úteis modelos explicativos da natureza e processos de enfermagem, bem como de compreensão da pessoa enquanto alvo dos cuidados nos diferentes momentos de vida e de relação com os processos de saúde e doença.

As duas áreas prioritárias, definidas pelo International Council of Nurse (ICN), para a investigação em enfermagem – saúde e doença e respostas dos serviços de saúde – enfatizam a necessidade da enfermagem responder de forma tangível ao mandato social que lhe é conferido, isto é, fundamentar o benefício dos seus cuidados para os cidadãos e comunidades (Staff, 1998). Por outro lado, e dada a complexidade dos fenómenos de saúde, é cada vez mais reconhecida a necessidade de investigação interdisciplinar, na qual a enfermagem pode e deve participar sem contudo perder a sua identidade própria.

Deste modo, a ciência de enfermagem reivindica para si um lugar próprio no concerto do conhecimento ao mesmo tempo que se pode afirmar que os desafios colocados à resolução dos complexos problemas de saúde não podem dispensar o saber da enfermagem.

A investigação na ESEnFC tem procurado responder a estes desafios. Para isso, é desenvolvida no quadro da articulação entre as Unidades Científico-pedagógicas e a Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA: E), da Escola, a única Unidade de Investigação,

na área científica de Enfermagem, acreditada e financiada pela Fundação para a Ciência e Tecnologia (FCT), desde 2004. A UICISA: E, como único centro de investigação acreditado para o desenvolvimento de investigação em Enfermagem, é centro colaborador do Joanna Briggs Institute para a produção de revisões sistemáticas, tem procurado trabalhar para ser uma referência de excelência na produção, difusão e transferência de conhecimentos e na formação de investigadores; para contribuir para o desenvolvimento de práticas inovadoras baseadas no conhecimento produzido; e, para o desenvolvimento de estudos em parceria com centros de investigação de excelência internacionais. A Escola quer ser reconhecida nacional e internacionalmente por promover a articulação sistemática entre investigação, formação e práticas clínicas e por trabalhar em parceria com centros de investigação de excelência internacionais.

Assim, toda a investigação desenvolvida na Escola, incluindo claro está, a desenvolvida no âmbito da formação conducente à obtenção de grau académico de mestre, tem que se inserir nos objetivos da UICISA: E e contribuir para cumprir as metas e critérios definidos. E, deve, constituir-se como elo da rede de projetos associados de um projeto estruturante de um dos três grupos de investigação da Unidade: Formação de Profissionais de Saúde e Educação para a Saúde; Bem-Estar, Saúde e Doença e ou Sistemas e Organizações de Saúde.

Na ESEnfC, à Unidade de Investigação é acometida a responsabilidade de organizar e dinamizar a investigação científica produzida por docentes e investigadores da ESEnfC. Dos docentes, tendo em conta as diferenças subjacentes à sua qualificação e situação na carreira, espera-se que se envolvam de forma empenhada, sábia e crítica no desenvolvimento e orientação de atividades de investigação e na criação de um clima favorável à investigação, no âmbito do trabalho nas suas UCP(s). Responder a todos estes desafios tem sido preocupação da Equipa da Unidade Científico-pedagógica de Enfermagem Médico-cirúrgica, como se poderá verificar pela leitura da síntese da investigação produzida no âmbito do Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica, que agora se publica. Ficando a ideia que está paulatinamente a contribuir para promover o espírito de curiosidade científica, para que os estudantes pela vivência de experiências significativas de investigação interiorizem a ideia da aprendizagem como um processo de busca contínua e para criar, no futuro, uma comunidade científica sólida.

Parabéns!

E, porque o caminho se faz caminhando gostava de aproveitar este prefácio para convidar todos, professores e estudantes a manterem-se disponíveis para unirmos esforços para concretizar um conjunto de desafios, em meu entender fundamentais para consolidarmos a área disciplinar que nos une - a Enfermagem.

Ao nível Político: demonstrar capacidade de influenciar as políticas científicas e financeiras em benefício da Enfermagem. O que passa, pensamos nós, por: garantir a formação de líderes; implementar estratégias de valorização social, económica e política da investigação, em Enfermagem; garantir que toda a investigação de enfermagem realizada no país converge para fortalecer a UICISA: E, enquanto única unidade acreditada, criando redes de centros associados; privilegiar os estudos que produzem evidência científica sobre o contributo dos cuidados de enfermagem para a saúde e bem-estar individual e coletiva; continuar a desenvolver competências para comunicar com a comunidade científica, mas simultaneamente com os média, os políticos e a população.

A nível Financeiro: aumentar a submissão de projetos a captação de financiamento da FCT e Comunidade Europeia e Outras Instâncias de Financiamento; candidatar a financiamento projetos desenvolvidos em rede por equipas de investigação internacionais e envolvendo centros internacionais reconhecidos; aumentar a prestação de serviços de consultadoria e investigação.

A nível Científico: continuar a centrar a investigação no objeto de estudo de Enfermagem, particularmente desenvolvendo estudos que associem fenómenos de enfermagem, intervenções e resultados, sustentados em teorias de Enfermagem. Procurando medir o impacto das intervenções de enfermagem. O que permitirá caminhar para generalizações que permitam prever os resultados das intervenções prescritas pelos enfermeiros. Esta preocupação tem sido cada vez maior, como demonstra o estudo agora apresentado pelos docentes da Unidade Científico-pedagógica de enfermagem Médico-cirúrgica sobre as cem dissertações de Mestrado, que vem ao encontro dos resultados do estudo bibliométrico desenvolvido por Marta Lima Basto, sobre investigação em Enfermagem - temáticas atuais a nível académico, publicado em 2012, que mostrou que 70,9 % dos estudos de doutoramento desenvolvidos em Portugal, até 2008, foram sobre temáticas da área clínica: processo de cuidar; experiências vividas pelas pessoas no domínio da saúde; caracterização do grupo alvo de cuidados ou do fenómeno do cliente, a que tentam responder os cuidados prestados; pilotagem, implementação de intervenções clínicas de enfermagem; exploração de conceitos estruturantes da disciplina de enfermagem e gestão de cuidados. Também, Bento, Loureiro, Amaral, e Pedreiro (2013), num estudo bibliométrico, sobre as teses de mestrado e doutoramento desenvolvidas em Enfermagem, entre 2002 e 2013, verificaram que 45,83% dos estudos tinham como foco a experiência vivida pelos sujeitos de cuidados; 43,75% tinham como objeto de estudo a intervenção clínica; 6,25% estudavam a perceção dos Enfermeiros; e em 4,17% o foco era a educação em Enfermagem. Verifica-se, portanto, uma cada vez maior tendência para a realização de estudos que medem o impacto das intervenções e em que, os participantes nos estudos, é mais frequentemente o cliente (21,35%; Basto, 2012).

Na mesma linha importa continuar a: incrementar os estudos de meta análise e análise integrativa; promover a transferência do conhecimento para a clínica; aumentar o número de publicações em revistas indexadas com leitura de fator de impacto; fortalecer as redes de cooperação internacional para o desenvolvimento de investigação e de programas doutorais; e continuar a investir na formação de investigadores (bolseiros de iniciação à investigação, mestres, doutores e formação de Pós-doutoramento).

Termino, renovando os cumprimentos e agradecimentos a todos os autores pelo trabalho desenvolvido com a certeza de que com passos como este, se alimenta a esperança de construirmos mais e melhor enfermagem.

Desejo a todos e todas uma ótima leitura.

Maria da Conceição Bento,

Coimbra, fevereiro, 2016

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Basto, M. L. (2012). Qual o objeto de estudo das teses de doutoramento em enfermagem das universidades portuguesas?: Uma análise dos resumos. *Pensar Enfermagem*, 1(16). Recuperado de [http://pensarenfermagem.esel.pt/files/2012_16_1_2-25\(1\).pdf](http://pensarenfermagem.esel.pt/files/2012_16_1_2-25(1).pdf)
- Bento, M. C., Loureiro, L., Amaral, A. F., & Pedreiro, A. T. (2013, setembro). *Investigação em enfermagem: Breve análise bibliométrica da produção científica de âmbito académico*. Conferência apresentada na XII Conferencia de Educación en Enfermería, Montevideo, Uruguay.
- Meleis, A. I. 2005. *Theoretical nursing: Development and progress* (3ª ed.). Philadelphia, USA: Lippincott Williams & Wilkins.
- Staff. (1998). ICN advises WHO's research body on nursing prioritie. *International Nursing Review*, 45(1) 5.

INTRODUÇÃO

Esta monografia resulta do trabalho desenvolvido por estudantes e professores na unidade curricular (UC) *dissertação*, ao longo dos primeiros cinco anos de funcionamento do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica (CMEMC) na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESEnfC).

Neste período de tempo, estudantes e professores mobilizaram-se no sentido de dar resposta a um desafio que conjuntamente abraçaram – contribuir para o desenvolvimento do conhecimento em enfermagem, nomeadamente a partir de questões emergentes dos e para os contextos de prática clínica, investigando-as. Em simultâneo, pretenderam dar cumprimento às exigências de demonstração de conhecimento, na construção e utilização da investigação, para a obtenção do grau de mestre, expressas no Decreto-Lei n.º 74/2006.

O modelo de organização do ensino superior publicado no supra-citado decreto-lei conferiu, no que respeita aos ciclos de estudos, às escolas de ensino politécnico a possibilidade de atribuírem o grau de mestre, sendo este “conferido numa especialidade, podendo, quando necessário, as especialidades ser desdobradas em áreas de especialização” (Decreto-Lei n.º 74/2006, p. 2247).

A autorização de funcionamento à ESEnfC, do ciclo de estudos conducente ao grau de mestre na Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica, foi concedida por Despacho n.º 19904/2009, do Ministro da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior, sendo publicado a estrutura e plano do ciclo de estudos a 1 de setembro.

Assim, com uma regularidade anual, desde o ano letivo de 2009/2010 até ao momento, tem sido ministrado o CMEMC. Esta regularidade permitiu dar um impulso significativo à investigação de natureza aplicada no âmbito específico de enfermagem médico-cirúrgica.

Hoje, 5 anos após as provas públicas da 1ª dissertação, estão concluídas mais de 100 dissertações. Pelos significativos contributos que os seus resultados poderão ter na(s) prática(s) de enfermagem e, conseqüentemente, nos resultados em saúde, considerou-se pertinente divulgá-los, tendo apenas como critério a vontade (dos seus primeiros autores) expressa na preparação de um resumo alargado para publicação.

Aqueles números serão a melhor evidência da dedicação, do dinamismo, do trabalho empenhado, organizado, sistemático e, muitas vezes, árduo dos múltiplos intervenientes para a sua

consecução. Não é possível deixar de relevar a taxa de finalização, especialmente quando se está perante enfermeiras e enfermeiros que planearam, concretizaram e concluíram as dissertações em condições de baixa disponibilidade de tempo pela sua dupla condição de estudantes e trabalhadores. A este fato também não será alheia a metodologia implementada no desenvolvimento da UC. Nesta prevê-se, por um lado, que, a meio do ciclo de estudos, todos os projectos de investigação sejam propostos a aprovação do Conselho Técnico-Científico, depois de discutidos perante dois professores e, por outro, a orientação e os seminários de acompanhamento do desenvolvimento das investigações regularmente realizados.

No intuito de encontrar uma certa lógica na organização de um número tão lato e díspar de textos, a opção recaiu na sua agregação à volta dos projectos estruturantes, da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA: E) da ESEnfC, em que uma larga maioria deles se inscreveu e que são liderados por professores da Unidade Científico Pedagógica em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Assim, os textos demonstrativos da pluralidade de percursos que se cruzaram nas investigações realizadas estão reunidos em quatro partes. Estas são antecedidas por um capítulo "5 anos, 100 dissertações" onde se apresenta uma caracterização dos mestrandos e uma análise transversal de alguns dados das investigações, cujos resumos alargados integram a obra.

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

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

A terceira parte "pessoa com doença aguda e crónica" incorpora um conjunto de 12 textos que sintetizam as investigações que se direccionaram à compreensão da intervenção do enfermeiro associada ao ato cirúrgico, desde o acolhimento da pessoa à consulta de *follow-up*, passando pelos processos de documentação ou avaliação dos resultados de procedimentos específicos. A linha de continuidade da maioria dos textos integrados nesta parte é a pessoa com condições de doença crónica nomeadamente cardiovascular, renal, oncológica, infecciosa e metabólica. Entre estes, evidenciam-se as pesquisas centradas numa área sensível aos cuidados de enfermagem, os processos educativos, surgindo investigações cujo enfoque são os processos de transição saúde/doença, a adesão, a preparação do regresso a casa e a capacitação para o autocuidado da pessoa ou do cuidador.

A quarta parte "ambiente de prestação de cuidados" incorpora as sínteses das pesquisas ligadas à segurança na prática de cuidados. Dentro destas, salientam-se os estudos que se direccionaram ao aprofundamento do conhecimento sobre segurança e cultura de segurança, em contextos específicos como o bloco operatório e as unidades de cuidados intensivos mas também ligada à execução de procedimentos. Assumem, ainda, particular relevo os textos que

apresentam a pluralidade de olhares das investigações que se centraram no estudo do erro e eventos adversos, assim como na prevenção da infeção associada aos ambientes e às práticas na prestação de cuidados.

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

Por isso, convidam-se os leitores a retirar desta obra o que ela tem de mais útil para cada um em concreto, inscrevendo sempre o seu olhar crítico mas, permitindo deixar-se contagiar pelo desejo de crescer, saber mais, ser melhor.

A Coordenadora do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Maria Isabel Domingues Fernandes

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Decreto-lei nº 74/2006 de 24 de março. *Diário da República nº 60 – I Série-A*. Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior. Lisboa, Portugal

Despacho nº 19904/2009 de 1 de Setembro. *Diário da República nº 169/2009 – II Série*. Ministério da Saúde. Lisboa, Portugal.

5 ANOS, 100 DISSERTAÇÕES

JOSÉ CARLOS AMADO MARTINS
ISABEL MARIA PINHEIRO BORGES MOREIRA
MARIA ISABEL DOMINGUES FERNANDES
LUÍS LEITÃO SARNADAS
AMÉLIA FILOMENA OLIVEIRA MENDES CASTILHO
MARIA DA NAZARÉ RIBEIRO CEREJO
LUÍS MIGUEL NUNES DE OLIVEIRA
PAULO ALEXANDRE CARVALHO FERREIRA
MARIA DA CONCEIÇÃO GIESTAS BAÍA SARAIVA
ISABEL MARIA HENRIQUES SIMÕES
RUI CARLOS NEGRÃO BAPTISTA
MARIA DO CÉU MESTRE CARRAGETA
RUI FILIPE LOPES GONÇALVES
LUÍS ANTÓNIO RODRIGUES PAIVA
VERÓNICA RITA DIAS COUTINHO

INTRODUÇÃO

O virar do milénio ofereceu à humanidade a oportunidade de refletir sobre o passado e perspetivar o futuro (Fawcett, 2014). Para esta autora, a enfermagem chegou a este novo século como uma profissão de pleno direito, afirmando-se como a maior profissão de saúde na sociedade contemporânea e, provavelmente, como a profissão com potencialidade para transformar os cuidados de saúde. E, diremos nós, em cuidados ajustados às necessidades dos cidadãos e das sociedades. Este impulso deveu-se ao enorme investimento no conhecimento disciplinar e prático.

Talvez porque 100 represente um marco significativo no friso cronológico, que a comunidade educativa da Unidade Científico-Pedagógica (UCP) de Enfermagem Médico-Cirúrgica (EMC) da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESENfC) reconheceu que 100 dissertações mereciam uma análise para que o futuro possa ser promovido.

Reconhecemos e assumimos que, nesta sociedade competitiva e complexa, os recursos não são inesgotáveis e os esforços humanos, económicos, sociais e tecnológicos têm de ser utilizados com intencionalidade para que a sua racionalização seja assegurada. Assim, refletir sobre o que até agora fizemos ajuda a construir o futuro, delineando prioridades e otimizando as estratégias utilizadas para atingir os objetivos.

A ciência de enfermagem, enquanto corpo de conhecimentos em desenvolvimento, é fundamentalmente constituída por conceitos/construções que descrevem diferentes ações e transições humanas face à saúde e à doença, seja em termos gerais, seja em algumas situações específicas de cuidados. Ver esta ciência vinculada à prática é defini-la como um campo de conhecimentos produzidos e verificados na perspetiva do enfermeiro, de maneira a fornecer informações pertinentes para a prática dos cuidados (Fortin, 2000).

Falar da investigação em EMC inclui as áreas que são o centro da atenção dos enfermeiros neste contexto específico. Ou seja, é falar do que é investigado, quais os objetivos, as metodologias e os resultados, especialmente no que se refere à melhoria das práticas.

O presente capítulo centra-se na análise da investigação desenvolvida pelos enfermeiros que realizaram o Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica (CMEMC) na ESENfC, criado pelo Despacho nº 19904/2009, de 1 de setembro. Tem como objetivo sintetizar informação sobre as investigações, os seus autores e processos utilizados. Como potencial, confiamos no contributo não apenas para sabermos o quê e o como foi realizado, mas também identificar constrangimentos e lacunas que se poderão transformar em pontos de desenvolvimento para a realização de mais e melhor investigação em EMC.

Começamos por apresentar alguns apontamentos sobre a importância da investigação para o desenvolvimento e afirmação profissional, culminando com a revisão e análise das 100 dissertações de mestrado em EMC.

Porquê investigar?

A vontade, a motivação e a capacidade de observar, de analisar, de refletir e de interpretar a realidade, o desejo de a transformar, a procura de conhecimento transformador, têm sido as condições essenciais neste percurso de investigação. Por vezes é necessário desassossegar a pacatez pessoal, interpessoal e institucional para que em relação com o mundo das pessoas e das coisas se possa responder a desafios da inteligibilidade e da intervenção complexa, multidisciplinar, interdisciplinar, transdisciplinar e multirreferencial. Na complexidade, pela via do risco e da incerteza, que caracteriza este século, podemos encontrar novos equilíbrios, novas respostas e novos níveis de desenvolvimento se colocarmos uma tónica importante na investigação.

É reconhecido que existem *gaps*, uns reais, outros artificiais, entre a teoria, a investigação e a clínica, decorrentes da pobreza dos diálogos entre os diversos atores (*gaps* reais), de fatores relacionados com o descontentamento com exercícios de poder pouco construtivos ou

com a competição em detrimento da cooperação entre enfermeiros (*gaps* artificiais). Contudo, o caminho passa obrigatoriamente por continuar a encetar esforços que contrariem esta tendência. Os teóricos, os investigadores e os enfermeiros da clínica desenvolvem práticas colaborativas, de forma a potenciar o desenvolvimento do corpo de conhecimentos da disciplina utilizando-os para a prestação de cuidados de qualidade (Kim, 2010).

O desenvolvimento e crescimento da enfermagem, enquanto profissão e disciplina, exigem um corpo de conhecimentos próprio, para que a intervenção se sustente num sólido suporte de conhecimentos científicos (Martins, 2009; Martins, Apóstolo, & Batalha, 2011). A investigação é um processo para criar e desenvolver ciência (Zaccagnini & White, 2011).

Associado à formação do segundo ciclo, os descritores de Dublin (Direção Geral do Ensino Superior, 2008) incluem, entre outros, a demonstração de conhecimentos que permitam o desenvolvimento e/ou aplicações originais, nomeadamente em contexto de investigação. Assim, quando se pensa no CMEMC, o desenvolvimento de competências na área da investigação tem de constituir um elemento central desta formação.

Assumimos que são os conhecimentos científicos, recentes e avançados nas várias áreas específicas de intervenção, que permitem aos enfermeiros cuidados de qualidade, atuais, com maiores garantias de resultado e que conduzam a uma prática de excelência (Martins, 2009). Fomentam uma cultura de exigência e de responsabilidade na transferência desses mesmos conhecimentos para os contextos clínicos.

Não podemos esquecer também a importância da investigação para o desenvolvimento contínuo da profissão e, dentro desta, da especialidade em EMC. Para tal, múltiplos organismos e autores têm apresentado aspetos centrais nos quais os enfermeiros devem investir com programas e/ou projetos de investigação sustentados. Os processos de saúde e doença e a prestação de cuidados são apresentados por Gerrish e Lathlean (2015) como duas áreas prioritárias, reportando-se às recomendações do *International Council of Nurses* (ICN). Nos processos de saúde doença é considerado prioritário estudar o controlo da doença e as respostas às situações de doença, a promoção da qualidade de vida nas pessoas que vivem com doença crónica, os cuidados nos processos de transição, avaliar, monitorizar e medir os resultados das intervenções de enfermagem. Na prestação de cuidados, a qualidade e a relação custo/eficácia, a prática baseada na evidência, o impacto das intervenções de enfermagem no doente, as políticas, as reformas dos cuidados de saúde e o impacto da equidade e acesso aos cuidados de enfermagem são focos de investigação prioritários.

Existem fatores que claramente podem promover e facilitar o processo, levando ao crescimento e visibilidade, tal como Schober e Affara (2008) indicam:

- Desenhos de estudos que incorporam as necessidades;
- Desenhos de estudos credíveis, fiáveis e com resultados generalizáveis;
- Desenhos de estudos com foco em poucas questões;
- Apresentar os resultados a diversas audiências;
- Publicar, disseminando os resultados;
- Enfatizar mais a importância dos resultados do que a necessidade da pesquisa;

- Investigar sobre o desenvolvimento de competências;
- Procurar ativamente financiamento.

O estatuto da Ordem dos Enfermeiros (OE; Lei nº 156/2015 de 16 de Setembro) afirma o dever dos seus membros para com a comunidade, de participar na busca de soluções para os problemas de saúde detetados, exigindo-se uma aposta contínua em fornecer os serviços necessários e de máxima qualidade. Sabemos que o foco da prática e as características para a sua expansão nem sempre são fáceis de investigar e clarificar, pelas dinâmicas e complexidades próprios dos contextos de saúde (Kim, 2010). Em 2006, a OE definiu quatro eixos prioritários para a pesquisa em enfermagem: adequação dos cuidados gerais e especializados às necessidades do cidadão, educação para a saúde na aprendizagem de capacidades, estratégias inovadoras de inovação/liderança e formação em enfermagem no desenvolvimento de competências. Assim, evoluímos nas nossas preocupações desfocalizando-nos da imagem pública e do reconhecimento da profissão e da dimensão económica (Kim, 2010), assumindo hoje novos focos.

Centrando-nos na investigação em EMC, permanecem válidas as dificuldades nas áreas ou eixos prioritários, que desejamos tenham sobretudo foco nas áreas de intervenção da especialidade. Hoje, as questões de investigação mais relevantes relacionam-se obrigatoriamente com os diagnósticos de enfermagem (prevalência, incidência e etiologia das necessidades do doente/utente em matéria de cuidados), com as intervenções de enfermagem (eficácia, eficiência e custos) e, com os resultados dos cuidados de enfermagem (impacto na sobrevivência, na recuperação funcional, no bem-estar e desenvolvimento humano e na satisfação das pessoas).

Atendendo à produção massiva e contínua de estudos nas últimas décadas, a preocupação atual não pode centrar-se apenas na produção de mais conhecimento, mas também em o reavaliar, sistematizar e fazer as necessárias pontes para a prática (Kim, 2010). A prática avançada em enfermagem, no nosso caso a prática especializada, é uma parte essencial do processo de desenvolvimento da disciplina de enfermagem (DeNisco & Barker, 2015), tendo o dever de incorporar a investigação como uma das suas atividades.

METODOLOGIA

Estudo descritivo, analítico, retrospectivo, de tipo documental. Os dados foram colhidos, praticamente na sua totalidade, com recurso a uma grelha de extração de dados, nos registos dos diferentes cursos e por consulta das primeiras 100 dissertações de mestrado (de 1 a 15 de janeiro de 2016) do CMEMC.

No processo de recolha e análise de dados, foram respeitados os princípios éticos associados à investigação. Toda a informação é apresentada de forma anonimizada.

RESULTADOS

Os primeiros enfermeiros que completaram o CMEMC ($n=100$) têm uma média de idades de 38,43 anos (desvio padrão=6,80), sendo a mediana de 37,73 anos. Um quarto dos enfermeiros tem menos de 34 anos e outro quarto tem mais de 42 anos.

No grupo, predominam as mulheres (78%), conforme podemos verificar na Figura 1.

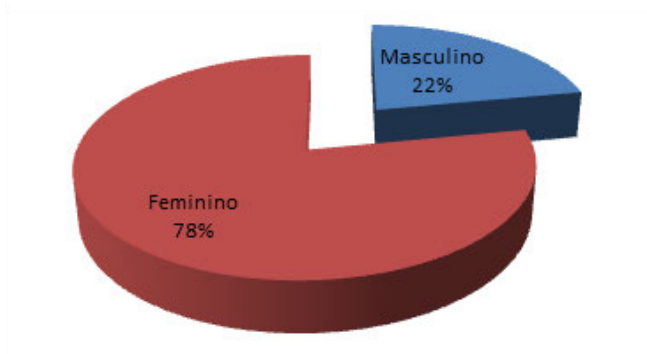


Figura 1. Distribuição do grupo por sexo.

Relativamente à instituição de trabalho no momento de início do curso (Tabela 1), predominam os enfermeiros provenientes do atual Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (CHUC; Hospitais da Universidade de Coimbra e Centro Hospitalar de Coimbra), com mais de 40%, seguindo-se o Centro Hospitalar do Médio Tejo e o Hospital de Santarém, com 9% cada.

Tabela 1

Distribuição por instituição de trabalho, no momento do início do curso

Instituição de trabalho no início do curso	N	%
Sem referência	9	9,0
Centro Cirúrgico de Coimbra	2	2,0
Centro Hospitalar Baixo Alentejo	1	1,0
Centro Hospitalar Universitário de Coimbra	43	43,0
Centro Hospitalar Médio Tejo	9	9,0
Centro Hospitalar do Oeste	5	5,0
Centro de Saúde de Madalena	1	1,0
Escola Superior de Saúde da Madeira	1	1,0
Hospital Agostinho Neto (Cabo Verde)	2	2,0
Hospital José Luciano de Matos	1	1,0
Hospital do Divino Espírito Santo	1	1,0
Hospital de Faro	1	1,0

Tabela 1 (continuação)

Distribuição por instituição de trabalho, no momento do início do curso

Instituição de trabalho no início do curso	N	%
Hospital da Figueira da Foz	2	2,0
Centro Hospitalar de Leiria	3	3,0
Hospital Militar Regional N° 2	1	1,0
Hospital de Santarém	9	9,0
Centro Hospitalar Tondela Viseu	2	2,0
Instituto Português de Oncologia de Coimbra	4	4,0
Lar Idosos	1	1,0
Instituto Nacional de Emergência Médica - SIV Cantanhede	1	1,0
Instituto Nacional de Emergência Médica - SIV Pombal	1	1,0
Total	100	100,0

No momento do início do curso, os enfermeiros exerciam funções predominantemente em unidades de urgência e emergência (21%) e em unidades de cirurgia e especialidades cirúrgicas (20%), como se pode observar na Tabela 2.

Tabela 2

Distribuição por local/área de trabalho no momento do início do curso

Área de trabalho no início do curso	N	%
Sem referência	16	16,0
Bloco Operatório	16	16,0
Cirurgia e especialidades cirúrgicas	20	20,0
Cuidados Intensivos	6	6,0
Medicina e especialidades médicas	16	16,0
Urgência e emergência	21	21,0
Outras áreas	5	5,0
Total	100	100,0

Os diplomados terminaram o curso entre 2011 e 2016 (Tabela 3). Contudo, foi no ano de 2011 que mais enfermeiros concluíram o mestrado (26%), seguido dos anos 2013 e 2015 (19% cada).

Tabela 3
Distribuição pelo ano de conclusão do CMEMC

Ano	N	%
2011	26	26,0
2012	13	13,0
2013	19	19,0
2014	15	15,0
2015	19	19,0
2016	8	8,0
Total	100	100,0

O tempo de frequência para completar o plano curricular foi, em média, inferior a 2 anos. Apenas 25% dos enfermeiros necessitou de mais de 2,1 anos. O período de tempo máximo de frequência foi de 4,92 anos.

Os estudos desenvolvidos enquadram-se nos paradigmas quantitativo (50%) e qualitativo (44%). Foram no entanto realizados 6 estudos mistos (Tabela 4).

Tabela 4
Paradigma de investigação utilizado nos estudos

Paradigma	N	%
Quantitativo	50	50,0
Qualitativo	44	44,0
Misto	6	6,0
Total	100	100,0

Na Figura 2, podemos observar que, ao longo do tempo, tem vindo a crescer o desenvolvimento de projetos quantitativos.

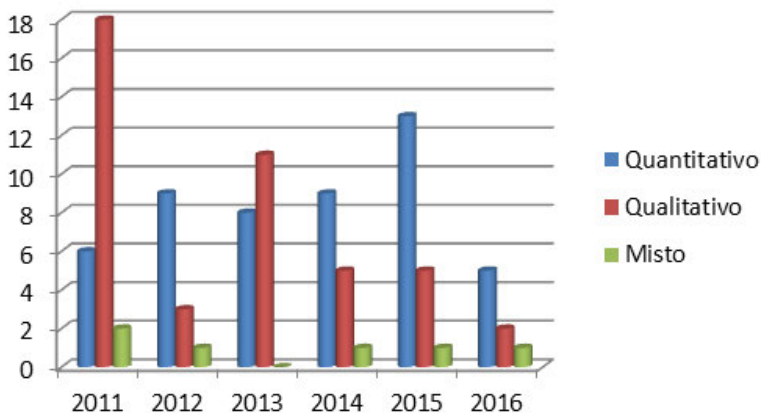


Figura 2. Distribuição dos projetos realizados segundo o paradigma de investigação utilizado.

Explorando as especificações dos estudos e sendo fiéis ao escrito pelos autores na metodologia de cada dissertação, no que se refere à sua tipologia, verificamos a predominância de estudos de tipo descritivo-correlacional e fenomenológico, com equilíbrio entre estas. Na Tabela 5 podemos observar a existência de outras tipologias.

Tabela 5

Distribuição dos estudos em função da sua tipologia em termos metodológicos

Método	N	%
Análise de conteúdo	9	9,0
Fenomenológico	27	27,0
Estudo de casos	2	2,0
<i>Grounded theory</i>	1	1,0
Interpretativo	1	1,0
Investigação-ação	3	3,0
Misto	3	3,0
Descritivo	9	9,0
Descritivo-correlacional	28	28,0
Epidemiológico	1	1,0
Observacional	4	4,0

Tabela 5 (continuação)

Distribuição dos estudos em função da sua tipologia em termos metodológicos

Método	<i>N</i>	%
Comparativo	2	2,0
Pré-experimental	3	3,0
Quase experimental	1	1,0
Experimental	2	2,0
Metodológico	4	4,0
Total	100	100,0

Para a recolha de dados foram predominantemente utilizados o questionário e a entrevista isoladamente (40% e 37%, respetivamente), conforme podemos observar na Tabela 6.

Tabela 6

Distribuição em função das técnicas e instrumentos de recolha de dados

Recolha de dados	<i>N</i>	%
Questionário	40	40,0
Entrevista	37	37,0
Grelha de Observação	6	6,0
Documental	1	1,0
Zaragatoa	1	1,0
Entrevista por <i>focus group</i>	2	2,0
Questionário e entrevista	1	1,0
Questionário e grelha de observação	4	4,0
Entrevista e grelha de observação	4	4,0
Entrevista e documental	2	2,0
Entrevista e entrevista por focus group	1	1,0
Documental e entrevista por focus group	1	1,0
Total	100	100,0

Na maioria dos estudos, a colheita de dados recaiu sobre os enfermeiros, 48%, e os doentes, 34% (Tabela 7).

Tabela 7
Populações estudadas

População/Amostra	N	%
Enfermeiros	48	48,0
Doentes	34	34,0
Familiares	6	6,0
Assistentes Operacionais	1	1,0
Superfícies ambientais	1	1,0
Enfermeiros e doentes	6	6,0
Enfermeiros e familiares	1	1,0
Enfermeiros e médicos	1	1,0
Enfermeiros, médicos e doentes	2	2,0
Total	100	100,0

Relativamente às temáticas estudadas, estas foram organizadas em função do tema geral e dos participantes, conforme podemos observar na Tabela 8. Salientamos que quase metade dos estudos foi desenvolvida com centralidade no processo de cuidados e que os enfermeiros continuam a ser o principal alvo da investigação.

Tabela 8
Análise dos temas de investigação

Tema de/em investigação	Na perspetiva de sujeitos/participantes	Nº
O processo de cuidados (48)	Enfermeiro(s)	29
	Pessoa em situação crítica	5
	Competências: pré-hospitalar, emergência, inter-hospitalar,	3
	Pessoa com doença aguda	4
	Enfermeiros e médicos	1
	Pessoa com doença crónica	3
	Doentes e profissionais de saúde	1
Processo(s) de educação/formação (18)	Família	2
	Enfermeiros	7
	Pessoa com doença crónica	8
	Família/cuidador	2
	Pessoa com doença aguda	1

Tabela 8 (continuação)
Análise dos temas de investigação

Tema de/em investigação	Na perspectiva de sujeitos/participantes	Nº
Conceito(s), percepção relativos à situação de saúde (9)	Família	2
	Pessoa com doença crónica	3
	Pessoa com doença aguda	3
	Pessoa em situação crítica e família	1
Segurança do doente (18)	Na prática de cuidados/procedimentos	7
	Controlo infeção: ambiente	2
	Higienização de superfícies	1
	Higienização das mãos	2
	Cultura	4
Organizações e Prática profissional (7)	Erro terapêutico	2
	Competências	3
	Ganhos em saúde	1
	Stress	1
	Ambiente de prática	2
Total		100

Quando analisamos o tamanho das amostras nos diferentes estudos verificamos que são, em termos gerais, pequenas. A Tabela 9 mostra as medidas estatísticas de tendência central e dispersão das amostras dos estudos, em função do paradigma utilizado.

Nos estudos quantitativos as amostras foram constituídas, em média, por 130 indivíduos, relevando-se que este valor médio é influenciado por 11 estudos que têm amostras superiores a 200 indivíduos e muito especialmente por quatro destes que integraram mais de 400 indivíduos. Nos estudos qualitativos, as amostras integraram, em média, 11 indivíduos, com uma mediana de oito indivíduos.

De referir ainda que 14 estudos trabalharam com duas amostras distintas e um com três amostras distintas, mantendo-se sensivelmente os mesmos dados relativos ao tamanho das mesmas. A Tabela 9 apresenta apenas os dados relativos às amostras principais.

Tabela 9

Tamanho das amostras utilizadas em função da tipologia dos estudos

Paradigma	Medidas de tendência central e dispersão	Amostra
Quantitativo	Média	130,479
	Desvio Padrão	148,4890
	Mediana	78,500
	Mínimo	10,0
	Máximo	864,0
Qualitativo	Média	11,250
	Desvio Padrão	13,9119
	Mediana	8,000
	Mínimo	3,0
	Máximo	96,0
Misto	Média	115,000
	Desvio Padrão	233,9214
	Mediana	24,000
	Mínimo	5,0
	Máximo	592,0

Relativamente à avaliação da dissertação em provas públicas, a classificação variou entre 12 e 20 valores, sendo 17 o valor mediano. As classificações mais frequentemente atribuídas foram o 18 (40%) e o 17 (31%), seguidas de 16 (10%) e 19 (8%).

Ao longo dos anos verificamos que foi aumentando progressivamente a exigência dos formandos no que se refere à obtenção de parecer de uma comissão de ética antes de iniciarem o estudo empírico (Figura 3).

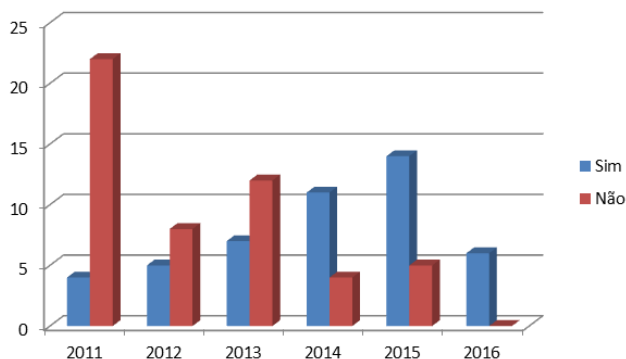


Figura 3. Obtenção de parecer de comissão de ética em função do ano de conclusão.

No que se refere à obtenção de autorização institucional para o desenvolvimento do estudo, esta surge de forma sistemática, com algumas exceções nos primeiros estudos (Figura 4).

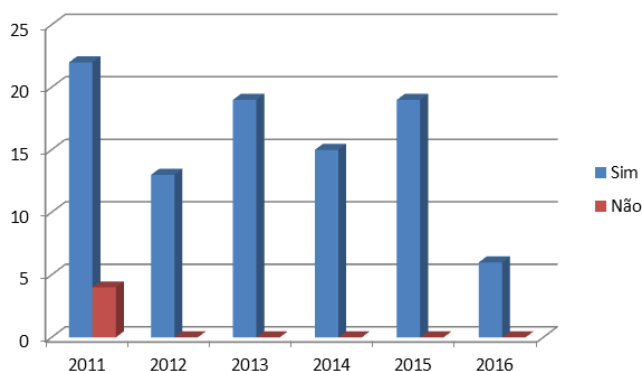


Figura 4. Obtenção de autorização institucional em função do ano de conclusão.

DISCUSSÃO

A análise dos dados permite verificar que os enfermeiros que completaram o CMEMC são adultos jovens (com uma média de idades de 38,43 anos, predominando as mulheres [78%]). Relativamente à distribuição por sexo estes resultados estão de acordo com o total de enfermeiros especialistas em EMC em Portugal (OE, 2015), onde as mulheres representam 74,3%. Na população de enfermeiros em Portugal, predomina a faixa etária dos 26 aos 35 anos (40%). Contudo, sabemos que, pelos critérios de seleção e seriação para a frequência

dos cursos de pós-licenciatura de especialização e mestrado em EMC, o tempo de serviço e o envolvimento em projetos ao longo desse tempo é um fator importante, o que explica que tenhamos encontrado um grupo profissionalmente mais maduro.

As instituições de saúde do concelho de Coimbra são aquelas de onde provêm a maioria dos enfermeiros que frequentaram o CMEMC, predominando o CHUC (43%), integrando-se aqui as instituições que lhe deram origem. A predominância de instituições do concelho de Coimbra seria expectável, pois a ESEnFC é a única instituição formadora no distrito a proporcionar este curso e a proximidade geográfica é um fator importante para o acesso. Os enfermeiros frequentam a formação acrescentando-a à normal jornada de trabalho e suportam todos os custos da formação (propinas, deslocações, refeições e outros).

As unidades de cuidados dirigidas à pessoa em situação crítica (urgência, bloco operatório, cuidados intensivos polivalentes e monovalentes) são os locais de trabalho da maioria dos enfermeiros que frequentaram e concluíram a formação, o que se explica, entre outros motivos, pela própria estrutura do curso, focada nas respostas de enfermagem especializadas e avançadas à pessoa em situação crítica. Contudo, não podemos deixar de sublinhar também a participação de enfermeiros dos mais diversos contextos médicos e cirúrgicos, não apenas pelo reconhecimento de que igualmente nestes contextos existem pessoas em situação crítica, mas também pela possibilidade de, nas unidades curriculares de opção, poderem centrar-se em áreas de seu próprio interesse e que vão ao encontro dos seus projetos de desenvolvimento profissional.

A maioria dos formandos utilizou métodos no âmbito do paradigma quantitativo, verificando-se a sua predominância progressiva ao longo dos anos. Surgem nos últimos anos estudos com amostras de maiores dimensões, mais representativas e mesmo métodos de âmbito comparativo e experimental, o que mostra a visão dos enfermeiros de ir mais longe na investigação, procurando explicações ou comprovando eficácia de determinadas intervenções.

As metodologias qualitativas são também frequentemente utilizados. Tal mostra a convicção dos enfermeiros de que a compreensão ampla dos problemas que são fonte da sua inquietação e questionamento beneficiam de diferentes abordagens, traduzindo-se num sinal de crescimento dos enfermeiros na visão holística da pessoa. É o assumir o lado humano da pessoa, nos diferentes momentos e contextos de vida, dos seus problemas, necessidades e procura de autonomia (Martins, Apóstolo, & Batalha, 2011), numa visão de que não será a doença ou a sua cura (embora as intervenções de enfermagem contribuam para o diagnóstico ou para a cura), mas a oferta de cuidados, recursos e condições que contribuem para eliminar ou minimizar o sofrimento, aumentar o bem-estar e a qualidade de vida e facilitar o desenvolvimento e os fenómenos de transição e adaptação (Zaccagnini & White, 2011).

Cerca de metade dos estudos foi desenvolvida com centralidade no processo de cuidados, sendo os enfermeiros o principal alvo da investigação. Investigar os enfermeiros e as práticas de enfermagem mostra uma intencionalidade nos processos de melhoria. Estes projetos resultam frequentemente da preocupação dos enfermeiros com um problema real, sentido, em que se procura a sua caracterização e possíveis causas ou fatores associados, claramente direcionados para a busca de melhores respostas às pessoas que recorrem aos serviços de saúde, atendendo ao que Zaccagnini e White (2011) definem como prioridade na ciência de enfermagem: a preocupação central com os fatores que afetam o bem-estar humano.

Um facto importante de todos os projetos desenvolvidos é o elevado potencial para aplicação dos respetivos resultados na gestão, na clínica e/ou na formação inicial ou contínua. Contudo, não podemos deixar de evidenciar, pela análise dos materiais e métodos utilizados, o carácter diagnóstico da maioria dos estudos.

Por fim, salientamos a maturidade crescente dos estudos, ao longo dos anos, pelo rigor ético no desenvolvimento dos seus projetos de investigação, evidenciado pelo número sempre crescente de projetos submetidos a parecer de uma comissão de ética. Para este crescimento foi útil a criação da Comissão de Ética da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA: E), que responde atualmente aos diversos pedidos, permitindo a obtenção de um parecer para estudos que anteriormente não eram objeto de tal por estarem dirigidos a populações fora da abrangência de instituições de saúde (com estudantes, junto da população, com enfermeiros ou outros profissionais, entre outros) ou que acontecem em instituições de saúde que não possuem comissão de ética.

CONCLUSÃO

O presente estudo pretendeu apresentar uma visão sobre o que têm investigado os estudantes do curso de mestrado em EMC e respetivas metodologias. Neste retrato, pensamos que seria interessante sintetizar alguma informação sobre as primeiras 100 dissertações de mestrado em EMC da ESEnFC, sendo nossa convicção que o objetivo foi atingido.

Verificamos que, ao longo do tempo existiu progressiva maturidade nos projetos, a que não é alheio o próprio processo de crescimento dos docentes da UCPEMC que, ao longo destes anos, têm acompanhado e orientado o seu desenvolvimento.

Confirmamos ainda a predominância de estudos de cariz diagnóstico, devendo no futuro surgir maior aposta em projetos de investigação centrados no estudo da efetividade dos cuidados e no desenvolvimento de técnicas e tecnologias, tirando partido do desenvolvimento dos docentes e dos materiais e equipamentos laboratoriais que a ESEnFC já dispõe. Deve existir também uma maior aposta na síntese da evidência já produzida, tirando partido do know-how existente na UICISA: E.

Acreditamos que as próximas 100 dissertações mostrarão esse mesmo desenvolvimento que aqui almejamos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- DeNisco, S., & Barker, A. (2015). *Advanced practice nursing: Essential knowledge for the profession* (3ª ed.). Burlington, USA: Jones & Bartlett Learning.
- Despacho nº 19904/2009 de 1 de Setembro. *Diário da República nº 169/2009 – II Série*. Ministério da Saúde. Lisboa, Portugal.
- Direção Geral do Ensino Superior. (2008). *Descritores de Dublin*. Recuperado de <http://www.dges.mctes.pt/DGES/pt/Estudantes/Processo+de+Bolonha/Objectivos/Descritores+Dublin/>
- Fawcett, J. (2014). The state of nursing science: Hallmarks of the 20th and 21st centuries. In W. Cody, *Philosophical and theoretical perspectives for advanced nursing practice* (pp. 3-17; 4ª ed.). Sudbury, Canada: Jones and Bartlett.

- Fortin, M. (2000). O contributo da investigação no desenvolvimento dos conhecimentos em ciências de enfermagem. *Revista Investigação em Enfermagem*, 1, 61–68.
- Gerrish, K., & Lathlean, J. (2015). *The research process in nursing* (7ª ed.). Pondicherry, India: Wiley Blackwell.
- Kim, H. (2010). *The nature of theoretical thinking* (3ª ed.) New York, USA: Springer.
- Lei nº 156/2015 de 16 de Setembro. *Diário da República nº 181 – I Série*. Ministério da Saúde. Lisboa, Portugal.
- Martins, J. (2009). Atuação do enfermeiro no setor de urgências: Gestão para o desenvolvimento de competências. In W. Malagutti, & C. C. Caetano (Orgs), *Gestão do serviço de enfermagem no mundo globalizado* (pp. 175-189). Rio de Janeiro, Brasil: Rubio.
- Martins, J., Apóstolo, J., & Batalha, L. (2011). Pesquisa em enfermagem oncológica pediátrica. In W. Malagutti (Org.), *Oncologia pediátrica: Uma abordagem multiprofissional* (pp. 77-84). São Paulo, Brasil: Martinari.
- Schober, M., & Affara, F. (2008). *Advanced Nursing practice*. Oxford, England: Blackwell Publishing.
- Zaccagnini, M., & White, K. (2011). *The doctor of nursing practice essentials: A new model for advanced practice nursing*. Sudbury, Canada: Jones and Barlett.

RESUMOS ALARGADOS

RESUMOS ALARGADOS

PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

TRABALHO EM EQUIPA EM CONTEXTO DE EMERGÊNCIA (TECE) – SIGNIFICADO EMPÍRICO PARA ENFERMEIROS E MÉDICOS NUM SERVIÇO DE URGÊNCIA MÉDICO-CIRÚRGICO (SUMC)

ALEXANDRA ISABEL REBOTIM AZINHAGA
RUI CARLOS NEGRÃO BAPTISTA

INTRODUÇÃO

A abordagem à pessoa em situação crítica em contexto de emergência exige a prestação de cuidados especializados. Tem vindo a constituir uma área à qual é dada cada vez mais importância quer pelas necessidades formativas dos profissionais, quer também pela imprescindível organização do trabalho multiprofissional em torno destas situações.

O trabalho articulado é uma imposição para a assistência integral ao doente em situação de emergência e para o resultado final mas pode estar afetado. Assiste-se, por vezes, a uma simples associação de pessoas com formações diferentes, sem marcos de referência compartilhada, o que traz dificuldades na integração de conhecimentos e abordagens. No serviço de urgência (SU), a prestação de cuidados à pessoa em situação de emergência é uma constante, exige uma abordagem sistemática e o domínio de algoritmos de atuação baseados em evidência, pelo que implica um corpo de conhecimentos, habilidades e atitudes.

A Direção Geral de Saúde (DGS) refere a importância da organização dos cuidados hospitalares ao doente crítico, reforçando a necessidade de dispor de uma equipa multiprofissional coordenada, coesa, sólida no suporte científico, experiente, líder no estabelecimento de prioridades e na tomada de decisão (Despacho nº 10319/2014 de 11 de Agosto, 2014). Na resposta de uma equipa de profissionais a situações de emergência, o trabalho de equipa poderá ser otimizado e alcançados melhores resultados, se for dada mais importância a habilidades não técnicas como a comunicação, liderança e organização (Instituto Nacional de Emergência Médica [INEM], 2011).

Neste contexto, desenvolveu-se o presente estudo, que pretende analisar as vivências dos enfermeiros e médicos em relação ao trabalho em equipa em contexto de emergência (TECE), e tem como objetivos:

- Descrever sentimentos e emoções vivenciados pelos profissionais quando trabalham em equipa em contexto de emergência;

- Descrever as dificuldades sentidas pelos profissionais em relação à interligação com os vários elementos da equipa;
- Conhecer a percepção dos profissionais sobre as consequências do trabalho em equipa no cuidar do doente em situação crítica;
- Compreender as necessidades sentidas pelos profissionais, relativamente ao trabalho em equipa, após uma situação de emergência.

ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO

Foi realizado um estudo qualitativo de abordagem fenomenológica segundo as etapas processuais de interpretação metodológica de Colaizzi (Streubert, 2002). Os participantes foram selecionados de forma intencional. Foi construído um guião com base nas crenças e suposições do investigador sobre o fenómeno e nos objetivos do estudo. Foram respeitadas todas as considerações formais e éticas. A colheita de informação foi realizada através de 12 entrevistas semiestruturadas.

Foi utilizado para a análise de informação o programa QRS NVivo versão 7. Foi escolhido o método *Focus Group* para regressar aos participantes, com o objetivo de verificar se a interpretação e descrição do fenómeno correspondia ao que por eles era vivido e com isso validar o desenho explicativo elaborado.

APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DE RESULTADOS

O processo de análise fenomenológica das entrevistas permitiu compreender a estrutura empírica do fenómeno de forma global (Figura 1). A presente estrutura descritiva do fenómeno assenta em três dimensões que se relacionam entre si.

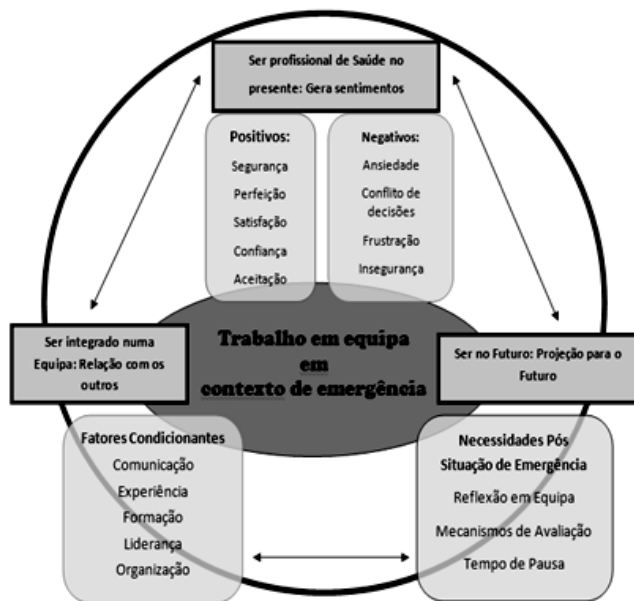


Figura 1. Estrutura empírica do fenômeno.

Ser profissional de saúde inserido no contexto de emergência gera sentimentos e emoções que resultam de experiências que marcam de forma positiva ou negativa e influenciam a atuação individual e do grupo. Tal como os resultados de outros estudos, os enfermeiros e médicos vivenciam sentimentos agradáveis, de confiança, segurança, satisfação, perfeição e aceitação, que influenciam de forma positiva a sua atuação. Por outro lado, também vivenciam sentimentos desagradáveis, como a ansiedade, frustração, insegurança e conflito de decisões que influenciam a sua atuação de forma negativa (Oliveira & Martins, 2013).

As dificuldades sentidas enquanto profissional de saúde integrado numa equipa a trabalhar em contexto de emergência estão associadas a fatores que interferem com o trabalho em equipa como a experiência, a formação, a comunicação, a liderança e a organização. A experiência prévia conjunta em contexto real é sentida como de especial importância para o desenvolvimento das práticas e influencia positivamente o trabalho em equipa e o resultado final (INEM, 2011; Martins, 2009; Oliveira & Martins, 2013).

Relativamente à formação, o treino prévio conjunto em contexto formativo, influencia de forma positiva o trabalho em equipa. De acordo com INEM, Grupo de Trabalho em Urgências (GTU), Ordem dos Enfermeiros (OE), Ordem dos Médicos (OM), e mais recentemente determinado pelo Ministério da Saúde, são estabelecidos padrões mínimos para a formação de médicos e enfermeiros dos SU, contemplando essa formação o Suporte Básico de Vida (SBV) e o Suporte Avançado de Vida (SAV), formação em comunicação e trabalho em equipa, gestão de stress e

conflitos. Neste âmbito, e em conformidade com os dados obtidos no nosso estudo a formação em SBV, Suporte Imediato de Vida (SIV) e SAV é referida como essencial e obrigatória para quem trabalha em contextos de emergência, influenciando diretamente o trabalho em equipa e promovendo consequentemente a melhoria dos cuidados e satisfação dos profissionais (INEM, 2011; Ministério da Saúde, 2014).

O treino através da resolução de cenários completos e complexos, em ambiente de simulação, seguido do respetivo *debriefing*, é considerado hoje como fundamental na formação em emergência. Permite a consolidação dos saberes e o desenvolvimento de habilidades globais, tais como o juízo crítico, a tomada de decisão, o trabalho em equipa, o pensamento estruturado, a liderança e a gestão de tarefas (Martins, 2009).

Confirmou-se que a forma e os momentos em que a comunicação é realizada afetam o desenvolvimento de um adequado trabalho em equipa, sendo condicionada pelas relações interpessoais previamente existentes entre os membros da equipa. A organização do trabalho em equipa é condicionada pela definição de funções dos elementos que a compõem, pela estratégia a adotar nas diferentes situações, pelos objetivos definidos e também pelos recursos humanos disponíveis (Mazzocato, Forsberg, & Schwarz, 2011).

Em conformidade com outros estudos, a inexistente ou deficiente liderança nas situações de emergência é um fator dificultador na atuação. Para que esta seja efetiva, o líder deverá destacar-se, otimizando todas as ações (INEM, 2011).

As situações de emergência carecem de liderança situacional eficaz e efetiva. Esta liderança acontece quando na situação emerge um líder reconhecido pelos restantes membros da equipa pelas suas características e competências, onde se destacam os conhecimentos e habilidades técnicas na área de emergência, habilidades humanas para construir esforços cooperativos dentro da equipa, habilidades conceituais para visualizar a situação de emergência na sua globalidade e entender a organização da equipa como um todo (Wehbe & Galvão, 2005).

Ser profissional de saúde no contexto de emergência no futuro foi evidenciado pelos participantes pelas necessidades sentidas após as situações de emergência, como os mecanismos de avaliação, reflexão em equipa e tempos de pausa. Estas necessidades resultam da experiência vivenciada, dos sentimentos gerados e dos fatores que condicionaram a situação e dirigem os participantes para a forma como se projetam em situações de emergência futuras (INEM, 2011; Martins, 2009).

CONCLUSÃO E RECOMENDAÇÕES

A instabilidade hemodinâmica do doente em situação de emergência exige cuidados multiprofissionais específicos, com competência para garantir um adequado e eficiente nível assistencial. É fundamental uma adequada organização das atividades, onde o trabalho em equipa entre médicos e enfermeiros assuma particular importância.

Este estudo revelou sentimentos, dificuldades e necessidades decorrentes do TECE. É importante para a compreensão das vivências profissionais neste contexto e constitui um incentivo ao desenvolvimento de responsabilidades profissionais, competências, habilidades técnicas e não técnicas, e para a otimização dos cuidados ao doente nesta área. É um contributo

para os diferentes profissionais envolvidos direta e indiretamente no cuidar ao doente crítico, para gestores e decisores institucionais, podendo levar a transformações que se refletem na melhoria dos cuidados garantidos pelos profissionais em contexto de emergência.

A realização deste estudo veio facultar e alertar para recomendações importantes nos diferentes níveis de cuidados, formação, investigação, prática e gestão. Destes destacamos: fomentar a aquisição e desenvolvimento de competências específicas nos profissionais; proporcionar formação certificada e recertificação de competências; incluir a vertente prática, o treino de habilidades não técnicas e a realização de *debriefing* no contexto formativo; desenvolver um instrumento que permita avaliar competências não técnicas da equipa em contexto real; e garantir a existência de equipas de profissionais com dimensão, competência e dedicação necessárias ao adequado atendimento em situações de emergência no SU.

Intervir nos fatores que possam afetar o ideal desenvolvimento do TECE, impõe-se como necessário, assim como otimizar as condições que o facilitem e promovam. É indispensável que os profissionais diretamente envolvidos e os gestores das unidades conheçam os contextos de trabalho em emergência, no sentido de incrementar eficiência e qualidade nos cuidados prestados.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Despacho n.º 10319/2014 de 11 de Agosto. *Diário da República n.º 153/2014 - II Série*. Ministério da Saúde. Lisboa, Portugal.
- Instituto Nacional de Emergência Médica. (2011). *Manual de suporte avançado de vida* (2ª ed.). Lisboa, Portugal: Autor.
- Martins, J. C. (2009). Atuação do enfermeiro no setor de urgências: Gestão para o desenvolvimento de competências. In W. Malagutti & K. Caetano (Eds.), *Gestão do serviço de enfermagem no mundo globalizado* (pp. 175-189). Rio de Janeiro, Brasil: Rubio.
- Mazzocato, P., Forsberg, H., & Schwarz, U. (2011). Team behaviors in emergency care: A qualitative study using behavior analysis of what makes team work. *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine*, 19(70). Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22085585>
- Oliveira, A. S., & Martins, J. C. (2013). Ser enfermeiro em suporte imediato de vida: Significado das experiências. *Revista de Enfermagem Referência*, 9, 115-124. Recuperado de <http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/pdf/ref/vser11n9/ser11n9a12.pdf>
- Streubert, H. J. (2002). A produção da investigação qualitativa: elementos comuns. In H. Streubert, Helen J., & Carpenter, D., *Investigação qualitativa em Enfermagem: avançando o imperativo humanista* (2ª ed, pp.17-35). Loures: Lusociência.
- Wehbe, G., & Galvão, M. (2005). Aplicação da liderança situacional em enfermagem de emergência. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 58, 33-38. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/reben/v58n1/a06.pdf>

SER ENFERMEIRO EM SUPORTE IMEDIATO DE VIDA: EXPERIÊNCIAS

AMÉLIA DO SAMEIRO DA SILVA OLIVEIRA
JOSÉ CARLOS AMADO MARTINS

INTRODUÇÃO

Vivemos numa era de constantes progressos que promovem a melhoria dos cuidados de saúde, tanto nas unidades hospitalares, como na assistência pré-hospitalar a pessoas vítimas de acidentes ou doenças súbitas e que necessitem de cuidados de emergência.

A nível nacional tem-se notado a preocupação em melhorar o atendimento de situações emergentes e iniciar precocemente medidas que promovam o tratamento adequado e a estabilização da situação clínica bem como o encaminhamento para a unidade de saúde com capacidade de resposta às necessidades de cuidados. Desta forma, surgem em 2007 as ambulâncias de Suporte Imediato de Vida (SIV), um novo meio de assistência diferenciada em emergência pré-hospitalar, tripulado por um enfermeiro e um técnico de emergência. Os recursos técnicos e humanos destes meios garantem os cuidados de saúde capazes de resultar numa reanimação com sucesso, ou a estabilização das pessoas em situações críticas, enquanto não está disponível uma equipa médica de suporte avançado de vida (Instituto Nacional de Emergência Médica [INEM], 2011).

Embora a área da emergência pré-hospitalar esteja a evoluir significativamente, é ainda um contexto pouco estudado. Por esta razão, e por considerarmos que é uma área relevante para a Enfermagem, onde é possível desenvolver competências específicas e abrangentes, com reconhecimento social na melhoria da qualidade dos cuidados de assistência em situações de emergência, desenvolvemos este trabalho com a finalidade de explorar as experiências vivenciadas pelos enfermeiros no âmbito da prestação de cuidados em situações de emergência pré-hospitalar, especificamente em contexto SIV.

OBJETIVOS

Foram definidos os seguintes objetivos:

- Descrever as experiências vivenciadas pelos enfermeiros no desempenho das suas competências em assistência pré-hospitalar em contexto SIV;

- Identificar o significado das experiências pessoais vivenciadas pelos enfermeiros no exercício das suas funções em situações de emergência;
- Analisar as dificuldades sentidas durante o exercício da sua atividade de prestação de cuidados em situações de emergência;
- Explorar experiências e sentimentos pessoais positivos e negativos vivenciados pelos enfermeiros na prestação de cuidados às pessoas assistidas por meios SIV.

METODOLOGIA

A investigação qualitativa compreende um conjunto de técnicas e métodos de observação, documentação, análise e interpretação de atributos, características e significados de fenómenos contextuais, que são estudados através de abordagens que procuram descobrir os pensamentos, perceções e sentimentos experimentados pelos informantes (Pais-Ribeiro, 2008). Assim, para a concretização dos objetivos definidos, este estudo foi desenvolvido com recurso a uma metodologia descritiva de abordagem qualitativa, uma vez que se pretende explorar experiências e sentimentos vivenciados por pessoas dentro de um contexto específico.

A orientação metodológica seguida foi a análise fenomenológica proposta por Giorgi, que engloba as seguintes fases apresentadas por Streubert e Carpenter (2002):

(a) ler a descrição inteira da experiência para obter o sentido do todo, (b) reler a descrição, (c) identificar as unidades de transição da experiência, (d) clarificar e elaborar o significado relacionando os constituintes uns com os outros e com o todo, (e) refletir nos constituintes segundo a linguagem concreta do participante, (f) transformar a linguagem concreta em linguagem ou conceitos científicos, (g) integrar e sintetizar a compreensão numa estrutura descritiva do significado da experiência. (p. 56)

A colheita de dados foi concretizada recorrendo a entrevista semiestruturada, pois, pelo seu caráter flexível, possibilita aos participantes expressarem de forma livre o seu ponto de vista pessoal, permitindo recolher informações mais pormenorizadas dos relatos das experiências vividas. As entrevistas foram conduzidas com recurso a um guião previamente elaborado e foram realizadas no período entre 27 de setembro e 21 de outubro de 2010. Foram entrevistados 9 enfermeiros a trabalhar em ambulâncias SIV da Delegação do Centro do INEM.

O estudo foi aprovado pela diretora da delegação regional do INEM. Foram respeitados os princípios éticos inerentes à investigação com seres humanos, nomeadamente no que se refere à privacidade e anonimato da informação e à livre participação dos enfermeiros.

RESULTADOS

Da análise dos discursos dos participantes, foram identificados cinco temas centrais: ser enfermeiro em SIV, experiências marcantes positivas, experiências marcantes negativas, desenvolvimento de competências técnicas, científicas e humanas e reconhecimento social.

As experiências marcantes positivas relatadas pelos participantes englobam a abrangência dos cuidados, o enriquecimento pessoal e profissional, o sucesso das intervenções e a

melhoria assistencial. Associados a estas experiências surgem sentimentos igualmente positivos nomeadamente a gratificação, a satisfação, a realização e o crescimento tanto a nível pessoal como profissional. A contribuir para estas experiências percecionadas como positivas, foram mencionados alguns aspetos descritos como facilitadores do trabalho neste contexto: a orientação por protocolos, a orientação do Centro de Orientação de Doentes Urgentes, o planeamento e avaliação, o trabalho em equipa e a experiência prévia.

As experiências marcantes negativas referem-se ao desgaste físico, ao insucesso das intervenções e à instabilidade laboral. A estas experiências estão associados sentimentos nomeadamente medo e receio, ansiedade/stress, sensação de impotência/frustração, e insegurança. Também são mencionados aspetos que dificultam o trabalho em SIV como algumas dificuldades de ordem prática e os riscos inerentes às particularidades deste contexto de trabalho.

DISCUSSÃO

Os cuidados de enfermagem de qualidade excelente assentam no papel central do cuidar genuíno, como um compromisso e um envolvimento inerente à prática de enfermagem (Benner, 2001). É na perspetiva de cuidar como um processo dinâmico, que exige a mobilização de conhecimentos técnicos e científicos e também de habilidades relacionais, implicando um envolvimento multidimensional da pessoa alvo de cuidados, que os enfermeiros em SIV assumem em pleno todas as dimensões do cuidar.

Ser enfermeiro em SIV é definido pelos participantes como um desafio e um privilégio pela possibilidade de concretização de um projeto de vida, proporcionando sentimentos de satisfação pessoal e profissional. O trabalho neste contexto é exigente, não só pela necessidade de aplicação de conhecimentos vastos e porque implica trabalhar ao segundo, como também pela responsabilidade da atuação e decisão (Oliveira & Martins, 2013). No entanto, é descrito como estimulante, proporcionando uma proximidade com as pessoas e o meio onde se inserem, o que leva os enfermeiros a assumir o compromisso de cuidar neste contexto com atenção, empenho e respeito.

A análise dos achados revela que as experiências vivenciadas pelos enfermeiros a trabalhar em SIV são diversas, com especial realce para as experiências positivas, pela diversidade de situações que proporcionam enriquecimento pessoal e profissional e a melhoria na qualidade da assistência pré-hospitalar prestada pelos meios de socorro de SIV.

O trabalho dos enfermeiros em SIV, apesar de ser referenciado como gratificante e enriquecedor, está também associado a experiências negativas, que são decorrentes da imprevisibilidade das situações e do desgaste físico e emocional provocado pelo trabalho de assistência em emergência a pessoas em situação crítica. O trabalho de enfermagem exige competências científicas, técnicas e humanas, saber e saber fazer, agilidade mental e treino constante (Martins, 2009).

Os enfermeiros entrevistados demonstram a perceção de que as intervenções de enfermagem neste contexto se revelam um contributo extremamente válido para a melhoria da assistência e da qualidade dos cuidados prestados às pessoas em situação crítica que geralmente se encontram num estado de grande vulnerabilidade (Oliveira & Martins, 2013).

CONCLUSÃO

A emergência pré-hospitalar tem registado importantes progressos nas últimas décadas através da implementação de meios de socorro diferenciados, onde os enfermeiros se integram e constituem, pela sua formação base, acrescida de competências específicas, um recurso humano importante na área da prestação de socorro pré-hospitalar.

A integração dos enfermeiros neste contexto específico de SIV é um enorme desafio pois as situações com que se deparam diariamente exigem uma atuação rápida, adequada e eficiente e confrontam os profissionais com situações de elevada carga emocional. É-lhes exigido uma boa capacidade de gestão de conhecimentos, procedimentos e emoções, pois é destas capacidades e competências que depende o sucesso das intervenções. As intervenções de enfermagem em contexto de emergência pré-hospitalar exigem a mobilização de um conjunto abrangente de competências, que incluem a promoção da vertente humana e ética, valorizando a dignidade humana de cada pessoa.

O trabalho do enfermeiro em SIV proporciona experiências positivas gratificantes. No entanto, pensamos que seria importante, para o processo de melhoria, referenciar algumas sugestões: a implementação de um programa de formação contínua para os enfermeiros a trabalhar neste contexto e a promoção de programas de formação e informação para a população em suporte básico de vida e primeiros socorros, para tornar mais viável o trabalho das equipas de suporte imediato e avançado de vida.

A realização deste trabalho permitiu conhecer as experiências dos enfermeiros a trabalhar em SIV e seria desejável que fossem desenvolvidos outros trabalhos neste âmbito de forma a reforçar a importância do contributo social indispensável e insubstituível dos cuidados de enfermagem prestados pelos enfermeiros em emergência pré-hospitalar.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito: Excelência e poder na prática clínica de enfermagem*. Coimbra, Portugal: Quarteto.
- Instituto Nacional de Emergência Médica. (2011). *Perguntas Frequentes*. Recuperado de <http://www.inem.pt>
- Martins, J. (2009). Atuação do enfermeiro no sector de urgências: Gestão para o desenvolvimento de competências. In W. Malagutti & K. Caetano (Eds.), *Gestão do serviço de enfermagem no mundo globalizado* (pp. 175-189). Rio de Janeiro, Brasil: Rubio.
- Oliveira, A., & Martins J. (2013) Ser enfermeiro em suporte imediato de vida: Significado das experiências. *Revista de Enfermagem Referência*, 3(9), 115-124.
- Pais-Ribeiro, J. (2008) *Metodologia de investigação em psicologia e saúde* (2ª ed.). Porto, Portugal: Legis.
- Streubert, H., & Carpenter D. (2002) *Investigação qualitativa em enfermagem: Avançando o imperativo humanista* (2ª ed.) Loures, Portugal: Lusociência.

EQUIPA DE EMERGÊNCIA INTRA-HOSPITALAR: DELINEAR UM FUTURO PRÓXIMO

ANDREIA GRILO SANTOS BEM
JOSÉ CARLOS AMADO MARTINS

INTRODUÇÃO

A pessoa em situação crítica é aquela cuja vida está ameaçada por falência real ou eminente de uma ou mais funções vitais, dependendo de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica para sobreviver (Regulamento nº124/2011). Uma intervenção precoce e adequada pode diminuir a mortalidade e a morbilidade dos doentes hospitalizados que sofrem um processo de deterioração fisiológica aguda (em 80% dos casos) nas horas que antecedem a paragem cardiorrespiratória (PCR), sendo crucial a implementação de mecanismos organizacionais que permitam a sua rápida identificação e instituição atempada de terapêutica otimizada (Conselho Português de Ressuscitação [CPR], 2011).

As pessoas em situação crítica exigem uma intervenção no seio de uma equipa multidisciplinar especializada e treinada, com todas as condições apropriadas. O treino da equipa e a sua disponibilidade imediata e a funcionalidade do equipamento de reanimação são fatores centrais no sucesso em situações onde é grande a pressão do tempo e há necessidade de tomar decisões apoiadas, sobretudo na capacidade de avaliação e conhecimentos dos profissionais e pouco suportadas por meios auxiliares de diagnóstico (Martins, 2009).

A Direção Geral da Saúde (2010), na Circular Normativa nº15, obriga à criação de Equipa de Emergência Intra-Hospitalar (EEIH) nos hospitais portugueses, apontando aspetos gerais, organizacionais e formativos. De acordo com esta norma, a EEIH seria ativada seguindo os critérios apontados na Figura 1.

Parâmetros	Alterações
Via aérea	Permeabilidade ameaçada / compromisso da via aérea
Respiração	Paragem respiratória Frequência Respiratória < 6 ou > 35 ciclos/minuto SaO ₂ < 85% com O ₂ suplementar
Circulação	PCR Frequência cardíaca < 40 ou > 140 batimentos/minuto Pressão arterial sistólica < 90mmHg
Neurológico	Alteração súbita da consciência, com diminuição da Escala de Coma de Glasgow > 2 pontos Crise convulsiva prolongada ou repetida Perda súbita de consciência

Figura 1. Critérios de ativação da EEIH.

OBJETIVOS

Os objetivos deste estudo foram os seguintes:

- Identificar necessidades existentes no Centro Hospitalar Oeste (CHO) – Caldas da Rainha para dar resposta face à pessoa em situação crítica;
- Identificar constrangimentos/barreiras à criação e implementação de EEIH no CHO – Caldas da Rainha;
- Identificar vantagens sentidas pelos enfermeiros de instituição que tem EEIH em funcionamento.

METODOLOGIA

Investigação de abordagem mista, do tipo descritivo, exploratório e analítico.

Realizámos três estudos, cada um centrado num objetivo:

- Estudo 1, quantitativo, por consulta à estatística do CHO, com análise de óbitos nos anos de 2010 e 2011;
- Estudo 2, junto de amostra de médicos e enfermeiros do CHO – Caldas da Rainha;
- Estudo 3, junto de amostra de enfermeiros do Centro Hospitalar Leiria Pombal (CHLP), Entidade Pública Empresarial (EPE) – Leiria.

O processo de colheita de dados decorreu entre julho e outubro de 2012. Foi utilizado questionário nos estudos 2 e 3. Os estudos foram autorizados pelo Conselho de Administração de cada uma das instituições, após aprovação na respetiva Comissão de Ética.

RESULTADOS

Nos anos 2010 e 2011, ocorreram 742 óbitos no CHO, 271 no Serviço de Urgência (SU), 2 no serviço de Pediatria e 469 (63%) nos serviços de internamento de Cirurgia, Ortopedia e Medicina. Pensando nos óbitos ocorridos em internamento, podemos afirmar que quase meio milhar de pessoas poderia ter sido alvo de intervenção da EEIH. As idades mais representativas dos óbitos são as compreendidas entre os 80 e os 90 anos, representando no seu conjunto 41,2% da amostra, sendo a média de idades de 79,19 anos, ($DP=11,42$ anos), variando entre os 36 e os 101 anos.

No estudo 2 verificámos que nas três justificações apresentadas para a necessidade de uma EEIH, 32 participantes responderam rapidez de atuação e equipa com treino e experiência, seguido de formação específica em cuidados à pessoa em situação crítica (14), eficácia e equipa especializada (12). Relativamente às três fontes de dificuldade para a implementação da EEIH, 28 participantes apontaram a falta de profissionais, seguido de falta de recursos económicos (22) e custos acrescidos (17). A formação dos recursos humanos (9), chefias (7), organização dos serviços (5), tamanho do Hospital, resistência à mudança (4), percentagem de casos escassos de situações de doentes em estado crítico em cada serviço (4), falta de vontade da administração por condicionalismos económicos (4) e disponibilidade dos profissionais em integrar a equipa (4) são outros obstáculos referidos.

No que concerne às variáveis em estudo salientamos que a importância atribuída à EEIH está relacionada com a idade, experiência profissional e serviço de internamento.

Constatámos ainda que os serviços que avaliam com muito e extremamente importante a EEIH no CHO – Caldas, são a Cirurgia e Ortopedia. Relativamente às justificações e fontes de dificuldade para a implementação da EEIH, foram já apresentadas as mais mencionadas no estudo.

No estudo 3 observámos que 98,7% dos enfermeiros já necessitaram da EEIH e apenas um enfermeiro não utilizou a EEIH. No que se refere às vantagens sentidas, 67 enfermeiros apontaram a resposta rápida, 35 referem a segurança, 14 poder dispor de equipa especializada e 13 a eficácia. Outros benefícios mencionados são: qualidade dos cuidados (8); presença clínica 24h (8); eficiência (7); disponibilidade da EEIH 24h (7); tratamento precoce (6); menor stress (4); apoio à equipa de enfermagem na resolução de situações urgentes e emergentes (4); fácil acessibilidade (4); tranquilidade para os enfermeiros (4); facilidade de prestar cuidados de emergência em qualquer local do hospital (3); critérios específicos para ativação da EEIH (3).

DISCUSSÃO

O número de óbitos ocorridos em cada ano nos serviços de internamento do CHO – Caldas da Rainha é muito semelhante. Estes resultados indicam-nos que a taxa de mortalidade foi idêntica, não havendo oscilações abruptas. Isto poderá eventualmente ser explicado pelo facto do número de doentes internados ser análogo e de ser utilizada a mesma metodologia durante este tempo nos casos de deterioração fisiológica aguda e PCR. Salientamos que 469 óbitos poderiam ter sido alvo da intervenção de uma EEIH. Este número é representativo e justifica claramente a implementação da EEIH.

CONCLUSÃO

Um elevado número de óbitos nos serviços de internamento do CHO – Caldas da rainha poderia beneficiar com a intervenção de uma EEIH. Assim, podemos afirmar que no CHO – Caldas da Rainha existe uma real necessidade face ao número de óbitos ocorridos nos anos 2010 e 2011.

São percebidos vários constrangimentos à implementação de uma EEIH. Entre outros, a falta de profissionais, a falta de recursos económicos e os custos acrescidos. A mudança é difícil, especialmente quando envolve toda a organização e profissionais.

Na instituição onde existe uma EEIH em funcionamento, são apontadas várias vantagens. Entre outras são apontadas as seguintes vantagens: a resposta rápida, a segurança sentida, a existência de uma equipa especializada e a eficácia da intervenção.

Este estudo resulta de trabalho pioneiro no que diz respeito à resposta intra-hospitalar à pessoa em situação crítica, nomeadamente a EEIH. Esperamos assim, que este trabalho se mostre útil para compreender a necessidade da implementação da EEIH assim como conhecer fontes de dificuldade à sua implementação. Por outro lado, verificámos imensas vantagens sentidas pelos enfermeiros que já têm implementado a EEIH. É desejável que este estudo sirva de referência para que, no futuro, se venham a desenvolver trabalhos nesta área, e que possa contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados pelos enfermeiros nesta área de intervenção.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Conselho Português de Ressuscitação (2011). *Suporte Imediato de Vida: Recomendações ERC 2010*, 1º ed. Porto, Portugal: Autor.

Direção Geral da Saúde (2010). *Circular Normativa nº15/DQS/DQCO* de 22/06/2010. Recuperado de <http://www.dgs.pt/ms/8/paginaRegisto.aspx?back=1&id=16316>.

Martins, J. (2009). Atuação do enfermeiro no setor de urgências: gestão para o desenvolvimento de competências. In W. Malagutti & K. Caetano (org). *Gestão do serviço de enfermagem no mundo globalizado*. Rio de Janeiro, Brasil: Rubio.

Regulamento nº 124/2011 de 18 de Fevereiro. *Diário da República nº 35/2011- II Série*. Ministério da Saúde. Lisboa, Portugal.

MATRIZES CONCEPTUAIS DOS ENFERMEIROS NO CUIDAR DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA: UMA ABORDAGEM FENOMENOLÓGICA DA INTENCIONALIDADE DOS CUIDADOS

CARLOS MANUEL FERREIRA MORAIS
MARIA DO CÉU MESTRE CARRAGETA

INTRODUÇÃO

A prática de enfermagem envolve um conjunto de conhecimentos fundamentais para poder cuidar. Assim, os padrões de conhecimento dos enfermeiros e os critérios de afirmação desse conhecimento devem integrar a relação entre o conhecimento subjetivo e o conhecimento construído em enfermagem.

Numa alusão à Teoria das Transições defendida por Meleis (2010), a pessoa que recorre ao serviço de urgência (SU), ao experienciar processos de transição saúde-doença, exige a intervenção dos enfermeiros. Contudo, a dificuldade em definir os contributos específicos que os enfermeiros oferecem à pessoa nesta situação convida-nos à interrogação sobre o entendimento dos enfermeiros que desenvolvem a sua atividade num SU têm de pessoa, de pessoa em situação crítica (PSC) e qual o seu contributo para valorização do projeto de saúde da pessoa cuidada.

Numa tentativa de harmonizar o proposto por Meleis (2010) e pela Ordem dos Enfermeiros (OE; 2010) e, observando que nem todas as pessoas que recorrem aos SU correm risco de falência de uma ou mais funções vitais, assumimos nesta investigação que a pessoa que recorre ao SU, quer por experienciar uma situação de transição saúde/doença, quer por estar ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais é uma PSC. Nos referenciais teóricos apresentamos uma breve história da prática e do saber específico da enfermagem. A pesquisa bibliográfica teve o importante contributo da caracterização cognitivo-desenvolvimentista das concepções de enfermagem propostas por Kérouac, Pépin, Ducharme, Duquette, e Major (1994) e o saber atual foi alicerçado nos normativos da OE (2010, 2011) e Meleis (2010), além de outras referências que encontramos no percurso de investigação.

OBJETIVOS

Este estudo tem como ideia central analisar a apropriação pessoal e reflexiva dos enfermeiros acerca do saber em enfermagem e examinar a sua operacionalização num SU. Não aspiramos à descoberta e descrição do processo de tomada de decisão ou da intencionalidade dos cuidados num SU. É nosso intento com esta pesquisa compreender a matriz conceptual dos informantes no cuidar da PSC a partir das suas vivências pessoais.

A questão central deste estudo foi a seguinte: Qual a matriz conceptual dos enfermeiros que cuidam da pessoa em situação crítica nos SU das unidades que integram o CH? Esta questão foi reformulada à medida que a investigação avançou e a informação se acumulou. Desta questão resultaram outras que facilitaram a caracterização do problema e a contextualização de toda a investigação. Estas questões prévias orientaram-nos para os objetivos que se pretenderam atingir:

- Analisar as orientações dos enfermeiros sobre os conceitos metaparadigma em enfermagem à luz dos paradigmas da categorização, integração e transformação;
- Interpretar os cuidados à PSC de acordo com as escolas de pensamento em enfermagem;
- Compreender o conceito que os enfermeiros têm de PSC;
- Identificar os padrões de conhecimento dos enfermeiros e a sua valorização na prática de cuidados.

METODOLOGIA

O tema de investigação orientou-nos para uma abordagem qualitativa e de natureza fenomenológica. Optámos pela fenomenologia segundo a interpretação proposta por Spiegelberg citado por Streubert e Carpenter (2002). Dada a importância que oferecemos a esta temática e à indispensabilidade da redução fenomenológica, admitimos que: as concepções de enfermagem dos enfermeiros que cuidam da PSC estão subdesenvolvidas pela não necessidade de conceptualizar os cuidados; a formação pós básica realizada pelos enfermeiros contempla principalmente os aspetos técnico-científicos; e os cuidados à PSC são principalmente compreendidos no paradigma da categorização.

Optámos por um processo de amostragem intencional de informantes estratégicos escolhidos por especialistas. A amostra foi constituída por três enfermeiros proficientes e três enfermeiros peritos, um por cada nível de perícia e um por SU de cada unidade que integra o centro hospitalar (CH) em estudo, num total de três enfermeiros do sexo masculino e três do sexo feminino. Nas entrevistas instámos à ancoragem dos discursos numa situação paradigmática no percurso profissional do entrevistado e encetámos uma escuta ativa que garantiu a espontaneidade dos depoimentos.

Os dados obtidos resultam da análise descritiva e interpretativa dos achados, discutidos segundo as significações individuais dos informantes quando cuidam da PSC no SU.

RESULTADOS

Da leitura discursiva da totalidade dos discursos emergiram algumas ideias e conceitos globais que serviram para perspetivar a categorização dos achados. A forma de tratamento da

informação dependeu das diferenças nas estruturas de significação interna das experiências vividas pelos enfermeiros. Dos achados emergiram as seguintes categorias:

- Conceitos metaparadigma em enfermagem;
- Escolas de pensamento em enfermagem;
- Transição saúde-doença;
- Metodologias do cuidar em enfermagem.

Observa-se a construção progressiva e a transformação das significações individuais sobre os conceitos metaparadigma em enfermagem ao longo da vida profissional dos enfermeiros entrevistados. Contudo, os achados denunciam a não apropriação integral das significações propostas pela OE.

Ao interpretar os cuidados à PSC de acordo com as escolas de pensamento em enfermagem observa-se que a conceptualização dos cuidados é relativizada na prática clínica, sendo que não se obtiveram respostas objetivas quando inquiridos sobre o modelo de referência. Os discursos dos informantes não integram predominantemente nenhuma escola de pensamento em enfermagem e, numa análise interpretativa, surge uma prática de cuidar que não é assumida conscientemente.

A análise dos conceitos individuais de PSC evidencia a dicotomia de interpretações entre as situações de risco de vida e outras onde o risco de vida não é evidente ou imediato. A natureza dupla da pessoa que recorre ao SU – doente crítico versus PSC – é experimentada por todos os enfermeiros entrevistados. Todavia, quando o risco de vida não se coloca opera-se uma metamorfose no entendimento destes conceitos comum a todos os informantes, a PSC é aquela que necessita de cuidados de enfermagem.

Os discursos dos participantes neste estudo são pautados pelo conhecimento construído no contexto profissional e dirigido para a ação. A integração desses conhecimentos no quotidiano profissional reveste-se de interpretações construídas pela prática clínica e/ou da reflexão sobre o exercício e não é assumido como conhecimento específico formal.

A dimensão cultural dos cuidados interfere na estruturação e nos padrões de conhecimento dos enfermeiros anunciando que a intencionalidade dos cuidados não é voluntariamente baseado em juízos alicerçados no conhecimento específico da enfermagem, mas antes em critérios partilhados e emprestados.

DISCUSSÃO

Da reflexão sobre a análise dos discursos dos informantes participantes nesta investigação, cuidar da pessoa em situação crítica excede o discurso académico do pensar enfermagem. Cuidar implica a integração do conhecimento prático da profissão e a mobilização do simbolismo individual do ser enfermeiro na relação com a pessoa cuidada e que experiencia situações de transição saúde/doença. A Figura 1 intenta representar esquematicamente a essência das experiências de cuidar da PSC relatadas pelos informantes privilegiados.

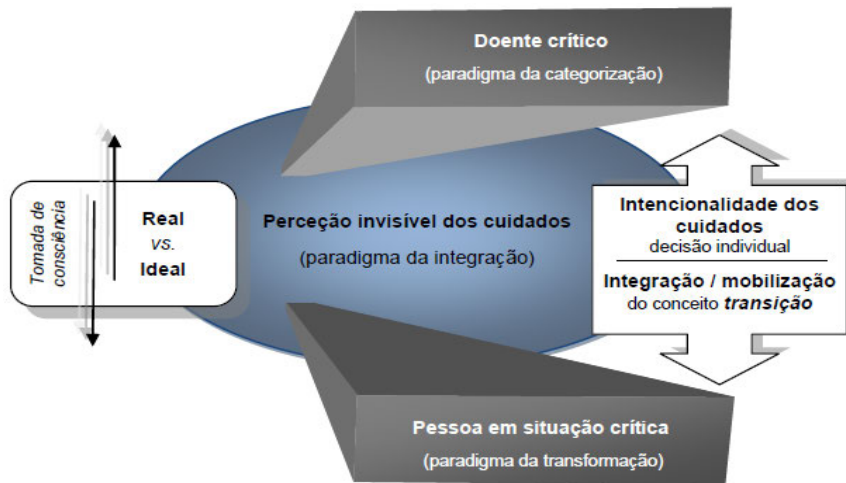


Figura 1. Representação da essência das experiências de cuidar da pessoa em situação crítica nos serviços de urgência das unidades hospitalares que constituem o Centro Hospitalar Médio Tejo.

A prática de cuidados à PSC dos enfermeiros participantes confessa uma percepção invisível dos cuidados, norteadora por um modelo subjetivo construído ao longo do percurso profissional. Este modelo subjetivo de cuidar é alicerçado na reflexão sobre a prática e é condicionado pela subjetividade intrínseca das interpretações individuais das situações do quotidiano, frequentemente desafiado por tomadas de consciência que revelam a sua dimensão real e ideal. Estas tomadas de consciência provocam uma agitação cognitiva sobre os cuidados numa dialética que argumenta a insuficiência do conceito doente crítico, progredindo para o holismo inerente à significação de PSC.

Assiste-se a uma orientação ideal dos cuidados sem no entanto se verificar a referência explícita à concretização dessa intencionalidade no quotidiano profissional. Esta análise contribui para a redução eidética das experiências individuais de cuidar, afirmando a intenção de cuidar como uma decisão individual.

Embora esta ambiguidade perceptível entre a prática real dos cuidados e a orientação ideal seja intrinsecamente condicionada pelo ambiente do SU, a informação colhida indicia que a prática de cuidados específicos de enfermagem ocorre quando se supera o hiato entre os cuidados concretizados e os idealizados, afirmando a intencionalidade de cuidar como uma decisão individual pela integração e mobilização do conceito transição.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Kérouac, S., Pépin, J., Ducharme, F., Duquette, A., & Major, F. (1994). *La pensée infirmière*. Laval: Éditions Études Vivantes.

- Meleis, A. (2010). *Transitions theory: Middle-Range and situation-specific theories in nursing research and practice*. New York: Springer Publishing Company.
- Ordem dos Enfermeiros. (2001). *Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem: Enquadramento conceptual enunciados descritivos*. Lisboa, Portugal: Autor. Recuperado de <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/divulgar%20-%20padroes%20de%20qualidade%20dos%20cuidados.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2010). *Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem em pessoa em situação crítica*. Recuperado de http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasPessoaSituacaoCritica_aprovadoAG20Nov2010.pdf
- Streubert, H., & Carpenter, D. (2002). *Investigação qualitativa em enfermagem: Avançando o imperativismo humanista*. Loures, Portugal: Lusociência.

EXERCÍCIO DE ENFERMAGEM PRÉ-HOSPITALAR: ESFORÇO CONTÍNUO DE AFIRMAÇÃO PROFISSIONAL

CATARINA GONÇALVES TAVARES
JOSÉ CARLOS AMADO MARTINS

INTRODUÇÃO

O exercício profissional dos enfermeiros na atividade pré-hospitalar tem respondido ao desafio da intervenção clínica precoce como forma de garantir a excelência de cuidados e a prática de acordo com a evidência neste domínio. No entanto, a dificuldade de afirmar a diferenciação do exercício profissional dos enfermeiros neste contexto vai permanecendo, sendo até conhecida alguma contestação social interna e externa à profissão.

A intervenção de profissionais de saúde para além das paredes hospitalares é uma realidade no nosso país e no mundo. A atividade pré-hospitalar está enraizada na história das profissões de saúde, desde os primórdios. Desenvolveu-se cruzando ao longo dos tempos cataclismos e catástrofes, como as guerras, as pestes, e as fomes, para chegar aos nossos dias preocupando-se verdadeiramente com a urgência individual e mais recentemente com a urgência coletiva civil. Subsiste o princípio de que a equipa médica se deve deslocar à pessoa em primeira instância, a fim de rapidamente identificar a situação patológica, estabilizar as funções vitais e proceder ao transporte continuando os cuidados até à unidade de saúde mais adequada (Bandeira, 2008).

Estes pressupostos motivaram o desenvolvimento da atividade pré-hospitalar de enfermagem, tanto nas viaturas médicas de emergência e reanimação (VMER), nos helicópteros de emergência médica (HEM), como mais recentemente com a criação do projeto de ambulâncias de suporte imediato de vida (SIV), colocando os enfermeiros como atores nesta intervenção.

OBJETIVOS

O objetivo geral deste estudo é analisar o contexto onde se inscreve o exercício da enfermagem pré-hospitalar, mais especificamente:

- Analisar o contexto da prática de enfermagem no pré-hospitalar;

- Comparar o exercício da atividade pré-hospitalar em Portugal com contextos internacionais semelhantes e diferentes;
- Descobrir conceitos do contexto da atividade pré-hospitalar de enfermagem.

METODOLOGIA

Estudo de cariz qualitativo, com recurso à *Grounded Theory*, realizando entrevistas semiestruturadas a 12 enfermeiros no exercício pré-hospitalar no Algarve em funções desde a área operacional, à formação, e coordenação, sendo que uma entrevista foi de âmbito nacional e de cariz tutelar. As entrevistas foram gravadas em suporte digital, e posteriormente transcritas e analisadas de acordo com o proposto por Strauss e Corbin (2008). Utilizámos ainda como fontes de informação a observação participante e a experiência da investigadora, a legislação e 12 testemunhos de enfermeiros na atividade pré-hospitalar na Suécia, França e Espanha recolhidos por email.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Identificámos um conjunto de condições que expressam as particularidades do exercício pré-hospitalar, os mediadores de ação e as causas do fenómeno identificado.

O contexto pré-hospitalar caracteriza-se por especificidades próprias, como a pluridisciplinaridade da intervenção, a abrangência pluripatológica em todo o ciclo vital e a diversidade dos espaços de trabalho (Holmberg & Fagerberg, 2010; Leiva, 2005).

Os mediadores que permitem a ação dos enfermeiros neste exercício profissional mais complexo são: a sua formação académica que é, no entanto, incompleta neste domínio; a sua experiência clínica preferencialmente no cuidado ao doente crítico; a sua inclusão na evolução da prática pré-hospitalar; e a comparação que estes fazem com outros contextos internacionais divergentes nas competências e nas responsabilidades (Schuppen & Bierens, 2011).

Como causas para o maior esforço para se afirmarem profissionalmente, os enfermeiros identificam: as lacunas na formação específica; as indefinições na regulação da atividade (Tribunal de Contas, 2010); o deficitário estatuto social da enfermagem; e a perceção de ameaças externas à sua função (Schuppen & Bierens, 2011).

Emerge assim o fenómeno central enfermagem pré-hospitalar: um contexto de esforço contínuo de afirmação profissional, que denota uma elevada complexidade de ação. Neste quadro de empenhamento na afirmação profissional, os enfermeiros selecionam sobretudo, estratégias internas ao seu core de intervenção. Salientam o reforço formativo que é, no entanto, incipiente na organização, o trabalho em equipa e a prestação de cuidados globais e multidimensionais que diferenciam o seu cuidar (Holmberg & Fagerberg, 2010; Schuppen & Bierens, 2011).

As consequências deste compromisso dos enfermeiros na afirmação profissional neste exercício profissional fazem sentir-se nas três variáveis da intervenção neste espaço de cuidados de saúde: os doentes que têm acesso a um precoce cuidado diferenciado e de acordo com a evidência clínica; os enfermeiros que demonstram satisfação com a sua evolução profissional,

mas que também manifestam frustração com a permanência de indefinições na atividade que não otimizam a sua competência; o sistema/organização que ganha a diferenciação do socorro, mas também desaproveita habilidades destes recursos (Bandeira, 2008; Holmberg & Fagerberg, 2010; Schuppen & Bierens, 2011; Tribunal de Contas, 2010). O esforço de afirmação profissional dos enfermeiros nesta área faz-se através das suas competências, técnicas, científicas, éticas, de ajuda pela relação, e pela sua convicção na capacidade e necessidade de intervenção neste domínio (Holmberg & Fagerberg, 2010; Schuppen & Bierens, 2011).

Compreendemos que nesta estrutura existem resistências à afirmação profissional dos enfermeiros, consubstanciadas por algumas condições que não beneficiaram de estratégias efetivas. Percebemos que estas condições influenciam estratégias e consequências que se retro alimentam entre si neste esforço de afirmação.

Descoberta de conceitos do contexto da atividade pré-hospitalar de enfermagem

O esforço contínuo de afirmação profissional dos enfermeiros nesta atividade profissional compreende um desempenho integrado num arquétipo estrutura-processo-resultado de cuidados de qualidade, em cuja estrutura interagem os enfermeiros, as pessoas e a unidade de cuidados representada pelo sistema integrado de emergência médica. O processo baseia-se na necessidade de cuidados das pessoas e na evidência das intervenções independentes e interdependentes dos enfermeiros através das suas competências diferenciadoras, que apresentam fragilidades próprias e impostas pelos outros vetores de ação. Estas debilidades influenciam a sua capacidade de produzir resultados que caracterizem a saúde das pessoas e a perceção social de cuidados prestados, determinando um esforço de afirmação profissional que considera as resistências, condições e estratégias pouco efetivas na ação. A Figura 1 é representativa destes conceitos e pressupostos identificados nesta pesquisa. A análise destes pressupostos permitiu considerar alguns enunciados que nos indicam:

- A determinação profissional dos enfermeiros na área pré-hospitalar faz-se através do seu corpo de conhecimentos próprios que distingue os seus cuidados;
- O trabalho de equipa é estruturante da prática de cuidados na atividade extra-hospitalar;
- Os bloqueios e obstáculos à afirmação profissional dos enfermeiros centram-se predominantemente em aspetos estruturais da organização e regulação do sistema pré-hospitalar;
- A afirmação profissional dos enfermeiros na atividade pré-hospitalar passa por uma regulação mais efetiva da atividade e por uma definição mais esclarecedora das competências dos vários interventores;
- O desenvolvimento de diagnósticos, problemas e padrões de qualidade de cuidados de enfermagem na prática pré-hospitalar determinam a sua autonomia;
- A criação de modelos académicos formativos na área pré-hospitalar, e a redefinição dos modelos formativos complementares contribuem para uma prática pré-hospitalar de enfermagem mais qualificada e efetiva;
- A produção de instrumentos de avaliação de resultados sensíveis à prática de enfermagem pré-hospitalar determina a sua valorização social.



Figura 1. Modelo explicativo final do fenómeno.

Apesar das limitações que uma pesquisa como esta impõe, pensamos ter apresentado algumas conceções com potencial estratégico na redefinição estrutural desta área de actividade. Sentimos ainda que estão abertas as portas para futuros desenvolvimentos na investigação necessária a este âmbito de intervenção mais complexo e desafiante, provavelmente centrado nas pessoas e nos padrões de cuidados que estas requerem.

CONCLUSÃO

O exercício pré-hospitalar dos enfermeiros é um campo relativamente novo ou renovado da sua intervenção profissional, que carece ainda de definição e estruturação no sentido do esclarecimento da sua acção para a obtenção de resultados em saúde. Assim, a actividade pré-hospitalar é mais um dos campos de exercício profissional dos enfermeiros que requer as suas normais competências, e merece a atenção de mais algumas aptidões e habilidades específicas que têm de ser acauteladas e cuidadas na programação da intervenção.

No fundo, este campo de acção, pelas suas características de complexidade de intervenção, e necessidade de actualização permanente das evidências científicas no paradigma da urgência/

emergência, reclamará sempre um maior empenhamento de todos os atores neste cenário. Esta exigência suscita a dedicação dos enfermeiros, na distinção e diferenciação do seu cuidar, procurando práticas de excelência, mas requer também a organização estrutural do sistema no sentido de qualificar cada vez mais uma área de cuidados ímpar e desafiante.

Este é o valor deste trabalho que, através das percepções dos nossos informantes, do conhecimento de outros atores, cenários e teatros, nos mostrou alguns conceitos, imagens e mensagens fundamentais ao esclarecimento do domínio da atividade pré-hospitalar dos enfermeiros.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bandeira, R. (2008). *Medicina de catástrofe: Da exemplificação histórica à iatroética*. Porto, Editora da Universidade do Porto.
- Holmberg, M., & Fagerberg, I. (2010). The encounter with the unknown: Nurses lived experiences of their responsibility for the care of the patient in the swedish ambulance service. *International Journal of Qualitative Stud in Health and Well-Being*, 5(2). doi:10.3402/qhw.v5i2.5098
- Leiva, C. (2005). *Manual de atención a múltiples víctimas y catástrofes* (2ª ed.). Madrid, España: Arán Ediciones.
- Schuppen, H., & Bierens, J. (2011). Understanding the prehospital physician controversy. Step 1: Comparing competencies of ambulance nurses and prehospital physicians. *European Journal of Emergency Medicine*, 18(6), 322-327.
- Strauss, A., & Corbin, J. (2008). *Pesquisa qualitativa: Técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de teoria fundamentada* (82ª ed.). Porto Alegre, Brasil: Artmed.
- Tribunal de Contas (2010). *Auditoria de resultados ao Instituto Nacional de Emergência Médica*. Relatório Nº 47/2010, Processo Nº 10/2010, Audit – Volume 1. Recuperado de http://www.tcontas.pt/pt/actos/rel_auditoria/2010/audit-dgtc-rel047-2010-2s.pdf

CUIDAR NO SERVIÇO DE URGÊNCIA NA PRESENÇA DE ACOMPANHANTES

ÉLIA MARIA GIL MARQUES CHAMBEL
JOSÉ REIS DOS SANTOS ROXO
MARIA DA CONCEIÇÃO GIESTAS BAÍA SARAIVA

INTRODUÇÃO

No âmbito dos cuidados de saúde em Portugal, os Serviços de Urgência (SU) continuam a ser a principal porta de entrada do Serviço Nacional de Saúde. A grande afluência de doentes conduz a urgências superlotadas, onde frequentemente se permanece por longos períodos de tempo para ser assistido. Neste contexto, as pessoas que ocorrem aos SU, de modo geral, vivenciam momentos de grande fragilidade, sentimentos de insegurança, ansiedade e angústia. Para além da pessoa doente, não podemos descurar as famílias. A ansiedade é um sentimento que se repercute na família, sendo portanto partilhado em momentos de crise, como são as situações de doença súbita. Assim, a presença de um acompanhante pode ter significativa importância não só na segurança e bem-estar do doente e família, mas também pode ter reflexos positivos no trabalho dos profissionais.

Goleman (2009) acrescenta que as emoções fortes que resultam de um acontecimento traumático interferem com a clareza de pensamentos e com a memória. As pessoas emocionalmente abaladas não conseguem ouvir, recordar e aprender de forma clara o que dificulta a abordagem e a comunicação. Como consequência, a entrada num serviço de urgência leva, frequentemente, a que o doente se sinta perdido, confrontando-se com um ambiente que percebe como hostil, com pessoas estranhas num clima de instabilidade. Parece ser consensual que o acompanhamento da pessoa doente é vantajoso não só para o próprio doente como também para os seus familiares. E para os profissionais de saúde, como vivenciam eles estes processos de mudança? No sentido de obter resposta a esta questão, realizou-se o presente estudo que pretende conhecer e compreender as vivências dos enfermeiros de um SU da Região Centro, relativamente ao cuidar na presença de acompanhantes. Compreender as preocupações e motivações dos profissionais de enfermagem, adveio da alteração da legislação introduzida com a Lei nº 33/2009 de 14 de Julho (2009), que concede o direito de acompanhamento a todo o cidadão admitido num SU.

A pergunta de partida desta investigação resultou de uma inquietação por nós sentida enquanto profissionais que se traduziu da seguinte forma: quais as vivências dos enfermeiros de um SU de um hospital da Região Centro do país, decorrentes do cuidar de doentes na presença de acompanhantes?

OBJETIVOS

- Conhecer as vivências dos enfermeiros do SU de um Hospital da Região Centro do país, face ao cuidar na presença de acompanhantes;
- Compreender o significado dessa experiência e dessas vivências;
- Identificar o modo como cada profissional reagiu à alteração legislativa que se repercutiu na prática diária;
- Perceber de que forma a presença dos acompanhantes interfere com o processo do cuidar;
- Identificar fatores facilitadores e constrangedores da presença de acompanhantes;
- Identificar as implicações ético-deontológicas.

METODOLOGIA

Estudo que se integra no paradigma naturalista, qualitativo com o propósito exploratório, descritivo e tendo como abordagem metodológica a fenomenologia, seguindo o proposto por Colaizzi.

A recolha de informação decorreu entre Fevereiro e Maio de 2011. Foi realizada através da entrevista semiestruturada, técnica de recolha de informação por excelência dos estudos fenomenológicos de acordo com Fortin (2009), pois permite ao participante exprimir os seus sentimentos e as suas opiniões. Foi utilizado guião de entrevista como forma de suporte do entrevistador, sendo permitido ao entrevistado exprimir-se livremente relativamente aos temas sugeridos. Foi efetuada uma entrevista pré-teste de forma a prever a duração média de cada entrevista, testar a clareza e a validade das perguntas, treinar a manipulação do gravador e desenvolver competências relativamente à utilização da técnica da entrevista.

Os participantes foram selecionados de forma intencional. Foram critérios de inclusão ter vivenciado o fenómeno em estudo e ter capacidade/disponibilidade para partilhar essa vivência. O número de participantes foi encontrado com base no princípio da saturação de informação, perfazendo um total de oito enfermeiros. A duração média das entrevistas foi de 30 minutos.

Foram assegurados os princípios ético-deontológicos na realização das entrevistas.

O retorno aos participantes foi efetuado através da técnica do *Focus grupo*. Todos os participantes validaram as descrições, sendo que um deles considerou pertinente acrescentar novos dados que foram incorporados na descrição exaustiva do fenómeno.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Como se pode observar na Figura 1, neste estudo emergiram quatro temas, que se dividiram em subtemas importantes para a compreensão do fenómeno em estudo. Esses temas foram os fatores facilitadores e constrangedores que interferem com o cuidar, as estratégias desenvolvidas pelos enfermeiros para fazer face a alguns dos constrangimentos encontrados, os dilemas ético-deontológicos decorrentes da presença de um acompanhante no contexto de urgência e as emoções vividas pelos enfermeiros face a esta mudança introduzida na prática do cuidar.

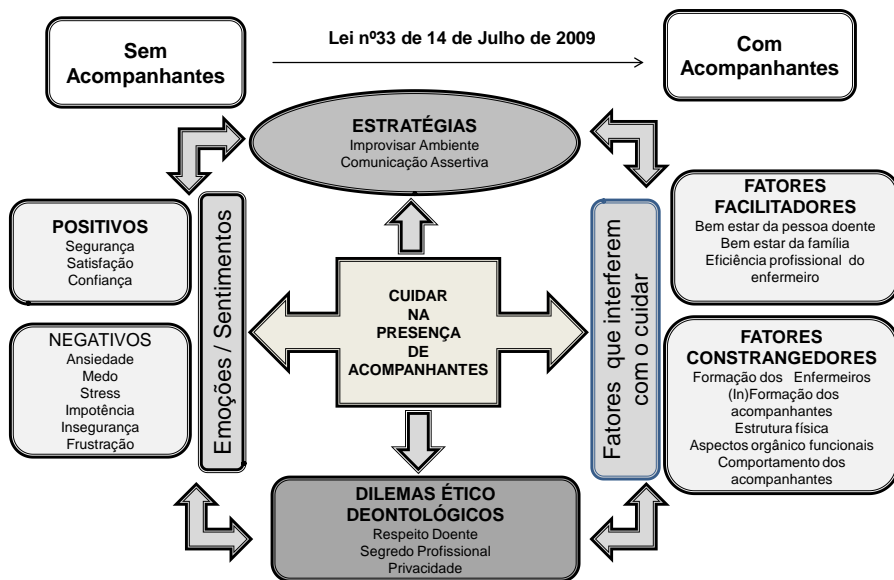


Figura 1. Estrutura empírica do fenômeno.

Na discussão dos achados foi confrontada a opinião dos participantes com autores referenciados, o que revelou que a mesma, na maioria das vezes é corroborada.

Relativamente aos fatores facilitadores, alguns participantes consideram que o acompanhamento contribui para melhorar o bem-estar da pessoa doente: “o serviço de urgência é por si só um serviço já um pouco constrangedor . . . penso que se o doente tiver junto a si um familiar deverá sentir-se um pouco mais integrado, menos stressado ou mais à-vontade.” (E1, 2011).

Outros participantes consideram que o acompanhamento é facilitador para a família: “a família também fica preocupada e . . . quer saber o que se passa com os doentes ou com os seus familiares o que também percebo, nesse aspeto penso que facilitador tanto para um lado como para o outro.” (E5, 2011).

Outros enfermeiros consideram ainda, que a presença de acompanhantes pode facilitar a eficácia e o desempenho profissional:

nós não conseguimos ter a percepção de tudo o que se passa à nossa volta, sobretudo em momento de maior afluxo de trabalho, é impossível, então lá fora na triagem . . . Se os doentes estiverem acompanhados qualquer coisa. . . o acompanhante vêm ter connosco e diz, aconteceu isto ou aquilo e nós vamos avaliar a situação.”. (E5, 2011)

Como fatores constrangedores, os participantes referiram a falta de formação dos profissionais e (in)formação dos acompanhantes que se reflete nos seus comportamentos: “as pessoas não

se sabem comportar, desconhecem as regras básicas de civismo, quanto mais o que deve ser um acompanhante.” (E6, 2011).

Referem também os aspetos orgânico-funcionais: “é difícil para nós enquanto profissionais explicar às pessoas que apesar de estar na lei que tem direito a acompanhante, o nosso serviço não tem condições para isso” (E3, 2011).

Face aos constrangimentos encontrados decorrentes da presença de acompanhantes no contexto em estudo, os participantes revelaram, no decorrer das entrevistas, diferentes estratégias para ultrapassar esses constrangimentos, tais como: desenvolver e utilizar a técnica de comunicação assertiva e adequar o ambiente atendendo ao direito de privacidade, ao sigilo profissional e ao respeito pela pessoa. Com a implementação da lei nº 33/2009 de 14 de Julho (2009), estes princípios éticos poderão não ser garantidos, ideia que emergiu da análise às respostas dos participantes e constituem outro tema a que chamamos de dilemas ético-deontológicos: “O direito de uma pessoa termina, onde começa o de outra. Ela também tem o dever de respeitar o outro que está ao lado.” (E4, 2011).

O último tema que denominamos de emoções e sentimentos inferiu-se dos discursos dos participantes que fizeram alusão à presença de emoções e de sentimentos na relação do enfermeiro com as pessoas doentes e suas famílias “Ser humano, é possuir a capacidade de sentir o que se manifesta, quando somos capazes de reconhecer as nossas emoções e as dos outros” (Pires & Goes, 2003, p. 187).

Como emoções positivas relatadas pelos participantes, emergiram: a segurança, a confiança e a satisfação. Como emoções negativas, os enfermeiros referiram que os profissionais sentem-se impotentes e desgastados pela sobrecarga de trabalho. A insegurança emerge das narrativas, encontrando-se associada, por um lado, à ansiedade face às mudanças implementadas no contexto de urgência e relacionadas com a introdução de acompanhantes. Por outro lado, o medo de não conseguirem responder às expectativas e a frustração dos profissionais de enfermagem resultante dos comportamentos desajustados dos acompanhantes são outros sentimentos negativos mencionados pelos participantes. O trabalho é uma das maiores causas de stress num indivíduo, a enfermagem não é exceção sobretudo num serviço de urgência, como é ilustrado na seguinte citação:

“Cuidar de doentes em contexto de urgência só por si já é uma grande confusão e muito stress, porque toda a gente considera que o seu problema é o mais importante, sempre pior que o dos outros.”(E5, 2011).

CONCLUSÃO

Todos os processos de mudança exigem adaptação progressiva, que é tanto mais eficaz quanto maior a abertura das pessoas a novas experiências. A falta de preparação/formação de profissionais e da população em geral dificultou este processo. É consensual para todos os participantes, que a presença de acompanhantes é facilitador para a pessoa doente e família, porém aumentou a complexidade do desempenho profissional do enfermeiro porque o acompanhante é mais uma pessoa ao seu cuidado com necessidades e exigências diferentes da pessoa que acompanha.

A totalidade dos participantes reconhece o direito de um acompanhante no serviço de urgência, no entanto a presença de um acompanhante, nas unidades de cuidados de saúde que não foram concebidos para tal, pode constituir uma ameaça a outros direitos e princípios éticos.

A presença de acompanhantes desencadeou nos enfermeiros um conjunto de emoções e sentimentos positivos e negativos que se repercutem no cuidar.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Fortin, M. F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures, Portugal: Lusodidata.

Goleman, D. (2009). *Inteligência emocional* (13ª ed.) Camarate, Portugal: Temas e Debates.

Lei nº 33/2009 de 14 de Julho. *Diário da República nº 134/2009 - I Série*. Assembleia da República. Lisboa, Portugal.

Pires, A. M., & Goes, M. M. (2003). Cuidar: Um conceito central em enfermagem. *Revista Servir*, 56(5). 184-188.

GANHOS EM SAÚDE COM A IMPLEMENTAÇÃO DAS AMBULÂNCIAS DE SUPORTE IMEDIATO DE VIDA NO SOCORRO PRÉ-HOSPITALAR

FREDERICO MANUEL GAMEIRO SIMÕES
JOSÉ CARLOS AMADO MARTINS

INTRODUÇÃO

Este tema surge num contexto de grande incerteza quanto ao futuro da enfermagem no pré-hospitalar, onde não se vislumbra uma clara definição da orientação política e estratégica em relação ao incremento da sua qualidade, através da prossecução da aposta neste grupo profissional. Investigar nesta área ajuda a clarificar e definir conceitos (Elmqvist, Fridlund, & Ekebergh, 2008), operacionalizando indicadores e evidenciando resultados sobre a mais-valia que a ambulância de Suporte Imediato de Vida (SIV) trouxe, nos últimos 3 anos, para o socorro em geral e para o pré-hospitalar em particular.

OBJETIVOS

Os objetivos delineados foram: analisar as vivências dos doentes críticos relativas à experiência de doença súbita/trauma e ao socorro pré-hospitalar por ambulância SIV; analisar ganhos objetivos em saúde através do socorro por ambulância SIV.

METODOLOGIA

Foram realizados dois estudos distintos.

O primeiro de cariz qualitativo utilizando como metodologia a abordagem fenomenológica para analisar cinco entrevistas a doentes críticos relativas ao seu socorro. Foi utilizado guião de entrevista semiestruturado, em que se pediu para a pessoa *contar a história* do episódio de doença aguda e socorro.

O segundo de cariz quantitativo, retrospectivo, descritivo e exploratório, foi desenvolvido através da análise de 335 verbetes de socorro da ambulância SIV de Cantanhede/Mira no período compreendido entre 15 de Dezembro de 2007 e 31 de Agosto de 2010. A recolha de dados foi

efetuada seguindo o instrumento de colheita de dados e compreendeu o estudo de variáveis sociodemográficas, clínicas, tempo de resposta da equipa SIV e variáveis relativas ao socorro (avaliação, intervenções realizadas e reavaliações).

Os estudos foram autorizados pela direção da Delegação Regional do Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

No primeiro estudo, o fenómeno é despoletado pela percepção do indivíduo entrevistado de que se encontra perante uma situação crítica. E é esta percepção que leva a pessoa, ou alguém por ela, a contactar os serviços de emergência (112) resultando desse contacto a ativação da ambulância SIV. À chegada da equipa SIV ao local o entrevistado tem a percepção da avaliação do cenário e das intervenções clínicas subsequentes: abordagem e estabilização da vítima no local; acompanhamento e vigilância no transporte e transmissão de informação. Os entrevistados referem as intervenções relacionais de: gestão de sentimentos; gestão de informação; e gestão da relação. O entrevistado finaliza a entrevista realizando uma avaliação do socorro acerca da equipa, da sua praxis e da sua humanidade.

Destacamos os seguintes ganhos em saúde identificados na investigação:

- Os entrevistados, nos casos em que estavam conscientes, concordam com a celeridade com que o meio se apresentou no local da ocorrência;
- A avaliação dos dados da SIV de Cantanhede/Mira demonstra que os tempos efetuados estão francamente acima da média nacional e da média da região centro;
- O sucesso da colocação do tubo endotraqueal com apenas uma tentativa em 80,00% dos indivíduos sujeitos a esse procedimento;
- Com as intervenções efetuadas nos indivíduos com processo do sistema respiratório comprometido, isto é, com necessidade de intervenção na via aérea, verificou-se a evolução positiva da frequência respiratória (FR) em 23,91%, a evolução positiva oximetria em 43,48% e a evolução positiva da alteração do estado de consciência avaliado pela *Glasgow Coma Scale* (GCS) em 26,09%;
- Com as intervenções efetuadas nos indivíduos com padrão respiratório comprometido, verificou-se a regressão para um quarto em relação à oximetria e para metade em relação à FR da percentagem dos indivíduos que se encontravam fora do intervalo dos parâmetros considerados normais; a subida considerável da média da oximetria (de 93,70% para 97,82%); a evolução positiva, nos indivíduos socorridos, da FR em 15,82% e da oximetria em 27,16%; a evolução positiva da FR e oximetria nos indivíduos socorridos a quem foi administrada furosemida em 73,33%; a evolução positiva da FR e oximetria em 50,60% dos indivíduos socorridos a quem foi administrado oxigénio; a evolução positiva da FR e oximetria nos indivíduos socorridos a quem foi administrado salbutamol em 66,67%; e a evolução positiva da FR e oximetria nos indivíduos socorridos a quem foi administrado paracetamol em 28,95%;
- Com as intervenções de enfermagem a pele apresentou rapidamente melhorias significativas, excetuando a palidez que progressiva e lentamente apresentou melhorias;

- As intervenções efetuadas nas disritmias diminuíram o número de bradicardias em 15,38% e taquicardia supraventricular (TSV) em 38,89%;
- A condução de 7,14% das vítimas de paragem cardiorrespiratória (PCR) ao hospital com recuperação espontânea da circulação;
- Com as intervenções efetuadas nos indivíduos com débito cardíaco comprometido, verificou-se a evolução positiva da FC em 12,24% e da tensão arterial (TA) em 23,88%; a evolução positiva em ≈25% da TA nos indivíduos a quem foi administrado paracetamol endovenoso (ev); a evolução positiva em ≈25% da TA nos indivíduos a quem foi administrado soro fisiológico 500ml a 0,9%; a evolução positiva da TA nos indivíduos a quem foi administrado furosemida – 64,29%; e a evolução positiva da FC em 85,71% nos indivíduos a quem foi administrada amiodarona;
- A contribuição do enfermeiro para a recuperação do estado de consciência e toda a forma de comunicação efetuada é um ponto comum relatado pelos entrevistados;
- Os défices sensoriais, psicomotores e de comunicação reveladores de um status neurológico comprometido encontravam-se, à primeira abordagem, presentes em pelo menos 17% e melhoraram com as intervenções efetuadas para ≈ 3% dos indivíduos socorridos;
- A evolução da GCS foi positiva com as intervenções: na abertura ocular de 14,62% para 8,66% dos indivíduos; na melhor resposta verbal de 22,99% para 17,02% dos indivíduos; e na melhor resposta motora de 18,51% para 12,82% dos indivíduos;
- Com as intervenções efetuadas nos indivíduos com status neurológico comprometido, verificou-se a evolução positiva do GCS em 8,96; a evolução positiva do GCS nos indivíduos a quem foi desobstruída a via aérea em 25,00%; a evolução positiva do GCS nos indivíduos a quem foi fornecido O₂ em 13,69%; a evolução positiva do GCS em 20,00% nos indivíduos a quem foi administrado glicose a 30%; e a evolução positiva do GCS em 10,87% nos indivíduos a quem foi administrado 500ml de soro fisiológico a 0,9%;
- Com as intervenções efetuadas a dor referida por 24,18% os indivíduos passou a ser referida por 4,59% dos indivíduos;
- Com as intervenções efetuadas a glicémia capilar (GC) < 80 mg/dl em 3,58% dos indivíduos passou a ser apresentada por 0,00% dos indivíduos;
- Com as intervenções efetuadas a GC > 200 mg/dl em 13,73% dos indivíduos passou a ser apresentada por 0,60% dos indivíduos;
- Com as intervenções efetuadas relacionadas com a exposição salientamos a evolução positiva da GC em 100% nos indivíduos em hipoglicémia a quem foi administrada glicose a 30%; a evolução positiva de 3,37% nos indivíduos com GC superiores a 600 mg/dl a quem foi administrado 500ml de soro fisiológico a 0,9%; a evolução positiva da dor relacionada com a imobilização na aplicação de colete de extração (66,67%) de plano duro (30%) e de colar cervical (17,65%); a evolução positiva da dor relacionada com a administração de morfina titulada até ao máximo de 10mg (66,67%), 300 mg de aspirina mastigável (25%), dinitrato de isossorbido 5mg (25%) e paracetamol 1gr EV (12,90%); e os entrevistados referiram o acompanhamento constante do enfermeiro durante todo o socorro, o que vem ao encontro de Doering (1998);

- As intervenções relacionais foram salientadas pelos entrevistados que acentuaram essas intervenções repetidamente permitindo assegurar que os ganhos em saúde verificados e registados nos verbetes de socorro – nomeadamente a evolução positiva da FR, da FC; da TA, do estado de consciência, da dor, entre muitos outros etc... – não fossem apenas resultado das técnicas e procedimentos efetuados, mas também, o resultado das intervenções relacionais de enfermagem;
- A avaliação do socorro, realizado pela equipa SIV, efetuada pelos entrevistados foi, de uma forma geral, extremamente positiva, salientando o trabalho de equipa, a sua competência técnica e relacional, conforme também referido por Johansson, Ekwall, e Wihlborg (2011) e Caroline, Nyström, e Jansson (2006).

Uma vez que este estudo de investigação optou por uma abordagem mista, utilizando uma perspetiva qualitativa e uma perspetiva quantitativa do fenómeno, a discussão dos dados foi efetuada através da complementaridade dos dois estudos e sempre que possível através da triangulação.

CONCLUSÃO

A implementação de ambulâncias SIV no socorro pré-hospitalar constituiu-se como um progresso histórico na abrangência do socorro pré-hospitalar, traduzindo-se numa atenção, imediatamente dispensada, aos doentes críticos que carecem de uma equipa diferenciada, dotada de recursos humanos, técnicos, científicos e acrescida de experiência e formação específica. Apesar da emergência pré-hospitalar ser tipicamente constituída por encontros curtos e esporádicos com grande exigência de eficiência técnica para com o doente crítico, não se pode descuidar o conforto, o cuidado, a comunicação, o contacto e o acompanhamento que o mesmo carece no meio do caos causado pelas diversas transições saúde/doença.

A presente investigação deve ser encarada como um contributo para a compreensão do socorro no pré-hospitalar, particularmente do socorro efetuado pela equipa da ambulância SIV, salientando-se os diferentes ganhos em saúde associados à intervenção deste meio onde o enfermeiro é elemento chave.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Caroline, A., Nyström, M., & Jansson, L. (2006). Making up one's mind: Patient's experiences of calling an ambulance. *Accident and Emergency Nursing*, 14(1), 11-19.
- Doering, G. (1998). Customer care: Patient satisfaction in the prehospital setting. *Emergency Medicine Service*, 27(9), 71-74.
- Elmqvist, C., Fridlund, B., & Ekebergh, M. (2008). More than medical treatment: The patient's first encounter with prehospital emergency care. *International Emergency Nursing*, 16(3), 185-192.
- Johansson, A., Ekwall, A., & Wihlborg, J. (2011). Patient satisfaction with ambulance care services: Survey from two districts in southern Sweden. *International Emergency Nursing*, 19(2), 86-89.

REANIMAÇÃO DO DOENTE ONCOLÓGICO: VIVÊNCIAS DOS ENFERMEIROS NUMA PERSPETIVA FENOMENOLÓGICA

ISABEL MARIA PINTO LOPES
RUI CARLOS NEGRÃO BATISTA
JOSÉ CARLOS AMADO MARTINS

INTRODUÇÃO

A doença oncológica é uma das patologias que mais contribui para o número de doentes crónicos e paliativos. Pelo seu grande impacto social e económico, diversos países desenvolveram políticas que se centram no seu diagnóstico e controlo. Relativamente a Portugal, os tumores malignos são a segunda causa de morte e representam uma grande parte das patologias crónicas. Em 1998, as neoplasias assumiram a quarta posição como motivo de internamento hospitalar, correspondendo a 8,4% do total. Apesar da sua potencialidade para se tornar numa doença crónica e terminal, as políticas e recursos em oncologia são essencialmente canalizados para o seu diagnóstico e cura (Nunes, 2002).

Cuidar do doente oncológico representa um grande desafio para os enfermeiros, pela multiplicidade e complexidade das alterações físicas, psíquicas e sociais, que o paciente sofre. Quando da doença oncológica emana um prognóstico grave fazendo prever um final (fase terminal) particularmente difícil, com sofrimento marcado e duradouro, as intervenções de enfermagem que visem somente o prolongamento da vida são potencialmente vividas com angústia e dúvida por poderem resultar em mais sofrimento para o doente. Quando o enfermeiro tem dúvidas, incertezas e inseguranças sobre os benefícios dos seus cuidados, surgem resultados contrários, podendo despontar a frustração e a incapacidade (Gomes, 1999). O sofrimento e inquietação do profissional de enfermagem, associados à possibilidade de se desprezear o interesse e a dignidade do doente oncológico no momento da sua morte, representam uma ameaça potencial ao autoconceito do enfermeiro e ao seu desenvolvimento enquanto profissional.

Espera-se contribuir para o desenvolvimento do corpo de saberes em enfermagem e elevar o nível de conhecimento sobre as crenças, valores e princípios que acompanham o enfermeiro no seu processo de atuação junto do doente oncológico, de modo a encetar melhorias de qualidade na prestação de cuidados, promovendo a satisfação e realização profissional.

OBJETIVO

Descrever, indutivamente, o contexto e significados da reanimação do doente oncológico a partir da perspectiva das experiências dos enfermeiros.

METODOLOGIA

Estudo dentro do paradigma construtivista seguindo uma metodologia qualitativa, com aproximação às metodologias de investigação fenomenológicas (Streubert & Carpenter, 2002).

A informação foi recolhida através de entrevistas semiestruturadas, tendo-se selecionado, de forma intencional e com base no princípio da saturação, quatro enfermeiros. A análise decorreu de acordo com o modelo de pesquisa fenomenológico descritivo advogado por Amedeo Giorgi.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Com o estudo conclui-se que as vivências dos enfermeiros na reanimação do doente oncológico reportam a seis constituintes essenciais: os dilemas éticos e deontológicos; as decisões que acompanham o percurso da atuação; as emoções e sentimentos que emergem; a perceção da competência profissional relacionada com a preparação para atuar em suporte de vida; a especificidade do cuidar em oncologia; e o envolvimento da família nas decisões.

As vivências em questões éticas e deontológicas relacionaram-se com todo o processo que envolve a reanimação do doente oncológico. Os participantes referem receios em terem violado princípios éticos universais e mais concretamente os princípios da beneficência e o da não-maleficência. Foi perceptível que os participantes experienciaram dificuldades para alcançar o equilíbrio entre estes dois valores. Também emergiu a relevância atribuída às orientações deontológicas profissionais, determinando as ações, mesmo quando das decisões resultaram dilemas éticos. Os participantes experienciaram dúvidas no plano ético quanto às decisões durante a assistência por considerarem que não foram suficientemente fundamentadas. A inexistência, em determinadas situações, de uma ordem para não reanimar os doentes que se encontram em estado terminal é algo que obriga os profissionais a intervenções eticamente duvidosas. Conclui-se que as referências deontológicas profissionais determinam a atuação dos participantes, mas a justificação ética é caracterizada por dificuldades.

Um outro tema que emergiu dos achados relaciona-se com a especificidade dos cuidados em oncologia. Consideram os participantes que as prioridades nem sempre estão do lado do controlo da doença ou da preservação da vida, mas na manutenção do conforto e de competências que permitam ao doente tirar o máximo partido dos momentos que ainda tem pela sua frente. Como defendem os enfermeiros em oncologia: dar mais vida ao tempo. Perante um doente oncológico em estado crítico sentem necessidade de assegurar que as manobras de suporte de vida são adequadas e que não significam o prolongamento de um estado terminal de grande sofrimento.

Os participantes valorizam a preparação técnica para atuar eficazmente nas situações de paragem cardiopulmonar. A formação em suporte avançado de vida é determinante para o sucesso (Antunes, 2009) e para uma autoavaliação positiva.

Para os participantes a congruência das decisões associadas à reanimação do doente oncológico, tomadas pelos enfermeiros ou pelos médicos, são uma das componentes relevantes do fenómeno. Os participantes expuseram que reconhecem ao médico a idoneidade para a tomada de decisão de reanimar ou não, sendo que para a sua formulação deverá tomar em consideração a opinião dos enfermeiros. Os participantes revelaram que, perante um doente em fase terminal da doença oncológica, esperando-se a sua morte a qualquer momento, engajam esforços para que seja tomada uma decisão para não reanimar que permita o respeito pela dignidade humana. Consideram os participantes que a adequabilidade da decisão, assim como do processo decisório, é ameaçada por fatores extrínsecos ao doente como a escassez de tempo, constrangimentos emocionais e particularidades pessoais dos técnicos envolvidos.

As emoções e sentimentos vivenciados durante e após o episódio de reanimação, também se mostraram como um constituinte relevante. As emoções afloraram em todos os momentos do fenómeno e relacionaram-se com estados positivos e negativos. Os positivos derivaram das experiências sublimes de empatia e de manobras de reanimação com sucesso em doentes com uma qualidade de vida aceitável. Nos estados emocionais negativos os participantes manifestaram stresse, angústia e frustração e têm origem essencialmente nas incertezas ligadas ao procedimento.

Por último, foi identificado um tema, paciente e família, que não tendo sido manifestado espontaneamente pelos participantes na forma de discurso livre, acabou por ser inserido pelo investigador. Os participantes referiram não ter tomado conhecimento de situações onde os familiares tivessem sido envolvidos na decisão de não reanimar o doente oncológico, considerando que esta participação, sem um envolvimento anterior noutras decisões sobre o processo terapêutico, seria incoerente. Do exposto emergiu a informação que os médicos normalmente preparam a família para a morte do doente, não tendo sido possível averiguar o envolvimento dos participantes.

Os achados, assim como a sua discussão, são verdadeiros contributos para a melhoria da assistência ao doente oncológico assim como para o ensino e investigação em enfermagem através das suas conclusões, já expostas, ou dos desafios que coloca. Neste momento torna-se pertinente enunciar algumas sugestões.

CONCLUSÃO

Com a análise dos achados tornou-se evidente a necessidade de saber como é que as decisões associadas ao doente em fim de vida são tomadas pelos vários profissionais envolvidos na sua assistência. Sugere-se a realização de pesquisas científicas baseadas em metodologias quantitativas que permitam a mensuração de opiniões, de reações, hábitos e atitudes no contexto da reanimação do doente oncológico por meio de uma amostra que represente estatisticamente esta população.

Na Lei de Bases dos Cuidados Paliativos encontra-se definido o termo de obstinação terapêutica e determina que a mesma constitui má prática clínica e infração disciplinar, nos termos da legislação geral e deontológica aplicável. Neste enquadramento, e pela reflexão sobre os achados, sugere-se para a prática e para a gestão dos cuidados de enfermagem, que se insista na implementação de protocolos que apoiem e orientem os profissionais envolvidos

na assistência ao doente oncológico em estado terminal, de modo a que as decisões de carácter mais sensível sejam mais adequadas. Como se encontra referido nos vários manuais de reanimação, uma parte substancial das paragens cardiorrespiratórias não são súbitas havendo possibilidade de se antecipar a devida atuação. Na área oncológica esta premissa é claramente pertinente.

A nível de formação e ensino realça-se a importância para o exercício da enfermagem da aquisição de competências em suporte de vida. Propõe-se que a formação dos enfermeiros em suporte básico e avançado de vida integre módulos formativos sobre questões éticas e deontológicas facultando estratégias para lidar com os vários dilemas pessoais assim como competências para lidar com o doente e família.

Devido à componente emocional relevante e por vezes constrangedora do fenómeno também se propõe aos responsáveis institucionais proporcionar aos profissionais que se vêm regularmente expostos aos dilemas éticos e deontológicos referidos no estudo apoio psicológico, sugestão advogada por diversos autores.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Antunes, C. M. (2009). *Manual de reanimação intra-hospitalar*. Coimbra, Portugal: Formasau.
- Gomes, S. (1999). Percepção do desempenho e satisfação dos enfermeiros. *Pensar Enfermagem*, 3(1), 25-44.
- Nunes, J. M. (2002). *Rede de referenciação hospitalar de oncologia*. Lisboa, Portugal: Direcção-Geral da Saúde.
- Streubert, H. J., & Carpenter, D. R. (2002). *Investigação qualitativa em enfermagem: Avançando o imperativo humanista* (2ª ed.). Loures, Portugal: Lusociência.

DESENVOLVIMENTO DE ESTRATÉGIA DE FORMAÇÃO PARA UTILIZAÇÃO DE DISPOSITIVOS SUPRAGLÓTICOS: PERCURSO FORMATIVO

ISILDA MARIA DUARTE FERREIRA
MARIA DA CONCEIÇÃO PINTO MADANELO DOS SANTOS RÔXO
LUÍS LEITÃO SARNADAS

INTRODUÇÃO

A formação específica na profissão de enfermagem tem sido alvo de rápidas e profundas mudanças que têm originado a introdução de alterações nos conteúdos dos planos de formação e o surgimento da necessidade de dominar novos conteúdos e técnicas. Estes conteúdos adaptaram-se às transformações da prática e da informação científica, para que assim se possa fomentar o conhecimento e desenvolvimento das competências individuais acrescidas dos enfermeiros. Julgámos pertinente debruçar-nos sobre a forma como os profissionais de enfermagem adquirem novas competências, necessárias ao seu desempenho, e mais especificamente, como o podem fazer em alternativa aos ambientes formais de aprendizagem, de que são exemplo as universidades ou escolas superiores.

Esta dissertação teve como objetivo ilustrar o percurso formativo acerca do estudo, do planeamento, da criação, da implementação e da avaliação de uma estratégia de formação para enfermeiros, relativa à utilização de dispositivos supraglóticos em contexto de local de trabalho. Para concretizar este objetivo, houve que responder às seguintes questões: quais os conhecimentos essenciais a transmitir aos enfermeiros para a utilização de dispositivos supraglóticos? De que modo poderão ser transmitidos os conhecimentos sobre a utilização de dispositivos supraglóticos? Como avaliar a eficácia da estratégia de formação para a utilização dos dispositivos supraglóticos?

OBJETIVOS

Construir uma estratégia de formação para a utilização dos dispositivos supraglóticos.

METODOLOGIA

Estudo exploratório, descritivo, de abordagem qualitativa, baseados nos pressupostos da investigação-ação.

Com o intuito de procurar identificar as necessidades de formação dos enfermeiros do hospital distrital optámos por entrevistar três enfermeiros responsáveis pelo projeto de implementação de uma equipa de emergência intra-hospitalar.

A entrevista enquadra-se no âmbito das metodologias qualitativas. Do conjunto de entrevistas efetuadas fizemos a colheita de informações, o que nos permitiu efetuar um levantamento das necessidades de formação específicas para a utilização de dispositivos de permeabilização e ventilação da via aérea, segundo as percepções dos entrevistados.

Através da análise destas informações, procedemos à pesquisa bibliográfica (European Resuscitation Council, 2010; Instituto Nacional de Emergência Médica, 2006; Miller, 1990) e ao aconselhamento junto de profissionais mais habilitados para a manipulação destes dispositivos, com o intuito de conceber um plano de formação e materiais que dessem resposta às carências detetadas.

O resultado do tratamento das entrevistas contribuiu para a definição de conteúdos da formação e, posteriormente para a construção de indicadores da avaliação de desempenho dos enfermeiros. Para tal construiu-se uma grelha de observação, tendo por base esses indicadores, que permitiram quantificar a frequência com que ocorriam no desempenho dos enfermeiros.

Posteriormente aplicámos este plano de formação a um outro grupo de enfermeiros (de um serviço de cardiologia), permitindo assim identificar novas áreas lacunares, que permitiram um reajuste dos conteúdos, formativos, promotor do desenvolvimento de competências profissionais no manuseamento e aplicação dos dispositivos supraglóticos.

RESULTADOS

Das entrevistas resultaram as seguintes informações: a percepção dos entrevistados acerca dos conhecimentos dos enfermeiros dos serviços sobre via aérea difícil revela-se negativa, mencionando frequentemente o desconhecimento parcial ou total acerca desta temática.

Quando foi questionada a existência de conhecimentos dos enfermeiros dos serviços sobre manobras de permeabilização e ventilação, foi referido que esta era em muitos casos pouco consistente ou até inexistente. É também referida a dificuldade em efetuar corretamente a permeabilização da via aérea, havendo até, por parte dos enfermeiros, indicações acerca da existência de dúvidas acerca desta manobra.

A identificação dos critérios de previsibilidade da via aérea difícil foi identificada, pelos entrevistados, como bastante deficitária. A referência ao desconhecimento ou à dificuldade em fazer esta identificação de forma correta é um fator comum às respostas.

O algoritmo da via aérea difícil foi identificado como potencialmente desconhecido ou de menor consciência. Foi referido que os conhecimentos dos enfermeiros sobre manobras facilitadoras da ventilação foram relatados como deficitários ou inexistentes.

Foi também referido que a utilização de dispositivos adjuvantes da ventilação é pouco frequente e mesmo nestas alturas se faz com défice de conhecimento, no entanto, foi também referido que existe um conhecimento básico da permeabilização da via aérea.

A posição olfativa correta foi referida como um elemento deficitário no conjunto dos conhecimentos que os enfermeiros detêm acerca da via aérea difícil.

O insuflador manual foi mencionado como um dos dispositivos que era utilizado nesta situação, mas sem a preocupação em efetuar uma permeabilização adequada da via aérea.

A técnica de compressão laríngea externa, a qual é usada em situação de entubação difícil, foi referida como sendo desconhecida, de acordo, aliás, com outros conhecimentos detidos pelos enfermeiros quando colocados em situação de entubação.

O conhecimento dos dispositivos supraglóticos alternativos à entubação traqueal foi mencionado, como difuso ou pouco consolidado. A carência de informação nesta área foi assinalada com grande ênfase.

Os entrevistados referem ainda que os enfermeiros dos serviços apresentam défices de conhecimento acerca do tubo laríngeo. Este desconhecimento é patente no que diz respeito à sua identificação e funcionalidade.

O carro de emergência também identificado como necessitando de ser mais bem conhecido pelos enfermeiros dos serviços. O material de via aérea difícil, pelo facto de não ter existido ainda formação acerca da sua utilização, é genericamente desconhecido.

Num primeiro momento formativo, a validação da utilidade da primeira sessão de formação na aquisição de competências, para eventual reformulação dos seus conteúdos, foi efetuada através do preenchimento e análise de uma grelha de avaliação.

Desta grelha constam os seguintes indicadores: 0 – *Não realiza* (significa que o formando não conseguiu efetuar as manobras em manequim ou descrever as referências que lhe foram solicitadas); 1 – *Realiza com falhas* (o formando conseguiu efetuar as manobras em manequim ou descrever as referências que lhe foram solicitadas, mas com algumas imprecisões) e 2 – *Realiza* (o formando conseguiu efetuar as manobras em manequim ou descrever as referências que lhe foram solicitadas).

Através do preenchimento desta grelha, podemos encontrar duas informações de tipologia distinta. Uma delas tem a ver com a concretização do desempenho que tinha proposto como indicador do sucesso da formação. Outra, um valor global de desempenho por formando, o qual permite obter referências acerca do seu desempenho global e eventualmente detetar necessidade de nova formação, pelo facto de não ter conseguido corresponder, de forma eficaz ao solicitado nos desempenhos.

Os dados obtidos, se bem que possam ser avaliados como globalmente positivos, não nos satisfizeram completamente. Refletindo acerca desses resultados, nos quais procurámos encontrar pistas para o aperfeiçoamento desta sessão de formação, verificámos que se poderia, conforme é visível na Figura 1, distinguir as diferentes manobras em estudo bem como aquelas em que os resultados foram menos positivos (entre aproximadamente 18% e 23 % de realização com falhas).

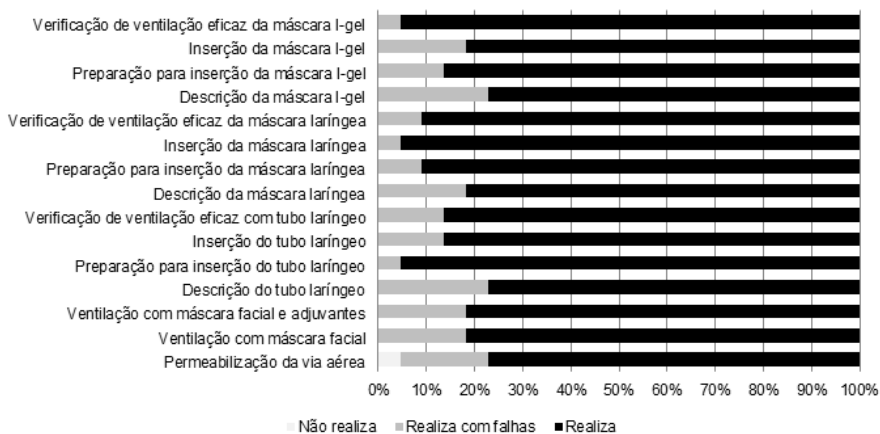


Figura 1. Desempenho dos formandos na utilização de dispositivos supraglóticos.

A segunda sessão de formação foi realizada na Escola Superior de Saúde de Santarém, no contexto de um curso de formação de via aérea difícil para enfermeiros.

O método utilizado para concretizar a sessão de formação foi o expositivo, o método que considerámos mais adequado, permitindo maior congruência entre esta sessão de formação e a inicial. A apresentação em Microsoft PowerPoint foi o recurso de introdução e exploração das temáticas, o qual foi enriquecido com novos conteúdos multimédia.

O desempenho prático dos formandos foi avaliado com o recurso ao instrumento anteriormente mencionado.

DISCUSSÃO

Comparando os resultados obtidos na primeira e na segunda sessão formativa, como é possível observar na Figura 2, houve diferenças marcadas:

- Diminuiu percentualmente - 0,3% - as tarefas e técnicas não realizadas;
- A realização com falhas diminuiu também percentualmente, num valor 5,33%;
- A realização sem falhas de tarefas e técnicas teve um incremento de 5,63%.

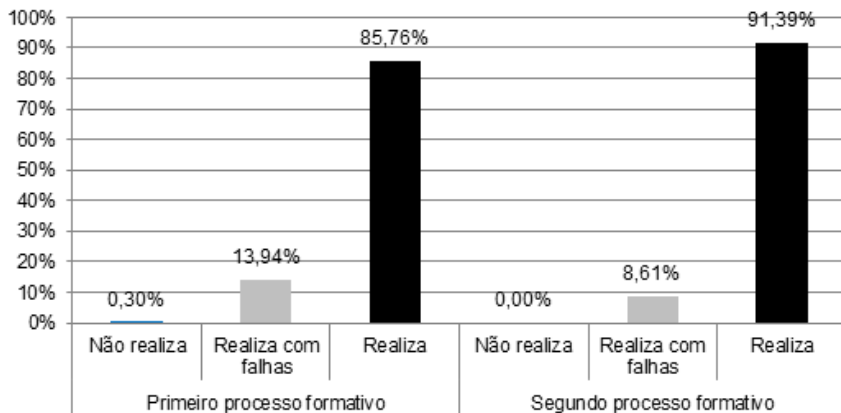


Figura 2. Comparação entre o primeiro e o segundo processo formativo.

Perante estes valores, podemos concluir que as alterações efetuadas na estrutura da sessão de formação contribuíram para a sua maior eficácia junto dos formandos.

CONCLUSÃO

Concluiu-se que o estudo, a criação, a implementação e a avaliação de uma estratégia de formação para a utilização de dispositivos supraglóticos se pode efetuar com sucesso, por enfermeiros, em local de trabalho, com recurso a uma metodologia de investigação-ação, contribuindo para uma melhoria da prestação de cuidados ao doente.

Acreditamos que a enfermagem, enquanto ciência, encontrará na investigação-ação a sustentação das suas práticas clínicas e o desenvolvimento de um corpo de conhecimentos que estão na base da autonomia e da identidade profissional

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- European Resuscitation Council. (2010). *European resuscitation council guidelines for resuscitation*. Edegem, Belgium: Author.
- Instituto Nacional de Emergência Médica. (2006). *Manual de suporte avançado de vida*. Lisboa, Portugal: Autor.
- Miller, G. (1990). *The assessment of clinical skills / competence / performance: Academic emergency medicine*. Recuperado de <http://winbev.pbworks.com/f/Assessment.pdf>

RESPOSTA DE ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA NO HOSPITAL EM CABO VERDE: OPINIÕES DOS ENFERMEIROS

JOSÉ CARLOS LOPES VIEIRA
VERÓNICA RITA DIAS COUTINHO
JOSÉ CARLOS AMADO MARTINS

INTRODUÇÃO

Em contexto intra-hospitalar, cerca de 80% das paragens cardíacas resultam de deterioração fisiológica lenta e progressiva, que pode começar algumas horas antes, com hipoxia ou hipotensão. Esta deterioração muitas vezes não é reconhecida e/ou valorizada e, nestes casos, muitos doentes não sobrevivem (Antunes, 2009). O cuidado ao doente crítico exige a atualização dos enfermeiros que trabalham nestes contextos.

Em Cabo Verde há ainda escassez de recursos humanos, materiais e estruturais, existindo lacunas a nível da abordagem à pessoa em situação crítica, que englobam a comunicação e o trabalho em equipa e a nível da falta de formação específica na área de emergência. Esta falta de formação específica condiciona a segurança e autoconfiança dos enfermeiros para atuar e juntas comprometem a qualidade dos cuidados.

Em Cabo Verde, como em outros países, têm aumentado as doenças com início súbito e as crónicas que agudizam. O aumento e a complexidade dos acidentes, o acréscimo de violência urbana e catástrofes naturais em que a falência ou risco de falência de funções vitais podem conduzir a pessoa à morte se não se intervir atempadamente. São necessários profissionais de enfermagem qualificados para integrar as equipas de atendimento em contextos extra e intra-hospitalar à pessoa/família em situação crítica (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2011).

OBJETIVOS

- Conhecer o nível de autoconfiança dos enfermeiros para responder à pessoa em situação crítica;
- Identificar como é percebida pelos enfermeiros a qualidade da resposta à pessoa em situação crítica;

- Compreender quais as dificuldades sentidas pelos enfermeiros perante a resposta à pessoa em situação crítica;
- Descrever quais os fatores que facilitam a resposta à pessoa em situação crítica.

METODOLOGIA

Desenvolveu-se um estudo de tipo exploratório, descritivo, transversal, de abordagem quantitativa.

Amostra não probabilística acidental (73,4% da população) de profissionais de enfermagem de três hospitais de Cabo Verde: dois na ilha de Santiago, um de caráter central e outro caráter regional e o terceiro situado na ilha de São Vicente, também considerado hospital central.

Os dados foram colhidos através de questionário estruturado em três partes: uma relativa a dados sociodemográficos, a segunda parte constituída pela versão Portuguesa da *Self-confidence Scale* (Martins et al., 2014), e a terceira parte com questões para avaliar a perceção do nível de desempenho numa emergência. O questionário foi aplicado durante os meses de Agosto e Setembro de 2013.

O estudo foi aprovado pelas direções dos três hospitais e foi apreciado favoravelmente pela Comissão de Ética da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A amostra é constituída por 204 enfermeiros, maioritariamente (79,9%) do sexo feminino, com uma média de idades de 39,78 anos (DP = 9,47 anos), variando entre os 21 e os 70 anos e predominando o grupo dos que possuem 30 a 40 anos (40,2%). São maioritariamente solteiros (63,7%) e vivem sobretudo em meio urbano (90,7%).

Mais de metade possui licenciatura (56,9%), tendo os restantes um curso de tipo técnico profissional (41,7%).

A maioria (77,0%) não possui qualquer formação específica recente na área das urgências e emergências, existindo alguns com formação na área de ressuscitação neonatal (6,4%), urgência/emergência (3,9%) e Suporte Básico de Vida (3,9%).

Os resultados evidenciam valores de autoconfiança acima do ponto médio no global da escala (3,4 pontos) e nas suas dimensões: neurológica (3,2 pontos); respiratória (3,8 pontos) e circulatória (3,2 pontos).

Em relação à qualidade percebida pelos enfermeiros no que diz respeito às intervenções em emergência, verificamos que os itens com *boa/muito boa qualidade* na dimensão garantir a permeabilidade da via aérea correspondem a 71,1% na "remoção de corpos estranhos e/ou aspiração de secreções /sangue", seguido de 55,4% na "elevação do queixo/faz protusão da mandíbula". Na dimensão favorecer a eficácia respiratória, os itens são avaliados maioritariamente também como *boa/muito boa qualidade*, nomeadamente, 91,2% no item "elevar cabeceira da cama (exceto contraindicação)" e 87,7% na "identificação do ritmo e frequência respiratória".

Na dimensão garantir a circulação sanguínea, 89,2% corresponde à qualidade percebida pelos enfermeiros inquiridos como *boa/muito boa* no item “fazer a palpação dos pulsos centrais e periféricos”, seguido de 81,4% para “estabelecer a monitorização cardíaca ou avaliar a FC” e 84,3% para “garantir o acesso vascular”. Na dimensão avaliar disfunção neurológica, 79,0% corresponde à qualidade *boa/muito boa* relativamente ao item “avaliar o nível de consciência”, seguido de 69,1% no item “avaliar as pupilas quanto à dimensão, simetria e reação à luz”, e 94,6% no item “avaliar a glicemia capilar”. Na dimensão ressuscitação cardiopulmonar e/ou respiração ineficaz, 79,4% caracteriza o item “utilizar insuflador manual conectado à fonte de O₂” como *boa/muito boa qualidade*, assim como, 70,6% o item “realizar corretamente as insuflações (nº/volume; eficácia)”. Na dimensão reconhece e antecipa a necessidade de entubação endotraqueal, verificamos que uma percentagem significativa considera que não se aplicam na sua prática diária os itens: “preparar material para a entubação precoce/SOS” (18,1%); “providenciar e administrar drogas prescritas para entubação endotraqueal (EET)” (16,9%); “fixar corretamente o tubo endotraqueal (TET)” (20,6%); e “avaliar a eficácia da ventilação após o procedimento” (19,1%). Contudo, é de salientar que em cada um dos itens as percentagens obtidas no que diz respeito à qualidade caracterizada como *boa/muito boa* são consideráveis, sendo em cada um dos itens superiores a 50%. Na dimensão disposição e arrumação do carro de urgência constatamos que os enfermeiros inquiridos referem que os itens avaliados nesta dimensão não se aplicam na prática diária, não a maior percentagem, mas numa percentagem considerável. Neste sentido, 13,2% referem que não se aplica relativamente ao item “disposição e arrumação do carro de urgência”, 27,0% no item “verificar sempre se o carro se encontra selado”, 14,7% na “reposição dos materiais utilizados” e 25,5% no item “verificar a *check list* no carro de urgência”.

Relativamente à caracterização dos fatores facilitadores e dificultadores numa emergência intra-hospitalar, na perspetiva dos enfermeiros inquiridos, relativamente à formação, 38,7% percecionam as formações dos profissionais na área de emergência como sendo o fator mais importante. Como fator dificultador, 48,0% consideram falta de formação dos profissionais; na organização, 9,8% consideram boa organização no setor. Ainda como fator dificultador, 25,0% consideram o número de pessoal insuficiente; 48,5% consideram os materiais e equipamentos adequados e de fácil acesso; 65,7% consideram défice de materiais e equipamentos necessários; no ambiente no trabalho, 22,0% consideram o espaço adequado em caso de emergência; 30,4% consideram não haver espaço físico adequado; no trabalho em equipa, 33,8% consideram espírito de equipa ou equipa disponível; 8,8% consideram falta de espírito de equipa; na comunicação e segurança no trabalho, ambas as respostas evidenciadas nos fatores facilitadores são de 0,1% dos inquiridos, como a comunicação fácil entre os serviços, boa comunicação na equipa e segurança no trabalho. Nos fatores dificultadores 2,5% dos inquiridos, consideram a falta de comunicação entre pessoal.

Para ter sucesso numa intervenção em contexto de emergência, é necessário que os enfermeiros se sintam confiantes de que são capazes de intervir de forma segura e em tempo oportuno (Martins, 2009). Neste contexto, a autoconfiança é uma atitude que na maioria das vezes está associada a experiências repetidas e com a perceção realista de fraquezas e potencialidades individuais (Martins, 2009). A nível hospitalar, estratégias de formação contínua que incluam a simulação, preparam melhor os enfermeiros para serem mais capazes de intervir em situações complexas, para tomar decisões acertadas centradas em cada pessoa e baseadas em

evidências científicas, para trabalhar em equipa e para procurar ativamente a atualização dos seus conhecimentos e competências, entre outros.

CONCLUSÃO

Concluímos que a maioria dos enfermeiros inquiridos revela carência de formação na área das emergências e dos cuidados aos doentes em situação crítica. Neste sentido será recomendável a existência de um programa de formação contínua nos serviços. Por outro lado, é necessário implementar medidas de facilitação do trabalho, melhorando equipamentos, reorganizando e valorizando o trabalho em equipa.

Perante os resultados, consideramos que os objetivos a que nos propusemos inicialmente foram atingidos na totalidade. O estudo tem potencial para servir como referência em Cabo Verde, estimulando o desenvolvimento de outros trabalhos nesta área, e assim contribuir para a melhoria da qualidade das intervenções de enfermagem.

Enfermeiros mais bem formados, informados e treinados serão enfermeiros mais competentes e capazes de proporcionar melhores respostas à pessoa em situação crítica.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Antunes, C. (2009). *Manual de reanimação intra-hospitalar*. Coimbra, Portugal: Formasau.

Martins, J. (2009). Atuação do enfermeiro no sector de urgências: Gestão para o desenvolvimento de competências. In W. Malagutti & C. Caetano (orgs.), *Gestão do serviço de enfermagem no mundo globalizado*. Rio de Janeiro, Brasil: Rubio.

Martins, J., Baptista, R., Coutinho, V., Mazzo, A, Rodrigues, M., & Mendes, I. (2014). Self-confidence for emergency intervention: Adaptation and cultural validation of the self-confidence scale in nursing students. *Revista Latino Americana de Enfermagem*, 22(4), 554-561.

Ordem dos Enfermeiros. (2011). *Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem em pessoa em situação crítica*. Lisboa, Portugal: Autor.

VIVÊNCIAS DA FAMÍLIA NO ACOLHIMENTO NA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS

LIONETA MANUELA DOS REIS SILVA
JOSÉ REIS DOS SANTOS RÔXO

INTRODUÇÃO

O internamento de um familiar na unidade de cuidados intensivos (UCI) é um período de vida marcado pelo sofrimento, angústia e grande vulnerabilidade emocional para os familiares. Este período é suscetível de desencadear mudanças drásticas de papéis, de provocar alteração de atitudes e comportamentos, procura de estratégias para enfrentar as adversidades à adaptação a essas mudanças, e conseqüente tentativa de reorganização familiar.

O acolhimento dos familiares na UCI tem sido estudado por múltiplos autores, que o consideram como um alicerce poderoso a favor do doente, uma vez que a família é o elo de ligação com o seu mundo real. É ainda entendido como um momento privilegiado de comunicação, em que todos os intervenientes, doente, familiares e enfermeiros, são ganhadores nesta relação (Carvalho et al., 2008; Freitas, Mezzaroba, & Kochla, 2009).

A elevada motivação e interesse pela temática impulsionou a realização do estudo e a sua concretização bem-sucedida, com obtenção de resultados que mudaram comportamentos.

OBJETIVOS

Com este estudo pretendíamos contribuir positivamente para a reflexão e melhoria da humanização dos cuidados, autonomia, responsabilidade e qualificação no processo de cuidar o doente crítico e os seus familiares e/ou pessoas significativas. Esta problemática constituiu o ponto de partida para o estudo que se pretende desenvolver, evidenciando a preocupação de como estamos a acolher a família do doente em estado crítico. Deste modo, pretendemos compreender as vivências da família no seu acolhimento na UCI, a partir da perspetiva das experiências vivenciadas pelos próprios familiares. Para a sua concretização pretendemos: analisar os fatores que influenciam o acolhimento da família na UCI; descrever os sentimentos vivenciados pelos familiares no seu acolhimento na UCI e perceber em que medida a abordagem dos enfermeiros prepondera o acolhimento dos familiares.

METODOLOGIA

Decidimos realizar um estudo de abordagem qualitativa, de natureza exploratório-descritivo e de características fenomenológicas. Para Streubert e Carpenter (2002), a fenomenologia descritiva "implica explorações directas, análise e descrição de determinado fenómeno, tão livre quanto possível de pressupostos não examinados, exigindo a máxima apresentação intuitiva" (p. 58).

Para tal, foram entrevistados 11 familiares de acordo com os critérios de inclusão definidos, constituindo os participantes do estudo. A recolha de dados realizou-se através de entrevistas semiestruturadas, de onde se obtiveram as declarações dos familiares acerca das suas experiências no acolhimento. As entrevistas permitiram aos investigadores maior proximidade com os participantes, obtenção de informações pretendidas e o despertar espontâneo de emoções, que contribuíram para o enriquecimento das experiências vividas. Para a seleção dos participantes foram definidos critérios de elegibilidade. Nomeadamente, os familiares tinham que possuir condições de compreensão e de comunicação, com discurso fluido para fornecer os dados essenciais e partilhar as suas vivências; disponibilizarem-se a participar no estudo, assinando o consentimento informado; e serem assíduos nos períodos de visita. Todas as declarações foram gravadas em fita magnética, transcritas e codificadas de forma a garantir o anonimato e confidencialidade das declarações.

Os enunciados verbais dos participantes entrevistados espelharam o significado da sua experiência, e foram analisados de acordo com o método de Giorgi (Giorgi & Sousa, 2010), por considerarmos o método que mais se adequava à análise do estudo. Foram respeitados os critérios de rigor e validade. Implicando responsabilidade pessoal e profissional pelo respeito dos aspetos formais e éticos como: autodeterminação, intimidade, anonimato e confidencialidade, proteção contra o desconforto e prejuízo, e tratamento justo e equitativo.

RESULTADOS

O fenómeno em estudo está representado na Figura 1. Esta representação evidencia o fenómeno tal como foi por nós percebido, onde se podem encontrar os diferentes constituintes e estruturas essenciais, que resultaram da análise do fenómeno em estudo, bem como a relação existente entre os mesmos.

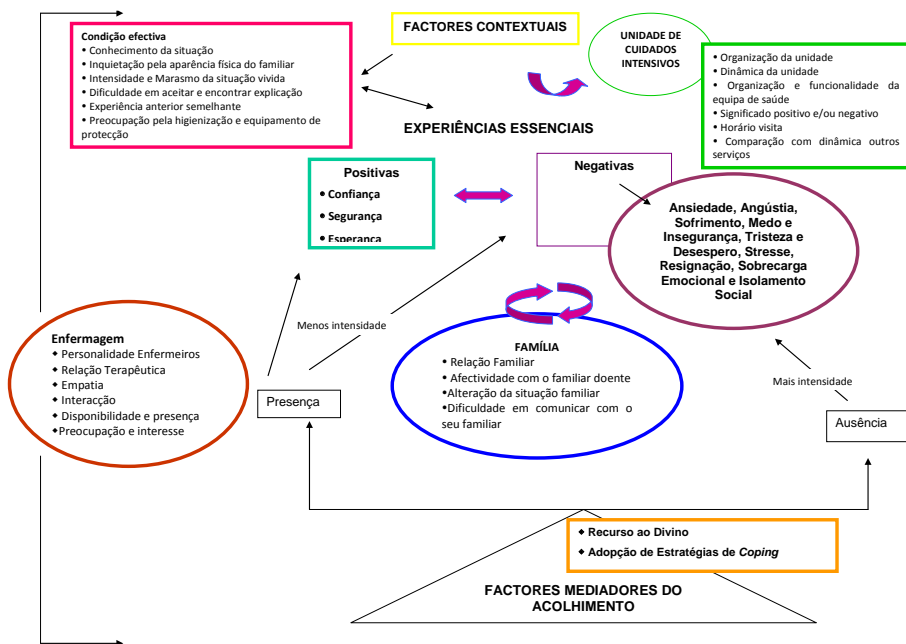


Figura 1. Representação gráfica das vivências da família no acolhimento na unidade de cuidados intensivos.

Na análise dos dados, emergiram sete estruturas essenciais: experiências essenciais positivas dos participantes; experiências essenciais negativas dos participantes; experiências contextualizadas na percepção dos familiares sobre a UCI; experiências contextualizadas na família; experiências contextualizadas no enfermeiro como cuidador; experiências contextualizadas na condição efetiva vivida pelos participantes; e, por fim, experiências mediadoras do acolhimento dos familiares. Destas estruturas fazem ainda parte vários constituintes.

No seu todo, é inquestionável que as experiências negativas vivenciadas pelos familiares ganharam relevância relativamente às experiências positivas; que a estrutura familiar sofre inevitavelmente alterações e fragiliza os seus elementos; e que o acolhimento é influenciado pela opinião e experiências anteriores.

DISCUSSÃO

Os enfermeiros têm um papel importante que influencia o decorrer do acolhimento e que poderá decidir como as relações interpessoais se vão desenvolver durante o internamento. O conhecimento da situação clínica e do estado de saúde do familiar doente contribui para a edificação das relações enfermeiro/família numa perspectiva da qualidade dos cuidados. O

apoio contínuo é necessário para acreditarem na recuperação do seu familiar, para que mais facilmente ultrapassem esta situação delicada e perturbadora.

CONCLUSÃO

A realização do estudo evidenciou a multiplicidade de vivências que nos impulsionaram para uma consciencialização que foi ganhando terreno, sobre as várias implicações emanadas do acolhimento dos familiares. A importância do acolhimento da família revela-se no equilíbrio emocional, funcionamento e reestruturação familiar em benefício do doente crítico internado.

Não poderíamos deixar de referir que a colheita de dados não se encontra esgotada. Tal como referem Streubert e Carpenter (2002), não poderíamos deixar de referir que a recolha de dados não se encontra esgotada e continua até o investigador acreditar que não emergem novas estruturas ou essências.

O contacto com os familiares neste processo promoveu um convívio mais próximo, e o relato das suas vivências foram momentos intensos em todo o percurso.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Carvalho, L. M., Urizzi, F., Zampa, H. B., Ferreira, G. L., Grion, C. M., & Cardoso, L. T. (2008). Vivência de familiares de pacientes internados em unidades de terapia intensiva. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 20(4), 370-375. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/rbti/v20n4/v20n4a09.pdf>
- Freitas, V., Mezzaroba, R. M., & Kochla, K. R. (2009). O cuidado de enfermagem ao paciente crítico na percepção da família. *Revista Cogitare Enfermagem*, 14(3), 499-505. Recuperado de <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs/index.php/cogitare/article/viewFile/16180/10699>
- Giorgi, A., & Sousa, D. (2010). *Método fenomenológico de investigação em psicologia*. Lisboa, Portugal: Fim de Século.
- Mendes, I. M. (2008). *Ajustamento materno e paterno: Experiências vivenciadas pelos pais no pós-parto* (Dissertação de doutoramento). Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Portugal.
- Queiroz, A. A. (2001). *Ética e enfermagem*. Coimbra, Portugal: Quarteto.
- Streubert, H., & Carpenter, D. (2002). *Investigação qualitativa em enfermagem: Avançando o imperativo humanista* (2ª ed.). Loures, Portugal: Lusociência.

VIVÊNCIAS DOS ENFERMEIROS AO CUIDAR DO DOENTE CRÍTICO DURANTE O TRANSPORTE MARÍTIMO

LISETE MARIA MEDEIROS RODRIGUES
JOSÉ CARLOS AMADO MARTINS

INTRODUÇÃO

O transporte do doente crítico incorpora um período de grande vulnerabilidade tornando-se um dos momentos mais delicados dos cuidados de enfermagem. Por conseguinte, a atuação do enfermeiro é essencial na manutenção da estabilidade da pessoa e na prevenção de possíveis complicações.

A necessidade de cuidados diferenciados e da realização de exames complementares de diagnóstico obriga a que, entre as ilhas do Pico e Faial, se proceda ao transporte secundário do doente em estado crítico, por via marítima. Deste modo, o presente estudo nasce da inquietação em entender as vivências dos enfermeiros da Unidade de Saúde da Ilha do Pico.

OBJETIVOS

- Conhecer que emoções experimentam os enfermeiros ao cuidar do doente em estado crítico, durante o transporte marítimo;
- Compreender que dificuldades sentem os enfermeiros ao cuidar do doente em estado crítico, durante o transporte marítimo;
- Descrever quais os fatores que os enfermeiros consideram como facilitadores durante o transporte marítimo do doente em estado crítico;
- Analisar que influência tem para a vida profissional dos enfermeiros a experiência de transportar doentes em estado crítico por via marítima.

METODOLOGIA

A presente investigação é de natureza qualitativa com abordagem fenomenológica, seguindo o proposto por Colaizzi.

A informação foi colhida através da entrevista semiestruturada, tendo sido selecionados de forma intencional, e com base no princípio da saturação da informação, oito enfermeiros.

Para cumprir a oitava etapa do método e retornar aos participantes selecionámos o *focus group*, que possibilitou sobretudo a validação dos achados.

RESULTADOS

A partir dos achados construímos a presente estrutura descritiva do fenómeno em estudo, representada na Figura 1. Tem como horizonte temporal as fases do transporte do doente crítico, desde a decisão e planeamento até à efetivação com a entrega do doente na instituição de destino. Esta engloba, ainda, um repensar sobre a ação que acontece num momento posterior à realização do transporte.

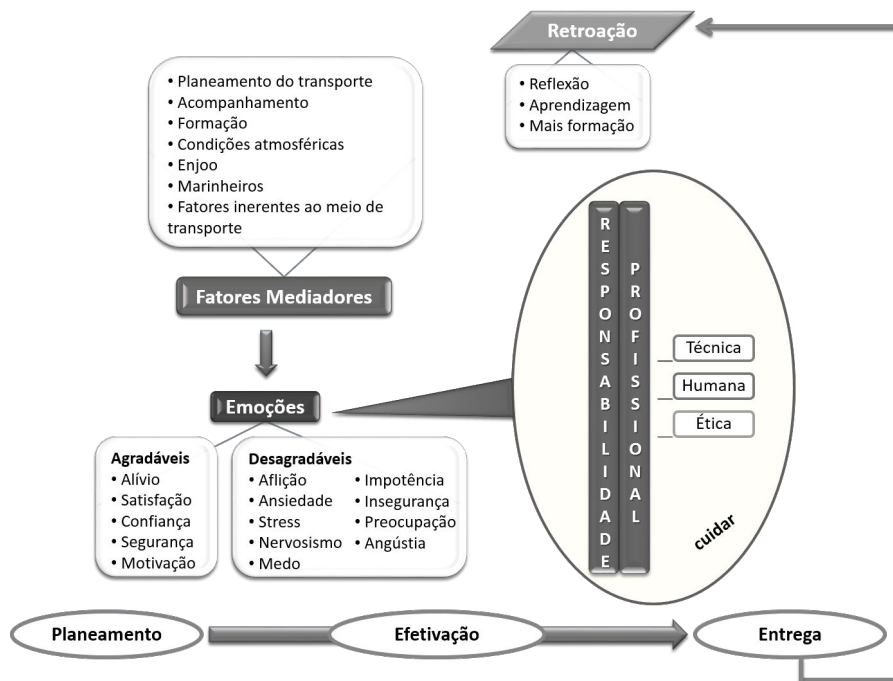


Figura 1. Estrutura empírica do fenómeno.

O enfermeiro, ao longo deste percurso, vivencia um sentimento de responsabilidade acrescida no cuidar, do qual advêm variadas emoções. Por sua vez, existem diversos fatores mediadores no processo de transporte, que influenciam, diretamente, a vivência dessa responsabilidade, das emoções e dos aspetos que o enfermeiro considera como dificuldades e facilidades ao longo do mesmo.

A *responsabilidade profissional* surge neste estudo como uma categoria central e engloba a atuação do enfermeiro na sua dimensão técnica, humana e ética.

A vertente técnica da responsabilidade profissional encontra-se associada à capacidade de bem conceber cuidados e ao domínio operacional em condições de trabalho difíceis. Constatamos que sobressaem os aspetos técnicos em detrimento dos aspetos humanos, sobre o princípio de garantir a vida do doente.

Por sua vez, a dimensão humana manifesta-se na relação de ajuda, em que a informação ao doente/família assume uma proporção significativa, e o enfermeiro encara a pessoa a seu cuidado numa perspetiva holística.

A dimensão ética exterioriza-se nos relatos dos participantes no confronto com dilemas relacionados com a tomada de decisão, a gestão da informação e a privacidade. O fato do meio de transporte do doente ser, concomitantemente, um meio de transporte de passageiros leva a que os enfermeiros se deparem com questões relacionadas com a salvaguarda da situação de saúde/doença e com ingerência de terceiros relativamente à pessoa/família a seu cuidado.

Por outro lado, os participantes revelam a preocupação de garantir a titularidade da informação à pessoa doente e, ao transmitirem informação, têm em conta não apenas a vontade expressa pelo doente, mas também o princípio da beneficência. A este respeito, Martins (2008) mencionou que existe a convicção por parte dos enfermeiros do reconhecimento do dever de informar o doente, contudo tal nem sempre acontece aquando da comunicação do prognóstico em situações graves.

Compreendemos, também, a existência de um tema relacionado com os diferentes sentimentos e emoções expressos pelos enfermeiros, que denominamos de *categoria emocional*. Estas emoções decorrem de um sentimento de responsabilidade profissional e variam de intensidade ao longo do tempo, consoante estão presentes, surgem ou desaparecem os fatores mediadores.

Nesta categoria englobámos emoções agradáveis, nomeadamente a confiança, a segurança, o alívio, a satisfação e a motivação. Porém, verificámos que os enfermeiros vivenciaram, também, emoções desagradáveis como a aflição, a ansiedade, o stress, o nervosismo, o medo, a angústia, a impotência, a insegurança, a apreensão e a preocupação. À semelhança do que surgiu na nossa investigação, o estudo de Romanzini (2010), revelou que os enfermeiros que trabalhavam em equipas móveis de emergência experimentavam diversos sentimentos como a gratidão, a raiva, a tristeza e a ansiedade.

O adequado planeamento do transporte e o acompanhamento por outro profissional de saúde, favorecem o aparecimento da confiança e segurança ao longo do transporte. Neste âmbito, Marcelino e Figueiras (2007) referiram que o trabalho em equipa favorece a estabilidade emocional e promove o suporte entre os membros.

O fato dos enfermeiros se depararem com a necessidade de prestar cuidados em situações de elevada complexidade e a possibilidade de agravamento da situação clínica do doente, e inclusive a morte, durante o transporte marítimo, gera sentimentos de ansiedade e stress. O risco de morte do doente e a prestação de cuidados em situações de emergência são elementos que originam stress para a equipa multiprofissional (Cristina, Dalri, Cyrillo, Saeki, & Veiga, 2008).

Por sua vez, a preocupação e a apreensão, embora sejam praticamente sinônimos, surgem na presente investigação com uma conotação distinta. A primeira emerge dos relatos associada à pouca experiência profissional. Contrariamente, a apreensão surge com o acumular da experiência/conhecimentos, que conferem ao enfermeiro melhor percepção da gravidade da situação clínica do doente e maior capacidade de antever possíveis complicações.

Compõe a *categoria dos fatores mediadores* no transporte, aqueles que foram indicados pelos participantes como passíveis de influir nas suas vivências ao cuidar do doente crítico. Estes correspondem ao planeamento, às condições atmosféricas, ao acompanhamento por outro profissional de saúde, ao apoio dos marinheiros, à formação, ao enjoo e aos fatores inerentes ao meio de transporte, como o ruído dos motores e as oscilações do barco e dos equipamentos existentes.

Os enfermeiros demonstram a relevância da adequada preparação do material/equipamento que se prevê necessário para o transporte e da informação sobre a condição clínica do doente para a tomada de decisão. Em consonância com os estes achados, no estudo de Martins e Martins (2010), aspetos relacionados com o planeamento da transferência e com o conhecimento do histórico do doente, foram considerados como essenciais para prevenir complicações/imprevistos.

Verificamos que a formação na área de urgência/emergência surge como outro dos fatores mediadores nas transferências, pois proporciona segurança e autoconfiança e é um agente facilitador da prestação de cuidados. A este respeito, Romanzini (2010) concluiu que os enfermeiros que trabalhavam em unidades móveis de emergência sentiam a necessidade de se sentir seguros.

A reflexão, a aprendizagem e a realização de mais formação surgem após a entrega do doente na instituição de destino, pelo que incluímos na *categoria da retroação*, na medida em que são vivenciados a posteriori e vão influenciar futuras vivências do mesmo fenómeno.

Denota-se uma necessidade dos enfermeiros em repensarem sobre as exigências da prática profissional durante o transporte marítimo de doentes em estado crítico, no sentido de refletir sobre a sua atuação, resultado também encontrado por Martins e Martins (2010).

As vivências durante o transporte marítimo são um meio de aprendizagem, traduzindo-se em enriquecimento pessoal e profissional, possibilitando o treino da capacidade de decisão. Por outro lado levam os participantes à procura de formação e constante atualização. Bozza e Fontanela (2008) demonstram resultados semelhantes, ao mencionarem que das declarações dos participantes se evidenciou a necessidade de formação contínua e treino dos enfermeiros que trabalham em contextos de emergência.

CONCLUSÃO

O transporte de doentes em estado crítico, envolve situações de elevada complexidade que requerem uma estrutura organizacional específica, com apropriados recursos humanos e materiais, incorporando novas tecnologias e antecipando necessidades e possíveis riscos.

Verificamos que das vivências do enfermeiro ao cuidar do doente crítico, durante o transporte marítimo, evidencia-se um sentido de responsabilidade acrescida pelo doente/família, que corresponde à categoria central do fenómeno em estudo.

As emoções desagradáveis, predominam em detrimento das agradáveis, ocorrem, principalmente, durante o planejamento e efetivação do transporte, relacionadas com a falta de experiência, a possibilidade de agravamento da condição clínica do doente e a necessidade de prestar cuidados fora do ambiente *protegido* do serviço/instituição.

Os principais fatores mediadores referenciados durante o transporte são a formação, as condições atmosféricas e fatores inerentes ao meio de transporte.

As vivências dos enfermeiros durante o transporte marítimo exercem um papel relevante na sua vida profissional, quer como meio de aprendizagem quer a nível da própria preparação pessoal em termos emocionais para situações futuras.

Pensamos serem relevantes as seguintes sugestões: a criação de um modelo de formação uniformizado e contínuo para os enfermeiros que realizem transporte de doentes; a criação de protocolos de atuação; a atualizada revisão e remodelação dos materiais/equipamentos, bem como, do espaço a que se destina o transporte.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bozza, M., & Fontanela, G. (2008). Os fatores desencadeantes do estresse no enfermeiro que atua no setor de emergência. *Nursing*, 11(127), 553-558.
- Cristina, J. A., Dalri, M. C., Cyrillo, R. M., Saeki, T., & Veiga, E. V. (2008). Vivências de uma equipe multiprofissional de atendimento pre-hospitalar móvel em suporte avançado de vida na assistência ao adulto em situação de parada cardio-respiratória. *Ciencia y Enfermeira*, 14(2), 97-105. Recuperado de <http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v14n2/art12.pdf>
- Marcelino, D., & Figueiras, M. J. (2007). A perturbação pós-stress traumático nos socorristas de emergência pré-hospitalar: influência do sentido interno de coerência e da personalidade. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 8(1), 95-106.
- Martins, J.C. (2008). *O direito à informação: contextos, práticas, satisfação e ganhos em saúde* (Tese de doutoramento). Porto, Portugal: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto.
- Martins, R., & Martins, J. C. (2010). Vivências dos enfermeiros nas transferências inter-hospitalares dos doentes críticos. *Revista de Enfermagem Referência*, 3(2), 111-120.
- Romanzini, E. M. (2010). Conceptions and feelings of nurses working in emergency medical services about their professional practice and training. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 18(2), 240-246.

AS EXPERIÊNCIAS CLÍNICAS SIMULADAS NA FORMAÇÃO CONTÍNUA DOS ENFERMEIROS DE UMA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS CORONÁRIOS: A INFLUÊNCIA DE UM PROGRAMA DE SIMULAÇÃO DE ALTA-FIDELIDADE NAS PRÁTICAS DIÁRIAS DOS ENFERMEIROS EM SITUAÇÕES DE EMERGÊNCIA

ANA LÚCIA BATISTA ROSA
JOSÉ CARLOS AMADO MARTINS
RUI CARLOS NEGRÃO BAPTISTA

INTRODUÇÃO

A criação de Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) aliada aos avanços da Medicina e à existência de equipamentos sofisticados de suporte avançado de vida possibilitam, atualmente, a sobrevivência de um número cada vez maior de doentes. Constantemente encontramos nas UCI doentes que requerem cuidados de grande complexidade, sendo cada vez mais as patologias e distúrbios que exigem do enfermeiro a prestação de cuidados de enfermagem com maior especificidade e diferenciação, associado a um elevado desenvolvimento tecnológico e material.

É uma realidade que o trabalho dos enfermeiros se mostra cada vez mais complexo, com maior responsabilidade, o que lhe exige, para além de uma sólida formação de base, uma aprendizagem contínua, profissionalizante e competência para agir, em função dos contextos de trabalho (Rosa, 2010). A área da emergência exige excelência na prática de cuidados do enfermeiro. É neste contexto que emergem as experiências clínicas simuladas (ECS) como estratégia de ensino/aprendizagem capaz de reinventar a formação contínua dos enfermeiros e provocar verdadeiras e efetivas mudanças de comportamento na sua prática de cuidados (Baptista, 2011; Martins, 2009; Martins et al., 2012), rumo à excelência em enfermagem.

OBJETIVOS

Os objetivos do estudo foram: determinar se as ECS com simulador de alta-fidelidade aumentam os conhecimentos teóricos dos enfermeiros da Unidade de Cuidados Intensivos Coronários

(UCIC), para atuação em situações de emergência em contexto real; verificar se as ECS com simulador de alta-fidelidade aumentam os níveis de autoconfiança dos enfermeiros da UCIC para atuação em situações de emergência em contexto real; analisar as mudanças percebidas pelos enfermeiros da UCIC nas suas práticas diárias em situações de emergência, após um programa de formação de ECS com simulador de alta-fidelidade. Nesta lógica, o propósito deste estudo recaiu sobre a análise da influência das ECS com simulador de alta-fidelidade nas práticas diárias dos enfermeiros de uma UCIC.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo com abordagem multimétodo, longitudinal, pré-experimental com desenho antes-após com um grupo.

Recorreu-se a um conjunto de instrumentos de recolha de dados, entre os quais, um questionário de caracterização sociodemográfico e profissional, um teste de conhecimentos teóricos, uma escala de avaliação da autoconfiança, uma escala de avaliação da eficácia da simulação e duas sessões de *focus group*.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Participaram no estudo 12 enfermeiros de uma UCIC de um centro hospitalar da região centro.

Os principais resultados demonstraram que:

- Os níveis de conhecimentos teóricos aumentam com o programa de ECS, contudo não se verifica uma grande estabilidade temporal;
- O programa de ECS com simulador de alta-fidelidade foi considerado uma estratégia de ensino/aprendizagem bastante eficaz na formação contínua dos enfermeiros;
- As ECS com simulador de alta-fidelidade promoveram uma mudança efetiva na perceção da autoconfiança dos participantes – antes das ECS nenhum enfermeiro referenciou a autoconfiança como um sentimento que o acompanhasse na sua atuação numa situação de emergência em contexto real, enquanto depois do programa cerca de 92% dos enfermeiros fizeram referência a este sentimento no mesmo contexto;
- As ECS com simulador de alta-fidelidade contribuem para uma maior estabilidade emocional e uma maior eficácia na atuação dos enfermeiros da UCIC em situações de emergência em contexto real. Os participantes, antes de frequentarem o programa de ECS com simulador de alta-fidelidade referenciaram sentimentos como a ansiedade, o medo, a falta de confiança, o stress e a satisfação/insatisfação, enquanto dois meses após a simulação de alta-fidelidade (SAF) indicaram sentimentos como a ansiedade e, sobretudo, a autoconfiança;
- Os participantes consideram como fatores influenciadores da sua atuação em situações de emergência em contexto real – a aprendizagem experiencial, a formação contínua, a organização de pessoas e materiais, o trabalho em equipa, e a reflexão sobre as práticas;
- As ECS com simulador de alta-fidelidade fomentaram o desenvolvimento e o aperfeiçoamento do trabalho de enfermagem em equipa;

- Os enfermeiros em estudo reconheceram como principal fator dificultador de um desempenho de qualidade na atuação em situações de emergência em contexto real a falta de colaboração da equipa médica e apontaram a formação contínua baseada nas ECS com simulador de alta-fidelidade, realizada em conjunto com as duas equipas, como a estratégia eficaz para debelar este handicap;
- Os participantes apontam a reflexão como um importante fator no caminho da perícia para a atuação em situações de emergência em contexto da prática clínica;
- As ECS com simulador de alta-fidelidade promoveram a existência de momentos de reflexão para e sobre a ação na prática diária dos enfermeiros da UCIC;
- O programa de ECS com simulador de alta-fidelidade fomentou verdadeiras mudanças na prática diária dos enfermeiros em situações de emergência, nomeadamente: i) passou a existir um *team leader* com todas as funções que lhe são inerentes, na equipa, aquando de uma reanimação; ii) os enfermeiros passaram-se a conhecer e a cumprir os algoritmos de suporte avançado de vida (SAV) nas situações unicamente dependentes da atuação dos enfermeiros; e iii) passou a haver uma inquietude com a interpretação dos traçados eletrocardiográficos.

Optámos por uma abordagem multimétodo, a qual nos permitiu encarar este processo, enfatizando a dimensão construtivista que caracteriza a atitude reflexiva sobre a profissão de enfermagem. A preferência por uma abordagem, simultaneamente, quantitativa e qualitativa, facultou o acesso às diferentes dimensões da problemática em estudo. A triangulação de métodos, ancorada no quadro concetual que definimos para esta investigação, permitiu o aprofundamento dos resultados que emergiram nesta pesquisa.

CONCLUSÃO

No contexto da formação contínua, não podemos esquecer o papel e o lugar de destaque que o enfermeiro especialista deve ocupar no seio das suas equipas. Ser enfermeiro especialista significa ser um profissional com um conhecimento aprofundado num domínio específico da enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde. Significa também demonstrar níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências clínicas especializadas. Assim, ao enfermeiro especialista compete assumir a responsabilidade pelas atividades de formação e desenvolvimento profissional contínuo dos enfermeiros da organização onde exerce a sua atividade.

Hoje, estamos conscientes de que a profissão de enfermagem exige uma atualização constante de conhecimentos e, para tal, torna-se necessário desenvolver formação adequada à realidade vivida. Neste sentido, a formação em serviço visa a satisfação dos enfermeiros dos serviços e das necessidades individuais de cada profissional da equipa.

Com este propósito o enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica, na sua área de intervenção, deve auscultar as necessidades formativas dos elementos da sua equipa e elaborar um plano de formação em serviço que contemple e complemente as necessidades identificadas. Este deve centrar-se em estratégias que não transfiram apenas o conhecimento,

mas que permitam criar a possibilidade para a sua produção ou para a sua construção como as ECS com simulador de alta-fidelidade. Estas devem contemplar cenários complexos que recriem o ambiente clínico, promovendo o desenvolvimento de competências num ambiente seguro e controlado e fomentando processos de reflexão para a ação, na ação, sobre a ação e sobre a reflexão na ação (meta-reflexão).

A pertinência das ECS com simulador de alta-fidelidade como estratégia de ensino/aprendizagem eficaz, eficiente e segura é cada vez mais discutida no seio da formação contínua dos enfermeiros (Martins, 2011; Martins et al., 2012; Sanford, 2010). Nesta lógica, consideramos que seria pertinente a realização de investigações com um maior número de participantes, abrangendo mais UCIC's do país. Outra possibilidade recai sobre a necessidade de estudar o impacto desta estratégia de ensino/aprendizagem no consumidor final dos cuidados – o utente – analisando, desta forma, os ganhos efetivos em saúde. Estudos futuros poderão contemplar ainda outras variáveis e possibilitar a observação in loco das mudanças de comportamentos ocorridas no contexto da prática de cuidados.

As ECS com simulador de alta-fidelidade começam a ganhar um lugar importante na formação em enfermagem. Assim, torna-se premente continuar a trilhar este caminho, rumo à excelência no cuidar em enfermagem.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Baptista, R. (2011). Student satisfaction with practice in a simulation context at the curricular unit of nursing emergency. *In 17th Annual Meeting of the Society in Europe for Simulation Applied to Medicine: Book of Abstracts*, Granada. Recuperado de <http://www.iavante.es/descargas/pdf/SESAM%202011%20Book%20of%20Abstracts.pdf>
- Martins, J. (2009). Atuação do enfermeiro no setor de urgências: Gestão para o desenvolvimento de competências. In W. Malagutti & K. Caetano (orgs.), *Gestão do serviço de enfermagem no mundo globalizado* (pp. 175-189). Rio de Janeiro, Brasil: Rubio.
- Martins, J. (2011). High-fidelity simulation in nursing education: Student's experiences. *In 17th Annual Meeting of the Society in Europe for Simulation Applied to Medicine: Book of Abstracts*, Granada. Recuperado de <http://www.iavante.es/descargas/pdf/SESAM%202011%20-%20of%20Abstracts.pdf>
- Martins, J., Mazzo, A., Baptista, R., Coutinho, V., Godoy, S., Mendes, I., & Trevizan, M. (2012). The simulated clinical experience in nursing education: A historical review. *Acta Paulista de Enfermagem*, 25(4), 619-625.
- Rosa, A. (2010). *Supervisão e construção de aprendizagens significativas em enfermagem* (Dissertação de mestrado). Universidade de Aveiro, Portugal.
- Sanford, P. (2010). Simulation in nursing education: A review of research. *The Qualitative Report*, 15(4), 1006-1011.

A TOMADA DE DECISÃO CLÍNICA DE ENFERMAGEM EM SITUAÇÕES DE EMERGÊNCIA

MARIA JOÃO MENDES DE MATOS ESPERTO
MARIA DA CONCEIÇÃO PINTO MADANELO DOS SANTOS RÔXO
LUÍS MIGUEL NUNES DE OLIVEIRA

INTRODUÇÃO

A escolha deste tema para estudo deve-se à preocupação pela sobrelotação do serviço de urgência, muitas vezes agravada por doentes com situações clínicas que pioram durante a hospitalização, sendo evitáveis se detetadas atempadamente. É este o motivo que nos leva a questionar sobre a atuação e a tomada de decisão clínica dos enfermeiros, em contexto de emergência, relativa ao doente hospitalizado. Normalmente são os enfermeiros os primeiros a detetar situações de paragem cardiorrespiratória, o que implica uma tomada de decisão clínica baseada nas intervenções autónomas de acordo com as suas competências.

Tomar a decisão mais adequada na presença de situações complexas nem sempre é fácil, sendo dificultada nos serviços de internamento onde os enfermeiros estão sozinhos e têm de tomar as decisões corretas até à chegada do médico.

Perante situações emergentes que ocorrem nos serviços de internamento, algumas delas poderiam ser evitadas se fossem identificadas atempadamente, mas o que acontece é que são transferidas imediatamente para o serviço de urgência agravando, por vezes, a sobrelotação já existente.

Somos assim levados a questionar-nos acerca da tomada de decisão dos enfermeiros aquando da prestação de cuidados de emergência ao doente hospitalizado, surgindo assim a questão orientadora desta investigação:

A satisfação profissional, a autonomia e a formação têm influência na tomada de decisão clínica dos enfermeiros em situação de emergência, relativamente ao doente hospitalizado?

OBJETIVOS

- Avaliar a capacidade de tomada de decisão de enfermagem, em contexto de emergência, nos serviços de internamento;
- Identificar a autonomia percebida pelos enfermeiros no serviço de internamento;

- Identificar a satisfação percebido pelos enfermeiros nos serviços de internamento;
- Identificar a relação existente entre tomada de decisão e as variáveis demográficas;
- Analisar a relação existente entre a tomada de decisão de enfermagem e a formação profissional do enfermeiro;
- Analisar a relação existente entre a tomada de decisão de enfermagem e a autonomia do enfermeiro.

METODOLOGIA

Estudo com abordagem quantitativa, de tipo descritivo, exploratório e correlacional.

Formuladas as seguintes hipóteses:

- As atitudes e a opinião dos enfermeiros sobre a tomada de decisão estão relacionadas com a idade;
- As atitudes e a opinião dos enfermeiros sobre a tomada de decisão são diferentes conforme o sexo;
- As atitudes e a opinião dos enfermeiros sobre a tomada de decisão são diferentes conforme a formação;
- As atitudes e a opinião dos enfermeiros sobre a tomada de decisão são diferentes conforme o local de trabalho;
- As atitudes e a opinião dos enfermeiros sobre a tomada de decisão são diferentes conforme a categoria profissional;
- As atitudes e a opinião dos enfermeiros sobre a tomada de decisão estão relacionadas com o tempo de serviço;
- As atitudes e a opinião dos enfermeiros sobre a tomada de decisão estão relacionadas com a satisfação com a profissão;
- As atitudes e a opinião dos enfermeiros sobre a tomada de decisão estão relacionadas com a facilidade com que diariamente tomam decisões;
- As atitudes e a opinião dos enfermeiros sobre a tomada de decisão estão relacionadas com sua percepção da autonomia na realização das actividades.

A população do estudo são os enfermeiros dos serviços de internamento dum hospital situado no centro do país: dois serviços de medicina, dois serviços de cirurgia, um serviço de obstetrícia e ginecologia, um serviço de ortopedia, uma unidade de cuidados intensivos e um serviço de recobro pós-operatório que está incluído no bloco operatório. Exclui-se deste estudo o serviço de pediatria devido à sua especificidade, consultas externas, hospital de dia e o serviço de urgência, uma vez que são apenas os enfermeiros dos serviços de internamento a população correspondente aos objetivos deste estudo e ao problema de investigação. São também excluídos do estudo os enfermeiros chefes e os enfermeiros que não estão na prestação direta de cuidados.

O total de enfermeiros existente nos serviços selecionados era 200, tendo participado no estudo 64 enfermeiros, com uma amostragem não probabilística accidental. Como instrumento de colheita de dados optámos pelo questionário.

Tivemos presente as questões morais e éticas com o objetivo de proteger os direitos dos utentes e a liberdade das pessoas que participaram na investigação. De modo a garantir todos estes direitos aos participantes, estes foram questionados sobre a sua vontade de responder ao questionário tendo sido informados da sua confidencialidade e anonimato, garantindo a não violação dos direitos atrás referidos. O estudo foi autorizado pelo Conselho de Administração da Unidade Hospitalar.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A hipótese que afirmava a relação entre as atitudes e opinião dos enfermeiros sobre a tomada de decisão e a sua perceção da autonomia na realização das atividades foi a única a ser confirmada. A relação é estatisticamente significativa ($p=0,005$) no item referente ao individualismo/coletivismo, o que nos permitiu concluir que os enfermeiros que percebem maior autonomia na realização das suas atividades consideram que uma boa decisão é tomada em coletivo.

Os resultados obtidos através da escala de atitudes e opinião sobre a tomada de decisão dos enfermeiros em situação de emergência demonstraram que uma boa decisão: não pode ser lenta nem rápida, situa-se numa posição intermédia, é coletiva, deve ser tomada com certeza, deve ser explicada, deve ser refletida, baseada em números, objetiva, não baseada na experiência individual (apesar de que neste item existe apenas uma pequena diferença entre uma boa decisão não baseada na experiência individual e baseada na experiência individual), e orientada para o médio prazo.

No que diz respeito à atitude pessoal de cada indivíduo perante uma tomada de decisão, e após ter sido feita a associação das atitudes com as variáveis em estudo, verificámos existir uma predominância da atitude *pensar*, seguida da atitude *observar*, *fazer* e *sentir*.

Quanto ao nível de autonomia percebida pelos enfermeiros, concluímos que 64,10% dos enfermeiros se classifica como tendo um nível médio de autonomia. No que concerne ao nível de satisfação 71,88% dos inquiridos estão satisfeitos com a profissão. Da análise da correlação das atitudes e opinião dos enfermeiros sobre a tomada de decisão e a satisfação com a profissão, verificámos correlações fracas e não significativas, não confirmando a hipótese formulada.

Não existe relação entre a tomada de decisão dos enfermeiros em situações de emergência e as variáveis demográficas. Não existe qualquer diferença estatisticamente significativa ($p>0,050$) entre a tomada de decisão e a formação profissional (base e pós-base) dos enfermeiros, não se confirmando a hipótese formulada. Ao analisarmos a atitude e opinião sobre tomada de decisão e a facilidade com que diariamente os enfermeiros tomam decisões, verificámos que existe uma correlação fraca e estatisticamente pouco significativa ($p>0,050$), não confirmando também a hipótese formulada.

Num estudo efetuado por Amendoeira et al. (2003), os autores referem que a destreza intelectual e a perícia do enfermeiro permite-lhe determinar as necessidades do utente e assim programar os cuidados necessários.

CONCLUSÃO

Os enfermeiros dos serviços de internamento do Centro Hospitalar Médio Tejo, Abrantes, tomam decisões na prática clínica, em contexto de emergência. Verificámos não existir relação nem influência das variáveis demográficas no processo de tomada de decisão, apesar de continuarem a ser referidas como potencialmente importantes (Angeloni, 2003) para o desenvolvimento de competências e aquisição de autonomia na tomada de decisão. Também a formação e a experiência são pilares da autonomia do enfermeiro (Benner, 2001), que por sua vez afetam todo o processo de tomada de decisão. Uma vez que tal não se confirma neste estudo, confrontamo-nos com o emergir de novos resultados não existentes até então, levando-nos a questionar acerca da metodologia utilizada, se foi realmente a mais correta ou se estamos perante um novo paradigma. Quanto ao questionário, indagamos se foi o instrumento de colheita de dados mais adequado. Como tal consideramos importante a realização de novos estudos na área da tomada de decisão em situações de emergência.

A tomada de decisão clínica de enfermagem em situação de emergência não é programável, não se delega, não é rotineira mas sim arriscada e ambígua.

É ao enfermeiro que se exige que interprete os sinais que põem em risco a vida do doente, e consequentemente decida os passos seguintes.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Amendoeira, J., Barroso, I., Coelho, T., Santos, I., Godinho, C., Saragoila, F., . . . Domingos, F. (2013). *Os instrumentos básicos na construção da disciplina de enfermagem: expressões e significados*. Manuscrito não publicado. Recuperado de <http://repositorio.ipsantarem.pt/bitstream/10400.15/88/1/PublicacaoOnlineIBInstrumentosBasicosdeEnfermagem%5B1%5D.pdf>
- Angeloni, M. (2003). Elementos intervenientes na tomada de decisão. *Ciência da Informação*, 32(1), 17-22. doi: 10.1590/S0100-19652003000100002
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito: Excelência e poder na prática clínica de enfermagem*. Coimbra, Portugal: Quarteto.

O SISTEMA DE TRIAGEM DE MANCHESTER E A PESSOA COM ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL

MARISA SOFIA MONTEIRO PEREIRA
JOSÉ CARLOS AMADO MARTINS
LUÍS MIGUEL NUNES OLIVEIRA

INTRODUÇÃO

O acidente vascular cerebral (AVC) representa a primeira causa de morte em Portugal sendo a principal causa de incapacidade nas pessoas idosas. Nos doentes com doença cerebrovascular, o Sistema de Triagem de Manchester (STM) tem um papel essencial, pois o reconhecimento precoce de um sinal ou sintoma sugestivo de AVC pode resultar num tratamento imediato com repercussão no prognóstico. Os enfermeiros que utilizam o STM são detentores de conhecimentos e habilidades específicos para definição da prioridade de atendimento. A implementação da Via Verde do AVC (VV-AVC) no STM tem como função melhorar a acessibilidade e permitir um tratamento mais eficaz, reduzindo a mortalidade, a morbilidade e as sequelas.

O despacho ministerial nº19 124 de 17 de agosto de 2005, vem determinar a implementação de protocolos de triagem de prioridades nos hospitais que fazem parte do Serviço Nacional de Saúde (Despacho nº 19 - 124/2005). O STM consiste num instrumento de gestão de prioridades/categorias de urgência, que procura identificar, de forma organizada e sistematizada, os utentes em situação de doença e/ou lesão emergente e/ou urgente, para que sejam atendidos prioritariamente (Marques, 2009).

Ensaios clínicos demonstram que a referenciação precoce dos doentes com AVC é eficaz, permitindo a rápida identificação do tipo de AVC e, no caso do AVC isquémico agudo, a possibilidade de tratamento trombolítico. O internamento precoce destes doentes em unidades especializadas (unidades de AVC) reduz a morbilidade e a mortalidade a curto e longo prazo e também os custos associados ao tratamento (Alto Comissariado da Saúde, 2007).

OBJETIVO

Este estudo teve como objetivo analisar possíveis relações entre a prioridade definida pelo STM e algumas variáveis demográficas e clínicas no doente com AVC.

METODOLOGIA

Estudo retrospectivo com abordagem quantitativa, do tipo exploratório descritivo. A recolha dos dados foi realizada a partir do software ALERT®. Foram incluídos todos os doentes que deram entrada no serviço de urgência (SU) de um hospital central da região centro do país, entre 1 de janeiro de 2010 e 31 dezembro de 2012, com o diagnóstico de AVC, num total de 864 casos. O instrumento de colheita de dados utilizado foi um formulário.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

De 2010 para 2012 o número de pessoas com AVC atendidas no SU quase duplicou (2010: 220 pessoas versus 2012: 412 pessoas). Foi nos homens que se verificou maior número de AVCs com 53,13%. O número de casos aumenta à medida que a idade avança, regredindo apenas a partir dos 85 anos. A média de idades aproximou-se dos 75 anos, com desvio padrão de 12,16 anos. A taxa de AVC foi sempre superior nos homens em relação às mulheres até aos 75 anos, invertendo-se a partir daí. O teste de Qui-quadrado mostra que a idade é estatisticamente diferente entre homens e mulheres ($p < 0,001$).

Verificou-se que 412 doentes (47,70%) foram triados de vermelho (2,20%) e laranja (45,50%), que pressupõe um tempo máximo de atendimento de 10 minutos. Um total de 359 doentes (41,60%) foi triado de amarelo e 46 (5,30%) de verde com um tempo alvo de atendimento de 60 e 120 minutos, respetivamente.

Relativamente aos fluxogramas utilizados, destacam-se quatro: indisposição no adulto (64,00%), comportamento estranho (10,07%), cefaleia (7,06%) e estado de inconsciência (3,94%). Os restantes 14,93% foram distribuídos por 18 fluxogramas.

O discriminador que se verificou em maior percentagem foi alteração do estado de consciência com 31,83%, seguida dos discriminadores instalação súbita (24,19%), pulso anormal (11,23%), dor moderada (7,75%), novos sintomas e/ou sinais neurológicos (4,98%), estando os restantes 20,02% distribuídos por outros 33 discriminadores.

Em 85,42% dos casos não foi ativado nenhum tipo de via verde (VV), o que nos leva a deduzir que a ativação da VV pode não ter sido sempre registada no episódio de urgência. A baixa taxa de ativação da VV-AVC pode estar relacionada com o critério do limite da idade e com o facto dos doentes mais velhos terem tendencialmente mais comorbilidades.

Verificou-se que os doentes permaneciam, em média, 8h12m no SU até ser efetuado o registo do diagnóstico de AVC e posteriormente terem alta, serem transferidos para outra instituição ou ficarem internados.

Estes resultados ficam aquém do esperado e não vão ao encontro das orientações da *American Health Association & American Stroke Association* (Adams et al., 2007), que recomendam a criação de um protocolo de avaliação clínica dos doentes com suspeita de AVC para que se consiga uma exploração e decisão terapêutica no período de 60 minutos após a chegada do doente ao SU, nem ao encontro da recomendação do Alto Comissariado da Saúde (2007) que sugere o internamento precoce destes doentes com o objetivo de reduzir a morbilidade e a mortalidade a curto e longo prazo e também os custos associados ao tratamento.

Dos 864 doentes com AVC, 569 (65,86%) ficaram internados, 230 (26,62%) tiveram alta para o domicílio, 57 (6,60%) foram transferidos para outro hospital e oito (0,93%) faleceram no serviço de urgência.

O AVC não é apenas uma doença com uma incidência elevada como também é responsável por uma elevada taxa de morbilidade no nosso país. É uma patologia altamente incapacitante apresentando muitas comorbilidades, necessita de tratamento imediato, o que justifica a elevada taxa de internamento (65,86%).

Na análise da relação entre a prioridade e o sexo observou-se que a maioria das mulheres foi triada de vermelho e laranja (56,50%) seguida da cor amarelo (39,27%), o que pode indicar que estas apresentam uma sintomatologia mais exacerbada do que os homens ou que as mulheres atrasam mais a ida ao hospital após o início dos sintomas, aumentando assim o grau de gravidade. Os homens foram triados, na sua maioria de amarelo (48,00%) e vermelho e laranja (45,06%). O teste de Qui-Quadrado mostra que estas diferenças são estatisticamente significativas ($p < 0,005$).

Comparando a prioridade atribuída com a faixa etária verificou-se que à medida que a idade dos doentes aumenta, a prioridade é tendencialmente mais elevada. A maior percentagem de doentes triados de vermelho e laranja surge nas faixas etárias a partir dos 75 anos. As diferenças são estatisticamente significativas entre a prioridade vermelho e laranja e as demais ($p < 0,001$).

Na análise da relação entre a prioridade e o desfecho do episódio de urgência verificou-se que o maior número de internamentos está associado às prioridades mais elevadas, tal como referem Martins, Cuña, & Freitas (2009). As prioridades mais elevadas são aquelas em que se verificou uma maior percentagem de óbitos no SU, o que vai ao encontro da gravidade do quadro clínico de cada prioridade. Existe uma relação estatística significativa entre as prioridades mais elevadas (vermelha, laranja e amarela), a taxa de internamento e a mortalidade ($p < 0,001$).

CONCLUSÃO

O STM apresenta uma sensibilidade elevada para a atribuição de um nível de prioridade emergente/muito urgente na apresentação no serviço de urgência, aos doentes com AVC. Concluiu-se que a maioria dos doentes com AVC foi triada com elevada prioridade sendo as idades diferentes entre homens e mulheres, com estas triadas com prioridade superior aos homens. Prioridades mais elevadas foram atribuídas às pessoas mais idosas, aos que faleceram e aos que foram internados.

Os efeitos de alguns programas nacionais para diminuir as repercussões do AVC na população, nomeadamente a VV-AVC, poderiam ser mais abrangentes em relação aos critérios de acessibilidade, cobrindo atualmente apenas uma proporção estimada em 14% de todos os casos. Os dados mostram a necessidade de se otimizar a VV-AVC que tem o intuito de obter uma maior rapidez na triagem, com avaliação e orientação dos doentes na fase aguda da patologia, permitindo o diagnóstico e o tratamento mais adequado dentro da janela terapêutica eficaz. O enfermeiro como principal interveniente na triagem dos doentes tem um papel fundamental no sucesso do percurso dos doentes com AVC, devendo por isso ser alvo de formação contínua com vista à excelência do cuidar.

Os resultados desta investigação levam-nos a concluir que a atribuição de prioridades do STM revela-se sensível na gestão da dinâmica dos serviços de urgência, atribuindo um nível de prioridade emergente/muito urgente à maior parte dos doentes com AVC, o que nos leva a reconhecer o STM como um instrumento útil na gestão da dinâmica dos serviços de urgência. O STM e a VV-AVC são fulcrais para o sucesso do tratamento dos doentes vítimas desta patologia que é a primeira causa de morte, morbidade e anos potenciais de vida perdidos em Portugal.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Adams, H., del Zoppo, G., Alberts, M., Bhatt, A., Brass, L., Furlan, A., ... Wijdicks, E. (2007). Guidelines for the early management of adults with ischemic stroke: A scientific statement from the stroke council of the American Stroke Association. *Stroke*, 38(5), 1655-1711. doi: 10.1161/CIRCULATIONAHA.107.181486
- Alto Comissariado da Saúde. (2007). *Coordenação Nacional para as Doenças Cardiovasculares: Recomendações clínicas para o enfarte agudo do miocárdio e o acidente vascular cerebral*. Lisboa, Portugal: Direção Geral da Saúde.
- Despacho nº 19 124/2005 de 2 de setembro. *Diário da República nº 169/2005 – II Série*. Ministério da Saúde, Gabinete do Ministro. Lisboa, Portugal
- Marques, A. (2009). *Triagem no serviço de urgência: Protocolo de triagem de Manchester (2ª ed.)*. Portugal: Grupo Português de Triagem.
- Martins, H. M., Cuña, L. M., & Freitas, P (2009). Is Manchester (MTS) more than a triage system?: A study of its association with mortality and admission to a large Portuguese hospital. *Emergency Medicine Journal*, 26(3), 183-186. doi: 10.1136/emj.2008.060780

ACOMPANHAMENTO DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA NA TRANSFERÊNCIA INTER-HOSPITALAR: COMPETÊNCIAS NECESSÁRIAS AUTOPERCEBIDAS PELOS ENFERMEIROS

NUNO JOSÉ MAGALHÃES FRANCO
LUÍS MIGUEL NUNES OLIVEIRA
JOSÉ CARLOS AMADO MARTINS

INTRODUÇÃO

Assume-se hoje que a transferência inter-hospitalar da pessoa em situação crítica exige um nível assistencial de excelência semelhante ao que é ministrado no serviço ou unidade de origem, preconizando-se que o transporte seja realizado em unidades móveis de cuidados intensivos, sob supervisão de equipas qualificadas. O conceito de competência surge, pois, como uma questão central nos vários momentos deste processo. Tão importante quanto garantir, é necessário conhecer qual a autoperceção que os enfermeiros envolvidos neste tipo de transferências têm sobre as competências necessárias para o acompanhamento da pessoa em situação crítica.

OBJETIVOS

- Analisar a percepção dos enfermeiros que trabalham em serviços de urgência básica e médico-cirúrgica sobre o seu nível de competências para o acompanhamento da pessoa em situação crítica na transferência inter-hospitalar;
- Analisar a relação entre esse nível de competências e algumas variáveis socioprofissionais e de formação.

METODOLOGIA

Estudo quantitativo, de carácter descritivo, analítico e correlacional.

Utilizada amostra não probabilística acidental de 218 enfermeiros de oito serviços de urgência (básica e médico-cirúrgica) de hospitais da região oeste e Ribatejo.

Foi construída escala, com base nas recomendações de vários grupos de trabalho sobre as competências necessárias à equipa de transporte no acompanhamento do doente crítico, que engloba 5 categorias de resposta possíveis para cada enunciado, pontuadas de 1 (*discordo totalmente*) a 5 (*concordo totalmente*). O instrumento construído apresenta um carácter tridimensional abordando as competências em três domínios: conhecimento, habilidade e atitude.

O processo de colheita de dados decorreu entre janeiro e março de 2011, tendo sido respeitados os princípios éticos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os participantes neste estudo são maioritariamente pertencentes à unidade hospitalar de Caldas da Rainha, seguido de Torres Vedras e de Torres Novas, com 18,35% (40), 15,14% (33) e 14,68% (32) dos casos. A menor percentagem de participantes no estudo pertencem à unidade hospitalar de Peniche com apenas 6,42% (14) dos casos.

A grande maioria dos participantes (76,15%) é do sexo feminino. As idades mais representativas estão compreendidas entre os 26 e os 35 anos, representando no seu conjunto a maioria da amostra (60,55%). A média de idades situou-se nos 33,37 anos, com uma moda de 27 anos, para um desvio padrão de 7,57. A idade dos participantes variou entre os 22 e os 56 anos.

No que diz respeito às habilitações académicas, apurámos que 94,50% (206) dos participantes têm licenciatura, seguindo-se 3,21% (sete) com o grau de mestrado e 2,29% (cinco) dos casos com bacharelato.

A maioria (61,93%) não possui habilitações profissionais acrescidas, 19,72% (43) possui um curso de pós-graduação na área de urgência/emergência e 8,26% (18) tem o curso de especialização em enfermagem médico-cirúrgica.

No que se refere à formação profissional específica na área de urgência, cerca de 92,66% (202) dos enfermeiros possuem formação em suporte básico de vida (SBV) e cerca de 80,73% (176) apresenta formação em suporte imediato de vida (SIV) ou suporte avançado de vida (SAV). O curso de suporte avançado em trauma para enfermeiros (*Trauma Nursing Core Course* [TNCC] ou similar) está presente em 55,05% (120) da amostra. Do total de participantes, 10,55% (23) referem ter realizado o curso *Fundamentals Critical Care Support* (FCCS).

Segundo a opinião de 94,04% (205) dos participantes, a formação do curso base é insuficiente para realizar o acompanhamento da pessoa em situação crítica no transporte inter-hospitalar.

A quase totalidade (90,37%) refere não ter treino regular, por simulação, de acompanhamento da pessoa em situação crítica na célula sanitária (ambulância).

Relativamente aos fatores considerados fundamentais pela comunidade científica para o desenvolvimento de competências para o transporte inter-hospitalar da pessoa em situação crítica, 92,20% (201) assinala a necessidade de formação especializada na área, sendo o treino regular em contexto de transporte apontado como segundo fator mais referido com 79,82% (174). A formação em trabalho de equipa e gestão de conflitos e formação em comunicação foram referidos também como fatores importantes por 33,03% (72) e 23,85% (52) da amostra,

respetivamente. Outros fatores, nomeadamente, auditoria do processo de transferência inter-hospitalar e *debriefings* dos episódios de transferências são referidos, ainda, por 3,21% (sete) dos enfermeiros.

Os resultados da estatística descritiva das dimensões avaliadas pela escala revelaram: para a dimensão conhecimento obteve-se o valor mínimo de 27 e o valor máximo 50, sendo a média de 39,61 com um desvio padrão de 4,840; para a dimensão habilidade, os valores situaram-se entre 49 e 95, apresentando uma média de 76,95 e um desvio padrão de 8,679; a dimensão atitude variou entre 39 e 65, com a média de 52,35 e um desvio padrão 5,862. Estes resultados revelam-nos que os participantes referem possuir um bom nível de competências necessárias para o acompanhamento da pessoa em situação crítica na dimensão conhecimento, na dimensão habilidades e na dimensão atitudes.

Verificámos existir relação entre o nível de competências autopercibido pelos enfermeiros para o acompanhamento da pessoa em situação crítica no processo de transferência inter-hospitalar com a idade e a experiência profissional do enfermeiro no serviço de urgência.

Constatámos existirem diferenças significativas entre o nível de autoperceção do enfermeiro na maioria das dimensões (à exceção da dimensão atitude) das competências necessárias para o acompanhamento da pessoa em situação crítica na transferência inter-hospitalar e o treino em simulação. Os enfermeiros que referem treino regular em simulação do transporte da pessoa em situação crítica consideram possuir um nível de conhecimentos e habilidades superior àqueles que não possuem esta preparação.

Estes dados vão ao encontro das recomendações de Johnson (2006) que alerta para a importância do treino antecipado (formação prática) dos profissionais envolvidos no acompanhamento do doente crítico no transporte inter-hospitalar de modo a desenvolverem competências específicas nesta área de intervenção. A Ordem dos Médicos (OM), Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (SPCI; 2008) subscrevem também esta ideia, destacando que a equipa de transporte deve ser sujeita a formação específica e a um treino regular, de modo a estar qualificada para o transporte destes doentes.

Do mesmo modo, quanto maior for a experiência profissional do enfermeiro no serviço de urgência, mais este considera possuir conhecimentos, habilidades e atitudes necessárias para o acompanhamento da pessoa em situação crítica no processo de transferência inter-hospitalar. Estes dados estão de acordo com Neves et al. (2000) que salienta que o risco de transporte de doentes críticos diminui bastante, se a transferência for realizada por profissionais experientes. Também Machado (2010) no estudo efetuado sobre as vivências dos enfermeiros dos serviços de urgência no transporte de doentes críticos, os participantes referem como fator positivo para o transporte, a experiência do enfermeiro no que diz respeito ao número de anos de exercício profissional e a experiência na realização de transportes de doentes críticos. Esta ideia surge reforçada também no manual de transporte do doente crítico da OM, SCPI (2008) onde se destaca que "a experiência clínica, constitui um dos aspetos mais importantes para a promoção e para a garantia da segurança durante o transporte" (p. 11).

Constatámos existirem diferenças significativas no nível de autoperceção dos enfermeiros relativamente às várias dimensões das competências necessárias para o acompanhamento da pessoa em situação crítica na transferência inter-hospitalar e a existência de habilitações

profissionais acrescidas na área de urgência/emergência. Os enfermeiros que possuem um curso de pós-graduação na área de urgência/emergência ou o curso de especialização em enfermagem médico-cirúrgica consideram ter mais conhecimentos, habilidades e atitudes necessárias para o acompanhamento da pessoa em situação crítica na transferência inter-hospitalar do que aqueles que não apresentam este tipo de habilitações. Estes dados poderão justificar-se pelo facto dos programas formativos dos cursos de pós-graduação e de especialização em enfermagem médico-cirúrgica desenvolverem competências específicas na área da pessoa em situação crítica, comuns às competências necessárias para o acompanhamento da pessoa em situação crítica no processo de transferência inter-hospitalar.

Também os enfermeiros com formação em TNCC (ou similar) consideram possuir maior nível de conhecimentos, habilidades e atitudes necessárias para acompanhar a pessoa em situação crítica na transferência inter-hospitalar. Estes resultados poderão justificar-se talvez pelo facto da maioria dos enfermeiros em estudo com esta formação possuir também formação em SBV e em SIV/SAV, conferindo-lhes um desenvolvimento de competências mais aprofundado na abordagem ao doente em estado crítico transversal às competências necessárias no processo de transferência inter-hospitalar deste tipo de doentes.

CONCLUSÃO

Os resultados evidenciaram que o nível de competências autopercibido pelos enfermeiros nas dimensões conhecimento, habilidade e atitude necessário para o acompanhamento da pessoa em estado crítico na transferência inter-hospitalar está relacionado com a idade e a experiência profissional do enfermeiro no serviço urgência. O curso de pós-graduação na área de urgência/emergência, a especialidade em enfermagem médico-cirúrgica, o curso de TNCC ou similar e o treino em simulação influenciam de forma estatisticamente significativa o nível de percepção dos enfermeiros.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Johnson, K. (2006). Ground critical care transport: A lifesaving intervention. *Critical Care Nurse*, 26(1), 80-77.
- Machado, P. (2010). *Transporte de doentes críticos: Vivências dos enfermeiros do serviço de urgência* (Trabalho de fim de curso). Universidade Fernando Pessoa, Faculdade de Ciências da Saúde, Ponte de Lima, Portugal. Recuperado de http://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/1524/2/Mono_16609.pdf
- Neves, A., Gomes, V., Moreira, A. P., Paisana, A. M., Luzio, P., & Silva, B. (2000). Transporte de doentes em estado crítico. *Nursing*, 12(144), 37-40.
- Ordem dos Médicos, Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos. (2008). *Transporte de doentes críticos: Recomendações*. Recuperado de http://www.spci.pt/docs/guiatransporte/9764_miolo.pdf

A PESSOA COM ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL SUBMETIDA A FIBRINÓLISE: ESTUDO RETROSPETIVO DO ANO 2014

PAULO JOSÉ MARTINS NOBRE
PAULO ALEXANDRE CARVALHO FERREIRA

INTRODUÇÃO

O acidente vascular cerebral (AVC) é uma das mais importantes causas de mortalidade, morbidade, hospitalização e incapacidade permanente nas sociedades desenvolvidas e em Portugal não é exceção, assumindo-se como a principal causa de morte, de incapacidade e dependência. Segundo a Direção-Geral da Saúde (DGS) a taxa de mortalidade padronizada por doenças cerebrovasculares diminuiu entre 2007 e 2011 de 79,9 óbitos por 100 000 habitantes para os 61,9, representado mesmo assim a primeira causa de morte e a principal causa de incapacidade nas pessoas idosas (DGS, 2014). Neste sentido, a patologia cerebrovascular tem-se vindo a apresentar como uma patologia complexa, que requer o esforço e competência de todos os elementos de uma equipa multidisciplinar. Os enfermeiros são os principais responsáveis pela coordenação de todo o processo de cuidados, desempenhando um papel vital em todas as fases do tratamento da pessoa com AVC, contribuindo fortemente para a melhoria dos resultados, diminuição dos dias de internamento e dos custos associados (Summers et al., 2009).

Assumindo-se os cuidados associados ao tratamento na fase aguda da patologia cerebrovascular como um dos principais fatores estruturantes de toda a estratégia de resposta e controlo da doença, e estando os enfermeiros intrinsecamente relacionados com todo este processo, é de extrema importância encontrar referências que contribuam para o aperfeiçoamento das suas competências especializadas. Na sequência deste raciocínio, desenvolvemos uma investigação sobre os cuidados à pessoa com AVC submetida a tratamento fibrinolítico, numa perspetiva de melhoria da sua qualidade, da prevenção de complicações e da maximização dos resultados.

OBJETIVOS

Os objetivos do nosso estudo consistiram em analisar as características sociodemográficas e clínicas, analisar os diagnósticos de enfermagem e o nível funcional na alta do doente com AVC. Pretendemos ainda analisar e comparar o nível de consciência e de gravidade do doente

com AVC na admissão e na alta, analisar a relação entre o nível de gravidade com o nível de consciência e dias de internamento do doente com AVC, bem como analisar a relação entre o nível funcional, antecedentes pessoais e as complicações do doente com AVC.

METODOLOGIA

O estudo realizado versa uma abordagem quantitativa, de cariz retrospectivo, do tipo descritivo-correlacional. A amostra incluiu todos os doentes com o diagnóstico de AVC isquémico, admitidos na unidade de AVC (UAVC) de um hospital central da região centro, submetidos a tratamento fibrinolítico por via de administração endovenosa, no período compreendido entre o dia 1 de janeiro e 31 de dezembro de 2014, tratando-se de um tipo de amostragem intencional. O número total da amostra foi de 182 doentes adultos.

De acordo com os objetivos e o desenho do estudo constituíram-se como variáveis independentes as complicações ocorridas durante o internamento, o nível de consciência na admissão, os antecedentes pessoais e o nível de gravidade do AVC na admissão. Foram definidas como variáveis dependentes o nível funcional na alta, o nível de gravidade no AVC na alta, as complicações ocorridas durante o internamento, a ocorrência de óbito, os dias de internamento e o destino na alta.

A colheita de dados consistiu na criação de uma base de dados com a informação clínica dos processos clínicos únicos e com os diagnósticos de enfermagem relativos ao episódio de internamento de todos os doentes com AVC isquémico submetidos a tratamento fibrinolítico por via de administração endovenosa, no período anteriormente mencionado. Para o tratamento estatístico dos dados recorremos a procedimentos de análise descritiva (frequências absolutas e relativas, medidas de tendência central e medidas de dispersão ou variabilidade) e inferencial, através de testes não paramétricos dado que os pressupostos dos paramétricos não se encontravam cumpridos.

RESULTADOS

Na análise descritiva verificámos que a amostra em estudo era constituída maioritariamente por homens (54,4%), dos 75 aos 84 anos (43,96%), com idade média de 76,09 anos. Eram maioritariamente reformados (67,6%) e residentes em meio rural (74,2%).

Quanto à caracterização clínica constatámos que a maioria dos doentes apresentava como antecedentes pessoais hipertensão arterial (HTA; 79,7%), arritmia cardíaca (48,9%) e dislipidemia (46,7%). O diagnóstico de admissão predominante foi o *Total Anterior Circulation Infarct* (TACI; 57,1%), com maior incidência no hemisfério esquerdo (57,7%). Relativamente ao perfil neurológico verificou-se uma evolução favorável da maioria dos doentes, desde o momento da admissão na UAVC até à alta (nível de consciência e de gravidade do AVC, linguagem, visão e força muscular). Na avaliação funcional na alta hospitalar 24,2% dos doentes apresentavam incapacidade severa, 19,2% incapacidade moderada a severa e 13,0% não apresentavam sintomas.

A principal complicação ocorrida durante o internamento foi a dor (41,2%), seguida de confusão (33,5%), de infeção respiratória (27,5%) e de infeção urinária (20,9%), tendo 11,5% dos doentes

falecido. A média de dias de internamento na UAVC foi de 3,55 dias, na enfermaria foi de 12,01 e em todo o episódio clínico foi de 15,55 dias, e o destino/encaminhamento dos doentes na alta da UAVC para a maioria dos doentes foi o serviço de neurologia (81,1%). Em relação ao destino/encaminhamento na enfermaria, 56,7% dos doentes tiveram alta para o domicílio e 12,7% alta para Lar.

Relativamente aos diagnósticos de enfermagem, verificamos que a amostra em estudo apresentou um perfil de dependência em grau elevado na maioria dos diagnósticos relacionados com o autocuidado, existindo, no entanto, uma redução até ao momento da alta. Os diagnósticos relacionados com o risco mais identificados foram o risco de queda (92,9%) e risco de úlcera de pressão (79,7%), e os diagnósticos relacionados com as complicações, que apresentaram maior frequência relativa foram a comunicação comprometida (73,1%) e o movimento muscular comprometido (53,3%), nos quais se apurou uma redução no momento da alta, correspondendo globalmente a uma evolução favorável.

Relativamente aos resultados obtidos através da análise inferencial (Figura 1), podemos verificar que no momento da admissão, valores baixos da escala de Glasgow (EG) e valores elevados da *National Institutes of Health Stroke Scale* (NIHSS) estão relacionados com uma maior gravidade clínica e um menor nível funcional do doente com AVC no momento da alta. Por outro lado o facto de ocorrerem as complicações vômito, infeção urinária e infeção respiratória durante o internamento estão também relacionados com uma maior gravidade clínica e menor nível funcional do doente com AVC no momento da alta. Estes resultados estão por sua vez relacionados com um aumento dos dias de internamento e um aumento da institucionalização no momento da alta destes doentes.

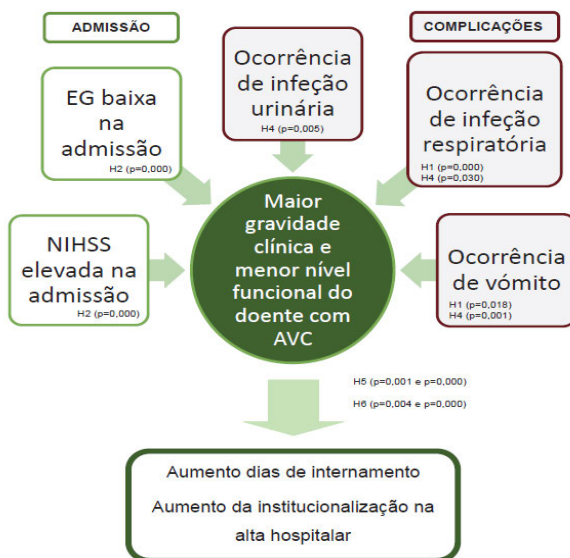


Figura 1. Síntese dos resultados da análise inferencial.

DISCUSSÃO E CONCLUSÃO

Os resultados obtidos decorrentes da análise descritiva vão, de uma forma geral, ao encontro dos consultados nos referenciais bibliográficos e com outros estudos já realizados. Salientam-se, no entanto, alguns resultados relacionados com as complicações ocorridas durante o internamento, nível de gravidade do AVC, dias de internamento e destino/encaminhamento na alta que diferem das referências teóricas, verificando-se no nosso estudo uma maior percentagem de óbitos (11,5%), menor ocorrência de úlceras de pressão (2,2%) e queda (0,5%), níveis mais elevados de gravidade do AVC na admissão (valor médio da NIHSS=15,09), menos dias de internamento na UAVC (média de 3,55 dias) e maior percentagem de altas para o domicílio (56,7%). Algumas explicações para as diferenças encontradas em relação a outros estudos podem estar relacionadas com a amostra utilizada (todos os doentes submetidos a tratamento fibrinolítico, $n=182$) e o período de internamento considerado (UAVC e serviço de neurologia).

Os resultados obtidos relativamente aos diagnósticos de enfermagem foram pouco concordantes com os de outros estudos já realizados, refletindo um maior nível de dependência, que poderá estar relacionado com o facto de todos os doentes terem sido submetidos a tratamento fibrinolítico (maior gravidade). Por outro lado estes resultados foram discutidos em reunião de equipa de enfermagem (onde foi realizado o estudo), da qual emergiram importantes opiniões e perceções, nomeadamente em relação à representação do perfil de dependência, do risco e complicações, dos doentes com AVC, bem como a sugestões de melhoria na identificação de diagnósticos relacionados com as complicações e com o ensino ao doente e família, e uma maior preocupação na atualização do plano de cuidados ao longo de todo o episódio de internamento, a fim de espelhar de forma mais rigorosa o perfil de dependência do doente com AVC.

Os resultados obtidos através da análise inferencial realçam a importância da prevenção e correção atempada de complicações, da preparação e referenciação precoce no regresso a casa e transferência para instituições que garantam a continuidade de cuidados. Por outro lado traduzem o carácter preditivo do valor da EG, da NIHSS na admissão e da ocorrência de complicações no internamento, na maior gravidade clínica e menor nível funcional do doente com AVC no momento da alta.

Os enfermeiros que trabalham e se dedicam ao cuidar do doente com patologia cerebrovascular são confrontados diariamente com o enorme desafio de se manterem atualizados, de forma a garantirem os mais elevados níveis de qualidade de cuidados (Pugh et al., 2007). Consideramos ter contribuído com esta investigação para uma melhor compreensão do perfil e evolução clínica do doente com AVC, submetido a tratamento fibrinolítico, destacando as principais complicações ocorridas ao longo do seu internamento, de forma a estabelecer referências e indicadores, que contribuam para uma melhoria da qualidade dos cuidados e dos ganhos em saúde. Por outro lado a identificação de aspetos a melhorar e a sugestão de ações de melhoria, tendo por base os resultados obtidos e a reflexão conjunta dos enfermeiros, foi sem dúvida um enorme contributo para a valorização do nosso trabalho.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Direção Geral da Saúde. (2014). *Doenças cérebro-cardiovasculares em números: 2014: Programa nacional para as doenças cérebro-cardiovasculares*. Lisboa, Portugal: Autor.

- Pugh, M., Berlowitz, D., Montouris, G., Bokhour, B., Cramer, J., Bohm, V., ... Kazis, L. (2007). What constitutes high quality of care for adults with epilepsy? *Neurology*, *69*, 2020–27.
- Summers, D., Chair, A. L., Co-Chair, D. W., Saver, J. L., Simpson, J., Spilker, J. A., ... Mitchell, P. H. (2009). Comprehensive overview of nursing and interdisciplinary care of the acute ischemic stroke patient: A scientific statement from the American heart association. *Stroke*, *40*, 2911-2944. doi: 10.1161/STROKEAHA.109.192362

VIVÊNCIAS DOS DOENTES E FAMILIARES EM RELAÇÃO ÀS VISITAS NUMA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS

PAULO ALEXANDRE DINIS OLIVEIRA
JOSÉ REIS DOS SANTOS ROXO

INTRODUÇÃO

O internamento numa unidade de cuidados intensivos (UCI) está invariavelmente associado a uma situação de grande risco. Em termos psíquicos e emocionais, implica lidar com sentimentos e manifestações extremas, tais como o medo insuportável, a agitação psicomotora ou a depressão grave. Halm e Alpen citados por Fernandes (2005) consideram que a forma como a medicina tem evoluído e se tem especializado e a maneira tecnológica com que os cuidados são prestados nas UCI têm, potencialmente, efeitos perigosos no estado físico e psíquico do doente e da sua família.

O ambiente de uma UCI tem características bastantes específicas; acentua sensações e sentimentos de desvinculação, de ressentimento e de desamparo. Como referem Rebelo, Shirley, e Egger citados por Roxo (2008), o ambiente das unidades só por si causa ansiedade, sentimentos de medo associados às imagens mentais desagradáveis, aos procedimentos e técnicas, que podem traduzir-se em vivências únicas e traumatizantes.

Quando um membro da família adoece, esta será a primeira a ser afetada, pelo que os profissionais de saúde devem considerar as implicações da doença, não apenas no indivíduo doente, mas igualmente na sua família. Quando uma pessoa é submetida a internamento hospitalar, uma das formas de expressão social de apoio é a visita. As visitas ajudam a suportar esse período em todos os seus aspetos, incluindo o sofrimento causado pela doença e pelos tratamentos a que o doente está submetido. A maior parte dos hospitais restringem as visitas e não permitem a entrada e a frequência do número de visitas que os familiares/doente desejariam, fixando regulamentos destinados a servir principalmente os profissionais de saúde, em detrimento das carências humanas dos doentes.

No Serviço de Cuidados Intensivos do Centro Hospitalar de Coimbra – Hospital Geral, Entidade Pública Empresarial (SCI do CHC-HG, EPE), onde foi realizado o estudo, as normas para as visitas são semelhantes a outros serviços e hospitais. O horário de visitas é repartido por dois períodos, das 14-15h e das 18-19h30 e o número de visitas por doente é de duas pessoas por dia.

Deste modo, surge-nos o interesse pela realização do presente estudo e pela necessidade de refletirmos sobre as visitas dos doentes internados nestes serviços, que poderão ser uma mais-valia na compreensão do processo de cuidar e da forma de ser cuidado. Para isso, pretendemos perceber, por um lado, quais as pessoas que os doentes gostariam de ver e se as visitas que recebem são benéficas para a sua recuperação e, por outro, se as visitas acham que são significativas para o restabelecimento da saúde do doente. Outro aspeto importante na escolha deste tema é possibilitar aos enfermeiros uma compreensão correta das visitas significativas para o doente, de forma a proporcionarem uma relação de proximidade entre doente/família/visita.

OBJETIVOS

Os objetivos deste estudo foram:

- Identificar as vivências dos doentes internados em cuidados intensivos em relação às suas visitas;
- Identificar as vivências dos familiares dos doentes internados em cuidados intensivos em relação às visitas;
- Compreender se o acompanhamento dos enfermeiros influencia as vivências dos doentes/visitas;
- Analisar se as normas das visitas em vigor influenciam as vivências dos doentes/visitas;
- Compreender se as visitas contribuem para o bem-estar do doente internado numa UCI;
- Identificar aspetos relevantes que possam ser integrados na prática clínica dos enfermeiros, face às visitas do doente internado numa UCI.

METODOLOGIA

Realizou-se um estudo qualitativo, do tipo fenomenológico, seguindo as etapas propostas por Giorgi (Giorgi & Sousa, 2010). Foram realizadas 24 entrevistas semiestruturadas a sete doentes e 17 familiares, no período de abril a julho de 2010 no SCI do CHC-HG, EPE. O número de entrevistas foi determinado pela redundância de informação. Foi obtido consentimento livre e esclarecido dos doentes e familiares, após completa informação, assim como a autorização para a gravação das entrevistas.

RESULTADOS

Foi possível identificar os seguintes temas principais nos relatos dos participantes doentes e familiares: memórias, contributo das visitas, visita de referência, práticas clínicas e regulamento interno de visitas (Figura 1).

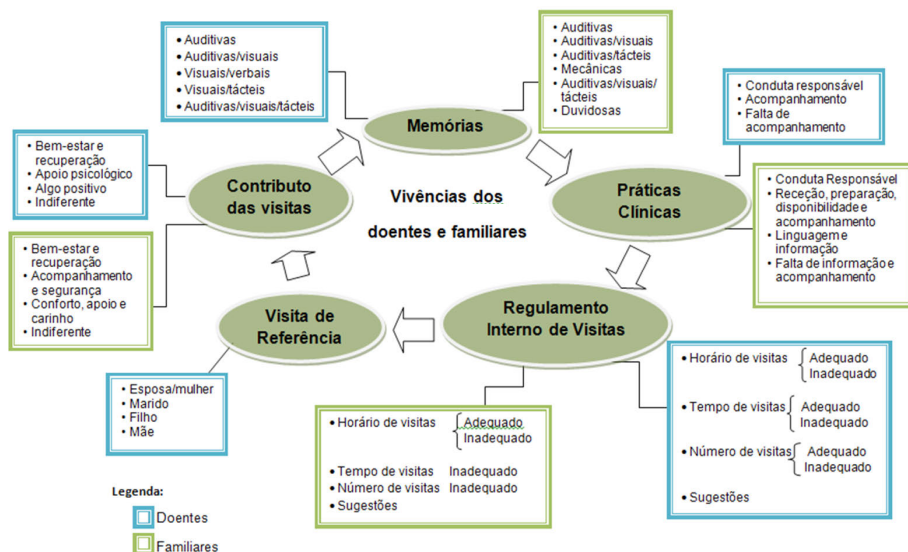


Figura 1. Estrutura esquemática dos temas principais e constituintes essenciais.

CONCLUSÕES

No primeiro tema (memórias), podemos depreender que é através da comunicação não-verbal que os doentes e familiares conseguem partilhar informações e sentimentos. Neste sentido, é importante que os enfermeiros tenham consciência e valorizem as mensagens não-verbais uma vez que são essenciais em todos os processos de interação. A comunicação é fundamental para a compreensão dos sentimentos, sendo um processo de confiança de forma a minimizar a ansiedade associada a um ambiente estranho e a uma situação nova para os doentes e para os familiares.

O internamento e o impacto da doença num membro da família afetam, de modo inequívoco, toda a unidade familiar. Quando um doente se encontra internado numa UCI, verifica-se uma interrupção da interação familiar, devido, entre outros motivos, à restrição de visitas e à dificuldade de comunicação com um familiar sonolento, o que constitui um acontecimento impulsionador de situações de crise e elevados níveis de stresse na família.

Relativamente ao contributo das visitas para o doente, a maioria dos participantes doentes e familiares referem que o bem-estar é um dos principais contributos das visitas para o doente internado numa UCI, assim como, o apoio psicológico para uma rápida recuperação. O enfermeiro encontra-se numa posição privilegiada para conhecer os familiares, identificar as suas necessidades e estabelecer com eles uma verdadeira relação de ajuda. É da sua responsabilidade minimizar o impacto da rutura desencadeada pela doença e internamento, quer no doente quer na família.

Do relato dos participantes doentes, podemos constatar que a pessoa que elegiam como visita de referência ou significativa para a substituírem em todas as suas tomadas de decisões recaia num familiar próximo, com disponibilidade e com alguma cultura geral. Todo o ser humano cuida de si próprio e em determinadas etapas do ciclo de vida necessita de ser cuidado por outro. Exigindo o cuidar do enfermeiro, o saber fazer, capacidade de escuta, empatia, respeito, congruência, clareza; e o saber ser, capacidade de análise das suas emoções, autoatualização e tomada de consciência dos seus valores, aptidão para agir como modelo, altruísmo, sentido das responsabilidades e ética profissional (Castro citado por Gomes, Oliveira, Pires, Ramos, & Alves, 2006).

Quanto às práticas clínicas, ambos os participantes referem que os enfermeiros durante o período da visita fazem um acompanhamento adequado dos familiares e com profissionalismo.

Por fim, outro tema principal que emergiu dos relatos dos participantes foi o regulamento interno de visitas em vigor no SCI do CHC-HG, EPE. Assim, para os doentes o horário de visitas é adequado, mas para os familiares este é inadequado. É do conhecimento geral que os visitantes pretendem estar com o doente o maior período de tempo possível, é um facto que a maior parte das UCI ainda possuem uma limitação ao nível do horário de visitas e número de visitas.

Relativamente ao tempo de visita e ao número de visitas no SCI do CHC-HG, EPE, são inadequados para ambos os grupos por prejudicar a proximidade entre eles. Por fim, fazem ainda, sugestões ao regulamento interno de visitas e à sala de espera atual, de forma a melhorar as práticas clínicas dos enfermeiros no SCI.

Considerando o exposto e pelos relatos dos participantes, achámos pertinente descrever algumas implicações e sugestões que poderão ser inseridas nas práticas clínicas de enfermagem: investimento pessoal dos enfermeiros no desenvolvimento e aquisição de competências no domínio da comunicação verbal e não-verbal, bem como ao nível da técnica da relação de ajuda; informar os doentes e familiares utilizando uma linguagem clara, precisa e objetiva, ao nível da compreensão dos mesmos; preparar as visitas emocionalmente antes de entrarem na unidade, informando e apresentando o SCI e explicando toda a tecnologia envolvente do doente, de forma a minimizar os níveis de ansiedade; apresentar os resultados deste estudo a toda a equipa de saúde do SCI do CHC-HG, EPE, serviço onde o mesmo estudo decorreu, de forma a tomar medidas que permitam minorar o fosso existente entre o meio hospitalar e o meio familiar e social em que os doentes estão inseridos, nomeadamente:

- Encontrar um espaço que sirva de sala de espera para as visitas incluindo, uma casa de banho;
- Encontrar um espaço que permita a transmissão de informação clínica e outros assuntos em privado aos familiares relativo ao doente internado;
- Ajustar um horário de visitas que vá ao encontro das necessidades dos doentes e familiares;
- Determinar qual o tipo de visita (familiar ou não familiar);
- Refletir, para melhorar o atendimento e acompanhamento dos doentes e familiares.

É importante encarar positivamente a ocorrência de alterações organizacionais que favoreçam a permanência dos familiares junto do seu doente querido. Qualquer estudo é condicionado pelo fator tempo, apresentando à partida algumas limitações, que após a sua análise e reflexão,

tiveram, no entanto, consequências positivas, pois resultaram em momentos de aprendizagem e permitiram, assim, o nosso crescimento e desenvolvimento como investigadores.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Fernandes, N. C. (2005). *A família face ao doente em medicina intensiva* (Trabalho do ano complementar de formação não publicado). Universidade de Aveiro. Portugal.

Giorgi, A., & Sousa, D. (2010). *Método fenomenológico de investigação em psicologia*. Lisboa, Portugal: Fim de Século.

Gomes, A., Oliveira, A., Pires, C., Ramos, E., & Alves, E. (2006). Comunicação em enfermagem. *Revista Sinais Vitais*, 69, 23-28.

Roxo, J. R. (2008). O toque na prática clínica. *Referência*, 2(6), 77-89.

EXPERIÊNCIAS CLÍNICAS SIMULADAS: INFLUÊNCIA NA PERFORMANCE, CONHECIMENTO E STRESSE DOS ENFERMEIROS DE UM SERVIÇO DE URGÊNCIA

RICARDO ALEXANDRE REBELO DE ALMEIDA
RUI CARLOS NEGRÃO BATISTA
JOSÉ CARLOS AMADO MARTINS

INTRODUÇÃO

A enfermagem tem assistido a um enorme crescimento e desenvolvimento técnico-científico, em grande parte suscitado pelas crescentes exigências dos cuidados de saúde, que conduziram os enfermeiros à procura de níveis de formação cada vez mais avançados, com aposta na formação contínua, como estratégia de desenvolvimento e atualização profissional. De facto, a qualificação crescente dos profissionais e a instituição de processos de formação profissional contínua, nas últimas décadas, constituiu-se como um importante contributo para a evolução da enfermagem, conduzindo ao desenvolvimento de profissionais altamente qualificados e treinados nas mais variadas vertentes do cuidar à pessoa e família.

Assim, atualmente, a aposta na formação em enfermagem continua a visar a obtenção de elevados padrões de qualidade no exercício profissional, procurando o recurso às melhores estratégias e metodologias de ensino-aprendizagem para alcançar essa finalidade. Neste contexto, com o desenvolvimento tecnológico, novos recursos e metodologias inovadoras de ensino têm surgido, aplicadas à área da saúde e em particular à enfermagem. O desenvolvimento de instrumentos com apoio de alta tecnologia veio transformar o ensino/formação, impondo novos processos e metodologias. Dentro destes, a utilização da Simulação de Alta-Fidelidade (SAF) é uma metodologia inovadora que tem vindo a aumentar na formação em enfermagem, proporcionando experiências clínicas simuladas, conquistando cada vez mais adeptos e seguidores.

A SAF pode ser considerada um método de ensino desenvolvido a partir de um conjunto de experiências que utilizam a alta tecnologia, nomeadamente simuladores computadorizados de doentes em escala real e que reproduzem situações clínicas de forma realista, num ambiente protegido (laboratório ou centro de simulação), onde o formando pode desenvolver as suas

competências profissionais (Lasater, 2007; Leigh, 2008; National League for Nursing, 2010; Sanford, 2010). Apesar das mais-valias apontadas à utilização da SAF no ensino/formação em saúde, pelos estudos internacionais, decorrentes do realismo que as experiências clínicas simuladas traduzem e da sua grande aproximação aos contextos reais da prática clínica, há ainda lacunas na adequação dos processos de ensino e na verificação dos seus resultados, encontrando-se por verificar a sua efetividade enquanto método de ensino-aprendizagem, bem como o seu potencial de translação para a prática clínica, onde o potencial beneficiário dos cuidados é a pessoa.

OBJETIVO

O objetivo deste estudo foi verificar a influência das experiências clínicas simuladas (com base na SAF) no desenvolvimento da performance, conhecimento e stresse de um grupo de enfermeiros de um serviço de urgência.

METODOLOGIA

Foi desenvolvido um estudo longitudinal, pré-experimental, com desenho antes-após com grupo único. No decurso da investigação foram aplicados vários instrumentos de colheita de dados, nomeadamente um questionário de caracterização sociodemográfica/profissional, uma grelha de avaliação/observação da performance clínica na via aérea e ventilação, um teste de avaliação de conhecimentos teóricos, e a Escala de Stress Profissional em Enfermeiros (ESPE; Santos & Teixeira, 2008).

Para implementação do projeto foi planeado um dia de formação (8 horas) com base na SAF, aproximando-se estruturalmente do preconizado nos cursos de Suporte Imediato de Vida, através do qual os elementos da amostra puderam participar no programa de experiências clínicas simuladas. O processo de colheita de dados decorreu em três momentos distintos ao longo das diversas fases do estudo, realizando-se um conjunto de avaliações, em contexto simulado, antes do programa de experiências clínicas (1ª avaliação) e repetindo-se as avaliações em dois momentos após o referido programa – uma imediatamente após o programa (2ª avaliação), ainda em contexto simulado, e a outra realizada um mês após o programa (3ª avaliação), já em contexto clínico real, no serviço de urgência. A amostra do estudo foi constituída por 22 enfermeiros do serviço de urgência de um hospital central da região centro de Portugal.

Todos os aspetos éticos e legais decorrentes da investigação científica foram preservados no decorrer da investigação. O projeto obteve apreciação e parecer positivo da Comissão de Ética da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem, da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (Parecer N°3/2010).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados obtidos no estudo demonstraram que a performance clínica dos enfermeiros é significativamente superior após a participação em experiências clínicas simuladas ($p < 0,05$).

Este dado é consubstanciado pela melhoria dos indicadores de performance na gestão da via aérea e ventilação, que sobem quer nas avaliações em contexto simulado imediatamente após o programa de SAF, quer em contexto clínico real um mês após o programa, comparativamente com as avaliações prévias ao programa. Parece existir, igualmente, uma transferibilidade das habilidades treinadas/adquiridas para a prática clínica, assim como uma certa estabilidade temporal das mesmas, após a participação em experiências clínicas simuladas, dada a manutenção dos níveis de performance, em contexto clínico real, um mês após o programa. Estas ilações devem ser, contudo, cautelosas já que derivam da comparação de contextos diferentes (contexto simulado/contexto clínico) e sem a existência de um controlo rigoroso sobre possíveis variáveis influenciadoras dos resultados obtidos nas avaliações realizadas um mês após o programa de formação.

Relativamente ao conhecimento teórico em emergência verifica-se, também, que é significativamente superior após a participação em experiências clínicas simuladas ($p < 0,05$). Os dados revelam que os indivíduos, na sua maioria (81,82%), melhoraram a sua avaliação no teste de conhecimentos teóricos após as experiências clínicas simuladas, obtendo uma pontuação significativamente superior após a formação ($M=83,33$), comparativamente com a obtida no teste inicial teórico ($M=79,59$) antes da formação.

No domínio da perceção de stresse não se encontraram diferenças estatisticamente significativas antes e após a participação em experiências clínicas simuladas ($p > 0,05$).

CONCLUSÃO

A evidência gerada com o estudo revela que as experiências clínicas simuladas apresentam uma influência positiva na performance clínica e conhecimento dos enfermeiros, constituindo-se como um bom método de ensino-aprendizagem em processos de formação profissional contínua. As habilidades treinadas/adquiridas em contexto simulado parecem ser transferíveis para a prática, dada a constância dos níveis de performance quando avaliados em contexto real de cuidados.

Contudo, as conclusões e ilações a retirar dos resultados obtidos devem ser moderadas, sendo necessária a migração para estudos puramente experimentais, com controlo rigoroso de variáveis e comparação de diferentes metodologias de ensino neste contexto. Será importante, por isso, incluir outras variáveis, de forma a avaliar não só a preponderância das experiências clínicas simuladas, mas concomitantemente fazer uma análise de custo/benefício associada aos processos de implementação e manutenção de programas de SAF. A avaliação do impacto da formação profissional, com recurso a experiências clínicas simuladas, no consumidor final de cuidados, surge também como uma necessidade premente, uma vez que só a aplicação das competências adquiridas pelo enfermeiro no cuidado ao utente, pode gerar ganhos efetivos em saúde.

Apesar das limitações da presente investigação, inerentes em grande parte da abordagem metodológica efetuada, criou-se um maior conhecimento e gerou-se evidência importante sobre a utilização de experiências clínicas simuladas, com base na SAF, na formação profissional contínua de enfermeiros. Pode-se, por este motivo, considerar que a SAF surge como mais uma estratégia de ensino-aprendizagem ao serviço dos enfermeiros. Se por um lado a sua

utilização parece estar a crescer no seio da enfermagem, torna-se importante que ela responda às reais necessidades dos profissionais e, em última análise, dos utentes alvo dos cuidados. Será importante manter uma monitorização contínua dos processos e resultados desta nova metodologia de ensino, devendo promover-se o desenvolvimento da investigação nesta área, enquanto garantia do cumprimento dos seus propósitos e finalidades.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Lasater, K. (2007). High-fidelity simulation and the development of critical judgment: Students experiences. *Journal of Nursing Education*, 46(6), 269-276.
- Leigh, G. T. (2008). High-fidelity patient simulation and nursing students` self-efficacy: A review of the literature. *International Journal of Nursing Education Scholarship*, 5(1), 1-16. doi: 10.2202/1548-923X.1613
- National League for Nursing. (2010). *SIRC glossary*. Recuperado de <http://sirc.nln.org/mod/glossary/view.php?id=183&mode=&hook=ALL&sortkey=&sortorder=&fullsearch=0&page=-1>
- Sanford, P. (2010). Simulation in nursing education: A review of the research. *The Qualitative Report*, 15(4), 1006-1011.
- Santos, J. M., & Teixeira, Z. M. (2008). The nursing stress scale: Desenvolvimento da versão portuguesa da escala. *Revista Investigação em Enfermagem*, 18, 29-40.

TOMADA DE DECISÃO DO ENFERMEIRO TRIADOR EM SITUAÇÃO DE EMERGÊNCIA - VALIDAÇÃO DO *TRIAGE DECISION MAKING INVENTORY* PARA A POPULAÇÃO PORTUGUESA

SANDRA GASPAR MARQUES
ISABEL MARIA PINHEIRO BORGES MOREIRA

INTRODUÇÃO

Diariamente os cidadãos recorrem aos serviços de urgência por uma variedade de problemas de saúde aos quais esperam obter resposta para a sua resolução. Estes serviços deparam-se com fluxos de doentes que variam em função do dia e da hora, pelo que é fundamental que se promova o atendimento em função da gravidade da situação clínica e não pela ordem de chegada

No contexto português a triagem é assumida pelo enfermeiro, cabendo a este profissional a responsabilidade de triar os doentes admitidos, através de uma avaliação rápida e tomada de decisão sobre a prioridade a atribuir. Cone (2000) evidencia que a avaliação do doente na triagem exige que o enfermeiro pense de forma crítica, para uma tomada de decisão correta.

A triagem é considerada pelo College of Emergency Nursing Australasia (2009) como uma atividade autónoma do enfermeiro, essencial à segurança e à prestação de cuidados emergentes. Acrescenta ainda este organismo, que o enfermeiro deverá demonstrar capacidade de pensamento crítico em ambientes em que a informação é limitada, incompleta e ambígua, o que requer um processo cognitivo complexo na tomada de decisão clínica.

O Manchester Triage Group (2006) considera que juízo clínico, relativo à avaliação e prescrição de intervenções ao doente, requer pensamento e intuição e ambos têm que ser baseados em conhecimento e competências profissionais. Assim, é fundamental que os enfermeiros triadores tenham formação em triagem e na área da urgência/emergência, para que adquiram um conjunto de conhecimentos e habilidades necessários à sua tomada de decisão.

OBJETIVOS

Validar para a população portuguesa o instrumento *Triage Decision Making Inventory* (TDMI), desenvolvido por Cone (2000) de Saint Francis College of Nursing, Peoria, USA, que permite

medir as percepções dos enfermeiros sobre a sua habilidade de tomada de decisão na triagem em serviços de urgência constitui o objetivo geral. E como específicos: avaliar a percepção dos enfermeiros sobre a sua capacidade de tomada de decisão na triagem em situação de emergência; analisar as relações entre as características cognitivas e confiança na habilidade, a intuição, o pensamento crítico e o número de anos de exercício profissional e número de anos de exercício profissional na urgência do enfermeiro triador.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de tradução e validação de um instrumento de medida, o TDMI, para a população Portuguesa.

Foi colocada como hipótese de investigação: o número de anos de exercício profissional e número de anos de exercício profissional na urgência contribuem para o desenvolvimento das características cognitivas e confiança na habilidade, intuição e pensamento crítico do enfermeiro triador.

A amostra foi constituída por 232 enfermeiros triadores de serviços de urgência do centro e sul de Portugal.

Para a concretização do objetivo foi realizada a validação cultural e linguística do TDMI, seguida da validação de conteúdo através da análise fatorial.

De forma a garantir equivalência linguística entre a versão em língua inglesa da escala e a versão portuguesa, o processo de validação cultural e linguística do TDMI incluiu a tradução para a língua portuguesa, revisão por um comité de especialistas, retrotradução para a língua inglesa, retorno da retroversão à autora da escala e pré-teste.

Da análise fatorial emergiram três fatores, que explicaram 46,69% da variância e originaram as subescalas: características cognitivas e confiança na habilidade, intuição e pensamento crítico. Salienta-se o valor da medida de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) de 0,918, considerado excelente e o do teste de Bartlett ($p=0,000$), no qual o nível de significância estatística confirma que as variáveis se correlacionam significativamente.

A consistência interna foi avaliada através do coeficiente de alfa de Cronbach, tendo-se obtido um valor excelente para a globalidade do TDMI (0,913) e para a subescala características cognitivas e confiança na habilidade (0,905), a subescala intuição obteve um valor de 0,844, que é indicativo de uma boa consistência interna. Já a subescala pensamento crítico apresentou um valor de alfa mais baixo, 0,751, mas, ainda assim, considerado razoável relativamente à consistência interna.

Foi utilizado o coeficiente de correlação de Spearman para verificar a correlação existente entre as várias subescalas e destas com o global do TDMI. Verificou-se que as subescalas do TDMI apresentam uma correlação positiva, moderada e significativa entre si e todas apresentaram uma correlação positiva, elevada e muito significativa com o global do TDMI.

Na versão final do TDMI com 36 itens constatou-se que a pontuação máxima possível é de 216 pontos, o que corresponderia à atribuição da pontuação 6 *Concordo bastante* em todos os itens. A média do score do TDMI encontrada foi de 180 pontos, que corresponde a 83%.

Desta forma o ponto de corte/viragem no TDMI com 36 itens é de 180 pontos, ou 83%, pelo que, se o enfermeiro pontuar menos do que isto, deverá ser feita uma avaliação dos resultados das subescalas e verificar onde está o problema. Se os resultados forem generalizados pelas subescalas, é indicativo de necessidade do enfermeiro adquirir mais experiência e reforço de formação em triagem.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Verificou-se que os enfermeiros triadores com mais anos de exercício profissional apresentam em média scores do TDMI superiores aos enfermeiros com menos anos de exercício profissional. O score médio mais baixo recai no grupo 1 aos 5 anos e o score médio mais alto no grupo com mais de 20 anos.

Quando completada a análise com o teste Post Hoc, concluiu-se que enfermeiros com 1 a 5 anos têm um score médio do TDMI diferente e estatisticamente significativo dos enfermeiros com 16 a 20 anos e mais de 20 anos de exercício profissional. Estes resultados vêm ao encontro dos de Cone (2000), embora no estudo inicial as diferenças tenham sido estatisticamente diferentes nos grupos de 1 a 5 anos, 6 a 10 anos, 16 a 20 anos e mais de 20 anos de exercício profissional.

Relativamente à experiência profissional em urgência, os enfermeiros com menos de 5 anos de exercício profissional na urgência apresentaram em média scores do TDMI inferiores ao grupo de enfermeiros com 5 ou mais anos. A realização do teste *t* de student permitiu concluir que as diferenças encontradas entre estes dois grupos são estatisticamente significativas ($p=0,000$) o que vai ao encontro dos resultados de Cone (2000). O estudo de Cone e Murray (2002) detetou a necessidade de formação na área da emergência para novos enfermeiros triadores. Também Mukhamad, Hathairat, e Praneed (2013) sugerem que a formação em gestão de situações de emergência é fundamental para aumentar e atualizar as competências para triar.

Os resultados dos estudos de Smith e Cone (2010), Mukhamad, Hathairat, e Praneed (2013) e Dadashzadeh, Abdolazadeh, Rahmani, e Ghojazadeh (2014) são similares aos encontrados neste estudo e confirmam a influência da experiência profissional na tomada de decisão do enfermeiro triador.

Foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre o número de anos de exercício profissional, o número de anos de exercício profissional na urgência e o score do TDMI, o que permitiu confirmar a hipótese.

CONCLUSÃO

O número de anos de exercício profissional e o número de anos de exercício profissional na urgência contribuem para o desenvolvimento das características cognitivas e confiança na habilidade, intuição e pensamento crítico do enfermeiro triador. A experiência profissional influencia a tomada de decisão dos enfermeiros triadores, o que corrobora os resultados da autora do TDMI.

Estas conclusões permitiram afirmar que o TDMI é um instrumento válido e fiável para avaliar a perceção dos enfermeiros portugueses da sua habilidade de tomada de decisão na triagem.

Este instrumento permite que os enfermeiros reconheçam se estão preparados para tomar decisões na triagem e identifica áreas em que estes necessitam de mais formação e treino, devendo ser encarado como uma ferramenta de melhoria para o enfermeiro triador e não como uma forma de avaliação.

A validação desta escala proporciona um instrumento que vem auxiliar os gestores dos serviços de urgência a prepararem enfermeiros competentes com capacidade de pensamento crítico para triar, tomando decisões corretas, priorizando cuidados e proporcionando o melhor resultado possível para o doente.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- College of Emergency Nursing Australasia. (2009). *Position statement: Triage nurse*. Recuperado de http://cena.org.au/CENA/Documents/CENA_Position_Statement_Triage_Nurse.pdf
- Cone, J. K. (2000). *The development of an instrument to measure decision making perceptions in emergency department triage nurses* (Doctoral dissertation). Saint Louis University, Missouri, USA.
- Cone, J. K., & Murray, R. (2002). Characteristics, insights, decision making, and preparation of emergency department triage nurses. *Journal of Emergency Nursing*, 28(5), 401-406.
- Dadashzadeh, A., Abdolazadeh, F., Rahmani, A., & Ghojazadeh, M. (2014). Factors affecting triage decision-making from the viewpoints of emergency department staff in Tabriz hospitals. *Iran Journal: Critical Care Nurse*, 6(4), 267-272.
- Manchester Triage Group. (2006). *Emergency triage* (2ª ed.). Oxford, USA: Blackwell Publishing.
- Mukhamad, F., Hathairat, S., & Praneed, S. (2013). Relationships between triage knowledge, training, working experiences and triage skills among emergency nurses in East Java, Indonesia. *Nurse Media Journal of Nursing*, 3(1), 511-525.
- Smith, A., & Cone, K. J. (2010). Triage decision-making skills: A necessity for all nurses. *Journal for nurses in staff development*, 26(1), 14-19.

PERCEÇÃO DOS ENFERMEIROS NO CUIDAR DO DOENTE COM VENTILAÇÃO NÃO-INVASIVA NUM SERVIÇO DE INTERNAMENTO

SÍLVIA MARIA CORDEIRO COSTA FRAGOSO
RUI CARLOS NEGRÃO BAPTISTA

INTRODUÇÃO

No decorrer da década de 40 até aos nossos dias destaca-se um desenvolvimento importante da ventilação não-invasiva (VNI), verificando-se um aumento progressivo de artigos disponíveis na PubMed sobre a temática. Os resultados obtidos e publicados nos estudos foram importantes para que ocorresse um aumento significativo na aplicação desta técnica, fundamentalmente em doentes com insuficiência ventilatória. Para a utilização desta modalidade ventilatória, existem evidências de que os profissionais devem estar treinados e serem detentores de conhecimentos (Hess, 2013).

O presente estudo versa a percepção do enfermeiro no cuidar do doente com ventilação não-invasiva num serviço de internamento de um hospital distrital (HD).

Atribuímos como objetivos descrever e analisar a percepção dos enfermeiros sobre o cuidar do doente com VNI num serviço de internamento.

METODOLOGIA

Estudo descritivo, exploratório nível I, com uma abordagem qualitativa.

Inicialmente, efetuámos três entrevistas a enfermeiros especialistas de referência de um serviço de medicina. Procurámos contributos válidos para testar o guião de entrevista bem como atender aos critérios centrais de avaliação de estudos de paradigma qualitativo (Morse, 2007).

Foram considerados todos os enfermeiros de dois serviços de medicina como potenciais participantes. A particularidade comum dos profissionais foi que deveriam desempenhar funções no serviço de internamento selecionado, onde a experiência e a necessidade de prestar cuidados ao doente com VNI pode surgir a qualquer momento. Participaram neste estudo 15 enfermeiros que voluntariamente se ofereceram para participar no estudo. Destes, um foi excluído por não ter tido experiência com VNI.

Como técnica de colheita de dados recorremos à entrevista semiestruturada com gravação áudio e posteriormente transcrevemos na íntegra em suporte informático. O tratamento dos dados foi efetivado com base na análise de conteúdo segundo Bardin (2011) e a investigação cumpriu os preceitos princípios éticos e morais.

RESULTADOS

Foi realizada uma categorização dos dados brutos e transformação em dados organizados de modo a conhecer as áreas temáticas e as suas categorias emergentes (Tabela 1).

Tabela 1

A percepção dos enfermeiros sobre o cuidar do doente com VNI

Área Temática	Categorias
Estratégias para o desenvolvimento profissional	<ul style="list-style-type: none">- Experiência- Formação- Recurso a outros profissionais
Estratégias para a adaptação do doente à VNI	<ul style="list-style-type: none">- Relacionado com ventilador- Relacionado com o doente- Relacionado com os recursos
Estratégias para a manutenção dos cuidados	<ul style="list-style-type: none">- Protocolos de intervenção- Vigilância/acompanhamento- Ensino do doente/cuidador
Complicações da VNI	<ul style="list-style-type: none">- Alterações físicas- Alterações sociais

DISCUSSÃO

As estratégias para o desenvolvimento profissional mostram que a experiência capacita os profissionais de competências técnicas e relacionais. Sugere-nos relacionar a formação/conhecimento com a eficácia e o sucesso de utilização desta técnica. Na estratégia de adaptação do doente à VNI, ressalta que o trabalho em equipa entre os profissionais de saúde (enfermeiros e médicos) mostra ser importante, bem como a vigilância do doente. Além disso, parece que a aceitação do doente influencia o sucesso de utilização desta técnica, bem como a autonomia e a experiência anterior do mesmo. Quanto às estratégias de manutenção da VNI, os enfermeiros valorizam a vigilância do doente e é atribuída importância aos ensinamentos ao doente/família, sendo ainda conferido valor à existência de protocolos nos serviços. No que se refere às complicações da VNI sobressai, o desconforto/dor do doente e o risco do aparecimento de úlceras de pressão no nariz.

CONCLUSÃO

Na perspectiva dos profissionais, o cuidar do doente com VNI parece ser cada vez mais frequente nos serviços de internamento, sendo reconhecida a importância da prática e da experiência profissional. É valorizada a experiência dos profissionais, a aceitação e a colaboração do doente.

A experiência parece ser um contributo para os cuidados na vertente relacional, sendo identificada a importância da informação e de como abordar o doente e a família visando diminuir a sua ansiedade. No entanto, da experiência profissional dos enfermeiros parece emergir a visão de que os doentes estão mais descompensados e ansiosos com a utilização da VNI.

Os enfermeiros relacionam o conhecimento técnico-científico dos profissionais de saúde com a eficácia e o sucesso desta técnica. Eles vão tendo maior ou menor segurança de acordo com os conhecimentos e experiências profissionais vividas. No entanto, a informação sugere que numa fase inicial, os enfermeiros eram detentores de poucos conhecimentos sobre o cuidar do doente com VNI. É por isso considerado importante o conhecimento neste âmbito, sendo sugerido que a intervenção do enfermeiro seja orientada pela procura da informação sobretudo através da formação, da partilha e do esclarecer dúvidas com os seus pares e outros profissionais.

É considerado pelos enfermeiros, que a VNI é uma boa alternativa ao tratamento do doente, nomeadamente com diagnóstico de insuficiência respiratória. Por outro lado, esta modalidade de ventilação parece ser entendida, numa primeira abordagem, como uma técnica que pode evitar a ventilação invasiva. No entanto, parece existir um sentido dificultador, no contexto da prática, relativamente ao início da VNI nos doentes com insuficiência respiratória aguda ou crónica agudizada.

Parece ser valorizado e considerado facilitador a disponibilidade dos materiais e equipamentos no serviço. Por outro lado, é considerado dificultador no contexto da prática dos enfermeiros, a falta de equipamento e material no imediato e a existência de um só tipo de máscaras no serviço. Neste sentido, emerge a iniciativa dos enfermeiros, em caso de necessidade, de encontrarem estratégias no sentido de conseguir outra máscara mais adequada ao doente. Também, o trabalho em equipa entre os profissionais de saúde (enfermeiros e médicos) mostra ser importante e valorizado, bem como a presença do médico no início da VNI. No entanto, apesar de prevalecer um sentido de valorização de interação entre as equipas de saúde, subsiste alguns constrangimentos na prática nos serviços.

Sobressai a visão de que a aceitação do doente influencia o sucesso da aplicação desta técnica, sendo que a autonomia e a experiência anterior do mesmo também mostra ser importante. Assim, verifica-se a valorização da comunicação e da relação estabelecida entre o enfermeiro e o doente, atendendo à expressão, à postura e à linguagem não-verbal.

Os enfermeiros valorizam a vigilância do doente visando a identificação dos sinais de alarme e assim o ajuste das intervenções da equipa de saúde face ao estado clínico do doente, contudo a mesma parece ser considerada *complicada* num serviço de internamento. Por outro lado, a valorização do posicionamento adequado dos doentes também parece ter um significado importante na prática dos cuidados de enfermagem.

É atribuída importância à existência de protocolo num dos serviços, enquanto fator facilitador da prática dos cuidados.

Além disso, emerge a priorização da vigilância nos doentes que iniciam a VNI em detrimento do doente que possui experiência anterior no domicílio e assim, atribuída valorização à manutenção/vigilância do doente, bem como, à comunicação entre a equipa de saúde (enfermeiro e médico).

Por outro lado, verifica-se a importância atribuída à preparação dos familiares, embora subsistam dificuldades sobretudo na situação do doente iniciar a VNI. Quanto aos ensinamentos ao doente/cuidador, parece ser valorizada a importância do papel do enfermeiro, embora se traduza como uma dificuldade na intervenção do mesmo.

Ao olharmos para as complicações da VNI, verificamos essencialmente o desconforto/dor do doente associado à utilização da máscara e o risco do aparecimento de úlceras de pressão no nariz, assim como a aspiração de vômito. São ainda consideradas as fugas, que habitualmente surgem do ajuste da máscara à face do doente e a conjuntivite como uma complicação associada à pressão e ao fluxo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Bardin, L. (2011). *Análise de conteúdo*. Lisboa, Portugal: Edições 70.

Hess, D. R. (2013). Noninvasive ventilation for acute respiratory failure. *Respiratory Care*, 58(6), 950-969

Morse, J. M. (2007). *Aspetos essenciais de metodologia de investigação qualitativa*. Coimbra, Portugal: Formasau.

CUIDAR DA PESSOA COM TRANSPLANTE RENAL HOSPITALIZADA

SUSANA MARGARIDA MIRANDA RODRIGUES
ISABEL MARIA PINHEIRO BORGES MOREIRA
MARIA ISABEL DOMINGUES FERNANDES

INTRODUÇÃO

Cuidar da pessoa com doença crónica requer cuidados especializados e um acompanhamento constante ao longo da trajetória de doença, dado o forte impacto que esta poderá ter na sua vida pessoal, familiar, profissional e social. O transplante renal representa, muitas vezes, o fim de um longo período de espera e expectativa mas, simultaneamente, o início de outros medos, preocupações e dúvidas. Muitos dos medos passam pelo receio da rejeição do rim e do conseqüente regresso à terapêutica de substituição da função renal e pelas alterações da imagem corporal provocadas pela terapêutica imunossupressora. Estas, e a necessidade de adaptação a um novo quotidiano, frequentemente são vivenciadas pela pessoa transplantada renal com sofrimento e angústia (Nunes, 2010).

Um transplante renal bem-sucedido prolonga a vida da pessoa e promove significativamente a sua qualidade de vida, no entanto, este procedimento não está isento de complicações. A Direção-Geral da Saúde (DGS; 2012) enumera como principais complicações aquelas que são transmitidas pelo rim transplantado, salientando como mais frequentes a rejeição, a infeção, a hipertensão arterial, a obesidade, a arteriosclerose e os tumores. Quando a pessoa transplantada renal é confrontada com o aparecimento de alguma complicação que pode pôr em risco a vida do órgão, esta tem necessidade de ficar hospitalizada. Durante a hospitalização vários aspetos podem contribuir para agravar ou minimizar uma vivência menos positiva que afeta a pessoa e os que a rodeiam. No processo de cuidar os enfermeiros experienciam múltiplos constrangimentos, por vezes difíceis de ultrapassar ante os cuidados dada a complexidade da intervenção. A hospitalização é sempre um período de transição e uma readaptação no ajuste ao autocuidado.

Nesta investigação o enfoque centra-se no enfermeiro e no processo de cuidados à pessoa transplantada renal. A pertinência de análise desta problemática associa-se ao facto de não ser evidente o que está na origem das dificuldades e constrangimentos associadas à hospitalização, o que cria insatisfação tanto para o profissional cuidador como para a pessoa que é cuidada.

OBJETIVOS

Os objetivos deste estudo foram:

- Identificar as percepções dos enfermeiros, de um serviço de internamento, sobre o cuidar da pessoa transplantada renal hospitalizada;
- Analisar as dificuldades e necessidades sentidas pelos enfermeiros, de um serviço de internamento, ao cuidar da pessoa transplantada renal hospitalizada;
- Analisar as motivações dos enfermeiros subjacentes ao cuidar da pessoa transplantada renal hospitalizada e os sentimentos que decorrem da sua intervenção neste processo.

METODOLOGIA

Tratou-se de uma investigação de abordagem qualitativa com características de estudo de caso. O processo de cuidados desenvolvido pela equipa de enfermagem de um serviço hospitalar com a pessoa transplantada renal durante a sua hospitalização é o caso em investigação.

Através da aplicação dos critérios de inclusão definidos, integraram o estudo 21 enfermeiros de um total de 25 que constituíam a equipa. A colheita de dados foi constituída por duas etapas, na primeira realizaram-se quatro entrevistas individuais não estruturadas, sendo intencionalmente selecionados quatro enfermeiros. Na segunda etapa realizaram-se três entrevistas em grupo tendo participado 18 enfermeiros. Estas tiveram o objetivo de validar e ampliar o esquema de análise obtido a partir do conteúdo das entrevistas individuais da primeira etapa.

RESULTADOS

As narrativas dos participantes conduziram a um corpus de dados que após a análise de conteúdo fez emergir um conjunto de categorias e subcategorias que se agregaram em cinco temas: acolhimento, cuidado quotidiano, gestão do regime terapêutico, características dos doentes e desafios no processo de cuidados.

O processo de cuidados à pessoa transplantada renal inicia-se pelo acolhimento, no qual os enfermeiros apresentaram aspetos relacionados com a organização, o conteúdo e a atitude e postura dos enfermeiros no processo. Em termos de cuidado quotidiano os enfermeiros inicialmente identificam que não têm áreas de intervenção específicas, mas depois deixam expresso que estas se centram no autocuidado e na preparação do regresso a casa. Apresentam em simultâneo as dificuldades sentidas.

A gestão do regime terapêutico foi uma área a que os participantes reconhecem dedicar especial atenção. Expressam as conceções que têm sobre a mesma e a forma como a promovem.

O quarto tema, referente às características dos doentes, os enfermeiros consideram que o que os caracteriza é o seu repertório de conhecimentos sobre a sua situação de saúde e os comportamentos nomeadamente a falta de confiança, a não-aceitação e revolta perante o internamento, o que é transposto para a relação terapêutica. Cuidar destas pessoas pela sua exigência coloca ao enfermeiro desafios no processo de cuidados que se revertem simultaneamente em fatores de motivação e constrangimentos gerando vivências díspares, de ordem física e emocional.

DISCUSSÃO

O acolhimento realizado pelos enfermeiros surge maioritariamente referenciado como sendo feito sem qualquer diferenciação, isto é, quando analisado comparativamente com o desenvolvido com outros doentes, sejam ou não transplantados renais, estas pessoas são acolhidas na unidade da mesma forma. No entanto, referem que o acolhimento é uma atividade não restrita à entrada da pessoa no serviço, vai além do momento inicial de admissão, para o qual é benéfica a existência de diretrizes simples adequadas a cada tipo de pessoa doente que o serviço recebe. Estes resultados vêm ao encontro do conceito de Guedes, Henriques, e Lima (2013) que entendem o acolhimento desde a admissão até ao encaminhamento para outros serviços e profissionais de forma a garantir tanto a eficácia como a eficiência dos cuidados de saúde prestados.

Relativamente ao cuidado quotidiano, os enfermeiros consideraram, nas primeiras entrevistas, que não existem focos de atenção específicos na sua intervenção. Contudo, revelaram percepções contrárias enumerando como pontos de especial enfoque a prevenção de infeções, a gestão da medicação e o uso de equipamento de proteção, nas entrevistas em grupo. A promoção do autocuidado foi inicialmente referenciada como um processo deficitário, sem intervenção direcionada a tal contudo, a análise em grupo fez emergir a conceção de que a promoção existe. Os enfermeiros gerem, através da negociação com a pessoa cuidada e orientação da sua ação para a manutenção da autonomia, a sua intervenção conducente à adesão e gestão do regime terapêutico. Nesta assume particular importância o rigor do horário e dosagem da medicação, nomeadamente da medicação imunossupressora.

Focalizam a sua atenção no rigor das suas ações em função das características da pessoa transplantada renal – atenta ao processo de cuidados e conhecedora da sua situação de saúde. Estas são percebidas como fontes de stress, por um lado pelo constrangimento e falta de vontade pelo comportamento do doente, e por outro por não se sentirem capacitados para responder de forma segura, tranquilizando-os. O comportamento das pessoas transplantadas renais é fortemente associado à não-aceitação da hospitalização com manifestações que expressam ou são percebidas como falta de confiança no profissional, por vezes, com demonstrações de revolta por parte dos doentes. Também Schroeder (2010) corrobora este resultado quando identifica o fator – doentes exigentes com sentimentos de direitos – como uma das principais situações que colocam o enfermeiro em risco de síndrome de burnout.

A intervenção do enfermeiro na decisão de saída da pessoa do contexto hospitalar é limitada pois, não existe comunicação dentro da equipa multidisciplinar para uma decisão partilhada, o que conduz a uma percepção de inespecificidade na preparação do regresso a casa, sem uma preparação atempada e gradual. Frank-Bader, Beltran, e Dojlidko (2011) identificaram uma necessidade semelhante quando concluíram que, ao ser disponibilizada de forma fragmentada muita informação no momento da alta, não se promovia a adesão aos tratamentos por parte das pessoas.

Os enfermeiros referem, em termos dos desafios no processo de cuidados, que existem áreas onde deveriam ter um maior investimento, uma intervenção mais dirigida a este grupo de doentes. Assim, dada a complexidade da preparação da pessoa para o autocuidado e as características da pessoa transplantada renal – de exigência e de questionamento – sentem a

necessidade de, durante a hospitalização, disponibilizar mais tempo no processo de cuidados a estas pessoas. A relevância desta necessidade sentida pelos enfermeiros de terem mais tempo para disponibilizar aos transplantados renais é ainda maior se a analisarmos à luz dos resultados da investigação de Russell et al. (2010) quando classificam 86% dos transplantados renais participantes no seu estudo como não aderentes ao regime terapêutico.

CONCLUSÃO

O transplante renal é considerado a opção mais sustentável para a pessoa com DRCT, uma vez que oferece os melhores resultados, a melhor qualidade de vida e é a mais rentável em termos de custos pessoais e sociais. Cuidar destas pessoas é percebido como um trabalho desgastante dado que são doentes questionadores e exigentes, o que não é compatível com a gestão do tempo disponível gerado pelo sistema de classificação de doentes.

Os enfermeiros pela prática de cuidados e pelo que conhecem dos doentes sabem que o rigor das suas ações tem de estar sempre presente. Têm a percepção que estão constantemente a ser avaliados por estas pessoas o que lhes causa alguma insegurança na prestação dos cuidados.

O cumprimento da gestão dos horários do regime medicamentoso é um fator de instabilidade na relação terapêutica uma vez que o enfermeiro ajusta os horários, que o doente realiza no domicílio, às exigências organizacionais. Esta situação gera ansiedade no doente desencadeando dificuldades no relacionamento, enfermeiro - pessoa transplanta renal, o que muitas vezes leva a situações de conflito.

O acolhimento, o autocuidado e a preparação do regresso a casa, são identificadas como áreas merecedoras de uma maior atenção a exigirem ser mais exploradas, organizadas e estruturadas, no processo de cuidados. Considerando que a hospitalização pode levar a uma mudança/transição, evidencia-se o constrangimento por não haver uma estruturação no acompanhamento deste processo. Assim, numa primeira fase e a nível comunicacional é importante desenvolver uma relação fomentadora de confiança, suportada num sistema de apoio e educação dirigidos promovendo assim a autonomia do doente fundamentalmente na gestão do regime terapêutico.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Direção-Geral da Saúde. (2012). *Norma portuguesa para o tratamento conservador médico da insuficiência renal crónica estadio 5*. Lisboa, Portugal: Autor. Recuperado de <http://www.dgs.pt/?cr=21155>
- Frank-Bader, M., Beltran, K., & Dojlidko, D. (2011). Improving transplant discharge education using a structured teaching approach. *Progress in Transplantation*, 21(4), 332-339.
- Guedes, M., Henriques, A., & Lima, M. (2013). Acolhimento em um serviço de emergência: Percepção dos usuários. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 66, 31-37. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/reben/v66n1/v66n1a05.pdf>
- Nunes, P. T. (2010). *Transplante renal*. Recuperado de http://www.apurologia.pt/publico/frameset.htm?http://www.apurologia.pt/publico/transplante_renal.htm

Russell, C., Cetingok, M., Hamburger, K., Owens, S., Thompson, D., Hathaway, D., ... Wakefield, M., (2010). Medication adherence in older renal transplant recipients. *Clinical Nursing Research*, 19(2), 95-112. doi: 10.1177/1054773810362039

Schroeder, B. (2010). Finding balance in our life: Where to begin. *International Transplant Nurses Society Newsletter*, 18(4), 11-12.

RESPOSTAS DE EMERGÊNCIA À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA NAS ENFERMIARIAS DO HOSPITAL: AS PRÁTICAS, OS RESULTADOS E AS OPINIÕES DOS ENFERMEIROS

TIAGO JOÃO SIMÕES FLÓRIDO
PAULO JORGE COIMBRA MARTINS
JOSÉ CARLOS AMADO MARTINS

INTRODUÇÃO

A intervenção precoce e adequada pode diminuir a mortalidade e a morbidade dos doentes hospitalizados que sofrem um processo agudo de deterioração clínica. Atualmente é consensual a necessidade da implementação de equipas de emergência médica intra-hospitalares (EEMI). A norma nº 15/DQS/DQCO da Direção-Geral da Saúde (DGS; 2010) recomenda a implementação, a nível nacional, destas equipas.

O enfermeiro, no contexto hospitalar, ao cuidar da pessoa 24 horas por dia deve ter presente uma capacidade de reconhecimento e de deteção de sinais de gravidade que lhe permitam intervir antecipadamente. Existem EEMI no contexto nacional que integram enfermeiros nos seus quadros, mas desconhecem-se instituições a este nível que tenham claramente definidos critérios de ativação e/ou sistemas de classificação de doentes de acordo com a sua gravidade, de forma documentada e padronizada por toda a instituição.

Em algumas destas instituições, as EEMI integram enfermeiros na sua constituição e têm um desempenho de sucesso, reconhecido a nível nacional pelas mais prestigiadas entidades de saúde e formação, neste contexto de intervenção. Os enfermeiros contribuem para a monitorização e realização dos registos, articulação com os serviços através de auditorias frequentes, envolvendo-se na formação aos profissionais da instituição, com programas definidos em termos de conteúdo e agendamento anual, promovendo ainda a investigação na instituição a este nível. De notar que a certificação em alguns destes hospitais exige que se cumpram as normas escrupulosamente. No hospital onde se realizou esta investigação, a EEMI é já uma realidade há muito implementada, mas com um desenvolvimento e uma estrutura que se distanciam do padrão da Circular Normativa emanada pela DGS em 2010.

No que trata o Centro Hospitalar Universitário de Coimbra (CHUC) – Polo Hospitais da Universidade de Coimbra (HUC), a EEMI que dá resposta às ativações efetuadas nas

enfermarias do hospital, é apenas constituída por um médico intensivista. A ativação não está inerente a uma classificação de doentes, algoritmo de intervenção protocolado ou critérios de ativação definidos, dependendo da competência individual de cada enfermeiro, médico responsável ou médico residente.

Assim, a importância de levantar questões como a pertinência de integrar um enfermeiro na EEMI, as operacionalização destas equipas, a relevância da atribuição de uma classificação à pessoa em situação crítica de acordo com o seu nível de necessidades e deterioração fisiológica e ainda a necessidade de perceber a cultura hospitalar quanto à potencial integração de protocolos que agilizem a resposta ao doente que mais necessita, associada aos critérios de ativação das EEMI, constituem argumentos que incrementam o potencial de estudo em qualquer hospital. É deste contexto que surge o problema desta investigação.

OBJETIVOS

Os objetivos desta investigação foram: identificar a situação clínica do doente na enfermaria e as intervenções realizadas antes, durante e após a ativação da emergência interna no Polo HUC e conhecer a opinião dos enfermeiros quanto à sua capacidade de resposta face à pessoa em situação crítica, autoconfiança e receptividade a novas aplicações na área de emergência intra-hospitalar.

METODOLOGIA

Realizou-se um estudo misto, que compreende informação de natureza quantitativa e qualitativa, através de dois estudos complementares. No estudo I, de carácter exploratório retrospectivo e transversal, recorreu-se à análise documental de processos dos doentes. Após uma análise de todas as ativações da emergência interna ao longo do último semestre de 2012, definiu-se uma amostra aleatória estratificada proporcional de 60 elementos.

No estudo II, do tipo prospetivo, estudou-se a opinião dos enfermeiros relativa a esta área de intervenção. Neste estudo a amostra foi constituída por 245 enfermeiros das enfermarias que estiveram na origem das ativações para o estudo I.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os principais resultados obtidos permitem-nos destacar os seguintes pontos relevantes, decorrentes desta investigação:

- Existe predomínio de ativações da EEMI ao fim de semana. O turno da manhã é aquele em que ocorre a maioria das ativações, sendo nos dias de semana a prevalência deste turno mais evidente. Este fato pode estar associado à maior dotação das enfermarias neste turno, conferindo uma maior vigilância e sinalização dos doentes em agudização. Por outro lado, aos fins de semana o facto de ter menores dotações de enfermeiros e clínicos pode ocasionar um défice na resposta de prevenção/sinalização, conduzindo a um agravamento da condição clínica dos doentes e consequente ativação da EEMI;

- A análise aos *scores* dos doentes obtidos através dos dados disponíveis nos registos médico e de enfermagem corrobora o potencial de utilização de escalas de classificação precoce e algoritmos de intervenção, segundo a situação clínica vivenciada pelo doente;
- Foram identificadas várias atitudes no sentido de resolução das situações de agudização, destacando que ainda assim houve um elevado número de decisão de não reanimar (DNR) tomadas pela EEMI, provocando uma mobilização de recursos muitas vezes desnecessária;
- Às 8, 4 e 2 horas anteriores à ativação, existiam já critérios de ativação em alguns doentes. Ainda assim, de acordo com os registos disponíveis, percebeu-se que no momento da ativação a maioria dos doentes tinha critérios de ativação da EEMI, segundo o Score Alerta Precoce Original (SAPO) e respetivo algoritmo, bem como pelos critérios da DGS;
- De uma forma geral os enfermeiros sentem necessidade de mudanças estruturais e organizacionais nas políticas de intervenção em situações de emergência, nomeadamente no contexto da resposta à emergência intra-hospitalar:
 - Necessidade de criação de critérios rigorosos para atuação em situações de emergência;
 - Necessidade de dotações seguras nas enfermarias;
 - Uniformização de práticas de organização, verificação e responsabilização quanto à utilização do carro de emergência;
 - Necessidades formativas, nomeadamente em Suporte Básico de Vida e Suporte Avançado de Vida.
- É pertinente o uso de escalas de classificação/pontuação de alerta precoce (como SAPO, Early Warning Scores [EWS], ou outro) e algoritmos de intervenção associados, políticas de limitação de cuidados e DNR (Alam et al., 2014);
- É pertinente a integração de enfermeiros na EEMI. Uma opinião manifestada em variadas questões realizadas ao longo do questionário, justificada pela necessidade de enfermeiros com mais experiência, maior conhecimento, melhor resposta em paragem cardiorrespiratória (PCR), metodologia de trabalho comum, referindo-se ao trabalho com o médico intensivista perante as situações de emergência;
- A baixa prevalência de experiências em contexto de emergência (PCR e não-PCR) são consonantes com as opiniões manifestadas pelos enfermeiros, reforçando a necessidade de formação na área dos cuidados ao doente crítico e da inclusão de enfermeiros mais experientes em colaboração/cooperação (EEMI);
- Os enfermeiros apresentam níveis moderados de autoconfiança. Estes níveis apresentam uma relação significativa com o número de experiências vivenciadas em situações de emergência não PCR nos últimos 6 meses.

CONCLUSÃO

Os enfermeiros são o elo fundamental no reconhecimento e deteção de situações que possam comprometer a estabilidade clínica ou até mesmo a vida do doente. O alerta precoce e as intervenções necessárias devem ter em conta o estado clínico do doente. A ativação da EEMI

deve obedecer a critérios padrão e recorrer a sistemas de classificação de doentes que antecipem a falência e previnam a paragem cardiorrespiratória.

Os resultados do estudo I demonstraram através dos dados disponíveis nos registos médicos e de enfermagem, a viabilidade da utilização de escalas de classificação precoce e algoritmos de intervenção para a situação clínica vivenciada pelo doente, assim como, a relevância da ativação precoce da EEMI.

No estudo II, a opinião manifestada pelos enfermeiros evidencia níveis tendencialmente baixos de autoconfiança, sentimentos de desamparo e limitação na resposta ao doente em situação crítica, justificadas pela necessidade de enfermeiros com mais experiência, maior conhecimento, melhor resposta em paragem cardiorrespiratória, metodologia de trabalho comum e expressando, maioritariamente, a pertinência de integração de um enfermeiro na EEMI e da reestruturação de políticas institucionais neste domínio.

Globalmente, verifica-se a necessidade de ajustar e incrementar mudanças políticas e organizacionais dos cuidados de saúde nesta instituição, no que diz respeito à resposta às situações de emergência e à pessoa a vivenciar um processo complexo de doença crítica.

Face aos resultados obtidos e às necessidades formativas depreendidas nestes contextos, deveria inculir-se um carácter obrigatório de frequência periódica de formação em Suporte de Vida.

Consideramos ser importante investir nas enfermarias (dotação/formação de enfermeiros), que são o local onde ocorrem as deteriorações, numa eventual articulação formativa promovida através das equipas móveis.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alam, N., Hobbelink, E., Tienhoven, A., Ven, P. M., Jansma, E., & Nanayakkara, P. (2014). The impact of the use of the Early Warning Score (EWS) on patient outcomes: A systematic review. *Resuscitation*, 85(5), 587-594. doi:10.1016/j.resuscitation.2014.01.013
- Direção-Geral da Saúde. (2010). *Criação e implementação de uma equipa de emergência médica intra-hospitalar*. Circular normativa nº 15/DQS/DQCO. Lisboa, Portugal: Autor.

RESUMOS ALARGADOS

PESSOA EM FIM DE VIDA

AVALIAÇÃO DA DOR AO DOENTE ONCOLÓGICO EM CUIDADOS PALIATIVOS INCAPAZ DE COMUNICAR

ALEXANDRA JOSEFINA RODRIGUES
ISABEL MARIA PINHEIRO BORGES MOREIRA

INTRODUÇÃO

A dor, sendo um dos sintomas que mais afeta o doente oncológico em cuidados paliativos, continua a ser subdiagnosticada, particularmente nos doentes incapazes de comunicar. Se a dor não for diagnosticada conseqüentemente não será tratada, o que irá afetar a qualidade de vida da pessoa.

Em cuidados paliativos a capacidade do doente de realizar uma autoavaliação diminui com a progressão da doença e a presença de alterações cognitivas (Hølen et al., 2006; Hjermstad et al., 2008). Nestes casos recomenda-se a heteroavaliação da dor.

OBJETIVO

O objetivo deste estudo foi validar a *Abbey Pain Scale* para a cultura portuguesa, para ser aplicada ao doente oncológico em cuidados paliativos incapaz de comunicar. A *Abbey Pain Scale* (Abbey et al., 2004) é uma escala australiana desenvolvida para a heteroavaliação da dor a pessoas com demência.

METODOLOGIA

Este estudo insere-se no paradigma da investigação quantitativa. Para LoBiondo-Wood e Haber (2001) é uma pesquisa metodológica e Ribeiro (2008) completa dizendo que é um estudo de natureza transcultural.

Iniciou-se o estudo com a realização da equivalência conceptual e linguística da *Abbey Pain Scale*: 1) pesquisa bibliográfica sobre a incapacidade para comunicar a dor em cuidados paliativos e sobre as escalas utilizadas para avaliar a dor nesses doentes; 2) apresentação dos dados da pesquisa a um enfermeiro perito na área da dor e discussão sobre as escalas mais

adequadas para a avaliação da dor no doente em cuidados paliativos incapaz de comunicar, o que levou à escolha da *Abbey Pain Scale*; 3) tradução independente da escala por duas tradutoras de língua materna portuguesa com formação superior em inglês; 4) análise das duas versões realizada pelas duas tradutoras e elaboração de uma primeira versão da escala em português; 5) retroversão desta versão para a língua inglesa, por uma tradutora com língua materna inglesa e com formação superior em português; 6) análise e comparação dos termos da versão original (australiana) com os termos da retroversão. Desta análise final surgiram dúvidas sobre alguns conceitos, pelo que foi feita consulta a peritos na área da dor.

Aplicou-se a *Abbey Pain Scale* – versão portuguesa (Figura 1) em contexto clínico, num serviço de cuidados paliativos e num serviço de ginecologia oncológica de um hospital central, entre março e junho de 2011. A avaliação da dor foi realizada simultaneamente por dois enfermeiros, de forma independente. A cada enfermeiro que colaborou no estudo foi explicado o funcionamento da escala. Delineou-se orientações para a aplicação da escala: a) se o doente não tivesse dor, só se realizava uma avaliação naquele momento (primeiro momento de avaliação); b) se o doente tivesse dor, realizava-se uma segunda avaliação 45 minutos após uma intervenção farmacológica ou não-farmacológica de alívio da dor (segundo momento de avaliação).

ABBEY PAIN SCALE - VERSÃO PORTUGUESA

Para avaliar a dor da pessoa com incapacidade para comunicar

Data ___/___/___ e hora ___h ___' da avaliação

Q1.	Vocalização p. ex. geme, chora, choraminga <i>Ausente 0 Ligeira 1 Moderada 2 Severa 3</i>	Q1	
Q2.	Expressão facial p. ex. apresenta expressão tensa, franze a testa, faz esgares, parece assustado/a <i>Ausente 0 Ligeira 1 Moderada 2 Severa 3</i>	Q2	
Q3.	Alteração da linguagem corporal p. ex. agitação, balança-se, protege uma parte do corpo, isola-se <i>Ausente 0 Ligeira 1 Moderada 2 Severa 3</i>	Q3	
Q4.	Alteração comportamental p. ex. mais confuso, recusa-se a comer, apresenta alteração nos padrões habituais <i>Ausente 0 Ligeira 1 Moderada 2 Severa 3</i>	Q4	
Q5.	Alteração fisiológica p. ex temperatura, ritmo cardíaco ou tensão arterial fora dos limites normais, transpiração, rubor ou palidez <i>Ausente 0 Ligeira 1 Moderada 2 Severa 3</i>	Q5	
Q6.	Alterações físicas p. ex. lacerações da pele, zonas de pressão, artrite, contracturas, lesões anteriores <i>Ausente 0 Ligeira 1 Moderada 2 Severa 3</i>	Q6	
Some as pontuações das Questões 1 a 6 e registe aqui		VALOR TOTAL DE DOR	

Agora assinale a casa correspondente à Pontuação Total relativa à Dor

0 - 2 Sem dor	3 - 7 Ligeira	8 - 13 Moderada	> 14 Severa
-------------------------	-------------------------	---------------------------	-----------------------

Assinale a casa que corresponde ao tipo de dor →

Crónica	Aguda	Dor Crónica e Aguda
---------	-------	---------------------

Figura 1. Abbey Pain Scale – Versão Portuguesa.

A amostra foi constituída por 84 episódios de dor, através da aplicação da escala a 30 pessoas selecionados pelo método de amostragem não probabilístico, de conveniência.

Definiu-se como critérios de inclusão: ter idade superior ou igual a 18 anos; ter doença oncológica em fase avançada, em cuidados paliativos; e ter incapacidade para comunicar. Teve-se necessidade de objetivar a incapacidade para comunicar a dor e por isso recorreu-se aos diagnósticos segundo a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), definindo que seria a pessoa com consciência alterada (sonolência, estupor) e/ou cognição comprometida (confusão, percepção alterada, memória comprometida, delírio). Com a aplicação da escala verificou-se que não se podia incluir um doente que se encontrava em coma, porque só dois itens da escala se podiam aplicar a este doente.

Durante a colheita de dados construiu-se um diário de campo, onde foram anotadas as dificuldades experienciadas na aplicação da escala, o que contribuiu para uma análise mais abrangente desta. Importa realçar que ao realizar o estudo teve-se em conta os procedimentos éticos recomendados em trabalhos desta natureza: foi concedida autorização para aplicação e validação da escala pelos seus autores; obteve-se autorização dos conselhos de administração e de ética dos hospitais envolvidos no estudo; e foi pedido o consentimento informado aos familiares dos doentes com critérios de inclusão no estudo.

Com os dados obtidos, procedeu-se posteriormente à análise dos resultados e à avaliação das propriedades psicométricas da escala.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A *Abbey Pain Scale* – versão portuguesa revelou ter boas propriedades psicométricas. A consistência interna calculada pelo alfa de Cronbach situou-se entre aceitável e boa (primeiro momento de avaliação: enfermeiro A=0,840, enfermeiro B=0,834; segundo momento de avaliação: enfermeiro A=0,739, enfermeiro B=0,676). Estes dados são idênticos, e em algumas situações superiores aos das versões australianas e japonesa (Abbey et al., 2004; Takai et al. 2010). Houve concordância entre os avaliadores (primeiro momento de avaliação: $R_s=0,917$; $p=0,000$; segundo momento de avaliação: $R_s=0,932$, $p=0,000$) e uma significativa redução do valor total de dor entre o primeiro e o segundo momento de avaliação (enfermeiro A: $Z=-4,690$, $p=0,000$; enfermeiro B: $Z=-4,779$, $p=0,000$).

A análise das anotações e reflexões realizadas no diário de campo permitiram delinear orientações para a utilização da escala. A aplicação da escala requer que o enfermeiro observe o comportamento do doente. Preconiza-se que o momento de eleição para essa observação seja após o posicionamento do doente ou após a prestação de cuidados de higiene.

Sobre o item Q4, podem surgir dúvidas sobre como diferenciar uma alteração comportamental, como a recusa do doente em se alimentar relacionada com a dor, do sintoma de anorexia, muito frequente em doentes oncológicos em fase avançada. Sabendo que os sintomas associados à doença oncológica aumentam o impacto negativo da dor, considera-se que se deve pontuar como alteração comportamental a recusa alimentar do doente, independentemente da sua causa.

Sobre o item Q5, entende-se que em cuidados paliativos a observação deve ser direcionada para a presença no doente de transpiração, rubor ou palidez, uma vez que não se avalia a tensão arterial, frequência cardíaca e temperatura de uma forma sistemática e rotineira.

No item Q6 os exemplos apresentados de alterações físicas são lacerações da pele, zonas de pressão, artrite, contracturas e lesões anteriores, ou seja, exemplos de alterações físicas muito frequentes em doentes idosos institucionalizados em lares, que foram a população alvo da versão australiana da escala. Os doentes oncológicos em cuidados paliativos também podem ter alterações físicas apresentadas na escala, como artrite e úlceras de pressão. Por outro lado, estes doentes são acometidos por várias alterações físicas, desde lesões associadas ao tumor primário a lesões metastáticas. As lesões físicas não são consideradas um indicador de dor, mas são importantes no contexto da avaliação da dor, uma vez que correspondem a situações clínicas passíveis de causar dor, pelo que se considera necessário contemplar as lesões físicas associadas ao cancro na pontuação do item Q6. Assim, é preciso ter em conta que se se pontuar as alterações físicas como severas (pontuação=3), mesmo que nos restantes itens se atribua a pontuação zero, o valor total de dor vai corresponder a uma dor ligeira (valor total de dor entre 3 e 7). Neste caso de exceção, se o doente não apresentar nenhum indicador comportamental de dor, e apenas for pontuado o item Q6, o doente deve ser considerado sem dor.

CONCLUSÃO

A *Abbey Pain Scale* – versão portuguesa é uma escala que pode ser aplicada ao doente oncológico em cuidados paliativos incapaz de comunicar. Ela possibilita uma avaliação mais objetiva da dor nestes doentes, contribuindo assim para que esta possa ser melhor tratada. Realça-se contudo a dificuldade de diferenciar o comportamento causado pela dor do causado pelo sofrimento ou desorientação. Por isso recomenda-se que a avaliação da dor com a *Abbey Pain Scale* seja feita por enfermeiros com formação em avaliação da dor.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abbey, J., Piller, N., De Bellis, A., Esterman, A., Parker, D., Giles, L., & Lowcay, B. (2004). The abbey pain scale: A 1-minute numerical indicator for people with end-stage dementia. *International Journal of Palliative Nursing*, 10(1), 6-13.
- Hølen, J., Hjerstad, M., Loge, J., Fayers, P., Caraceni, A., Conno, F., ... Kaasa, S. (2006). Pain assessment tools: Is the content appropriate for use in palliative care?. *Journal of Pain and Symptom Management*, 32(6), 567-580.
- Hjerstad, M., Gibbins, J., Haugen, D., Caraceni, A., Loge, J., & Kaasa, S. (2008). Pain assessment tools in palliative care: An urgent need for consensus. *Palliative Medicine*, 22, 895-903.
- Lobiondo-Wood, G., & Haber, J. (2001). *Pesquisa em enfermagem: Métodos, avaliação crítica e utilização* (4ª ed). Rio de Janeiro, Brasil: Guanabara Koogan.
- Ribeiro, J. (2008). *Metodologia de investigação em psicologia e saúde* (2ª ed). Porto, Portugal: Legis.
- Takai, Y., Yamamoto-Mitani, N., Chiba, Y., Nishikawa, Y., Hayashi, K., & Sugai, Y. (2010). Abbey pain scale: Development and validation of the Japanese version. *Geriatric Gerontology International*, 10, 145-153.

VIVÊNCIAS DA PESSOA COM DOENÇA ONCOLÓGICA AVANÇADA PROGRESSIVA

AMÉLIA PATRÍCIA MARQUES ESTEVES
JOSÉ REIS DOS SANTOS ROXO
MARIA DA CONCEIÇÃO GIESTAS BAÍA SARAIVA

INTRODUÇÃO

As pessoas com uma doença oncológica avançada e progressiva vivenciam uma situação única de saúde de grande instabilidade como outras fases de transição do ciclo de vida, mas com a singularidade de se tratar do fim de vida. Sendo este um período da vida tão complexo, é importante para os enfermeiros perceber como é vivenciado este processo na primeira pessoa.

Da prática diária surgiram inquietações sobre o que pensam e sentem os doentes oncológicos na fase final de vida. Assim, justificamos a realização desta investigação cuja questão central foi: quais as vivências da pessoa com doença oncológica avançada progressiva? O objetivo geral de descrever e compreender as vivências da pessoa com doença oncológica avançada progressiva. Este estudo pretende pois ser um contributo para a compreensão do complexo fenómeno de viver com uma doença oncológica avançada progressiva, no contexto de um hospital de agudos.

METODOLOGIA

A investigação insere-se no paradigma qualitativo, sendo um estudo descritivo e exploratório, com abordagem fenomenológica.

As participantes do estudo foram sete mulheres com vivências de uma doença oncológica avançada progressiva, selecionadas de forma intencional, internadas num serviço de ginecologia oncológica de um hospital central. Foi solicitada autorização à comissão de ética do hospital e as participantes assinaram o consentimento informado. A recolha de informação decorreu entre março e maio de 2011 e foi realizada através de entrevista semiestruturada.

Todas as entrevistas foram validadas com as participantes e, posteriormente, a informação foi analisada utilizando as etapas processuais do método fenomenológico de Giorgi (1985). Alcançámos assim os constituintes essenciais desta experiência.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Após a operacionalização dos quatro passos do método de Giorgi (1985), emergiram da análise dos discursos das pessoas com doença oncológica avançada progressiva seis constituintes essenciais desta experiência, desdobrados em subconstituintes. Apresentaremos de seguida cada constituinte essencial seguido dos subconstituintes. Nesta investigação o termo subconstituintes é da nossa autoria e serve para designar os conteúdos que emergiram da análise e que pertencem ao universo de cada constituinte essencial.

Informação sobre a situação de saúde

Este subconstituinte corresponde à necessidade em ser informado sobre a sua situação de saúde, direito à informação e adaptação da informação à pessoa doente.

Verificámos pelos relatos das nossas participantes que todas são unânimes ao referir uma necessidade de serem informadas sobre a sua situação de saúde. São vários os autores e os estudos que corroboram esta ideia, pois este constituinte essencial da experiência é bastante abordado em cuidados paliativos. Vários estudos, nacionais (Martins, 2008) e internacionais (Pardon et al., 2009; Rainbird, Perkins, Sanson-Fisher, Rolfe, & Anseline, 2009) concluem que o domínio onde os doentes expressam mais necessidades é o domínio da comunicação/informação sobre a sua situação de saúde.

Percepção da doença (crónica, situação grave e morte)

A percepção da doença é outro dos constituintes essenciais a que o nosso estudo nos conduziu. Petrie e Weinman (2006) afirmam que a forma como a doença é percecionada influencia diretamente a resposta individual e o comportamento perante a mesma.

Na nossa investigação, algumas participantes percecionam esta doença como uma doença crónica, com períodos de agudização e períodos de remissão, acabando por transmitir a ideia de que nunca sabem como pode evoluir. Reconhecem que apesar de estarem informadas sobre a doença não perceberam que seria um processo que se prolongaria no tempo.

Reações emocionais

Emergiram nos discursos das participantes diversas reações emocionais: medo do sofrimento, medo da morte, medo de ficar dependente, medo de enfrentar a realidade, revolta, angústia, instabilidade emocional, aceitação do estado de saúde, perda da esperança, vontade de viver, esperança e de lutar contra a doença.

Identificamos no discurso das participantes deste estudo a ideia que traduz a vontade de viver e de lutar contra a doença. Não ficámos surpreendidos quando este subconstituinte emergiu do discurso das participantes, pois é expectável que as pessoas verbalizem vontade de continuar a viver. Contudo, é necessário compreender que existem algumas variáveis que podem influenciar essa vontade de viver.

Chochinov et al. (2005), num estudo realizado com 189 doentes em fase final de vida, concluíram que a vontade de viver apresentava uma correlação significativa com variáveis existenciais,

psicológicas, sociais e físicas, sendo que as variáveis existenciais como a desesperança, ser um fardo para os outros e o sentido da dignidade foram aquelas que tinham maior influência na vontade de viver. Por este motivo os autores destacam a importância que os profissionais de saúde devem dar às questões existenciais.

Estratégias de ajuda dos enfermeiros

Entre estas estratégias encontram-se o apoio emocional, a informação sobre a situação de saúde, os cuidados prestados com afetividade e os cuidados de enfermagem diferenciados.

Uma das estratégias que as participantes deste estudo destacaram como importante para a vivência da sua situação de saúde foram os cuidados com afetividade. Todas as participantes referiram que o carinho com que os enfermeiros tratam os doentes é importante para ajudar a ultrapassar esta situação. Há mesmo uma participante que afirma que o carinho é mais importante que o profissionalismo.

A afetividade no cuidar é um assunto pouco abordado na literatura. Talvez este facto seja reflexo da vertente muito mais tecnicista do que humanista que tem acompanhado o desenvolvimento da enfermagem nos últimos anos, razão pela qual têm surgido alertas de movimentos humanistas para a restauração de um equilíbrio entre a tecnologia e o humanismo (Simões, Rodrigues, & Salgueiro, 2008).

Limitações causadas pela doença (físicas, profissionais e familiares)

A nível familiar a vivência desta doença implica alterações. As participantes referem que a sua vida se alterou em termos familiares, pois a doença tem impacto: nas rotinas da família, no facto de terem de se deslocar para casa de familiares, ou ainda pelo facto de não poderem dar continuidade a projetos familiares, como por exemplo ter mais filhos. Sabemos também que a pessoa deixa progressivamente de cumprir o seu papel familiar, seja esse papel o de sustento da família, o de educador ou outro.

De facto, as participantes referem muito medo de não conseguirem acompanhar o desenvolvimento e o futuro dos seus filhos. Martins (2010), no seu estudo, também revela que os enfermeiros identificaram como fonte de sofrimento dos doentes em situação terminal o facto de serem pais ou mães de filhos pequenos, pois era grande a preocupação com o futuro dos filhos e com a sua subsistência.

Mudanças na perspetiva de vida

Entre estas mudanças podemos encontrar a reformulação dos objetivos de vida, as limitações no projeto de futuro, a perda do sentido da vida e a preparação para a morte.

Parece-nos que na sequência dos subconstituintes – reformulação dos objetivos de vida e limitações no projeto de futuro – é perceptível que tenha emergido do discurso das participantes a perda do sentido da vida. O sentido da vida é um constructo presente na literatura sobre cuidados paliativos. Quando a pessoa é confrontada com uma doença ameaçadora da sua vida é importante que consiga encontrar um sentido para o final da sua existência, como refere Neto (2010).

Estas participantes são confrontadas com a impossibilidade de exercer a sua atividade laboral, de desempenhar os seus papéis, alteraram as suas relações, enfim há inúmeros fatores que afetam as suas fontes de sentido na vida. Assim, a pessoa que se vê confrontada com esta situação é desafiada a encontrar um sentido para a sua vivência, um objetivo para a vida que lhe resta. Existem doentes que conseguem encontrar um sentido positivo para a sua experiência mesmo estando a viver um processo doloroso. Deste modo, “é possível transformar uma tragédia pessoal num triunfo pessoal [pois] o que destrói o Homem não é o sofrimento, é o sofrimento sem sentido” (Neto, 2010, p.14).

CONCLUSÕES E LIMITAÇÕES

A investigação realizada permitiu descrever as vivências de sete pessoas com doença oncológica avançada progressiva, que experienciaram esta situação num hospital de agudos. Deste modo, e após a operacionalização do método de Giorgi (1985), emergiram seis constituintes essenciais dessa experiência: informação sobre a situação de saúde, perceção da doença, reações emocionais, estratégias de ajuda dos enfermeiros, limitações causadas pela doença e mudanças na perspetiva de vida.

Importa referir que na investigação qualitativa não se procura generalizar os resultados. Contudo, pode ser feita essa transferibilidade para um contexto similar.

O desenvolvimento do nosso estudo trouxe implicações e contributos para a investigação em enfermagem. Nenhum dos estudos encontrados na revisão bibliográfica efetuada inicialmente focou as vivências da pessoa com doença oncológica avançada progressiva num hospital de agudos, utilizando uma abordagem fenomenológica. Assim, somos da opinião de que este estudo contribuiu para aumentar os conhecimentos nesta área. Um dos pontos fortes desta investigação é que a informação recolhida advém diretamente da experiência da pessoa que vive com uma doença oncológica avançada progressiva. Por este facto parece-nos que as conclusões deste estudo poderão contribuir de forma mais efectiva para o cuidar.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Chochinov, H. M., Hack, T., Hassard, T., Kristjanson, L. J., McClement, S., & Harlos, M. (2005). Understanding the will to live in patients nearing death. *Psychosomatics*, 46(1), 7-10.
- Giorgi, A. (1985). *Phenomenology and psychological research* (15ª ed.) Pennsylvania, USA: Duquesne University Press
- Martins, J. C. (2008). *O direito do doente à informação contextos, práticas, satisfação e ganhos em saúde* (Tese de doutoramento). Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar, Porto, Portugal. Recuperado de <http://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/7251>
- Martins, M. C. (2010). *Aliviando o sofrimento: Processo de acompanhamento de enfermagem ao doente em final de vida* (Tese de doutoramento). Universidade de Lisboa, Portugal. Retirado de <http://repositorio.ul.pt/handle/10451/3185>
- Neto, I. G. (2010). Princípios e filosofia dos cuidados paliativos. In A. Barbosa & I. G. Neto (Eds), *Manual de Cuidados Paliativos* (pp-1-42). Lisboa, Portugal: Faculdade de Medicina de Lisboa.

- Pardon, K., Deschepper, R., Stichele, R., Bernheim, J., Mortier, F., & Deliens, L. (2009). Preferences of advanced lung cancer patients for patient-centred information and decision-making: A prospective multicentre study in 13 hospitals in Belgium. *Patient Education & Counseling*, 77(3), 421-429. doi:10.1016/j.pec.2009.09.01
- Petrie, K. J., & Weinman, J. (2006). Why illness perceptions matter. *Clinical Medicine*, 6(6), 536-539.
- Rainbird, K., Perkins, J., Sanson-Fisher, R., Rolfe, I., & Anseline, P. (2009). The needs of patients with advanced, incurable cancer. *British Journal Of Cancer*, 101(5), 759-764. doi:10.1038/sj.bjc.660523
- Simões, M., Rodrigues, M., & Salgueiro, N. (2008). O significado da filosofia da humanidade, no contexto dos cuidados de enfermagem à pessoa dependente e vulnerável. *Revista de Enfermagem Referência*, 2(7), 97-105

MORTE EM CONTEXTO HOSPITALAR: VIVÊNCIAS DOS ENFERMEIROS

ANA MARIA TUNA DOS SANTOS SERRA JORGE PEREIRA
MARIA SALOMÉ SACADURA
PAULO ALEXANDRE CARVALHO FERREIRA

INTRODUÇÃO

A enfermagem, enquanto profissão, tem como essência o conceito de cuidar, devendo estar presente em todas as fases do ciclo de vida, incluindo o fim de vida. A dignidade da pessoa é uma referência conceptual do enfermeiro que, na procura da excelência do cuidar deve desenvolver competências relacionais que lhe permitam assistir o doente/família numa fase terminal. Compreender o modo como o enfermeiro, enquanto ser humano se envolve profissionalmente na perspetiva da morte da pessoa de quem cuida é o principal motivo de interesse deste estudo.

A morte encarada como algo irracional, ilógico e incompreensível é difícil de assimilar e todos nós temos dificuldade em aceitar a ideia de morrer e de vivenciar a morte do outro. Neste contexto, Frias (2001) refere que os profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros, sentem-se desarmados perante a angústia das pessoas em fim de vida, com os quais têm dificuldade em estabelecer uma relação de ajuda. Menciona ainda que os enfermeiros parecem estar pouco preparados para assistir, entender e ajudar as pessoas no seu processo de doença. A família, por sua vez, precisa de ajuda para aliviar o sofrimento, a dor, ou a angústia do seu familiar em fim de vida.

Sabemos que a problemática da morte não se encontra suficientemente estudada e que consiste numa área de interesse crescente na investigação em enfermagem, que é também por nós partilhada. Twycross (2003) referencia a importância da investigação para quem deseja aperfeiçoar os cuidados aos doentes que se aproximam da morte.

OBJETIVO

Compreender como os enfermeiros vivenciam o processo de morte dos doentes e família em fim de vida.

METODOLOGIA

Partindo da questão de investigação: Como é que os enfermeiros gerem a sua presença junto da Pessoa/Família em fim de vida? desenvolvemos um estudo de natureza qualitativa e abordagem fenomenológica segundo Colaizzi (1978). O desenvolvimento procedimental desta abordagem é baseado nos seguintes passos: descrever o fenómeno de interesse; colher as descrições dos participantes; ler todas as descrições do fenómeno feitas pelos participantes; retornar às transcrições originais e extrair as declarações significativas; tentar soletrar o significado de cada declaração significante; organizar os significados agregados formalizados em grupos de temas; escrever uma descrição exaustiva; regressar aos participantes para validar a descrição; se novos dados forem revelados incorporá-los na descrição exaustiva. Assim, começamos por expor uma representação esquemática do fenómeno em estudo que, tal como nos refere Loureiro (2006), consiste na "organização estrutural dos elementos essenciais do fenómeno de modo a facilitar a sua compreensão" (p. 29).

Os participantes foram 8 enfermeiros que trabalham há mais de 5 anos, com mais de 30 anos de idade, que se disponibilizaram para partilharem as suas vivências enquanto cuidam da pessoa em fim de vida, e aceitaram a gravação áudio da entrevista. Foi obtido o parecer favorável da Comissão de Ética para a Saúde da instituição onde foi realizado o estudo.

RESULTADOS

Neste estudo emergiram seis temas que se dividiram em vários subtemas, revelando-se muito importantes para a compreensão desta problemática (Tabela 1).

Tabela 1

Síntese estrutural empírica do fenómeno em estudo

Fim de vida. Perceção e Vivência de quem cuida	
Temas	Subtemas
Reconhecimento humano de fim de vida	-Experiência profissional -Diminuição/falência das funções orgânicas -Expressão facial/Verbalização -Diagnóstico/informação clínica
Sentimentos marcantes intrínsecos ao profissional	-Dificuldade na aceitação da morte na idade jovem -O momento da morte e a despedida da família -Medo/angústia/dificuldade em aceitar a morte
Sentimentos no cuidar extrínsecos ao profissional	-Falta de apoio psicológico -Falta de condições físicas -Falta de disponibilidade de tempo
Estratégias para minimizar o sofrimento e promover o bem-estar	-Interação enfermeiro/família: diminui a ansiedade e promove a confiança -Consciência da utilização, importância da relação de ajuda
Melhorar a humanização dos cuidados ao doente e família	-Formação (cuidados Paliativos) -Melhorar as condições físicas -Articulação do trabalho em equipa multidisciplinar -Melhorar a organização dos recursos humanos
Valorização dos cuidados	-Gestão terapêutica/alívio da dor -Apoio afetivo e relacionamento humano -Conforto e bem-estar -Apoio familiar

DISCUSSÃO E CONCLUSÕES

As principais conclusões centram-se no facto de os enfermeiros identificarem os doentes em fim de vida com base no diagnóstico, na informação clínica, na sua experiência, na comunicação não-verbal e na falência das funções orgânicas, valorizando a importância do apoio afetivo e relacionamento humano na prestação de cuidados. Os enfermeiros adotam estratégias para minimizar o sofrimento e promover o bem-estar, realçando a gestão terapêutica no alívio da dor, a importância da relação de ajuda e a interação enfermeiro/família. Identificam alguns

constrangimentos inerentes à prestação de cuidados aos doentes/família em fim de vida e que são: estrutura física pouco humanizada, falta de apoio psicológico e falta de disponibilidade de tempo. Numa outra perspetiva, os sentimentos intrínsecos encontram-se presentes e são consubstanciados na dificuldade em aceitar a morte, sobretudo a morte prematura bem como o momento da morte e o presenciar a despedida da família.

Neste estudo ainda podemos concluir que os enfermeiros têm consciência de que os cuidados ao doente/família poderiam ser melhorados se houvesse maior preocupação na sua formação em cuidados paliativos, se a estrutura física dos serviços proporcionasse um ambiente mais humanizado para as necessidades do doente/família, se a dotação de recursos humanos se adequasse mais ao tempo necessário para o apoio presencial que o doente família requer para a preparação e aceitação da morte e se a equipa de enfermagem e a equipa multidisciplinar se organizasse melhor em termos das necessidades dos doentes. O estudo possibilitou compreender, a partir dos dados empíricos, que, para aliviar o sofrimento dos doentes em fase final de vida, os enfermeiros desenvolvem um processo de acompanhamento específico, integral, dinâmico, sistemático e interativo, que engloba duas fases distintas, mas simultâneas: Uma fase em que identificam e avaliam o sofrimento do doente; outra fase, na qual, o ajudam a viver com o menor sofrimento e o maior bem-estar possíveis os últimos dias de vida, bem como o ajudam a morrer, de forma serena e digna. Ao longo destas duas fases, os enfermeiros desenvolvem atividades de avaliação, de relação, de suporte, de informação e de execução. Neste processo de acompanhamento, a presença do enfermeiro e a relação profunda estabelecida entre ambos emergem como os principais instrumentos para o alívio do sofrimento. Esses momentos muitas das vezes não se tornam possíveis segundo declarações significativas, por falta de disponibilidade em tempo e recursos humanos. Partindo do princípio que este acompanhamento exige do enfermeiro competências científicas, técnicas, humanas e relacionais, a experiência de muitos anos e o contacto diário com o sofrimento e a morte de doentes em final de vida parecem contribuir fortemente para o desenvolvimento dessas competências.

Os participantes verbalizaram neste estudo a necessidade de formação pessoal e em equipa, e de recursos humanos em número suficiente para fomentar a humanização de cuidados, falta de disponibilidade em tempo originada segundo os mesmos por excesso de registos, e ainda a não existência de um psicólogo na equipa multidisciplinar. Dentro dos recursos institucionais, os enfermeiros participantes consideraram relevante para o cuidar a existência de características específicas, no que diz respeito à estrutura física do serviço. A falta de quartos individuais e a falta de um espaço privado e humanizado para apoio psicológico foram as principais deficiências referidas. Ao longo das entrevistas/colheita de informação podemos perceber da importância de propiciar aos enfermeiros um espaço para entrar em contacto com os sentimentos evocados pelo quotidiano de dor, perdas, morte e separações. Prevaleceu a impressão de que, para vários profissionais entrevistados, a entrevista pôde ser um momento único no sentido de possibilitar o contacto com questões e sentimentos antes não verbalizados.

Cuidar de doentes/família em fim de vida sabe-se que não é, nem nunca será tarefa fácil, mas sim dolorosa, angustiante, fazendo emergir questões existenciais do ser humano. Justifica-se a necessidade de um trabalho de equipa mais coeso e dinâmico que proporcione aos seus elementos um suporte efetivo no trabalho e uma aprendizagem constante, fundamentada e sólida, o que foi confirmado pelos participantes.

Um estudo desta natureza deve contribuir para uma caracterização do problema no contexto da prática de enfermagem, podendo servir de ponto de partida para futuros trabalhos neste âmbito. Colocam-se também algumas expectativas nos resultados deste estudo, no sentido que ele possa contribuir para uma reflexão dos profissionais com a possibilidade de partilha harmoniosa e natural das experiências e conhecimentos que os enfermeiros possuem, para que os beneficiados sejam a profissão e os destinatários dos cuidados prestados pelos seus profissionais.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Frias, C. (2001). *A aprendizagem do cuidar e a morte: Um desígnio do enfermeiro em formação*. Lisboa, Portugal: Faculdade de Ciências e Tecnologias.
- Loureiro, L. M. (2006). Adequação e rigor na investigação fenomenológica em enfermagem: Críticas estratégias e possibilidades. *Revista Científica da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Domínio em Enfermagem*, 2(2), 21-25.

VIVÊNCIAS DAS ENFERMEIRAS QUE CUIDAM DE MULHERES COM DIAGNÓSTICO DE CANCRO DA MAMA EM FASE AVANÇADA

FILOMENA DOS SANTOS PEREIRA NÔRO
JOSÉ REIS DOS SANTOS RÔXO
MARIA DA CONCEIÇÃO PINTO MADANELO DOS SANTOS RÔXO

INTRODUÇÃO

Os enfermeiros na prática diária, do seu exercício profissional, são confrontados com as mais diversas situações de cuidados. Ser enfermeiro exige não só um diploma, mas um vasto leque de conhecimentos e competências para cuidar da pessoa que necessita de cuidados de enfermagem. Estes conhecimentos e competências são formalmente iniciados no âmbito da formação académica, contudo, os mesmos advêm das mais variadas fontes que vão desde as experiências pessoais às profissionais.

O enfermeiro no seu quotidiano é compelido a suportar um conjunto de angústias, de conflitos, de obstáculos diante de cada ato e de cada pessoa com quem se confronta. O doente é uma pessoa que está sensível, vulnerável e fragilizada, que necessita de apoio, proteção e segurança. Na realidade, lidar com o sofrimento implica, não raras vezes, reviver momentos pessoais de sofrimento, identificar-se com a pessoa que sofre e sofrer junto com ela. O enfermeiro é *obrigado* a conviver com emoções, sentimentos e conflitos intensos presentes nos doentes, nos familiares e nos próprios profissionais.

Cuidar de mulheres com cancro da mama em fase avançada é uma de muitas situações de cuidados, com que diariamente as enfermeiras dum serviço de ginecologia se deparam. É necessário que estas enfermeiras, que são mulheres e profissionais, que cuidam de outras que estão gravemente doentes, com uma doença que, maioritariamente, afeta as mulheres, aprendam a conhecer-se perante as implicações do cuidado que proporcionam, neste contexto específico da sua prática da arte de enfermagem.

OBJETIVO

Conhecer as vivências das enfermeiras que cuidam mulheres com diagnóstico de cancro da mama em fase avançada no primeiro internamento hospitalar.

METODOLOGIA

Investigação qualitativa com abordagem fenomenológica.

A população alvo do nosso estudo incluiu as enfermeiras da Unidade de Internamento do serviço Ginecologia de um Hospital Central. As participantes foram selecionadas de forma intencional e o número das mesmas (sete) foi determinado pela repetição da informação obtida, ou seja, pelo critério de saturação dos dados segundo Morse citado por Streubert e Carpenter (2002). Na recolha dos dados utilizaram-se entrevistas semiestruturadas, e para a análise das mesmas foi utilizado o Método de Colaizzi (Streubert & Carpenter, 2002).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

As enfermeiras que participaram no estudo têm idades compreendidas entre os 28 e os 46 anos. No que se refere ao estado civil, cinco são casadas, uma solteira e uma divorciada. Cinco são enfermeiras graduadas e duas são enfermeiras. As participantes têm entre 6 e 24 anos de exercício profissional, sendo que o tempo de exercício no serviço varia entre 6 e 16 anos.

O número de significados formulados foi de 360. A discrepância entre estes e o número de declarações significantes, deve-se ao facto de existirem quatro declarações que perderiam o seu sentido se fossem fracionadas, mas que encerram em si mais do que um significado.

As enfermeiras do nosso estudo revelaram sentimentos como: choque, revolta, raiva, angústia, intolerância e incredulidade, especialmente quando a mulher recorre tarde aos cuidados de saúde, mas teve a oportunidade de o ter feito precocemente. Descrevem sentir-se frustradas, tristes e impotentes face à situação de doença avançada, pois existiria a possibilidade de cura se diagnosticada precocemente, mas agora isso já não é possível. Algumas participantes também descrevem sentir uma certa frieza, em particular para com a mulher com a mama ulcerada, já que esta teve oportunidade de ver que a sua saúde estava ameaçada por uma doença grave, mas ainda assim recorreu tarde aos cuidados de saúde.

As participantes do nosso estudo, também descrevem sentimentos como a solidariedade, o respeito, a empatia, a afetividade e a pena para com as mulheres, que vão surgindo no desenvolvimento da relação e do processo de cuidar das mesmas.

As participantes referem que nem sempre têm reações perante as mulheres, pois consideram que *não vale a pena* reagir, uma vez que nada vai mudar o facto de a mulher ter recorrido tarde aos cuidados de saúde, e o que interessa neste momento é ajudá-las a encontrar uma resposta adequada à sua doença. Por outro lado, as participantes do estudo descrevem reações como a surpresa, o espanto, a perplexidade e a incredulidade.

As enfermeiras descreveram diversas necessidades sentidas no cuidar das mulheres com cancro da mama em fase avançada no primeiro internamento hospitalar. Essas englobam recursos como: alguns materiais que proporcionem um ambiente mais confortável e de distração às mulheres; mais recursos humanos e mais tempo disponível para o cuidar; mais opções terapêuticas; e maior celeridade no tratamento. Por outro lado as participantes também sentem necessidade: de terem momentos de reflexão pessoal e em equipa; de dialogarem em equipa ou em casa, ou nem sequer falarem; de mais formação, especialmente na área da comunicação. De uma maneira geral, as enfermeiras consideram que têm os materiais

necessários para cuidarem das mulheres, sobretudo no que se refere aos materiais que utilizam para a realização dos pensos nas mamas ulceradas. Contudo, identificam algumas necessidades materiais no sentido de se criar um espaço mais confortável para as mulheres e seus familiares e também proporcionar-lhes formas de distração durante o internamento.

A reflexão e o diálogo são necessidades que as nossas participantes identificam. Neste sentido, as enfermeiras consideram que para cuidarem das mulheres com cancro da mama em fase avançada no primeiro internamento hospitalar, necessitam de ter momentos de introspeção pessoal, de partilha com a equipa, de diálogo com a sua própria família ou pelo contrário, nem sequer falarem sobre a experiência de cuidar destas mulheres.

Uma outra necessidade, referida pelas nossas participantes, é a formação na abordagem das mulheres, em particular na comunicação com as mesmas. As enfermeiras apontam como crucial o desenvolvimento de estratégias para conhecerem melhor as mulheres, estabelecerem uma relação com elas e cuidarem das mesmas. A formação é um meio que as enfermeiras consideram necessário para alcançarem estas estratégias.

Cuidar de mulheres com cancro da mama em fase avançada no primeiro internamento hospitalar exige das enfermeiras estratégias e leva-as a terem mecanismos de defesa. As participantes do estudo identificaram algumas estratégias para o cuidar, tais como: a postura de respeito que têm pelos motivos que levam as mulheres a recorrerem tarde aos cuidados de saúde; a sua atitude de as tentarem perceber; o facto de considerarem que cuidam com equidade das mulheres independentemente dos motivos subjacentes ao estado de doença avançada; o empenho na motivação das mulheres para lutarem pelas suas vidas; não questionarem diretamente as mulheres, ou por outro lado, questionarem-nas e confrontarem-nas diretamente; por último, o facto de dialogarem em equipa, e por vezes em casa, sobre a experiência de cuidar destas mulheres.

As enfermeiras do nosso estudo revelaram que o distanciamento e o evitamento são os mecanismos de defesa que mais utilizam para se protegerem do desgaste emocional, que sofrem no cuidar de mulheres com cancro da mama em fase avançada no primeiro internamento hospitalar, sobretudo quando estas mulheres são jovens.

As participantes do nosso estudo deram grande realce ao facto de pensarem mais sobre a própria vida, por cuidarem das mulheres com cancro da mama em fase avançada no primeiro internamento hospitalar. Este pensar mais sobre a própria vida contribui para maior valorização pessoal e para diferentes formas de encarar a vida.

Os resultados do nosso estudo têm inerentes as limitações características de uma investigação qualitativa, especialmente no que diz respeito ao número de participantes. Não é nosso objetivo obter qualquer tipo de generalização, mas sim fomentar o desenvolvimento sobre o conhecimento que as enfermeiras detêm de si próprias, no cuidar em oncologia, em particular com mulheres com diagnóstico de cancro da mama em fase avançada no primeiro internamento hospitalar.

CONCLUSÃO

O percurso desta investigação permitiu esclarecer as dúvidas que nos incitaram à realização do estudo, pelo que consideramos ter concretizado os objetivos a que inicialmente nos propusemos.

O conhecimento que obtivemos do fenómeno em estudo demonstrou que a reflexão sobre os cuidados que as enfermeiras prestam e as vivências que daí advêm, são cruciais para o bem-estar das mesmas, o que necessariamente se reflete na prática dos cuidados exercidos. Assim, consideramos que é justificável o desenvolvimento desta e de outras investigações com os profissionais de saúde, pois tal como descreve Collière (1999) “não é possível comunicar a vida, permitir que a vida dos outros continue sem que os próprios continuem a amar a vida, a desejar viver, a construir a sua vida” (p.345).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Collière, M. F. (1999) *Promover a vida: da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem* (4ª ed.). Lisboa, Portugal: Lidel e Sindicato dos Enfermeiros Portugueses.
- Streubert, H., & Carpenter, D. (2002). *Investigação qualitativa em enfermagem: Avançando o imperativo humanista* (2ª ed.). Loures, Portugal: Lusociência.

ATITUDE DO ENFERMEIRO PERANTE A MORTE

ANTÓNIO PEDRO LIMA TOJAL
JOSÉ CARLOS AMADO MARTINS

INTRODUÇÃO

A morte é um acontecimento com o qual os profissionais de saúde se confrontam no seu dia-a-dia sendo o enfermeiro, devido à natureza dos seus cuidados, um dos profissionais de saúde que vivencia mais direta e imediatamente o processo de morte de alguém. A transposição da morte de casa para o hospital levou a novas implicações e preocupações por parte dos enfermeiros, que com ela se confrontam diariamente e perante a qual se sentem reduzidos à sua condição de mortais, desprovidos de conhecimentos e de formação profissional que lhes permita olhar de frente para uma realidade que a cada instante se coloca diante dos seus olhos. Tanto em hospitais como em locais públicos, ninguém quer falar de morte, pois esta representa um acontecimento triste para que pensemos nela, no entanto, é o confronto com ela o que mais angustia e inquieta os enfermeiros (Teixeira, 2006).

A morte não é, assim, uma utopia, mas antes uma realidade intrínseca à vida do enfermeiro, pois este cuida diariamente de pessoas próximas do fim da vida. As suas atitudes perante a morte quebram as fronteiras do biológico, ultrapassam a cultura e o inconsciente e exigem uma compreensão urgente e consciente. São poucos os que se encontram absolutamente preparados para a morte e muito menos os enfermeiros preparados para a morte daqueles que cuidam. Por mais experiência que sinta na assistência aos vivos, o enfermeiro quase sempre se aproxima do moribundo com um certo sentimento de incerteza, desespero e angústia. Cuidar de pessoas que se aproximam do fim da vida é uma das situações mais difíceis para o enfermeiro, constituindo um verdadeiro desafio pessoal e profissional.

Perante estas inquietações e por constituir uma problemática crescente no dia-a-dia de grande parte dos profissionais de enfermagem, consideramos pertinente o estudo da temática: atitude do enfermeiro perante a morte. Tendo em conta estes pressupostos e visando delinear um ponto de partida, formulámos o seguinte enunciado de problema: qual a atitude do Enfermeiro perante a Morte e quais os fatores que se relacionam com a mesma?

Uma vez que as atitudes do enfermeiro se refletem sobre as suas ações, pretendemos com este estudo conhecer a atitude destes e a forma como enfrentam uma situação de morte. Dos resultados deste estudo, surgem vários contributos para a profissão de enfermagem, como alguns conhecimentos para a compreensão desta temática, essenciais à melhoria da prática

de cuidados perante doentes em fase final de vida. Destes achados surgem um conjunto de sugestões, apresentados no final deste trabalho, sendo estas dirigidas a diversas áreas do exercício profissional do enfermeiro.

OBJETIVOS

Os objetivos deste estudo foram: conhecer as atitudes do enfermeiro e a forma como reagem perante situações de morte, bem como identificar alguns dos fatores que determinam a sua atitude face à mesma.

METODOLOGIA

Realizou-se um estudo quantitativo, descritivo-correlacional e de corte transversal.

A partir dos objetivos traçados para este estudo, surge uma questão de investigação: quais as atitudes dos enfermeiros perante a morte? Surgem também múltiplas hipóteses relacionando a atitude do enfermeiro perante a morte (variável dependente) com a idade, sexo, estado civil, habilitações literárias, crença religiosa, prática de religião, categoria e tempo de exercício profissional, serviço onde exerce funções, tipo de morte com que mais se confrontou e formação frequentada (variáveis independentes).

Foi utilizado um questionário, aplicado a uma amostra de 80 enfermeiros, que exercem funções no Hospital Cândido Figueiredo de Tondela e Hospital São Teotónio de Viseu.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os enfermeiros exercem funções no Hospital S. Teotónio de Viseu (70,00%) e Hospital Cândido Figueiredo de Tondela (30,00%), sendo maioritariamente do sexo feminino (70,00%). A idade varia entre 25 e 57 anos, com uma média 35,58 anos.

A grande maioria (78,80%) dos enfermeiros inquiridos é casada ou vive em união de facto; 78,80% são licenciados, 18,80% são detentores de um curso de pós-licenciatura de especialização e apenas 2,50% possuem um mestrado; a grande maioria dos enfermeiros (93,80%) referem ser católicos, sendo que apenas 4,00% consideram praticar muito a sua religião; 63,80% são enfermeiros graduados, com um tempo médio de exercício profissional de 12,72 anos; quanto ao tipo de morte com que os enfermeiros inquiridos mais se confrontaram no último ano, 63,80% referiu a morte decorrente de doença crónica/terminal.

A nível de formação frequentada pelos enfermeiros inquiridos, nos últimos dois anos, a grande maioria participou em cursos relacionados com cuidados paliativos/doente terminal, suporte básico e avançado de vida e em outras temáticas na área de saúde. Contudo, uma grande parte dos enfermeiros da nossa amostra, não desenvolveu qualquer formação específica na área de ética.

Relativamente à nossa pergunta aberta, onde questionámos os enfermeiros inquiridos sobre as principais dificuldades sentidas no lidar/cuidar da pessoa em processo de morte, a grande maioria apontou a sensação de impotência perante a morte, por não conseguirem fazer mais

para aliviar o sofrimento dos doentes terminais e não conseguirem evitar a morte, o presenciar da fase de agonia do doente terminal e todo o sofrimento do doente e dos familiares. A comunicação com o doente, que se encontra em processo de morte, foi das dificuldades mais referidas, dificuldade em falar da morte, em responder às questões colocadas sobre a sua doença terminal e sobre a morte que se aproxima. Estas dificuldades, manifestadas pelos enfermeiros do nosso estudo, são congruentes com Martins (2007) ao afirmar que a transmissão de informações ao doente pode ser um processo complexo para os enfermeiros.

Outra dificuldade apontada pelos enfermeiros prende-se com a morte quando se trata de doentes em idade jovem, indo ao encontro do encontrado por Loureiro (2001). O presente estudo mostra que a maioria dos enfermeiros inquiridos (51,30%) apresenta atitudes muito favoráveis ou positivas perante um doente em fase terminal, o que está em consonância com o estudo de Saraiva (2009).

Verificou-se uma relação estatisticamente significativa ($p < 0,05$) entre a atitude perante a morte e a idade. Não se verificaram associações com outras variáveis sociodemográficas nem com a religiosidade.

Existe uma influência estatisticamente significativa ($p < 0,01$) das variáveis tempo de exercício profissional e formação frequentada pelo enfermeiro nos últimos dois anos na atitude destes perante a morte. Os enfermeiros que possuem mais de 25 anos de exercício profissional são os que apresentam atitudes mais favoráveis perante a morte. Os enfermeiros que não frequentaram formação apresentaram atitudes menos favoráveis perante doentes terminais.

CONCLUSÃO

A morte continua a ser, na atualidade, um tema bastante controverso, suscitando nos profissionais de enfermagem, sentimentos e atitudes diversas, constituindo um assunto polémico, evitado por alguns e gerando medo e ansiedade. Concluímos que a idade, o tempo de exercício profissional e a formação frequentada pelo enfermeiro ao longo do seu percurso profissional, influenciam as suas atitudes perante a morte. Com o aumento da idade dos enfermeiros, estes apresentam atitudes menos favoráveis relativamente à morte; os enfermeiros que exercem funções de enfermagem há mais anos são aqueles que apresentam atitudes mais positivas perante a morte; a formação frequentada pelos enfermeiros ao longo do seu percurso profissional, nomeadamente com temas relacionados com doença terminal, cuidados de emergência e suporte básico e avançado de vida, influencia, favoravelmente, as atitudes destes perante situações de doentes em processo de morte.

Dos resultados emergem algumas sugestões: devem ser introduzidas, ao longo do percurso profissional dos enfermeiros, formações relacionadas com a morte e doente terminal, para que este vá adquirindo e aprofundando conhecimentos no lidar com doentes em fim de vida, facilitando e melhorando as suas capacidades de relação com os mesmos; será importante os enfermeiros treinarem estas competências relacionais, a nível prático em ambiente de simulação, do tipo *role-play*, onde poderão treinar questões relacionadas com a comunicação com o doente em processo de morte, bem como com os familiares, assim como a transmissão de más notícias; no final dessas sessões, será benéfico promover uma discussão (*debriefing*), no seguimento dessas situações, o que é fundamental para o crescimento ético dos enfermeiros;

sugere-se ainda atenção à seleção e preparação dos enfermeiros em início de carreira que vão trabalhar em serviços onde a morte é frequente. Pensamos que é necessária mais investigação nesta área.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Loureiro, C. Y. (2001). Cuidados de enfermagem a doentes em fase terminal. *Revista Sinais Vitais*, 36, 45-50.

Martins, J. (2007). O enfermeiro na informação ao doente: Para além do dever ético. *Revista Portuguesa de Enfermagem*, 12, 11-14.

Saraiva, D. M. (2009). Atitude do enfermeiro perante a morte: Investigação. *Nursing*, 21(244), 6-13.

Teixeira, P. F. (2006). *Diante da morte: Representações sociais da morte em enfermeiros* (Dissertação de mestrado). Recuperado de <http://hdl.handle.net/10400.2/708>

COMUNICAÇÃO DE MÁ NOTÍCIAS EM CONTEXTO DE URGÊNCIA

RITA DO ROSÁRIO DE JESUS ANTUNES FONSECA
JOSÉ REIS DOS SANTOS ROXO
MARIA DA CONCEIÇÃO GIESTAS BAÍA SARAIVA

INTRODUÇÃO

A comunicação é um processo complexo onde ocorrem trocas de ideias e emoções que influenciam o comportamento e atitudes das pessoas. A comunicação e as relações interpessoais são uma constante prática profissional do enfermeiro. No processo de comunicação enfermeiro/pessoa/família, a transmissão de más notícias é sempre fator gerador de stresse, tanto para pessoa que as recebe como para o profissional que as transmite. Para Buckman e Sancho citados por Pereira (2008) má notícia é “toda a informação que envolva uma mudança drástica e negativa na vida da pessoa e na perspectiva [*sic*] do futuro” (p. 78).

A comunicação de más notícias continua a ser uma das situações mais difíceis e complexas no contexto das relações interpessoais dos cuidados de enfermagem (Pereira, 2008), sendo quase sempre uma situação geradora de stresse e sofrimento, com ansiedade, medo e desconforto para os diferentes intervenientes. Estas dificuldades estão associadas à gravidade de cada situação e à controvérsia em torno de *quem*, *como* e *quando* transmitir uma má notícia.

A transmissão de más notícias deverá ser efetuada num clima de confiança e requer preparação prévia da parte do profissional. Deve ser dada com linguagem simples, de forma clara, aberta e gradativa, sem banalizar o momento e sem retirar a esperança (Pereira, 2008).

OBJETIVOS

Foram definidos os seguintes objetivos gerais:

- Obter elementos sobre o processo de comunicação de más notícias dos enfermeiros em contexto de urgência;
- Identificar as dificuldades sentidas pelos enfermeiros do serviço de urgência (SU) na transmissão de más notícias;
- Identificar as necessidades de formação dos enfermeiros do SU sobre comunicação de más notícias.

Por forma a aprofundar o sentido da nossa investigação definimos como objetivos específicos:

- Implementar um programa de formação, para os enfermeiros do SU, sobre o processo de comunicação de más notícias com a pessoa em situação crítica e sua família;
- Avaliar o impacto desse programa de formação.

METODOLOGIA

Foi realizado um estudo de investigação-ação (Bogdan & Biklen, 1994).

O estudo decorreu em quatro fases: (a) planeamento, (b) ação, (c) reflexão sobre a ação, (d) avaliação.

Iniciámos com a fase de planeamento identificando as práticas dos enfermeiros no processo de comunicação de más notícias e as dificuldades e necessidades de formação sentidas, através da observação das práticas dos enfermeiros e registo da informação em grelha de observação. No segundo momento entrevistámos os enfermeiros e analisámos a informação obtida através de análise de conteúdo de Bardin (2004). Da síntese da análise dos dois momentos resultou a base para o programa de formação.

Numa segunda etapa, baseados nos conceitos emergentes da primeira etapa, planeámos e realizámos um programa de formação sobre o tema.

Na terceira etapa efetuámos reflexão sobre a ação e terminámos o estudo com a avaliação do impacto do programa de formação nas práticas dos enfermeiros do SU, do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (CHUC). Nesta fase os dados foram colhidos através de observação participante com aplicação da grelha de observação.

O estudo foi desenvolvido no serviço de urgência do CHUC – Pólo Hospitais da Universidade de Coimbra (HUC) durante o período de setembro de 2010 a setembro de 2012, tendo como participantes os enfermeiros, em função do seu desejo em participar no estudo e da disponibilidade da investigadora.

Foi obtida autorização do Conselho de Administração do CHUC. Foram respeitados os princípios éticos associados à investigação com seres humanos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Na fase de avaliação do impacto do programa de formação sobre o processo de comunicação de más notícias comparámos os dados colhidos na primeira fase com os colhidos na quarta fase do estudo. Convém realçar que os participantes não são os mesmos observados nos dois momentos, pelo que as conclusões não são generalizáveis, mas só referentes a estes sujeitos e neste contexto.

Os participantes observados no primeiro momento utilizaram o tom de voz alta, média e não muito elevada enquanto na segunda observação os participantes só utilizaram a tonalidade de voz média e não muito alta numa percentagem de 63,6 e 36,4, respetivamente (Tabela 1).

Verifica-se que, na primeira observação, 48,4 % dos participantes apresentaram um discurso fluente e poucas hesitações, enquanto na segunda observação foram 63,6% dos enfermeiros

que o utilizaram. Na primeira observação verificamos que 77,4% dos enfermeiros foram sinceros e claros, na segunda observação todos apresentam discurso sincero e claro.

Verificamos que 67,7% dos participantes, no primeiro momento, utilizaram o contato visual direto, nos olhos do interlocutor e, no segundo momento, foram 90,9% dos enfermeiros com esta preocupação.

Verificamos que no primeiro momento 38,7 % dos enfermeiros comunicaram sentados, de forma correta e adequada, no segundo momento foram 90,9% dos enfermeiros a fazê-lo.

Tabela 1

Tabela comparativa dos dados obtidos através da observação nos dois momentos (comunicação verbal e não verbal)

Variáveis	Parâmetros	Antes		Depois	
		Frequência	%	Frequência	%
Tonalidade de voz	- Alta	6	19,4	0	0,0
	- Média	20	64,5	7	63,6
	- Não muito elevada	5	16,1	4	36,4
Discurso	- Fluente e poucas hesitações	15	48,4	7	63,6
	- Sincero e claro	24	77,4	11	100,0
	- Enfatiza as palavras-chave	4	12,9	9	81,8
Contato visual	- Direto nos olhos do interlocutor	21	67,7	10	90,9
	- Firme mas sem sobrançeria	29	93,5	10	90,9
	- Evita o olhar direto	4	12,9	1	9,1
Movimentos corporais	- Cabeça direita	28	90,3	10	90,9
	- Sentado de forma correta e adequada	12	38,7	10	90,9
	- Movimentos das mãos (convidando a falar)	12	38,7	7	63,6

Na Tabela 2 comparamos os dados obtidos nos dois momentos de observação relativamente às etapas do Protocolo de Buckman (Baile et al., 2000) e as estratégias para comunicar uma má notícia.

Verificamos que 35,5% dos participantes se preocuparam em transmitir uma má notícia num local privado e sem interrupções, todavia após a implementação do programa de formação todos os enfermeiros se preocuparam com estes dois itens.

Verificamos que num primeiro momento nenhum enfermeiro inquiria o que a pessoa sabia sobre a sua situação, No segundo momento 54,5% dos participantes mostraram esta preocupação. Na primeira observação 9,7% dos enfermeiros realizaram escuta ativa enquanto na segunda foram 90,9% os enfermeiros que o fizeram.

Verificamos que na primeira observação nenhum enfermeiro pesquisou a informação que a pessoa já possuía nem o que ela queria saber sobre a patologia. Na segunda observação verificamos que 72,7% e 27,3%, respetivamente, o fizeram. Verificamos, ainda, que inicialmente 16,1% dos enfermeiros encorajava a pessoa a falar e na segunda observação foram 45,5% a fazê-lo.

Verificamos que, na primeira observação, nenhum enfermeiro fazia o aviso prévio da má notícia. Após o programa de formação foram 27,3% dos enfermeiros a fazê-lo.

Relativamente à reação da pessoa, no primeiro momento somente 3,2% dos enfermeiros se preocuparam com este aspeto, porém, no segundo momento a percentagem foi de 90,9% dos enfermeiros. No item "resposta às emoções e às perguntas" da pessoa na primeira observação foram 3,2% dos enfermeiros a dar resposta; na segunda observação 90,9% os enfermeiros tiveram esta preocupação.

Tabela 2

Tabela comparativa dos dados obtidos através da observação nos dois momentos (comunicação de más notícias)

Variáveis	Parâmetros	Antes		Depois	
		Frequência	%	Frequência	%
Preparação do local	- Local privado	11	35,5	11	100,0
	- Sem interrupções	11	35,5	11	100,0
	- A pessoa está sozinha	25	80,6	10	90,9
Percepção do que a pessoa já sabe	- O que já sabe	0	0,0	6	54,5
	- Contato prévio com outros profissionais	0	0,0	7	63,6
	- Escuta ativa	3	9,7	10	90,9
Percepção do que a pessoa quer saber	- Identifica a informação que a pessoa possui	0	0,0	8	72,7
	- Identifica o que a pessoa quer saber sobre a patologia	0	0,0	3	27,3
	- Encoraja a pessoa a falar	5	16,1	5	45,5
Dar a notícia	- Faz aviso prévio	0	0,0	3	27,3
	- Informa directamente	28	90,3	11	100,0
	- Verifica a reacção da pessoa	1	3,2	10	90,9
Resposta às emoções e às perguntas	- Observa emoções	1	3,2	10	90,9
	- Distância interpessoal pessoal	17	54,8	8	72,7
	- Usa o toque	10	32,3	9	81,8
	- Respeita o silêncio	10	32,3	11	100,0
	- Responde de forma clara e simples	19	61,3	8	72,7
Plano de acompanhamento	- Identifica problema a resolver	1	3,2	3	27,3
	- Identifica necessidade de contato com pessoa significativa	4	12,9	9	81,8
	- Encoraja a pessoa a questionar	6	19,4	9	81,8

CONCLUSÃO

Os enfermeiros do SU sentiam dificuldades no processo de comunicação, nomeadamente, no que se refere à transmissão de más notícias. A maioria dos enfermeiros não planeava o momento da transmissão da má notícia e não adotava estratégias de comunicação eficazes.

O processo de comunicação de más notícias não obedecia a um padrão homogéneo. Contudo, após a implementação do programa de formação os enfermeiros deste serviço preocuparam-se com a preparação do local, com o momento de receber a pessoa e com a mensagem a transmitir, por forma a tornar a situação menos difícil para todos os envolvidos. Em suma, os resultados da investigação revelam que a formação realizada contribuiu de forma decisiva e positiva para a melhoria do processo de comunicação de más notícias.

A transmissão de informação é uma área autónoma dos cuidados de enfermagem, pelo que se propõe que sejam realizadas outros momentos de formação sobre o tema comunicação de más notícias. Seria também desejável a elaboração de um protocolo sobre o processo de comunicação de más notícias, facilitando, desta forma, a atuação, a gestão da situação por parte dos enfermeiros e ainda a integração de novos elementos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Baile, W., Buckman, R., Lenzi, R., Glober, G., Beale, E., & Kudelka, A. (2010). SPIKES - A six-step protocol for delivering bad news: application to the patient with cancer. *Oncologist*, 5(4), 302-311.
- Bardin, L. (2004). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70
- Bogdan, R. & Biklen, B. (1994). *Investigação qualitativa em educação: uma introdução à teoria e aos métodos*. Porto: Porto Editora.
- Pereira, M. A. (2008). *Comunicação de más notícias e a gestão do luto*. Coimbra: Formasau.

A MORTE DA PESSOA NUMA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS CORONÁRIOS: VIVÊNCIAS DOS ENFERMEIROS

ROSA MARGARIDA GUINÉ MARTINS OLIVEIRA
MARIA DA CONCEIÇÃO PINTO MADANELO DOS SANTOS ROXO

INTRODUÇÃO

A morte é um tema polêmico que sempre despertou novas questões na sociedade e explicações sobre a origem e o destino do homem. Fazendo parte do desenvolvimento humano, ela sempre desafiou e fascinou o ser humano em todas as fases da vida.

Lidar com a morte é uma experiência que ninguém quer encarar. Regra geral preocupamo-nos com a morte quando perdemos alguém significativo. Não pensar na morte não evita a sua finitude, mas impede a criação de estratégias para lidar com a mesma. Por inerência profissional, boa parte dos enfermeiros são constantemente submetidos a esta experiência e têm um papel fundamental na ajuda e apoio à pessoa e família (Sulzbacher, Reck, Stumm, & Hildebrandt, 2009). A diferente forma como os enfermeiros lidam com a morte é um constante desafio e depende de múltiplos fatores (Dias, 2010): características pessoais, formação, contexto laboral, ou mesmo da pessoa que morre. Talvez o maior desafio que se coloca aos enfermeiros seja impedir que o sofrimento afetivo e espiritual - parte do processo de morrer de cada um - seja vivido em solidão e abandono, rodeando-o de humanidade. Para tal, há que reconhecer como inevitável o fenómeno da morte. Não existem fórmulas de sucesso, mas sim uma procura incessante de meios facilitadores que permitam encará-la como um processo natural (Sulzbacher et al., 2009). Assim surge a preocupação e curiosidade em conhecer as vivências dos enfermeiros face à morte da pessoa numa unidade de cuidados intensivos, pensando-se que existirá carência de qualificação dos profissionais que atuam nestas unidades para lidar com estas experiências.

OBJETIVOS

Conhecer as vivências dos enfermeiros perante a morte da pessoa cuidada numa Unidade de Cuidados Intensivos Coronários (UCIC). Como objetivos específicos pretendeu-se:

- Identificar os sentimentos dos enfermeiros, perante a morte da pessoa cuidada;

- Conhecer as estratégias utilizadas pelos enfermeiros para lidarem com a morte da pessoa cuidada;
- Conhecer as dificuldades sentidas pelos enfermeiros perante a morte da pessoa cuidada.

METODOLOGIA

Este estudo enquadra-se no domínio da investigação qualitativa que permite a obtenção de dados descritivos, mediante contato direto do investigador com o ambiente estudado (Bogdan & Biklen, 1994), objetivando a compreensão dos comportamentos a partir da perspetiva dos sujeitos da investigação. Aos enfermeiros interessa ir além do mundo empírico das pessoas, importando uma maior compreensão das experiências e vivências intrinsecamente vividas por elas. O que significa para a pessoa viver determinada experiência é a questão a que os enfermeiros procuram cada vez mais responder e tal não é possível obter com recurso a métodos tradicionais das ciências naturais (Queirós, Meireles, & Cunha, 2007).

Tendo em conta a revisão da literatura e preocupações da prática profissional, desenvolveu-se a seguinte questão central da investigação: quais as vivências dos enfermeiros perante a morte da pessoa cuidada na UCIC do pólo Hospital da Universidade Coimbra (HUC) do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (CHUC), Entidade pública empresarial (EPE)?

Como complemento à questão geral foram elaboradas as seguintes subquestões:

- Quais os sentimentos dos enfermeiros, perante a morte da pessoa cuidada?
- Quais as estratégias utilizadas pelos enfermeiros para lidarem com a morte da pessoa cuidada?
- Quais as dificuldades sentidas pelos enfermeiros perante a morte da pessoa cuidada?

A recolha de dados realizou-se através de entrevista semiestruturada, realizada a seis enfermeiros (mínimo de três anos de experiência numa UCIC e cinco anos de experiência profissional). Os dados foram analisados com recurso à análise de conteúdo (Bardin, 2004).

RESULTADOS

Obtiveram-se três categorias principais: 1) *emoções e sentimentos*, que podem ser *ameaçadores* (tristeza, revolta, angústia, frustração, impotência e insegurança) ou *positivos* (compaixão e dever cumprido); 2) *estratégias/recursos para fazer face*, que podem ser *individuais* (como o reavaliar a situação, o envolvimento profissional ou o encarar a morte como algo natural, entre outras) ou *com os outros* (partilha de experiências entre colegas e suporte familiar); 3) a última categoria reporta as *dificuldades sentidas*, que integram a dificuldade em lidar com a morte/fracasso e em lidar com os próprios sentimentos.

DISCUSSÃO

Os participantes deixaram claro que a morte é um fenómeno difícil de encarar, principalmente porque, no seu contexto de trabalho, acontece de uma forma repentina. Por isso não é encarada com sentimento de alívio em relação ao término do sofrimento, mas sim como um misto de

emoções e sentimentos de conotação negativa, ameaçadores, como tristeza, revolta, angústia, frustração, impotência ou insegurança. Surgem também relatos com conotação positiva: compaixão e sensação de dever cumprido. Os enfermeiros enfrentam diariamente a morte e, independentemente da experiência profissional e de vida, quase todos a encaram com um certo sentimento de incerteza, desespero e angústia. Incerteza por não saber se está a prestar todos os cuidados possíveis para o bem-estar do doente (prolongar a vida e evitar a morte); desespero porque se sente impotente para fazer algo que o conserve vivo; angústia porque não sabe como comunicar efetivamente com o doente e seus familiares. Embora os dados encontrados se aproximem de estudos já realizados anteriormente, verificou-se como ponto comum a renitência em falar sobre a morte, o que se percebe não apenas pelo conteúdo das entrevistas, mas foi notado também pela investigadora, antes e após as entrevistas. Os profissionais de saúde continuam a não mostrar disponibilidade verbal sobre este tema, o que por si só justificou a pertinência deste trabalho. É comum aceitar que, ao verbalizar situações que implicam manifestação de emoções profundas, está a exercitar o seu processo de autoconhecimento, vital para a aceitação da vida e da morte.

Verificou-se também que para amenizar os fortes sentimentos e emoções que os avassalam, os participantes na nossa pesquisa encontram estratégias/recursos para fazer face aos mesmos. Estas estratégias podem ser individuais ou em conjunto com os outros. De entre as individuais, destacaram-se: reavaliar a situação; envolvimento profissional e não pessoal; imaginação guiada; encarar a morte como algo natural; chorar ou rezar. Já nas que envolvem outros, constata-se a partilha de experiências com os colegas ou o recurso ao suporte familiar.

Para além de ser o responsável e estar constantemente focado na pessoa que cuida, o enfermeiro não deixa de ser pessoa e, como tal, necessita de ser cuidado, ele próprio, na sua essência, de forma a poder adaptar-se e lidar com o seu stress, ultrapassá-lo e continuar a prestar os cuidados que as pessoas necessitam e que se querem de excelência. Procurámos conhecer as dificuldades sentidas pelos enfermeiros participantes, quando confrontados com a morte. Da análise sobressaiu a dificuldade em lidar com a morte/fracasso, bem como a dificuldade em lidar com os seus sentimentos. Para Kovacs (2011), o enfermeiro experiencia um conflito quando se encontra perante o sofrimento, a dor e a aproximação da morte da pessoa doente. Este conflito realça no profissional de saúde a sua própria vulnerabilidade e medos, provocando-lhe um desgaste emocional. A identificação por parte dos enfermeiros dos seus próprios mecanismos de defesa pode ajudar na aceitação enquanto resposta legítima à sua própria angústia.

Apesar das estratégias de rigor e credibilidade executadas, este estudo apresenta limitações e dificuldades, das quais destacamos a perceção de que muitos enfermeiros não se sentem preparados para *discutir* aspetos referentes a esta temática. O facto de a investigadora ser também enfermeira no mesmo serviço dos participantes dificultou o processo de aprofundamento descritivo das vivências, uma vez que consideravam que esta, vivendo-as com eles, não carecia de explicações mais detalhadas.

CONCLUSÃO

As descrições das experiências sentidas pelos enfermeiros poderão proporcionar melhorias ao nível do cuidar, especialmente em contextos semelhantes. Podem resultar programas de

melhoria contínua, nomeadamente ao nível da preparação para a gestão do luto ou para o próprio apoio do enfermeiro enquanto pessoa cuidadora. É uma área de atuação do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica, a quem são atribuídas competências específicas em todos os âmbitos do cuidar do doente crítico. As novas necessidades em cuidados de saúde impõem cada vez mais uma intervenção diferenciada e trazem novos desafios aos enfermeiros.

No momento em que os enfermeiros compreenderem que a morte faz parte da existência humana e que nem sempre é possível salvar vidas, pois a morte é uma fase da vida, teremos profissionais mais humanos e certos que o seu verdadeiro papel é cuidar do doente como um todo, do nascimento até aos seus últimos dias.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bardin, L. (2004). *Análise de conteúdo*. Lisboa, Portugal: Edições 70.
- Bogdan, R., & Bilken, S. K. (1994). *Investigação qualitativa em educação: Uma introdução à teoria e métodos*. Porto, Portugal: Porto Editora.
- Dias, A. (2010). O enfermeiro e a morte: Algumas considerações. *Nursing*, 22(253), 30 -32.
- Kovacs, M. J. (2011). Instituições de saúde e a morte: Do interdito à comunicação. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 31(3). Recuperado de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932011000300005&lng=en&lng=pt
- Queirós, A. A., Meireles, M. A., & Cunha, S. R. (2007). *Investigar para compreender*. Loures, Portugal: Lusociência.
- Sulzbacher, M., Reck, A., Stumm, E., & Hildebrandt, L., (2009). O enfermeiro em Unidade de Tratamento Intensivo vivenciando e enfrentando situações de morte e morrer. *Scientia Medica*, 19(1), 11-16.

A MORTE INESPERADA NO SERVIÇO DE URGÊNCIA: UM OLHAR AO VIVIDO PELOS ENFERMEIROS

TERESA MARGARIDA DE OLIVEIRA BATISTA
JOSÉ CARLOS AMADO MARTINS

INTRODUÇÃO

As vivências decorrentes da morte são geradoras de angústia no enfermeiro, porque, em contexto escolar, ele foi essencialmente preparado para cuidar da pessoa para a vida e não para a morte, tendo dificuldade em aceitá-la. Assim, é primordial que este se encontre dotado de competências, para que, perante situações de morte, seja capaz de se ajudar a si, aos seus pares e àqueles que veem morrer os seus familiares e entes queridos num serviço de urgência (Garcia & Gentil, 2011; Martins, 2009; Salomé, Cavali, & Espósito, 2009), tendo para isso de investir no desenvolvimento desta área de conhecimentos.

De acordo com esta problemática, foi definida como questão central: quais as vivências dos enfermeiros face à morte inesperada em serviço de urgência?

METODOLOGIA

O estudo tem uma abordagem qualitativa, fenomenológica, seguindo o proposto por Colaizzi (Streubert & Carpenter, 2002), que permite ao enfermeiro investigador a descrição, identificação e entendimento do significado de uma experiência vivida através do discurso dos participantes. Para a colheita de dados foi utilizada a entrevista semiestruturada. Foram entrevistados sete enfermeiros do serviço de urgência de um hospital distrital, recrutados de forma intencional. Foram critérios de inclusão trabalhar em serviço de urgências e ter experienciado o cuidado a pessoas com morte súbita.

Para a validação dos achados foi realizado *focus group* onde participaram os enfermeiros entrevistados. O estudo foi precedido de autorização da direção do serviço de urgência e do Presidente do Conselho de Administração.

A Tabela 1 resume as características dos participantes.

Tabela 1

Características sociodemográficas e profissionais dos participantes

CÓDIGO ENTREVISTA	IDADE	SEXO	ESTADO CIVIL	CATEGORIA PROFISSIONAL	TEMPO EXERCÍCIO PROFISSIONAL	TEMPO EXERCÍCIO PROFISSIONAL EM SERVIÇO URGÊNCIA
E1	44	Feminino	Casada	Enfermeira Especialista Médico-Cirúrgica	23 anos	20 anos e 2 meses
E2	30	Feminino	Solteira	Enfermeira	9 anos e 9 meses	5 anos e 6 meses
E3	25	Masculino	Solteiro	Enfermeira	2 anos e 11 meses	1 ano e 10 meses
E4	51	Masculino	Casado	Enfermeiro Especialista Médico-Cirúrgica	27 anos e 6 meses	16 anos e 9 meses
E5	51	Feminino	Casada	Enfermeira Graduada	26 anos e 4 meses	20 anos e 1 mês
E6	26	Feminino	Casada	Enfermeira	2 anos e 10 meses	2 anos e 10 meses
E7	39	Feminino	Divorciada	Enfermeira Graduada	16 anos	5 anos e 7 meses

RESULTADOS

Da realização deste estudo concluímos que cuidar tanto na vida quanto na morte das pessoas em situação crítica e dos seus familiares, exige hoje dos enfermeiros ao nível da responsabilidade profissional mais do que saber-fazer, exige saber-ser e saber-estar. A Figura 1 resume a nossa representação dos achados.



Figura 1. Estrutura Empírica do Fenômeno.

Os enfermeiros, face a situações de morte súbita e inesperada, vivenciam e experienciam inicialmente uma transição brusca e dolorosa da vertente científico-racional para a vertente emotivo-relacional, que lhes é imposta pela morte de uma pessoa que não era esperada. Na opinião de Barbosa e Pinto (2008), o enfermeiro vive em torno dessa morte momentos de tensão e sente-se desapontado e impotente face à mesma, questionando-se muitas das vezes acerca do que falhou.

Identificámos sentimentos vários expressos pelos enfermeiros, todos eles de índole negativa, evidenciando bem o que sentem ao lidar com as situações de morte inesperada no seu contexto de trabalho. Eles sentem-se angustiados, lamentam, referem impotência, frustração, tristeza, receio, revolta, desespero, ansiedade e medos vários, nomeadamente o medo da sua própria morte, da morte de familiares e de crianças enquanto estão ao seu cuidado no serviço de urgência e, por fim, o medo da reação dos familiares/pessoa significativa face à notícia da morte.

Como dificuldades, identificámos a ausência de um local reservado para manter os familiares enquanto o seu ente querido está ao cuidado dos profissionais de saúde em situação crítica, para lhes comunicar a informação e por fim para os manter após a mesma. A idade da pessoa que morre é também uma dificuldade sentida, quanto mais jovem é a pessoa, mais doloroso se torna para os enfermeiros aceitar e subsequentemente comunicar aos familiares o seu óbito. Revelam também impreparação sobre as palavras a utilizar, sobre o que dizer, como dizer e como se comportar e ainda o facto de não conseguirem por vezes conter as lágrimas enquanto estão a comunicar esta notícia e depois no acompanhamento da família.

Como estratégias utilizadas para superar as situações de morte inesperada em serviço de urgência surgem a procura de local adequado e reservado, garantindo a privacidade, a não interrupção e a não exposição. Outra estratégia identificada é a de muitos se fazerem acompanhar por um colega para comunicar o óbito e também que têm progressivamente envolvido cada vez mais os médicos nesta comunicação aos familiares. Antes de irem junto da família para lhes dar a derradeira notícia, tentam, previamente, efetuar uma abordagem junto desta para deterem mais informações a seu respeito e também para a irem mantendo informada acerca do que se está a passar com o seu familiar. Na comunicação da morte optaram por utilizar um discurso simples, sensível e preparatório para a situação. Reunir todos os familiares em conjunto foi também uma estratégia enunciada, bem como terminar a comunicação dando os sentimentos aos familiares pela sua perda. Alguns referem ainda que é sua prática regular levar os familiares junto ao corpo ainda no serviço de urgência, com recurso do silêncio, ao toque e à presença e acompanhamento contínuo dos familiares durante estes momentos. Identificámos ainda outras estratégias de *coping* desenvolvidas pelos enfermeiros face às situações de morte inesperada da pessoa em serviço de urgência, tendo sobressaído do discurso dos participantes: a entreaajuda verificada entre os colegas de equipa face a estas situações de morte inesperada; a importância do trabalho por equipas nestas situações pelo facto de se conhecerem melhor e antecipadamente saberem como resolver estas situações de forma mais eficaz; a procura sobre formação nesta área do cuidar, uma vez que identificaram essa necessidade, porque a fornecida pela escola se revela insuficiente; e, por fim, a reflexão sobre as práticas e sobre situações anteriores idênticas, sendo o recurso à reflexão e às experiências anteriores excelentes formas de fomentar a aprendizagem e de desenvolver competências através da experiência.

As consequências que as situações de morte inesperada têm na vida pessoal/profissional dos enfermeiros incluem alterações ao nível do descanso e do sono após situações de morte inesperada mais stressantes e desgastantes. Referem ainda que se sentem cansados, tristes, e por vezes com pouca energia, revelando sinais e sintomas de desgaste profissional ou burnout. Por fim, identificam como consequência grupal que toda a equipa fica stressada e desequilibrada após situações de morte inesperada.

Apontaram várias sugestões para a construção da perícia do enfermeiro, incluindo a formação ao nível da vertente comunicação de más notícias, do enquadramento ético e legal, do saber-fazer, do saber-ser e do saber-estar. Foi também referida a importância da troca de experiências.

Ao nível da vertente formativa relacional, os participantes sugerem que nestas situações de morte inesperada os enfermeiros mais novos se devem aconselhar, acompanhar e fazer acompanhar dos mais velhos nestas situações, para, através da observação das suas intervenções e atitudes, desenvolverem competências nesta área e ainda aprender a desenvolver um discurso mais sensível e de proximidade nesta área do cuidar. Ainda e ao nível das sugestões para a construção da perícia do enfermeiro, os participantes referiram que a existência de reuniões de equipa regulares e discussão de casos, através de *debriefings* e reuniões para debate e reflexão, são essenciais para a construção e desenvolvimento da perícia nesta área do cuidar, que devem ser uma realidade vigente na formação académica em ensino curricular na escola e em ensino clínico durante os estágios.

CONCLUSÃO

É fundamental que os enfermeiros, perante situações de morte inesperada no serviço de urgência, optem por ser assertivos, positivos, construtivos, proactivos e confiantes, contribuindo para minimizar o seu mal-estar e sentimentos negativos vivenciados, e, ajudando igualmente a família/pessoa significativa a enfrentar com mais realismo a sua perda e a encontrar um novo sentido para a vida no início do seu processo de luto.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Barbosa, L. F., & Pinto, T. A. (2008). Cuidar em fim de vida: Vivências dos enfermeiros. *Revista Portuguesa de Enfermagem*, 16, 39-43.
- Garcia, J. B., & Gentil, R. C. (2011). Comunicação de más notícias: Visão multidisciplinar. In W. Malagutti & J. Martins (Eds), *Catástrofes: Atuação multidisciplinar em emergências* (173-186). São Paulo, Brasil: Martinari.
- Martins, J. (2009). Atuação do enfermeiro no setor de urgências: Gestão para o desenvolvimento de competências. In W. Malagutti & K. Caetano (Eds), *Gestão do serviço de enfermagem no mundo globalizado* (pp. 175-189). Rio de Janeiro, Brasil: Rubio.
- Salomé, G. M., Cavali, A., & Espósito, V. H. (2009). Sala de emergência: O cotidiano das vivências com a morte e o morrer pelos profissionais de saúde. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 62(5), 681-686. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672009000500005>
- Streubert, H., & Carpenter, D. (2002). *Investigação qualitativa em enfermagem: Avançando o imperativo humano* (2ª ed.). Loures, Portugal: Lusociência.

RESUMOS ALARGADOS

**PESSOA COM DOENÇA AGUDA E
CRÓNICA**

ESTUDO EPIDEMIOLÓGICO DE FERIDAS NAS UNIDADES DA REDE NACIONAL DE CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS: DISTRITO DE COIMBRA

ANA MICAELA SANTOS DE OLIVEIRA
LUÍS ANTÓNIO RODRIGUES PAIVA

INTRODUÇÃO

As feridas são um problema de saúde pública da maior importância, que afetam pessoas no mundo inteiro. Nos últimos tempos tem vindo a assistir-se a um interesse progressivo sobre a temática por parte dos profissionais de saúde. A ferida continua a ser considerada um dos mais importantes indicadores de qualidade dos cuidados prestados, consumindo uma grande fatia dos recursos em saúde, o que provoca mudanças profundas nas instituições de saúde.

Verifica-se atualmente que a realidade portuguesa é parca em dados referentes à prevalência de feridas nas instituições de saúde, começando agora a assistir-se ao desenvolvimento de investigações que retratem esta realidade. Foi efetuado um relatório pela Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados (UMCCI; 2012), que retrata o que se verifica nas instituições da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) quanto às úlceras por pressão (UPP), onde se constata que 40% dos utentes que ingressam na RNCCI o fazem com o objetivo de proceder ao tratamento de feridas e 18% apresentam como motivo de referenciação a presença de UPP múltiplas. De acordo com este mesmo relatório, a prevalência de UPP na RNCCI tem vindo a decrescer com o decorrer dos anos. Embora os resultados não se encontrem muito claros, é referido no mesmo estudo que, do total das UPP, 84% existiam no momento da admissão na RNCCI e que 2% das UPP se iniciaram na RNCCI. É expectável que nos próximos anos a prevalência de UPP obedeça a esta tendência de decréscimo e apresente uma prevalência inferior à apresentada no ano de 2012 na RNCCI, inferior a 13%. Espera-se ainda que este tipo de feridas tenha, na sua maioria, origem fora da RNCCI.

OBJETIVOS

Os objetivos deste estudo são:

- Estimar a prevalência dos utentes com feridas nas unidades de média e longa duração, e cuidados paliativos da RNCCI, no distrito de Coimbra;

- Conhecer a tipologia de feridas existentes nas unidades de média e longa duração, e cuidados paliativos da RNCCI, no distrito de Coimbra.

METODOLOGIA

Estudo quantitativo e desenho descritivo. Da população acessível incluída no estudo constam todos os utentes internados numa unidade de média duração, longa duração ou cuidados paliativos da RNCCI do distrito de Coimbra que aceitaram participar no estudo. As 16 instituições identificadas no distrito de Coimbra foram contactadas, e foram explicados os objetivos da investigação, sendo assim incluídas 15 das instituições.

Para a colheita de dados recorreu-se ao questionário Estudo Epidemiológico de Feridas, que segue os pressupostos de avaliação de feridas definidos pela *European Pressure Ulcer Advisory Panel* (EPUAP) e validado por Paulo Alves, Professor da Universidade Católica do Porto.

Foram salvaguardadas as formalidades dos princípios éticos e morais, como um trabalho desta natureza exige. Deste modo foi obtido parecer positivo aos pedidos efetuados à Comissão de Ética da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA:E), da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, ao autor do instrumento de colheita de dados, à coordenação regional dos cuidados continuados integrados, e, por fim, aos diretores das instituições.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

No que concerne o primeiro objetivo, estimar a prevalência dos utentes com feridas nas unidades de média e longa duração, e cuidados paliativos da RNCCI, no distrito de Coimbra, o total da população acessível encontrada foi de 543 utentes. A prevalência de feridas encontrada na RNCCI no distrito de Coimbra foi de 21,7%. Este parece ser um resultado favorável tendo em conta que 40% dos utentes que ingressam na RNCCI, aproximadamente o dobro dos 21,7%, o fazem com o propósito de proceder ao tratamento das suas feridas. Verificou-se ainda que a maioria dos utentes com ferida (55,9%) se encontra internados nas Unidades de Média Duração e Reabilitação (UMDR), resultado já previsível tendo em conta as diferenças de financiamento para o tratamento de feridas entre as UMDR e Unidade de Longa Duração e Manutenção (ULDM).

Para responder ao segundo objetivo, conhecer a tipologia de feridas existentes nas unidades de média e longa duração e cuidados paliativos da RNCCI, no distrito de Coimbra, foram analisados os 118 utentes com ferida e foram encontradas 213 feridas que, se analisadas quanto à sua classificação (Figura 1), destacam-se de entre as mais frequentes as UPP III e IV com igual representação (24,4%) e as feridas traumáticas com 16,9%. De entre as menos frequentes encontram-se as UPP I, que representam 5,2%, e as úlceras de perna de origem venosa, com 2,3%, não sendo registado nenhum caso de úlcera de perna arterial ou úlcera de pé diabético.

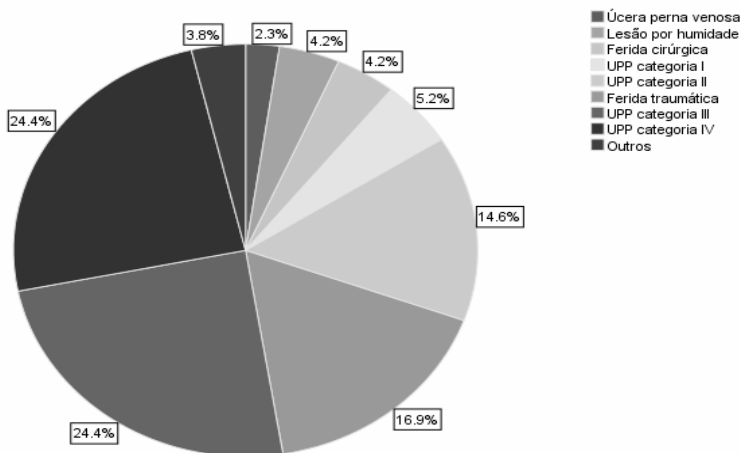


Figura 1. Tipologia das feridas encontradas.

Atendendo ao facto de que 18% dos utentes que ingressam na RNCCI apresentam como motivo de referência a presença de UPP múltiplas (UMCCI, 2012), seria já de esperar que as UPP fossem as mais predominantes. Já quanto às diferenças de prevalência entre as UPP I e as UPP III e IV, parece ter duas explicações possíveis: ou a maioria das UPP não surge dentro da RNCCI, pelo que não são detetadas desde o início do seu aparecimento ou surgem dentro da RNCCI, mas quando encontradas num estadio inicial são ainda pouco valorizadas pelos profissionais. Quanto à prevalência de feridas traumáticas encontradas, como esfacelos e escoriações, pode ser justificado pela imobilidade e condições de demência de grande parte dos utentes, que, ao perder a capacidade de memória e raciocínio, adotam comportamentos de risco e atitudes imprevisíveis que podem levar ao aparecimento de lesões autoinfligidas.

Para os resultados obtidos quanto às feridas mais frequentes por valência, destaca-se que na unidade de média duração continuam a ser as UPP categoria III e IV as mais prevalentes (18,8%). Na valência de longa duração são as feridas traumáticas as mais prevalentes (9,4%) e as UPP IV (5,2%) e nos cuidados paliativos as UPP III (2,8%).

Dos resultados obtidos ressalta ainda o elevado número de UPP encontradas nas unidades de longa duração, onde a prevenção ou tratamento de úlceras não consta dos critérios de admissão de utentes. Este achado pode justificar-se pelo facto de estas úlceras terem já surgido após a admissão do utente na RNCCI ou então por uma situação de referência complexa ou inadequada.

No que se refere à localização das feridas a maior prevalência é registada em proeminências ósseas como o cóccix (22,5%) e os calcâneos (11,7%), resultado explicado pelo elevado número de UPP encontrado. A localização nas pernas foi também registada de entre os locais mais frequentes, representando 16,4% dos casos, pelo elevado número de feridas traumáticas registado.

Os resultados obtidos indicam ainda que a origem das feridas se dá sobretudo em contexto de domicílio (35,2%), na RNCCI (31,0%) e no hospital (22,1%). Analisando esta variável pelas diferentes valências percebe-se que na UMDR a proveniência das feridas é sobretudo do domicílio. Contudo, é de registar uma significativa prevalência para as feridas que têm origem na RNCCI. Muitos dos utentes que são admitidos na rede são provenientes do domicílio, onde os cuidados são prestados muitas vezes por cuidados informais, e, tendo em conta que a prevenção e tratamento de úlceras é um critério de admissão nesta valência, são compreensíveis os resultados alcançados. Já para a valência de longa duração os dados indicam que a maioria das feridas aí encontradas tem origem na própria rede e hospital. Sendo o número de feridas encontradas na valência de longa duração significativo, e não constando a prevenção e o tratamento de feridas dos critérios de admissão de um utente nesta valência, faz sentido que a maioria das feridas aí existentes tenha origem no período após a admissão do utente na rede.

Quanto à média da idade das feridas, os dados apontam para as 27,53 semanas.

Foram reunidos esforços para que este resultado fosse o mais aproximado possível da realidade. Contudo, pensa-se que esta média poderá ser ainda maior do que a apresentada, pois, em alguns casos de feridas de difícil cicatrização, foi apenas contabilizado o tempo de internamento do utente na instituição, pois era o único dado sob qual havia certezas.

CONCLUSÃO

As conclusões deste estudo não podem ser generalizadas. Contudo, consideram-se um contributo para que se conheça um pouco mais a realidade das feridas na RNCCI. Acredita-se por isso que estes resultados permitam redefinir estratégias de intervenção que aumentem a qualidade dos cuidados prestados aos utentes e que estas sejam custo-efetivas.

Apesar dos resultados alcançados, este estudo não está isento de limitações. De entre elas são de destacar a escassez de evidência científica relativamente a estudos de prevalência neste contexto e de dados relativamente à idade das feridas. Está patente uma falha na transmissão de informação entre as diferentes instituições de cuidados, pois, na maioria dos casos em que o utente era admitido na unidade já com uma ferida, não havia registo acerca da idade da mesma.

É de facto imperativo a existência de estratégias de consenso de opinião entre as diferentes instituições e classes profissionais, nomeadamente enfermeiros, médicos e farmacêuticos. É também imperioso que sejam formuladas *guidelines* que venham facilitar o processo de planeamento, implementação de cuidados e avaliação do trabalho desenvolvido, baseadas em medidas custo-efetivas e, acima de tudo, que sejam aplicadas na prática, o que por vezes não se verifica.

Para estudos futuros, sugere-se que sejam efetuadas investigações focadas na área da prevalência de feridas também no contexto da RNCCI, mas em diferentes áreas geográficas do país, para que se possa posteriormente estabelecer relações entre os mesmos, ou até mesmo a nível nacional. Seria ainda pertinente que se explorasse a temática das feridas na RNCCI, quantificando os custos diretos e indiretos que o seu tratamento acarreta.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados. (2012). *Relatório de monitorização do desenvolvimento e da actividade da rede nacional de cuidados continuados integrados*. Lisboa, Portugal: Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados.

CUIDADOS DE ENFERMAGEM PRÉ E PÓS-OPERATÓRIOS EM CIRURGIA AMBULATÓRIA: PERCEÇÃO DOS DOENTES

ANA RITA OLIVEIRA MARQUES
FÁTIMA DA CONCEIÇÃO MARTINS LUZIO FERREIRA

INTRODUÇÃO

A redução brusca do tempo de internamento hospitalar relacionada, sobretudo, com aspetos económicos e avanços científicos e técnicos, leva a uma necessidade de cuidados de enfermagem diferenciados, no período que antecede e sucede a alta do doente. Estes aspetos e a preocupação relativa à prestação de cuidados aos doentes intervencionados em regime ambulatorio, constituíram o ponto de partida do presente estudo que tem como principal objetivo descrever a perceção dos doentes relativamente aos cuidados de enfermagem que lhes são prestados no pré e pós-operatório de cirurgias a hérnias e varizes sob raquianestesia.

METODOLOGIA

Realizou-se um estudo exploratório, descritivo, inserido no paradigma da investigação qualitativa. Os dados foram obtidos através de entrevistas semiestruturadas numa amostra acidental de dez doentes intervencionados no Serviço de Cirurgia do Cento Hospitalar Oeste Norte (CHON), Alcobaca, no período de 18 de fevereiro a 15 de abril de 2011, no momento que antecedeu a alta. Foi utilizada a análise de conteúdo, de acordo com Amado (2000) e Bardin (2009). Foram cumpridos os requisitos formais e éticos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os dados foram agrupados em três categorias: preparação pré-operatória, preparação para a alta e sugestões, que se subdividiram em subcategorias e indicadores aos quais foram associadas unidades de registo. Salienta-se o facto de os doentes demonstrarem uma satisfação global com os cuidados de enfermagem, sendo mais significativos os que se relacionam com o pós-operatório imediato. Contudo, referem-se ao acompanhamento por parte dos enfermeiros como personalizado desde a entrada no serviço, apesar de insuficiente, uma

vez que deveria iniciar-se no pré-operatório através de uma consulta de enfermagem, próxima da data da intervenção, favorecendo a realização de ensinios pré-operatórios e a programação da alta e recuperação precoces. A investigação e a prática de enfermagem estão estreitamente relacionadas, existindo uma reciprocidade que contribui significativamente para desenvolver uma prática baseada na evidência, melhorando a qualidade dos cuidados e conseqüentemente a otimização dos resultados em saúde.

Dos resultados obtidos, enfatizamos:

- A maioria da informação pré-operatória é fornecida na consulta externa, especificamente na consulta de anestesia (quando realizada previamente), em que é feita uma triagem de enfermagem e é entregue um panfleto elucidativo acerca da cirurgia ambulatoria (CA): o que é, precauções e normas a cumprir antes e depois da cirurgia, contacto do serviço para esclarecimento de dúvidas e informação acerca do contacto por parte deste no dia seguinte à alta no sentido de indagar possíveis complicações. A informação de comparência no serviço e o jejum necessário são comunicados por via telefónica;
- No dia da intervenção cirúrgica, no serviço, é feito um acolhimento personalizado ao doente, em que este é questionado acerca dos seus antecedentes médicos e cirúrgicos. São avaliados os parâmetros vitais e é realizada a preparação física do local da intervenção (tricotomia e higiene). A este nível é salientada pelos doentes a importância dos conhecimentos prévios relacionados com experiências cirúrgicas anteriores próprias ou de pessoas próximas assim como referentes aos ensinios realizados a nível da consulta de anestesia, no sentido de já virem preparados fisicamente;
- A aquisição de conhecimentos na fase pré-operatória é seletiva, na medida em que alguns doentes referem não necessitar de mais informação, enquanto outros referem que se necessário questionavam nesse sentido e outros acrescentam que não tinham capacidade para assimilar mais informação, nesse momento, dado o nervosismo inerente;
- Relativamente à importância dos ensinios pré-operatórios na recuperação pós-operatória é referido pelos doentes que são realizados maioritariamente ensinios acerca dos cuidados pós-operatórios imediatos, não sendo dada grande relevância aos mediatos;
- Os cuidados de enfermagem percebidos pelos doentes enquanto mais significativos são o alívio da dor pós-operatória, a supervisão da primeira micção e do primeiro levante assim como a vigilância contínua e a atenção à satisfação das principais necessidades sentidas pelo doente nesta fase;
- No momento da alta são transmitidas informações acerca da realização dos pensos, das atividades diárias recomendadas, o contacto telefónico do serviço, o serviço de *follow-up* e é entregue um panfleto alusivo, no sentido de reforçar a informação;
- É de salientar a satisfação dos doentes relativamente aos cuidados de enfermagem prestados. Contudo, sugerem uma maior proximidade da informação à intervenção cirúrgica, o aumento da quantidade de alimentos às refeições durante a estadia no serviço, e uma maior disponibilidade e acompanhamento por parte dos enfermeiros no serviço.

CONCLUSÃO

No decorrer do percurso de investigação, e aquando do contacto com os participantes no estudo, surgiram oportunidades privilegiadas de momentos de reflexão e de aprendizagem, que contribuíram de uma maneira indescritível, para o desenvolvimento pessoal e profissional e para uma maior segurança no bom desempenho da prática dos cuidados de enfermagem. Os resultados obtidos, pela realização de entrevistas semiestruturadas, permitiram descrever a perceção dos doentes participantes no estudo.

Considera-se, por isso, ter sido atingido o objetivo proposto, acreditando que este trabalho constitui uma mais-valia para a prática de cuidados, assim como para futuras investigações.

A CA é considerada atualmente uma exigência na área cirúrgica. Neste contexto, a prestação de cuidados de enfermagem ao doente sujeito a CA planeada, requer do enfermeiro uma capacidade acrescida relativamente a outro tipo de programa cirúrgico em que o internamento é mais prolongado. Por parte do doente, requer a assimilação rápida da informação, no sentido de uma recuperação precoce. É através da compreensão das perceções e necessidades dos doentes, que podem ser desenvolvidas intervenções de enfermagem, de forma a assegurar uma experiência única, segura e bem-sucedida aos doentes submetidos a cirurgia ambulatória.

Sugere-se a realização de um estudo de âmbito qualitativo sobre a perceção dos doentes acerca dos cuidados de enfermagem, que permitiria também avaliar a eficácia do serviço de follow-up. Seria interessante a realização de um estudo quantitativo complementar a este a nível nacional, permitindo a validação de um instrumento de colheita de dados e obtenção de dados mais consistentes.

Também seria importante a implementação de um sistema de avaliação contínua sobre a qualidade dos serviços prestados, pela aplicação de um questionário aos doentes antes da alta hospitalar e na fase posterior à total recuperação cirúrgica.

Pela revisão de literatura efetuada previamente e pela prática de cuidados do investigador verifica-se alguma desmotivação por parte dos enfermeiros que trabalham nesta área demonstrada pela carência formativa. Sugere-se também a realização de um estudo no sentido de avaliar as necessidades de formação dos profissionais de forma a criar estratégias que ao valorizar a satisfação dos profissionais de saúde e, conseqüentemente, dos doentes se reflitam nas unidades de cirurgia ambulatória, de modo a serem consideradas serviços de referência.

Na prática de cuidados poderá ser relevante a implementação da consulta de enfermagem pré-operatória, permitindo ao doente conhecer a unidade e a equipa, e obter informação verbal e escrita sobre a intervenção cirúrgica, possíveis efeitos secundários no pós-operatório, nomeadamente os que se referem à anestesia proposta, entre outras informações relativas ao pré e pós-operatório. Esta consulta facilitaria ainda aos profissionais de saúde conhecer o doente e as suas condicionantes sociofamiliares, imprescindíveis ao planeamento da alta precoce.

Como limitação do estudo apontamos a escassez de investigações recentes a nível nacional, que reflitam a perceção dos doentes sobre aos cuidados de enfermagem em CA. Outro aspeto, não menos importante, foi o facto de o estudo ter sido validado apenas por um investigador externo.

Do esforço na realização deste estudo resulta um trabalho que se espera contribuir para a prática dos cuidados no sentido da sua melhoria e, sobretudo, para promover a satisfação dos doentes face aos mesmos, reconhecendo o enfermeiro, como um prestador fundamental dos cuidados no percurso cirúrgico em CA.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Amado, J. (2000). A técnica de análise de conteúdo. *Referência: Revista de Educação em Enfermagem*, 5, 53-64.

OPINIÕES, EXPECTATIVAS E SATISFAÇÃO COM A AUTONOMIA NOS PROCESSOS DE TRANSIÇÃO SAÚDE-DOENÇA: ESTUDO OBSERVACIONAL COM DOENTES E PROFISSIONAIS DE SAÚDE

ANA DE JESUS NUNES TAVARES
JOSÉ CARLOS AMADO MARTINS

INTRODUÇÃO

Desde há vários anos que a dignidade e liberdade do Homem têm sido uma preocupação constante das sociedades, que hoje em dia se assumem como pluralistas. O Homem é compreendido como um ser singular dotado de sentimentos, intenções, racionalidade e liberdade de escolha que está em constante desenvolvimento na procura da sua realização pessoal. Hoje preconiza-se que esta intencionalidade por parte do doente seja uma constante também nos processos de transição saúde-doença. Até ao século XX imperava a era hipocrática, em que o doente acatava o que o médico considerava ser o melhor para ele, sem auscultar a sua vontade. Desde então tem-se firmado uma nova relação terapêutica no processo de cuidados, em que a decisão sobre as intervenções prestadas deve ser partilhada pelos intervenientes. O doente pode e deve decidir sobre si mesmo, apoiado nas suas convicções culturais e sociais, não devendo ser julgado. É, então, considerada a vontade do doente, o respeito à sua autogovernança e à participação ativa no processo de cuidados (Martins, 2008; Nunes, 2004, 2010).

Este direito ao exercício da autonomia, intimamente relacionado com a dignidade humana e naturalmente ligado à doutrina dos direitos fundamentais, está consagrado na Carta dos Direitos e Deveres do Doente. Ao doente é imprescindível a correta informação para que possa tomar as suas decisões, livres e conscientes, de assentir ou dissentir qualquer ato médico. E esta tomada de decisão, livre e consciente, só pode acontecer na ausência de qualquer coação, imposição, limitação ou mesmo incapacidade que diminuam a capacidade de decisão (Nunes, 2010). Contudo, o respeito por este direito não é uma constante na atualidade, parecendo haver ainda algumas barreiras, que têm sido descritas ao longo da evolução do conceito de autonomia, como o paternalismo dos profissionais, a escassez de informação e a posição vulnerável do doente face à situação de saúde.

OBJETIVOS

São objetivos deste estudo: descrever as opiniões, expectativas e satisfação dos doentes com o exercício da autonomia nos processos de transição saúde-doença e descrever a percepção dos profissionais de saúde em relação às mesmas opiniões, expectativas e satisfação dos doentes com o exercício da autonomia.

METODOLOGIA

Estudo quantitativo, transversal, do tipo observacional, descritivo-analítico, de nível I.

Foi aplicado um questionário a 81 doentes e 143 profissionais de saúde (enfermeiros e médicos), recrutados de forma não probabilística, entre outubro e dezembro de 2014, nos serviços de internamento do departamento de medicina e cirurgia de um hospital da zona centro.

Os questionários foram construídos tendo em conta os conceitos inerentes à temática, os direitos dos doentes expressos nas várias fontes nacionais e internacionais e o caminho traçado por Martins (2008). A base de ambos os questionários foi a mesma, tendo sido feitos alguns ajustes de acordo com a necessidade de conhecimento específico em relação às duas amostras.

Os critérios de inclusão para a amostra de doentes foram os seguintes: internamento nos serviços dos departamentos de medicina e cirurgia, superior a 72 horas, no período de outubro a dezembro de 2014; que aceitassem participar no estudo; com mais de 18 anos; e que não apresentassem nenhum compromisso psíquico que pudesse comprometer o processo de decisão e as respostas ao questionário. Relativamente aos profissionais de saúde, foram excluídos os enfermeiros-chefes, por não estarem diretamente na prestação de cuidados.

Foi garantido o anonimato e a confidencialidade das respostas, assim como a inexistência de contrapartidas ou prejuízos decorrentes da participação no estudo. O estudo foi aprovado pela administração do hospital após parecer favorável da respetiva Comissão de Ética.

RESULTADOS

De acordo com os objetivos traçados, serão destacados os principais resultados.

A média de idades dos doentes é de 54,8 anos, sendo a classe predominante dos 60 aos 75 anos. Os doentes inquiridos são maioritariamente do sexo masculino (77,8%), casados (74,1%), com o primeiro ciclo (33,3%), sendo a maioria reformada (22,2%) e operários (21%). A área de residência predominante é a aldeia (42%). Tanto o internamento com período inferior a 5 dias como o internamento entre 5 e 10 dias são expressivos. Quanto ao motivo de internamento destaca-se as doenças do aparelho circulatório (19,8%) e respiratório (18,5%).

A média de idades dos profissionais é de 36,5 anos, sendo que 53% da amostra tem entre 25 e 35 anos. Maioritariamente são do sexo feminino (80,6%) e são enfermeiros, sendo os serviços de medicina os mais representativos (38,1%).

A maioria dos doentes expressa níveis elevados de importância e satisfação, na sua maioria nível 5, em relação aos direitos inerentes ao exercício da autonomia: direito à informação, ao

consentimento informado e ao envolvimento de um familiar no processo. Já os profissionais de saúde percebem que os doentes atribuiriam níveis menos elevados (nível 3 e 4). As diferenças encontradas são estatisticamente significativas ($p < .05$) na sua maioria.

Tanto os doentes como os profissionais referem que aspetos inerentes às características dos interlocutores, ao modo de comunicar e ao contexto podem melhorar o processo de comunicação e informação ao doente. Permanecem em concordância quando referem mais vezes o contexto da comunicação como aspeto a ser melhorado.

Algumas terapias médicas e de enfermagem não foram objeto de consentimento por parte dos doentes. A maioria refere não ter recusado nenhum tratamento com base na informação recebida. Os profissionais percebem a situação de forma semelhante.

Os doentes não conhecem as diretivas antecipadas de vontade; 65% dos doentes permitiriam medidas invasivas em caso de agravamento da situação de saúde e 40% não têm opinião formada. Os profissionais de saúde conhecem as diretivas antecipadas de vontade, na sua globalidade, mas ainda não estão enraizadas nesta comunidade. Desconhecem os desejos dos doentes a quem prestaram cuidados no que concerne ao recurso a medidas invasivas caso o estado de saúde se agravasse. Ambas as amostras delegariam no cônjuge a tomada de decisão.

DISCUSSÃO

Os doentes percebem níveis elevados de importância em relação ao consentimento informado e à informação, querendo ser informados de tudo o que se passa com a sua situação de doença. Já os profissionais, ao perceberem níveis inferiores de importância, assumem a falta de conhecimento que têm das necessidades de informação dos seus doentes. Os profissionais de saúde subestimam a necessidade de informação dos doentes, podendo tal facto estar associado a questões éticas, paternalismo ostensivo ou mesmo à escassez de experiência (Ashraf, Tasnim, Saaig, & Zaman, 2014), e até a algum desinvestimento no processo de informação (Martins, 2008).

Os doentes apresentam níveis mais elevados de satisfação que os encontrados em outros estudos. Pode constatar-se que os profissionais percebem mais facilmente os problemas que decorrem da informação prestada aos doentes, que eles próprios. Podem ser apontadas como explicações: os doentes sentem-se mesmos satisfeitos com a informação que lhes é disponibilizada; receiam expressar a sua verdadeira satisfação, pois na relação profissional-doente ainda existe alguma assimetria; ou o baixo nível de literacia em saúde influencia a expectativa dos doentes.

Os doentes sentem o quão importante é poderem exercer o seu direito de autodeterminação, pois apontaram a máxima importância. Lyttlee e Ryan (2010) reuniram evidência de que eles querem participar o mais ativamente possível na tomada de decisão sobre os cuidados. Já os profissionais percebem que os doentes atribuiriam níveis mais baixos de importância, não lhes reconhecendo a importância do exercício desse direito. Situação que pode ser igualmente explicada pelos resultados de Lyttlee e Ryan (2010) ao concluírem que o desejo de participação variou consoante a condição do doente e a tarefa envolvida.

Em algumas situações as terapias médicas e de enfermagem não foram consentidas pelos doentes, situação que contraria o preconizado na Carta dos Direitos e Deveres dos Doentes. Muitas vezes os profissionais de saúde adotam o consentimento implícito nas suas práticas e muitas vezes são forçados a fornecer cuidados fúteis pressionados pelos familiares mais próximos.

Em relação às diretivas antecipadas de vontade é evidente a falta de informação dos doentes. Quanto aos profissionais fica a percepção de que, apesar de as conhecerem, estão pouco informados acerca dos aspetos legais e da operacionalização das mesmas.

CONCLUSÃO

O princípio da autonomia é hoje central nos processos de transição saúde-doença, face ao desenvolvimento das sociedades que hoje se assumem como pluralistas. É também tema central de todos os que se preocupam com os aspetos bioéticos da relação entre profissionais e doentes. No entanto, a sua prática não é isenta de dificuldades.

No final deste estudo fica a percepção de que muito trabalho há ainda a fazer no sentido de maior autonomia dos doentes, assim como espaço para mais e mais profundas investigações. Situação que pode ter explicação no facto de estar enraizado na nossa cultura de que o consentimento informado apenas é solicitado para atos médicos mais invasivos e pela ideia de que o enfermeiro tem um papel insignificante no processo de obtenção do consentimento informado.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ashraf, B., Tasnim, N., Saig, M. & Zaman, K. (2014). An audit of the knowledge and attitudes of doctors towards surgical informed consent. *International Journal Health Policy Management*, 6, 315-321.
- Lyttle, D., & Ryan, A. (2010). Factors influencing older patients` participation in care: A review of the literature. *International Journal of Older People Nursing*, 5(147), 274-282.
- Martins, J. C. (2008). *O Direito do doente à informação: Contextos, práticas, satisfação e ganhos em saúde* (Tese de doutoramento). Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Porto, Portugal.
- Nunes, R. (2004). *Consentimento informado*. Recuperado de <http://www.academianacionalmedicina.pt/Backoffice/UserFiles/File/Documentos/Consentimento%20Informado-RuiNunes.pdf>
- Nunes, R. (2010). *Bioética* (18). Coimbra, Portugal: Gráfica de Coimbra.

PREVENÇÃO SECUNDÁRIA DA DOENÇA CARDIOVASCULAR NA PESSOA COM SÍNDROME CORONÁRIA AGUDA: UM PROGRAMA DE INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM

ANAÍSA FERREIRA REVELES
PAULO ALEXANDRE CARVALHO FERREIRA
ISABEL MARIA HENRIQUES SIMÕES

INTRODUÇÃO

As doenças cardiovasculares (DCV) são a maior causa de mortalidade em Portugal, pelo que é uma área de intervenção prioritária. Sendo uma doença associada ao estilo de vida, existe um enorme potencial de intervenção dos enfermeiros, enquanto promotores de estilos de vida saudáveis.

Apesar da evolução nos tratamentos, as taxas de mortalidade, enfarte e reinternamento de doentes com síndrome coronária aguda (SCA) continuam altas (European Society of Cardiology [ESC], 2011). Para além disso, uma vez instalada a DCV, é essencial o controlo dos fatores de risco cardiovasculares (obesidade, tabagismo, sedentarismo, diabetes e hipertensão), assim como a adesão à terapêutica. Na prática verifica-se frequentemente que os doentes não cumprem o regime farmacológico e mantêm comportamentos de risco. Assim, evidencia-se a pertinência do acompanhamento de enfermagem no controlo dos fatores de risco, na manutenção do estilo de vida saudável e na adesão ao regime terapêutico.

OBJETIVOS

O objetivo geral desta investigação foi analisar os efeitos de um programa de ensino estruturado de prevenção secundária da DCV, nos doentes com diagnóstico de SCA. O objetivo específico foi analisar a influência do programa de ensino sobre o índice de massa corporal (IMC), perímetro abdominal (PA), tensão arterial (TA), frequência cardíaca (FC), glicemia capilar, colesterol total (CT), adesão à terapêutica farmacológica, capacidade de autocuidado terapêutico, literacia acerca da sua situação clínica e estilo de vida.

METODOLOGIA

Tratou-se de um estudo quantitativo, longitudinal, randomizado, experimental, antes-após, com grupo testemunho, com amostragem probabilística aleatória simples. Os participantes do grupo experimental (GE) foram acompanhados durante 6 meses, com consulta de enfermagem mensal. Existiram duas avaliações por grupo: antes do programa de consultas e no final. Os instrumentos de colheita de dados foram: questionário de caracterização sociodemográfica, Medida de Adesão aos Tratamentos, Instrumento de Autocuidado Terapêutico, Teste de Batalha/ Literacia da situação de saúde e Questionário Estilo de Vida Fantástico. A amostra foi constituída por 24 participantes, 13 no GE e 11 no grupo de controlo (GC).

RESULTADOS

Assegurou-se a homogeneidade sociodemográficos dos grupos., No GC existiam 72,73% de homens e 27,27% de mulheres e no GE 69,23% de homens e 30,77% de mulheres. A média etária no GE foi 68,08 anos ($s=11,74$) e no GC 67,55 ($s=10,24$). A maioria dos doentes eram casados/ união de facto (63,64% no GC e 61,54% no GE) e viviam com familiares (72,73% no GC e 76,92% no GE). O nível de escolaridade era baixo, a maioria tinha até ao 1º ciclo de ensino básico (45,45% no GC e 46,15% no GE) e estava reformada (72,73% no GC e 61,55% no GE).

Verificou-se uma elevada prevalência de fatores de risco cardiovasculares, nomeadamente hipertensão (92,31% no GE e 81,81% no GC), dislipidemia (84,62% no GE e 81,81% no GC), diabetes (46,15% no GE e 27,27% no GC), excesso de peso (69,23% no GE e 90,9% no GC), história familiar (38,46% no GE e 54,55% no GC) e tabagismo (15,38% no GE).

O acompanhamento do GE foi feito com uma consulta de enfermagem por mês, durante 6 meses, e contribuiu para a redução do IMC e do PA.

O programa de ensino não influenciou o controlo da TA, FC, glicemia capilar e CT, melhoria do estilo de vida, adesão à terapêutica farmacológica, capacidade de autocuidado terapêutico nem na literacia acerca da sua situação clínica, pelo que não se verificou diferenças entre os grupos. No GE houve um aumento dos doentes com TA e glicemia capilar controladas, assim como melhoria do estilo de vida, da adesão à terapêutica farmacológica, da capacidade de autocuidado terapêutico e da literacia sobre a sua situação clínica. Não se verificou influência do programa de ensino na evolução do GE na FC e CT.

DISCUSSÃO

As características sociodemográficas da amostra vão ao encontro das que são próprias da DCV aterosclerótica, origem multifatorial que afeta maioritariamente homens e cuja incidência aumenta com a idade. A maior prevalência de doentes casados/união de facto, em coabitação com familiares são concordantes com os resultados encontrados em vários estudos (Eshah, 2013; Ijzelenberg et al., 2012).

Neste estudo, tratando-se de prevenção secundária da DCV, todos os participantes já tinham apresentado pelo menos um evento cardiovascular, pelo que se encontrou uma elevada prevalência de fatores de risco. De notar que os doentes do GC apresentavam valores mais

elevados na obesidade e história familiar de doença cardíaca, achados estes concordantes com os dos estudos de Holmes-Rovner et al. (2008) e Eshah (2013).

Verificou-se também que os doentes que seguiram o programa de ensino apresentavam valores mais baixos de IMC e PA. Estes resultados vão ao encontro aos referidos por vários autores, nomeadamente Ijzelenberg et al. (2012), em que os doentes do GE acompanhados durante 6 meses apresentaram uma redução significativa do peso, IMC e PA.

Verificada a existência de diferenças entre o GE e o GC, para o IMC e o PA, esperava-se impacto no controlo da TA, glicemia capilar e CT. Contudo, tal não se verificou, provavelmente devido à reduzida dimensão da amostra e às diferenças clínicas entre os grupos, sobretudo quanto à presença de HTA e diabetes. Também no estudo desenvolvido por Ijzelenberg et al. (2012), não se verificaram diferenças entre os grupos na TA, CT nem hemoglobina glicada.

Eshah (2013) evidenciou o papel da educação para a saúde na adoção de estilos de vida mais saudáveis, fundamentais na prevenção de novos eventos cardíacos. Também Ijzelenberg et al. (2012), com a sua intervenção compreensiva no estilo de vida, verificaram que, para além da redução do peso, IMC e PA no GE, também existiu um aumento significativo da atividade física. No entanto, não encontraram diferenças quanto à alteração de hábitos alimentares e tabágicos.

A adesão à terapêutica é multifatorial e os resultados encontrados nos estudos analisados não são concordantes entre si. No estudo realizado por Holmes-Rovner et al. (2008), com doentes que após SCA foram acompanhados por enfermeiros em 6 sessões de aconselhamento telefónico, não se encontraram diferenças quanto à adesão farmacológica entre os grupos, tal como sucedeu na presente investigação. É referido por alguns autores que doentes com melhor apoio social, com consultas com frequência inferior a 3 e 6 meses e com mais conhecimentos acerca da sua situação de saúde, apresentam melhor adesão à terapêutica.

A capacidade de autocuidado é influenciada pela literacia que a pessoa possui acerca da sua situação clínica, nomeadamente quanto à identificação de sinais e sintomas e formas de controlo, tornando o doente mais competente no seu autocuidado. À semelhança de outros estudos, nesta investigação obtiveram-se resultados positivos ao nível da prevenção secundária da DCV, associados à literacia para o controlo de fatores de risco cardiovasculares, à melhoria do estilo de vida, à adesão à terapêutica farmacológica e à capacidade de autocuidado terapêutico.

Eshah (2013) afirma que a educação para a saúde contribui para modificar comportamentos de saúde e melhorar o conhecimento dos doentes. Apesar de continuar indeterminada a combinação ótima de intervenções, uma intervenção mais intensiva, com consultas mais frequentes, contribui para melhorar o controlo de fatores de risco (ESC, 2012).

Assim, os resultados obtidos no presente estudo são concordantes, pois com a melhoria da literacia, foi possível contribuir para a melhoria do estilo de vida e, consequentemente IMC e PA mais adequados.

CONCLUSÃO

Dos resultados encontrados conclui-se que a implementação de um programa estruturado de ensino constitui uma boa metodologia de acompanhamento de doentes após SCA para

a melhoria do IMC, PA, estilo de vida, adesão à terapêutica farmacológica, capacidade de autocuidado terapêutico e literacia acerca da sua situação clínica. Apesar de não existirem diferenças estatisticamente significativas, verificou-se no GE um aumento dos doentes com valores controlados de TA e glicemia capilar. Contudo, o programa parece não ter influenciado o controlo da FC e do CT.

Consideram-se como principais limitações do estudo, a reduzida dimensão da amostra e o facto dos doentes que aceitaram participar poderem estar mais predispostos para alterações comportamentais do que os que recusaram. De referir ainda, a dificuldade em garantir a homogeneidade da amostra em termos clínicos e eventuais ajustes de medicação. Espera-se conseguir alertar para o papel preponderante dos enfermeiros no âmbito da educação para a saúde e o seu impacto na prevenção secundária da DCV.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Eshah, N. F. (2013). Discharge education improves adherence to a healthy lifestyle among Jordanian patients with acute coronary syndrome. *Nursing and Health Sciences*, 15(3), 273-279. doi: 10.1111/nhs.12018.
- European Society of Cardiology. (2011). Guidelines for the management of acute coronary syndromes in patients presenting without persistent ST-segment elevation. *European Heart Journal*, 32, 2999-3054. doi: 10.1093/eurheartj/ehr236.
- European Society of Cardiology. (2012). European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice (version 2012). *European Heart Journal*, 33, 1635-1701. doi: 10.1093/eurheartj/ehs092.
- Holmes-Rovner, M., Stommel, M., Corser, W. D., Olomu, A., Holtrop, J. S., Siddiqi, A. & Dunn, S. L. (2008). Does outpatient telephone coaching add to hospital quality improvement following hospitalization for Acute Coronary Syndrome? *Journal of General Internal Medicine*, 23(9), 1464-1470. doi: 10.1007/s11606-008-0710-1.
- Ijzelenberg, W., Hellems, I. M., van Tulder, M. W., Heymans, M. W., Rauwerda, J. A., van Rossum, A. C. & Seidell, J. C. (2012). The effect of a comprehensive lifestyle intervention on cardiovascular risk factors in pharmacologically treated patients with stable cardiovascular disease compared to usual care: a randomized controlled trial. *BMC Cardiovascular Disorders*. 12(71), 1-12. doi: 10.1186/1471-2261-12-71.

PREPARAÇÃO DO REGRESSO A CASA: DIFICULDADES DA FAMÍLIA NA CONTINUIDADE DE CUIDADOS

ANDREA SUSANA COIMBRA PEREIRA ANTUNES DE CARVALHO
MARIA DA CONCEIÇÃO PINTO MADANELO DOS SANTOS RÔXO

INTRODUÇÃO

A nossa sociedade confronta-se com o aumento do número de indivíduos em situações de morbilidade, com elevado nível de dependência e que necessitam de um acompanhamento diferenciado durante toda a vida. A dependência surge como uma vulnerabilidade sobre a condição da humanidade, que equivale não só a um mero aspeto físico mas também a uma condição de fragilidade, quer individual quer social.

Na prática de cuidados continuados existe grande preocupação em promover a autonomia dos indivíduos em situação de dependência e em reforçar as capacidades da família para lidar com estas situações. Quando a família assume os cuidados do seu familiar no domicílio, na maioria das vezes demonstra dificuldades em prestar cuidados e tenta encontrar alternativas, das quais a mais frequente é o reinternamento hospitalar sucessivo e o recurso à institucionalização. Assim, surge este estudo subordinado ao tema: preparação do regresso a casa – dificuldades da família na continuidade de cuidados.

A permanência do utente dependente no regresso a casa constitui um momento particularmente importante na vida das pessoas, extremamente sensível aos cuidados de enfermagem, à qualidade da tomada de decisão e ao acompanhamento que lhe está associado. Cuidar de um familiar com dependência no regresso a casa pressupõe integrá-lo nos múltiplos cenários da vida quotidiana, suscetível de grande impacto no plano individual, familiar, social e económico. Neste contexto, é atribuída uma elevada complexidade à problemática dos cuidados aos utentes dependentes e à família na comunidade que exigem uma abordagem integradora, de continuidade e de parceria, isto é, uma intervenção no âmbito da continuidade de cuidados.

Este trabalho posiciona-se numa perspetiva humanista que se centra na individualidade pessoal e na conceção de que as ações realizadas pelo homem são livres, com potencial para aprender e para se desenvolver. Como o tema envolve uma realidade do quotidiano do país com evidente acréscimo para o futuro, optou-se por descrever um olhar sobre a família como suporte da sociedade, o impacto da doença na família e a sua função como parceira de

cuidados. A continuidade de cuidados foi outro tema também abordado, desenvolvendo-se um novo paradigma de cuidados assentes no cuidar e reabilitar, a natureza dos cuidados de enfermagem neste contexto e a sua aplicação na interação com os cuidados no domicílio.

OBJETIVO

O objetivo deste estudo é compreender quais as dificuldades da família na continuidade de cuidados.

METODOLOGIA

Realizou-se uma investigação qualitativa, fenomenológica, seguindo o proposto por Giorgi (1985). Para a colheita dos dados recorreu-se à entrevista semiestruturada a seis familiares, cuidadores principais de utentes com alta programada de uma unidade de cuidados continuados para o domicílio. Os excertos de entrevista apresentados nos resultados resultam da transcrição das entrevistas que aconteceram nos meses de agosto e setembro de 2012.

RESULTADOS

A partir da identificação das declarações significativas emergiram como categorias principais: as dificuldades na continuidade de cuidados; os fatores facilitadores no regresso a casa, na continuidade de cuidados; e as vivências do familiar cuidador (ver Figura 1).

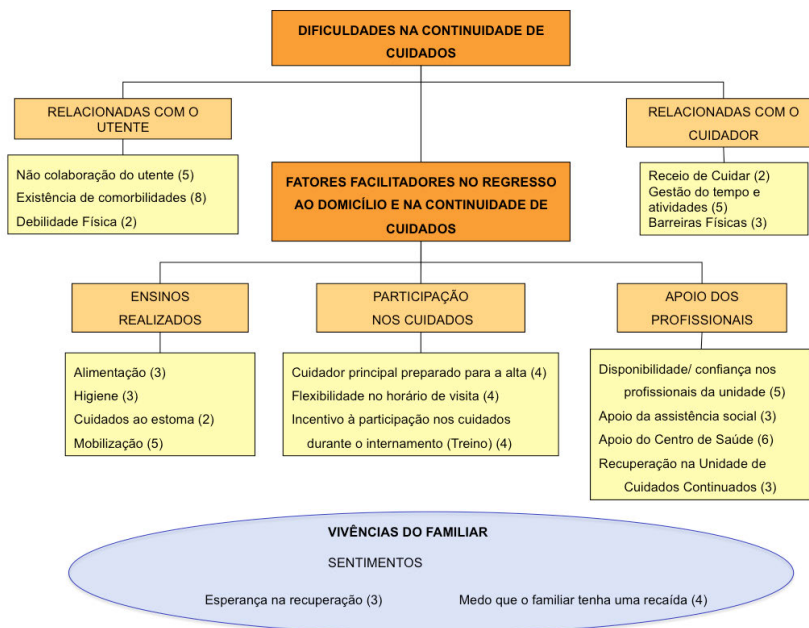


Figura 1. Dificuldades da família na continuidade dos cuidados.

Dos dados obtidos através deste estudo, realça-se a estrutura global das dificuldades da família na continuidade de cuidados, conforme Tabela 1.

Tabela 1
Dificuldades da família na continuidade de cuidados

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS	INDICADORES	UNIDADES DE SIGNIFICADO	UR
DIFICULDADES NA CONTINUIDADE DE CUIDADOS	RELACIONADAS COM O UTENTE	Não colaboração do utente	P 3: "E tenho que ver se ela também ajuda porque quando tenho trabalho tenho que aproveitar e ela pode ter que tomar a medicação e tem que ir à casa de banho... Eu acho que consigo dar conta do assunto, se ela ajudar..." (2012)	5
		Existência de comorbilidades	P 4: "Também há ainda o problema das medicações porque a minha mãe já esteve internada no hospital por causa de problemas da cabeça" (2012)	5
		Debilidade física	P 5: "O meu tio agora está mais debilitado, emagreceu e está um pouco fraco. Até se nota na fala...cansa-se muito." (2012)	2
	RELACIONADAS COM O CUIDADOR	Receio de cuidar	P 5: "Eu tinha um certo receio e no início eu pensava que não era capaz de tal coisa, mas depois não havia mais ninguém para aprender e eu via os meus tios tão aflitos que resolvi logo ajudar e... olhe... a gente faz coisas que nunca pensa ser capaz..." (2012)	2
		Gestão do tempo e atividades	P 1: "Penso que não preciso de mais nada. Só preciso de saúde para poder cuidar da minha mãe." (2012) P 5: "Para tudo isto é preciso perder muito tempo e ainda ir pedir a receita e mais dos outros medicamentos que toma e a minha tia isso já não consegue. É que temos que trabalhar e nem sempre se pode faltar para resolver tudo isso." (2012)	5
		Barreiras físicas	P 2: "Para o banho é que eu acho que vai ser complicado por causa da banheira; estou a pensar que se calhar tenho que molhar a casa de banho toda... vai ter de ser assim...só se tiver alguém para me ajudar a pô-la na balheira e depois tirá-la." (2012)	3
FACTORES FACILITADORES NO REGRESSO A CASA E NA CONTINUIDADE DE CUIDADOS	ENSINOS REALIZADOS	Ensino sobre alimentação	P 1: "Também me explicaram que tenho que triturar a comida para não se engasgar e que devo dar-lhe uma colher de cada vez e esperar que engula." (2012)	3
		Ensino sobre a higiene	P 6: "Ensinaram-me aqui tudo: como ajudar a minha mãe na higiene do dia-a-dia." (2012)	3
		Ensino sobre os cuidados ao estoma	P 6: "Ensinaram-me a cuidar da colostomia; já tinha trocado uma vez o dispositivo no hospital onde tive reuniões com a senhora enfermeira para me transmitirem todas as informações relativas à situação." (2012)	2
		Ensino sobre a mobilização	P 1: "Ensinaram-me a sentá-la na cama e a transferi-la para a cadeira de rodas. Também me explicaram que devo segurá-la na cadeira com uma faixa própria ... que até já fui comprar ... para não cair para a frente..." (2012)	5

Tabela 1 (continuação)
Dificuldades da família na continuidade de cuidados

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS	INDICADORES	UNIDADES DE SIGNIFICADO	UR
FACTORES FACILITADORES NO REGRESSO A CASA E NA CONTINUIDADE DE CUIDADOS	PARTICIPAÇÃO NOS CUIDADOS	Cuidador principal preparado para a alta	P 1: "Eu estou em casa sozinha, desempregada, o marido está fora e o filho trabalha... até vai ser bom ter a sua companhia." (2012)	4
		Flexibilidade no horário de visita	P 5: "Ajudou deixarem-me entrar mais à noite, porque eu trabalho e sempre me deixaram à vontade para ver o meu tio quando pudesse e foi bom porque a minha tia vinha mais cedo no autocarro e depois esperava por mim e conseguia acompanhá-lo muito." (2012)	3
		Incentivo à participação nos cuidados durante internamento (treino)	P 2: "Como eu venho cá muitas vezes e deixam-me participar nos cuidados, fui tomando consciência das necessidades da minha mãe." (2012)	4
	APOIO DOS PROFISSIONAIS	Disponibilidade/ confiança nos profissionais da unidade	P 1: "O que ajudou foi o tempo e os ensinamentos dos senhores enfermeiros que me explicaram tudo muito bem e também foi bom ter treinado pois agora para o final eu já fazia parte dos cuidados, era quase como se cá trabalhasse..." (2012)	5
			P 1: "Os senhores enfermeiros disseram-me que para qualquer dúvida posso telefonar para cá a qualquer hora pois conhecem bem a minha mãe e podem dar-me uma ajuda." (2012)	
		Apoio da Assistência Social	P 1: "A Dr. ^a [assistente social] também já me ajudou e já tenho uma cadeira de rodas e até um colchão para colocar na cama para evitar as feridas." (2012)	3
			P 3: "Depois, o futuro depois se vê... se não conseguirmos temos que falar com a assistente social para ver se podemos pagar ao lar." (2012)	
Apoio do Centro de Saúde	P 1: "Se for preciso, o Centro de Saúde também nos dá apoio e vão lá a casa os enfermeiros do apoio domiciliário que nos ajudam e dão as informações necessárias." (2012)	6		
Recuperação numa Unidade de Cuidados Continuados	P 6: "Como precisávamos de mais algum tempo, a minha mãe veio para a unidade de cuidados durante três meses para se recompor e para eu ter mais tempo para me organizar lá em casa para a poder receber pois ela vai agora viver lá em casa. Foi muito bom porque pudemos - eu e ela - perceber como irá ser a vida perante esta situação e toda a equipa se empenhou em nos receber e preparar para o domicílio." (2012)	3		
VIVÊNCIAS DO FAMILIAR	SENTIMENTOS EVIDENCIADOS PELOS FAMILIARES	Esperança na recuperação	P 3: "Espero que ela consiga andar lá em casa com o andarilho, para ir à casa de banho e isso..." (2012)	3
		Medo que o familiar tenha uma recaída	P 1: "Desde que a minha mãe teve alta do hospital que eu e os meus irmãos ficámos preocupados com a situação dela para o futuro." (2012)	4

CONCLUSÃO

Face ao estudo realizado, preconiza-se a implementação de um modelo integral de cuidados pluridimensionais, que contemplem não só a satisfação das necessidades físicas, mas também as psicológicas e sociais dos doentes que necessitam da continuidade de cuidados.

Assiste-se a uma revalorização do papel da família não só integrando-a na prestação de cuidados enquanto a pessoa doente está em contexto hospitalar, como também levando-a a assumir e envolver-se no cuidar do seu familiar no domicílio.

As estratégias passam, na maioria das vezes, por valorizar o desempenho dos cuidadores através das suas competências e habilidades na prestação de cuidados. Saraiva (2008) refere que compete à sociedade atual, desenvolver e implementar estratégias de intervenção, junto dos cuidadores informais primários e secundários na prestação de cuidados à pessoa dependente, no sentido de melhorar a qualidade de vida dos principais intervenientes, contribuindo para a sua desinstitucionalização.

Os cuidados de enfermagem foram percebidos como fundamentais em todo o processo de acompanhamento para a alta, tanto no apoio emocional como na promoção do conhecimento, orientação e acompanhamento do familiar cuidador no processo de adaptação à nova situação. Os familiares demonstraram que a relação que estabeleceram com os enfermeiros e toda a equipa multidisciplinar permitiu-lhes adquirir confiança e competências na aprendizagem e no desenvolvimento de capacidades para o desempenho dos cuidados.

Podemos sugerir a criação de equipas que acompanhem os cuidadores no domicílio e que sejam detentores de uma rede de apoio via telefone ou internet para colocarem as questões e problemas que surjam. Considera-se importante potenciar os fatores facilitadores que são os ensinamentos, a participação nos cuidados e o apoio dos profissionais, bem como desdramatizar as situações, ajudar a ultrapassar as respostas desfavoráveis das famílias, apoiar e acompanhar os cuidadores na sua capacidade de resistência durante todo o percurso que poderá ser duradouro.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Giorgi, A. (1985). *Phenomenology and psychological research*. Pittsburgh, Estados Unidos da América: Duquesne University Press.
- Saraiva, S. (2008). *O cuidado informal ao idoso dependente: impacto no cuidador primário e secundário* (Dissertação de Mestrado). Recuperado de <http://ria.ua.pt/handle/10773/3262>

CAPACIDADE DE AUTOCUIDADO E ADESÃO AO REGIME TERAPÊUTICO DA PESSOA TRANSPLANTADA AO CORAÇÃO

ANTÓNIO JOSÉ SANTOS FERREIRA
PAULO ALEXANDRE CARVALHO FERREIRA

INTRODUÇÃO

A transplantação cardíaca é atualmente um tratamento de reconhecida validade que permite ao doente com insuficiência cardíaca terminal, ver a sua expectativa de vida aumentada e a sua qualidade de vida melhorada. Não temos dúvidas de que o aprimorar das técnicas cirúrgicas e o desenvolvimento de novos fármacos imunossuppressores permitiram uma evolução enorme na área dos transplantes de órgãos. No entanto, não podemos deixar também de salientar a importância de uma forte envolvimento de todos os atores comprometidos no processo da transplantação cardíaca, no qual se incluem os enfermeiros. A sua formação permite-lhes a obtenção de ferramentas únicas e situarem-se numa posição bastante privilegiada, na promoção do autocuidado e na melhoria da adesão a um regime terapêutico rigoroso, condições essenciais para a melhoria da sobrevivência e da qualidade de vida da pessoa transplantada ao coração.

Adesão implica uma atitude ativa, com envolvimento voluntário e colaborativo entre o utente e o profissional de saúde, num processo conjunto para a mudança de comportamentos. O “utente adere ao tratamento ou ao protocolo terapêutico, tendo por base um acordo conjunto que tem a sua participação, o que o leva a reconhecer a importância de determinadas ações prescritas” (Camarneiro, 2002, p.26).

Para Orem (2001), capacidade de autocuidado significa, no contexto da teoria, aquilo que a pessoa é capaz de realizar por si e para si própria. Refere-se ao conjunto de conhecimentos, habilidades e experiências adquiridas ao longo da vida para a realização do autocuidado.

OBJETIVOS

Os objetivos deste estudo foram:

- Identificar o nível de adesão aos tratamentos, na pessoa transplantada ao coração;
- Descrever a capacidade de autocuidado, na pessoa transplantada ao coração;

- Analisar de que forma é que a capacidade de autocuidado se relaciona com a adesão aos tratamentos da pessoa transplantada ao coração.

METODOLOGIA

Partindo da questão de investigação: Qual a capacidade para o autocuidado e de que forma é que esta se relaciona com a adesão aos tratamentos do indivíduo transplantado ao coração?, desenvolvemos um estudo quantitativo, transversal e descritivo-correlacional, formulando a seguinte hipótese: Existe relação entre a capacidade de autocuidado e a adesão aos tratamentos do indivíduo transplantado ao coração.

A população alvo do estudo era constituída pelos doentes submetidos a transplante cardíaco há mais de seis meses, seguidos na consulta de transplantação cardíaca num centro de cirurgia cardiotorácica de um hospital universitário. A amostra de 62 indivíduos foi do tipo não probabilístico e acidental de acordo com os seguintes critérios de inclusão: ser transplantado ao coração há mais de seis meses, não possuir qualquer tipo de doença grave que pudesse afetar a sua capacidade cognitiva, ter idade superior a 18 anos à data da aplicação dos questionários e compreender e assinar o consentimento informado.

A recolha de dados foi realizada através do autorrelato escrito que, depois de realizado o pré-teste, incluiu: um questionário para caracterização sociodemográfica da amostra, a Escala de Capacidade de Autocuidado (ECA; Baquedano, 2008) e a Medida de Adesão aos Tratamentos (MAT; Delgado & Lima, 2001).

Foi obtido o parecer favorável da Comissão de Ética para a Saúde da instituição onde foi realizado o estudo.

RESULTADOS

Quanto à caracterização sociodemográfica: 83,9% eram homens, com uma média de idades de 57,45 anos (desvio padrão de 11,4 anos), variando entre os 26 e os 73 anos. A maior parte dos indivíduos era casada ou vivia em união de facto (80,6%); 68% residia em zonas urbanas; 57% procedia da zona centro do país; 43,5% tinha a instrução primária e a maioria (67,7%) encontrava-se na situação de reformado.

A utilização da MAT permite detectar os doentes que omitem a ingestão da medicação por esquecimento, que se esquecem das horas de administração ou não respeitam o horário que está pré-estabelecido, que deixam de tomar a medicação por iniciativa própria, abordando de igual forma a problemática da automedicação. No nosso estudo, os valores da escala variaram entre o mínimo de 4,71 e o máximo de 6 pontos. A média foi de 5,78 com um desvio padrão de 0,03 pontos. Com o objetivo de captar padrões de adesão, procedeu-se à conversão da escala, podendo verificar-se um indivíduo (1,6%) que, pelo seu padrão comportamental, foi categorizado como não aderente aos tratamentos.

A ECA faz uma abordagem às necessidades do tipo universal, tais como: alimentação, eliminação, atividade física, sono e repouso, interação social, prevenção de riscos para a saúde, promoção do funcionamento e desenvolvimento humano, necessidades relacionadas

com o estado de saúde da pessoa e do seu tratamento, monitorização de sinais e sintomas relacionados com a sua saúde, adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico, entre outras.

Os valores da escala podem variar entre 0 e 75 pontos, sendo que a valores mais altos corresponde maior capacidade de autocuidado. Na nossa amostra variou entre um mínimo de 39 e o máximo de 75, com uma média de 63,18 e um desvio padrão de 1,0. Pela categorização proposta por Baquedano (2008), podemos referir que, a maior parte dos indivíduos tem muito boa capacidade de autocuidado (75,8%) e 24,2% tem boa capacidade de autocuidado.

Para testar a hipótese que afirma a existência de relação entre a capacidade de autocuidado e a adesão aos tratamentos do indivíduo transplantado ao coração, utilizámos o coeficiente de correlação de Spearman (r_s ; $\alpha=,05$), existindo fortes evidências estatísticas para afirmar que a adesão aos tratamentos farmacológicos está moderada e positivamente correlacionada ($r_s=0,423$; sig.=,000) com a capacidade de autocuidado, isto é, quanto maior a capacidade de autocuidado melhores são os níveis de adesão aos tratamentos.

DISCUSSÃO

A realização de um transplante cardíaco implica seguir um tratamento complexo até ao fim da vida da pessoa, com mudanças no estilo de vida que deverão ser compatíveis com o seu próprio conceito de qualidade de vida. A equipa de saúde envolvida no cuidado à pessoa transplantada e à sua família terá que ter este aspeto sempre bem presente, correndo o risco de abandono, total ou parcial, dos tratamentos estabelecidos. A adesão ao regime terapêutico é um fator suscetível de se melhorar, indo influenciar positivamente os resultados de saúde que se esperam atingir com determinados cuidados ou tratamentos.

Relativamente à hipótese em estudo, verificámos que existem fortes evidências estatísticas para afirmar que quanto maior a capacidade de autocuidado, melhores são os níveis de adesão aos tratamentos. Também Arias e Álvarez (2009), num estudo que efectuaram em doentes com algum factor de risco cardiovascular, concluíram que quando o indivíduo possui melhor capacidade para se autocuidar, conta com maiores habilidades para aderir aos tratamentos, sejam eles farmacológicos ou não farmacológicos.

Assim, aos enfermeiros exige-se que utilizem os seus conhecimentos em enfermagem, para fazer um diagnóstico dos deficits de autocuidado da pessoa transplantada ao coração e, em conjunto com o indivíduo e com a sua família, conceptualize um plano de cuidados com as intervenções necessárias de modo a capacitá-los para a realização do autocuidado.

Tendo em conta a Teoria do Autocuidado de Orem (2001), consegue-se capacitar a pessoa para o autocuidado se lhe proporcionarmos informações relativas aos seus tratamentos e ao próprio transplante, se a instruímos na manutenção do seu bem-estar físico (nutrição, atividade física, eliminação, repouso) e até no uso de técnicas de relaxamento, que permitam à pessoa sentimentos mais optimistas em relação à sua saúde.

CONCLUSÃO

A adesão aos tratamentos é um factor essencial à expectativa e qualidade de vida da pessoa transplantada. Ao contribuir para melhorar a capacidade de autocuidado e, por conseguinte, a adesão ao regime terapêutico, o enfermeiro estará a contribuir para a redução do sofrimento dos doentes e dos seus familiares, mas, numa perspetiva mais económica, estará também a contribuir para a redução das necessidades de reinternamentos e da utilização dos serviços de saúde, reduzindo assim os custos em saúde. Por isso, é indispensável que se melhore as competências para trabalhar a capacidade de autocuidado da pessoa e da família, uma vez que, como se verificou neste estudo, estar-se-á também a melhorar a adesão ao regime terapêutico.

Integrado numa equipa de saúde multidisciplinar que tem como foco de atenção a pessoa transplantada ao coração e a sua família, o enfermeiro utiliza os conhecimentos da sua área profissional para identificar a capacidade de autocuidado, planeando um conjunto de atividades que tenham como objetivo a sua melhoria.

Neste sentido, as intervenções de enfermagem que incentivem o autocuidado da pessoa e da família devem ser cada vez mais promovidas, sendo que os enfermeiros estão na centralidade da resposta às necessidades de autocuidado da pessoa transplantada ao coração.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Arias, A. V. & Álvarez, L. N. R. (2009). Agencia de autocuidado y adherencia al tratamiento en personas com factores de riesgo cardiovascular. *Revista de Salud Pública*, 11(4) 538-548. Retirado de <http://www.scielosp.org>.
- Baquedano, I. R. (2008). *Fatores relacionados ao autocuidado de pessoas com diabetes tipo 2 no Serviço de Urgência do Hospital Regional Mérida* (Teses de Doutorado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Brasil. Retirado de <http://www.teses.usp.br>.
- Camarneiro, A. P. F. (2002). Em torno da adesão aos protocolos terapêuticos. *Revista Referência*, 9, 25-30.
- Delgado, A. B. & Lima, M. L. (2001). Contributo para a validação concorrente de uma medida de adesão aos tratamentos. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 2(2), 81-100.
- Orem, D. E. (2001). *Nursing: Concepts of practice* (6 ed). United States of America: Mosby.

A (RE)CONSTRUÇÃO DA MUDANÇA: VIVER EM DIÁLISE PERITONEAL

MARIA ARMINDA SILVA TAVARES
MARIA ISABEL DOMINGUES FERNANDES

INTRODUÇÃO

As doenças crónicas são inegavelmente os maiores desafios com que os atuais sistemas de saúde se debatem. Na doença renal crónica (DRC) existe uma falência progressiva das funções excretora, reguladora e hormonal do rim e um carácter de irreversibilidade o que leva à necessidade de realizar uma terapêutica de substituição da função renal (TSFR). A Sociedade Portuguesa de Nefrologia analisa os dados nacionais em relação à realização destas técnicas, referindo que, em 2010, se encontravam em diálise peritoneal 660 pessoas (Macário, 2011). Os dados demonstram que há uma grande prevalência de pessoas em diálise, com todos os custos e cuidados que acarretam no indivíduo e família. A diálise peritoneal (DP), uma das TSFR, apresenta como vantagens a conservação da função renal residual, maior liberdade na organização do tempo pessoal, menor restrição dietética e preservação do capital vascular. No entanto, a execução rigorosa da técnica, as regras rígidas de higiene e as restrições de tempo e frequência dos tratamentos são consideradas desvantajosas. De acordo com o pressuposto que as pessoas em início de DP experienciam uma mudança, a teoria desenvolvida por Afaf Meleis surge como o modelo teórico de referência para a compreensão do processo de transição do insuficiente renal crónico terminal (IRCT) no período inicial do tratamento (Meleis, 2010). Para que este seja estável e sereno é essencial que os enfermeiros estejam dotados de competências que lhes permita cuidar nestes períodos de mudança e que estejam dispostos a estudar mais profundamente os fenómenos e as respostas decorrentes desse processo.

OBJETIVOS

Os objetivos deste estudo foram os seguintes:

- Compreender as vivências da pessoa IRCT no período inicial de tratamento por DP;
- Descrever as respostas da pessoa no início do tratamento;
- Conhecer as mudanças que integraram na sua vida quotidiana no período de transição para a DP;
- Perceber como foram vivenciadas as mudanças;

- Entender como foi percebida a intervenção do enfermeiro no processo formativo da pessoa no início do tratamento.

METODOLOGIA

Estudo qualitativo de abordagem fenomenológica, com uma amostra intencional de 12 participantes – pessoas IRCT que iniciaram DP num serviço de diálise de um hospital central há mais de seis e menos de 24 meses, autônomas na sua realização. A colheita de dados foi realizada por entrevista semiestruturada, no período de fevereiro a abril de 2011. Na análise e interpretação dos dados foi adotada a metodologia proposta por Colaizzi (citado por Streubert & Carpenter, 2002, p.57), a qual utiliza sete etapas processuais.

RESULTADOS

Da análise dos dados emergiram vários temas que caracterizam as vivências dos IRCT em início de tratamento por DP: disposições individuais para o início da DP; condições facilitadoras e/ou inibidoras; respostas à experiência de DP; mudanças experienciadas; (re)construção do quotidiano; e o cuidar de enfermagem no processo de transição da pessoa em DP.

Disposições individuais para o início da DP

Na procura do significado da experiência da pessoa, foi transversal em todos os participantes que o momento de diagnóstico da insuficiência renal é o acontecimento crítico para a ocorrência das mudanças na sua vida. Emergiram a denegação da condição de doente crónico, a aceitação do estado de saúde, a tomada de decisão na escolha da terapêutica e a adaptação à insuficiência renal crónica terminal. A avaliação cognitiva da situação de doença leva a pessoa a experienciar e a viver diversas etapas que caracterizam assim o tema emergente das disposições para o início do tratamento por diálise peritoneal.

Condições facilitadoras e/ou inibidoras da experiência de DP

Um conjunto de condições influenciou o processo de transição da pessoa no início de tratamento por DP. Nas condicionantes pessoais a experiência é condicionada por emoções, estilo de vida, crenças e conhecimento adquirido junto de familiares, amigos, profissionais de saúde ou outras pessoas na mesma condição de DRC. O processo familiar, enquanto recurso, suporte e proteção, poderá ser um fator facilitador. Contudo, também poderá ser inibidor quando a situação de doença crónica influencia toda a sua estrutura, relações e suporte económico. O processo comunitário, o trabalho e emprego e os recursos materiais e físicos são igualmente fatores que poderão condicionar a vivência da diálise e que se ligam diretamente ao contexto social e comunitário. O meio onde vive, as informações que detém, as próprias experiências anteriores ou de familiares poderão ser fatores inibidores, principalmente se as percebe como negativas no início da diálise.

Respostas à experiência de DP

No período inicial da DP as pessoas experimentam vivências de carácter emocional como o medo, a preocupação, o nervosismo, a ansiedade, o sentimento de impotência, o cansaço, o sentimento de falta de liberdade e o desconforto.

No meio onde a pessoa vive e se relaciona, os participantes percebem respostas de recurso, superproteção, afastamento e preocupação nas relações que estabelecem com os familiares e os amigos. Em relação às questões profissionais e sociais experienciam o desemprego e o isolamento social.

Mudanças experienciadas na realização da DP

Nas pessoas em DP verificou-se ser necessário um período de tempo, um trajeto de vivência da doença e do tratamento, que permita evidenciar as mudanças ocorridas. A correta articulação entre as diferentes mudanças experienciadas é vantajosa para o bem-estar físico, psicológico e social da pessoa.

As pessoas realizam o seu tratamento, aprendem conceitos de autocuidado, são instruídas e treinadas a cumprir a gestão do seu regime terapêutico. Todas estas mudanças são experienciadas de modo diferente por cada indivíduo. A adesão ao tratamento de DP é fundamental para que a transição ocorra de modo sereno e com alívio gradual dos sintomas da insuficiência renal (IR). No entanto, a agressividade das intervenções necessárias para o início da diálise ou os efeitos colaterais que poderão surgir durante o tempo de DP podem comprometer a adesão.

(Re)construção do cotidiano

A pessoa que experiencia a aprendizagem de uma técnica de diálise para manter a sua vida, altera significativamente a sua identidade pela percepção da diálise como necessidade e identificação como doente renal. Na procura de bem-estar para continuar a viver, a pessoa procura adotar os comportamentos que lhe possibilitem viver o seu dia-a-dia sem complicações. O tratamento passa a fazer parte da rotina diária como uma tarefa, envolvendo um novo modo de vida, de viver em DP.

O cuidar de enfermagem no processo de transição da pessoa em DP

A análise dos dados mostrou que as pessoas veem no enfermeiro um apoio, amigo, professor, um profissional dedicado que assume uma relação de empatia gerando à sua volta confiança. Evidenciou-se a importância da intervenção dos enfermeiros, na equipa multidisciplinar, no cuidado à pessoa em DP. As intervenções de enfermagem passam inicialmente por informar, e através desta ação a pessoa é instruída e orientada em relação à doença renal e aos tratamentos. Todas estas ações têm como objetivo final fornecer todos os elementos necessários para uma decisão informada e autónoma por parte da pessoa. As competências de relação, de comunicação, do saber técnico e científico são capacidades que devem ser desenvolvidas e aplicadas pelos enfermeiros no processo formativo da pessoa em DP.

DISCUSSÃO

O período de início de DP é um processo de transição do tipo saúde/doença, que é simultaneamente um processo de transição de padrões múltiplos pelas alterações que emergem da experiência de realização de diálise, e complexos pela complexidade das respostas

humanas que ocorrem. Todos detêm um conjunto de traços de personalidade que condicionam a sua experiência. Os resultados vão ao encontro dos de Blumental e Schwarz (2009) em que após o diagnóstico da doença renal, as pessoas experienciam um processo de mudança emocional, cognitiva e de comportamento com o propósito de se adaptarem à TSFR, e que alcançam o equilíbrio após o desenvolvimento de estratégias de *coping*. Os atuais resultados vêm corroborar os de outras investigações ao concluírem que as pessoas consideram o início de diálise como um período de sofrimento. A transição é um período de mudança com tempo não definido e também aqui há autores como Blumental e Schwarz (2009) que são da opinião que é necessário um período de ajustamento. Estes resultados aproximam-se também dos encontrados por Santos e Valadares (2011), quando concluem que o momento do diagnóstico é o acontecimento crítico, uma propriedade importante do processo de transição. Hutchinson (2005) é da opinião que as pessoas IRCT enfrentam múltiplas transições que podem ser uma ameaça ao seu tratamento, dependendo da experiência que têm no seu início. Assim, há necessidade de os profissionais de saúde conhecerem as respostas das pessoas aos processos de transição, para mobilizarem apoio e suporte minimizando o impacto emocional que este período difícil poderá ter nas suas vidas.

CONCLUSÕES

As vivências da pessoa no período de início de DP são entendidas como um processo de transição saúde/doença, e a conseqüente adoção de um conjunto de novos papéis. Como vivências da insuficiência renal crónica terminal em DP as pessoas experienciam disposições de denegação mas também de aceitação, tomada de decisão e de adaptação ao processo de reconhecimento do diagnóstico da doença renal crónica terminal e conseqüente tratamento. O início da diálise é vivenciado como um período difícil com evidentes respostas emocionais, maioritariamente negativas, de sofrimento. O apoio de familiares e amigos e a intervenção dos enfermeiros poderá permitir que essas respostas sejam alimento para uma transição saudável e que as mudanças operadas com a realização do tratamento se traduzam em benefícios para a pessoa. A doença impõe ao doente um conjunto de novas adaptações e novas perspectivas de vida, como a realização de um tratamento enfrentando uma doença crónica terminal. O acompanhamento do enfermeiro, integrado e individualizado, permite que a pessoa se sinta apoiada no confronto com a doença e o tratamento como um processo de vida.

O desenvolvimento desta investigação procurou identificar as vivências em diálise peritoneal da pessoa DRC. A partir destas poderão emergir linhas orientadoras para o cuidado à pessoa em DP.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Blumental, N., & Schwarz, L. (2009). The psychosocial aspects of peritoneal dialysis. In: A. Riemann, & M. Casal, *Peritoneal dialysis: A guide to clinical practice* (pp. 121-146). Löddeköpinge, Suécia: EDTNA/ERCA.
- Hutchinson, T. (2005). Transitions in the lives of patients with end stage renal disease: A cause of suffering and an opportunity for healing. *Palliative Medicine*, 19, 270-277.

- Macário, F. (2011). *Gabinete de registo: Relatório anual de 2010*. Recuperado de http://www.spnefro.pt/comissoes_gabinetes/Gabinete_registo_2010/default.asp
- Meleis, A. (2010). *Transitions theory: Middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice*. New York: Springer Publishing Company, LLC.
- Santos, F., & Valadares, G. (2011). Vivendo entre o pesadelo e o despertar: O primeiro momento no enfrentamento da diálise peritoneal. *Escola Anna Nery*, 15(1), 39-46.
- Streubert, H., & Carpenter, D. (2002). *Investigação qualitativa em enfermagem: Avançando o imperativo humanista* (2ªed.). Loures, Portugal: Lusociência.

O FOLLOW-UP E AS COMPLICAÇÕES PÓS-OPERATÓRIAS EM CIRURGIA DE AMBULATÓRIO

BRÁULIO JOÃO NUNES DE SOUSA
MARIA DA CONCEIÇÃO GIESTAS BAÍA SARAIVA

INTRODUÇÃO

Em Portugal, a enfermagem, enquanto disciplina do conhecimento, ciência e profissão é constituída por um corpo de profissionais altamente habilitados do ponto de vista técnico e científico para a prestação de cuidados de enfermagem. É dotada de um conjunto de conhecimentos próprios e de um campo de intervenção específico. Cada vez mais a sociedade atual, assente na evolução científica e tecnológica, procura a eficiência e eficácia. Com os objetivos institucionais cada vez mais prementes, a enfermagem não fica de fora desta premissa procurando, dentro do seu âmbito, desenvolver a prática baseada na evidência científica, com vista a integrar a excelência da prestação de cuidados às pessoas e suas famílias (Doran, 2011).

Na cirurgia de ambulatório (CA) as pessoas são submetidas a intervenção programada, para que a admissão e a alta se realize no mesmo dia, ou num período máximo de vinte e quatro horas. Pode ser realizada sob anestesia geral, locorregional ou local (Direção Geral de Saúde [DGS]. Direção de Serviços de Planeamento, 2001). Os cuidados de enfermagem no contexto da CA visam a obtenção de ganhos em saúde para as pessoas que necessitam de intervenções cirúrgicas, bem como as suas famílias, sem abdicar dos elevados padrões de qualidade (Associação dos Enfermeiros de Salas de Operações Portugueses [AESOP], 2012).

Com a necessidade de aproximar o conceito anterior ao contexto da prática clínica procurámos dar resposta à questão de investigação: Existem diferenças na prevenção de complicações pós-operatórias em cirurgia de ambulatório entre follow-up com consulta de enfermagem no domicílio, com apoio multidisciplinar por telemedicina e o follow-up de enfermagem realizado por telefone?

OBJETIVO

O objetivo geral foi comparar os resultados ao nível das complicações pós-operatórias em CA, em função da realização ou não do follow-up de enfermagem com consulta no domicílio e com apoio multidisciplinar por telemedicina.

METODOLOGIA

Estudo do tipo comparativo, causal, explicativo, preditivo e verdadeiramente experimental e de abordagem quantitativa. É também um estudo longitudinal uma vez que avaliou as variáveis dependentes em dois momentos, ambos ocorridos após a nossa manipulação experimental (Figura 1). A necessidade de avaliação em dois momentos ocorreu porque as complicações pós-operatórias referidas na literatura são variáveis consoante o tempo de pós-operatório.

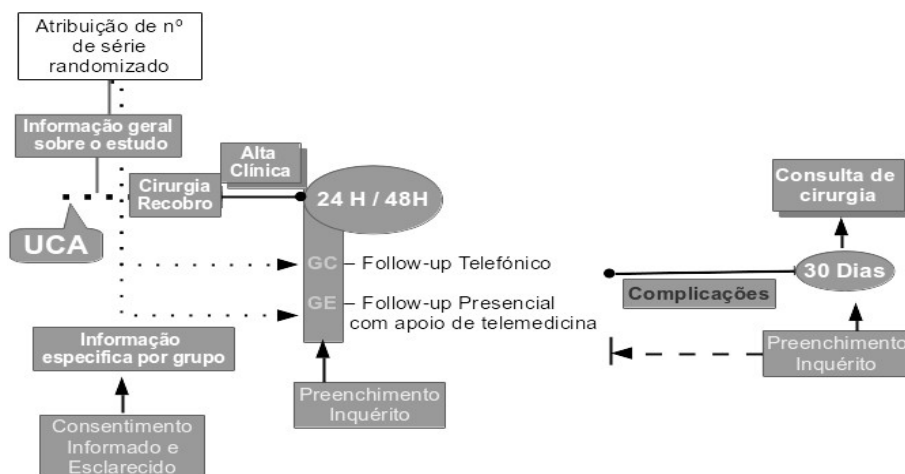


Figura 1. Fases da colheita de dados.

Neste estudo participaram 120 pessoas submetidas a um procedimento cirúrgico em contexto de ambulatório na Unidade de Cirurgia de Ambulatório (UCA) do Centro de Saúde Militar de Coimbra (CSMC), entre julho e dezembro de 2013 (cerca de 42% da população) e que obedeceram aos critérios de inclusão. Constituiu-se a nossa amostra pelo método de amostragem probabilística simples, com repartição aleatória das pessoas pelo grupo experimental (GE) e pelo grupo de controlo (GC).

O número total de cirurgias que se realizou no serviço no período de colheita de dados foi de 286, tendo sido colhidos dados de 120 pessoas submetidas a cirurgia, que cumpriam os critérios de inclusão, repartidas pelo GE ($n=60$) e pelo GC ($n=60$). Este número é igual em ambos os grupos, sendo este facto totalmente ocasional, uma vez que se definiu uma data final de colheita de dados e não um número de mínimo de pessoas em cada grupo. Após terem tomado conhecimento do estudo os participantes aceitaram participar livremente, assinando o consentimento informado e esclarecido, tendo sido repartidas de forma aleatória e randomizada pelo GC e pelo GE. O nosso projeto foi apresentado à Comissão de Ética da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem, da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra e foi obtido o parecer favorável.

Entre as 24 e as 48 horas foi realizado o follow-up pós-operatório de enfermagem, com preenchimento de um inquérito transversal. No GC o follow-up foi telefónico e no GE foi através de consulta de enfermagem no domicílio, com apoio multidisciplinar por telemedicina. Aos 30 dias a pessoa regressou ao CSMC, para consulta de cirurgia após o que se faz o preenchimento de um inquérito retrospectivo.

Para obter os dados utilizámos vários instrumentos de colheita de dados, nomeadamente os inquéritos de follow-up do serviço, com ligeiras adaptações, devidamente autorizadas e um inquérito de dados para a admissão. O tratamento de dados obtidos foi realizado em software livre, *LibreOffice*, *GNUPSP*, em sistema operativo Linux.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Da amostra ($n=120$) 37,5% pertenciam ao género feminino e 62,5% pertenciam ao género masculino, não se tendo verificado diferenças de distribuição estatisticamente significativas nos grupos. Neste momento os efetivos das forças armadas e de segurança ainda são maioritariamente do género masculino.

A média de idades da amostra foi de 51,1 anos ($dp=15,8$). Verificou-se que as pessoas do GE apresentaram uma idade superior em comparação com o GC (55,3 anos vs. 47,0 anos; $p=.003$). A pessoa mais jovem tinha 19 anos e o mais idoso tinha 82 anos.

O nível académico variou entre o analfabetismo e o grau de mestre. Verificou-se que a percentagem de pessoas com habilitações académicas abaixo do 3º ciclo do ensino básico é superior no GE (61,2% vs. 38,8%; $p=.006$).

Do ponto de vista clínico os grupos não são homogéneos, sendo o GE o grupo com maior número de comorbilidades. No GE as pessoas que apresentaram quatro ou mais antecedentes clínicos representaram a maior percentagem do grupo e esse facto não se verificou no GC (64,6% vs. 35,4%; $p=.054$). Por outro lado, as pessoas sem qualquer antecedente clínico estão em maior número no GC, comparando com o GE (66,7% vs. 33,3%; $p=.054$). Consequentemente o *Score ASA* do GE é superior ao do GC. A evidência atual aponta como causas de incremento no número de complicações a idade mais elevada, o maior número de comorbilidades, o *Score ASA* superior e a escolaridade mais baixa (Machado et al., 2013). Porém, o presente estudo sugere que estas causas podem ser mitigadas.

A cirurgia mais realizada foi a artroscopia do joelho e o tipo de anestesia mais comum foi o bloqueio subaracnoideu. Não existiram diferenças significativas entre os grupos nestes pontos.

No que diz respeito a complicações até ao follow-up das 24/48 horas, a maioria das pessoas não referiu complicações. A percentagem de pessoas que referiu complicações neste período pertence ao GE (61,0% vs. 39,0%; $p=.083$).

A dor aguda pós-operatória foi a complicação mais referida pelas pessoas da amostra em todos os momentos da colheita de dados. A complicação tardia mais comum foi a infeção da ferida cirúrgica (12,8% [$n=47$]). Relativamente a esta complicação o GE apresentou uma percentagem mais baixa do que o GC (16,7% vs. 83,3%; $p=1,000$).

Aos 30 dias observamos que a maioria das pessoas da amostra já não refere complicações (60,8%). No GE a percentagem de pessoas que referiram três ou mais complicações foi

significativamente menor que no GC (14,3% vs. 85,7%; $p=,001$). No GC, 72,3% das pessoas referiram ter experienciado complicações relacionadas com a cirurgia, enquanto no GE apenas 27,7% das pessoas referiram ter tido esta experiência.

Ao criar um modelo multivariado ajustado para a idade, género, número de complicações às 24 horas e comorbilidades, desde o follow-up das 24 horas até ao dos 30 dias, verificou-se que os indivíduos do GC apresentaram uma possibilidade superior para desenvolverem três a quatro complicações, comparando com os indivíduos do GE (*Odds Ratio [OR]*=16,2; intervalo de confiança (IC) 95%=2,3; 113,9).

Até às 24 horas a medicação de recurso para o controlo das complicações foi a automedicação (77,8%). Nesta situação, o GE apresenta uma percentagem superior ao GC (64,3% vs. 35,7%; $p=1,000$). Esta situação inverte-se até aos 30 dias, onde a prescrição foi realizada por um médico em 76,0% das pessoas. O GE apresentou uma percentagem de recurso à automedicação mais baixa do que o GC (16,7% vs. 83,3%; $p=1,000$).

Para o controlo das complicações as pessoas recorreram mais ao centro de saúde (53,3%) e em segundo ao CSMC (26,7%) até às 24 horas. Até aos 30 dias a situação inverte-se, sendo o CSMC o serviço a que as pessoas mais recorreram (54,5%) e em segundo o centro de saúde (36,4%).

Quanto à opinião das pessoas sobre a limitação da sua atividade, a amostra apresentou uma distribuição predominante de pessoas que se consideraram nada limitadas na sua atividade. Quando observamos a percentagem de pessoas que se consideraram moderada ou totalmente limitadas, verificamos que no GC foi maior em comparação com o GE (69,2% vs. 30,8%; $p=,013$) nas primeiras 24 horas. Aos 30 dias essa diferença aumenta (71,4% vs. 28,6%; $p=,003$).

Após a observação destes resultados sublinhamos a importância da consulta de enfermagem de follow-up presencial no domicílio com apoio da telemedicina, com o objetivo de aumentar a segurança dos cuidados prestados em contexto de CA e em linha com a evidência mais recente (Reiter, 2014).

CONCLUSÃO

A CA procura adicionar humanização às mais-valias da cirurgia convencional, permitindo a admissão e a alta no mesmo dia, bem como o regresso precoce das pessoas ao seu ambiente familiar habitual (Comissão Nacional Para o Desenvolvimento da Cirurgia de Ambulatório [CNADCA], 2008). O seguimento ou follow-up é realizado pelo enfermeiro, por intermédio de um telefonema entre as 24 e as 48 horas após a alta, assegurando os cuidados pós-operatórios. É importante compreender se o follow-up, neste contexto, será suficiente para a pessoa a vivenciar este processo de transição ou se será vantajosa uma consulta domiciliária de enfermagem, com apoio multidisciplinar por telemedicina.

Os resultados que obtivemos permitiram-nos concluir que as pessoas que integraram o GE apresentam menor risco de adquirir complicações pós-operatórias do que as pessoas do GC. Assim, o follow-up de enfermagem com consulta no domicílio e com apoio multidisciplinar por telemedicina facilita o controlo das complicações pós-operatórias em cirurgia de ambulatório limitando o seu número, diminuindo o recurso aos serviços de saúde da comunidade, um dos problemas apontados à CA, comparado com o follow-up por telefone.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Associação dos Enfermeiros de Salas de Operações Portugueses. (2012). *Enfermagem perioperatória: Da filosofia à prática dos cuidados*. Loures, Portugal: Lusodidacta.
- Comissão Nacional Para o Desenvolvimento da Cirurgia de Ambulatório. (2008). *Cirurgia de ambulatório: Um modelo de qualidade centrado no utente Relatório Final*. Lisboa, Portugal: Autor.
- Direção Geral da Saúde. Direção de Serviços de Planeamento. (2001). *Cirurgia de ambulatório: Recomendações para o seu desenvolvimento*. Lisboa, Portugal: Autor.
- Doran, D. M. (Ed.). (2011). *Nursing Outcomes: The state of the science* (2th Ed). Toronto, Canada: Jones & Bartlett Learning.
- Machado, H., Martins, A. A., Matos, F. M., Lima, F., Correia, C., Lajes, N. Mexedo, C. (2013). *Manual de anestesiologia*. Lisboa, Portugal: Lidel.
- Reiter, K. (2014). A look at best practices for patient education in outpatient spine surgery. *AORN Journal*, 99(3), 376–84.

ACOLHIMENTO DO DOENTE NO BLOCO OPERATÓRIO

CARINA ISABEL FERNANDES GOMES
MARIA DA CONCEIÇÃO GIESTAS BAÍA SARAIVA

INTRODUÇÃO

A enfermagem como atividade humana é muito complexa e desempenha um papel importante na satisfação das necessidades dos doentes, particularmente quando estes são confrontados com a possibilidade de serem submetidos a uma intervenção cirúrgica.

O momento de admissão de um doente num serviço hospitalar constitui um momento de angústia e nervosismo, onde tudo é desconhecido. É um momento importante, com o início de uma nova experiência e etapa de vida. Todo o processo de acolhimento deve ter em conta as características e as necessidades do doente a acolher, contribuindo para o bem-estar e satisfação do doente.

No momento de admissão do doente no bloco operatório, o comportamento dos profissionais de saúde, em especial dos enfermeiros, é decisivo para que este se sinta confiante e seguro. A relação que se estabelece nesse momento, é um aspeto fundamental no trabalho dos enfermeiros responsáveis pelo acolhimento. O acolhimento do doente no bloco operatório tem como finalidade, por um lado, ajudar o doente a eliminar sentimentos e emoções negativas que possam surgir e por outro, permitir aos enfermeiros dar informações sobre questões que preocupam os doentes, sobre os aspetos da organização, da instituição e do serviço que devem conhecer para se sentirem seguros.

OBJETIVOS

- Desenvolver e validar uma escala para um estudo metodológico;
- Identificar ações desenvolvidas pelos enfermeiros, no processo de acolhimento;
- Identificar os aspetos valorizados pelos doentes do foro cirúrgico no processo de acolhimento no bloco operatório de oftalmologia;
- Relacionar a importância atribuída pelos doentes ao acolhimento, com as variáveis de domínio sociodemográfico e clínico, nomeadamente sexo, idade, profissão, habilitações literárias, experiência cirúrgica e cirurgias anteriores no serviço em estudo.

METODOLOGIA

Estudo metodológico, de carácter descritivo-correlacional, analítico, inserido no paradigma da investigação quantitativa.

Os dados foram obtidos através de questionário aplicado a amostra acidental de 150 doentes submetidos a cirurgia de catarata em regime de ambulatório, no bloco operatório de oftalmologia do Centro Hospital e Universitário de Coimbra – Hospitais da Universidade de Coimbra (CHUC-HUC), no período de 1 de abril a 31 de julho de 2014.

O instrumento construído aborda três dimensões do acolhimento: a comunicação, a informação relativa ao processo de cuidar, e a informação relativa aos aspetos organizacionais, sendo cada dimensão abordada em vários itens.

Cumpridos os requisitos formais e éticos inerentes à investigação com seres humanos.

RESULTADOS

Começámos por analisar a escala no que se refere à sua confiabilidade global, através da correlação de cada item com o total da escala, o seu efeito sobre o valor de alfa de Cronbach e as medidas descritivas de resumo. Relativamente aos valores de consistência interna, verificámos que o valor obtido do alfa de Cronbach é bom ($\alpha=0,92$), o que atesta a fiabilidade do questionário.

Para o estudo de validade do questionário com 18 itens de avaliação da importância atribuída às ações desenvolvidas pelo enfermeiro no processo de acolhimento do doente recorremos à análise fatorial em componentes principais. A estrutura, que emergiu do questionário revelou-se adequada pela análise fatorial, apresentando adequados coeficientes de saturação ($>0,50$) e de variância explicada do fenómeno (62,29%).

Na análise descritiva dos dados recolhidos, relativamente às ações de enfermagem no processo de acolhimento do doente no bloco operatório, verificámos que foram os itens inseridos na dimensão da comunicação e da informação relativa ao processo de cuidar, que tiveram uma taxa de 100% de realização por parte dos enfermeiros.

Analisando as 3 dimensões, verificámos que os aspetos valorizados pelos doentes do foro cirúrgico no processo de acolhimento no bloco operatório de oftalmologia, na dimensão da Comunicação foi o item “linguagem pausada, clara e simples” o considerado como mais importante, com uma média de 3,19 pontos. A comunicação não-verbal, particularmente a utilização ou não de máscara pelo enfermeiro, aquando do acolhimento do doente, foi o item menos valorizado pelos doentes, com uma média de 3,03 pontos. Na dimensão informação relativa ao processo de cuidar, o respeito pela privacidade aquando da transmissão de informações, foi o item com média mais elevada (3,47 pontos) e a expressão livre dos seus medos e receios foi o aspeto ao qual atribuíram menor importância média de 3,07 pontos. Na dimensão informação relativa aos aspetos organizacionais, a explicação das normas de funcionamento do serviço, foi o item com maior relevância, com uma média de 3,06 e a apresentação da equipa, da sala cirúrgica e recobro, foi o considerado menos importante, com uma média de 2,95.

Após a análise descritiva dos dados recorreu-se à estatística inferencial no sentido de testar as hipóteses em estudo. Relativamente às hipóteses formuladas verificou-se que existe relação entre a idade e a importância atribuída às dimensões do acolhimento. Quanto mais idosos são os doentes, menor importância atribuem ao acolhimento efetuado pelos enfermeiros. As mulheres atribuem maior importância às dimensões do acolhimento, realçando-se a comunicação com uma ligeira diferença. Os doentes que não têm experiência cirúrgica anterior atribuíram maior importância à informação relativa aos aspetos organizacionais.

A totalidade dos inquiridos ficaram satisfeitos com o acolhimento prestado pelos enfermeiros, aconselhando este serviço a amigos/familiares, o que nos permite concluir, que o acolhimento no serviço estudado está cada vez mais eficaz.

DISCUSSÃO

O primeiro objetivo deste trabalho foi construir e validar uma escala que permitisse avaliar a importância atribuída ao acolhimento do doente, efetuado pelos enfermeiros do bloco operatório de oftalmologia do CHUC-HUC. Nesse sentido, salienta-se a elevada fiabilidade e validade do instrumento construído. Este revelou uma boa consistência interna ($\alpha=0,92$). Também a estrutura, que emergiu do questionário se revelou adequada pela análise fatorial, apresentando adequados coeficientes de saturação e de variância explicada do fenómeno. Apesar destas boas indicações quanto à validade deste instrumento, futuras avaliações de validade e rigor são necessárias, diversificando e aumentando a amostra, bem como a sua validade concorrente e estabilidade temporal.

Em relação ao segundo objetivo definido neste estudo, que permitiu identificar as ações de enfermagem relacionadas com o processo do acolhimento, verificou-se que os enfermeiros implementam as ações preconizadas para o processo de acolhimento. No global todos os itens inerentes às dimensões analisadas no processo de acolhimento do doente no bloco operatório foram consideradas importantes, sendo que o item mais importante da dimensão informação relativa ao processo de cuidar foi o “respeito pela privacidade aquando da transmissão de informação” e o item menos importante foi a “apresentação do recobro e da sala cirúrgica”, da dimensão informação relativa aos aspetos organizacionais.

No global das dimensões, a dimensão considerada mais importante para os doentes, foi a informação relativa ao processo de cuidar, com uma média de 3,18, seguida da dimensão comunicação, com média de 3,11 e da informação relacionada com os aspetos organizacionais, com média de 2,98.

De acordo com a literatura, a informação é um dos fatores a ter em conta no acolhimento do doente pois segundo Melo (2005), “o fornecimento de informação do processo de cuidar, constituiu uma premissa essencial em contexto de saúde” (p. 53). Para este autor o doente tem necessidade de obter informações sobre os mais variados aspetos que lhe suscitam dúvidas enquanto permanecer no bloco operatório e o profissional tem o dever e obrigatoriedade de transmitir informações sobre a situação clínica do doente e os cuidados de enfermagem.

As informações a transmitir, aquando do acolhimento do doente no bloco operatório, passam por informar sobre os equipamentos que irá encontrar e a necessidade destes, e também

por informar sobre o acordar no pós-operatório e alguns sintomas que poderá apresentar, nomeadamente vômitos e dor (Christóforo, 2006).

Realçamos a percepção que os doentes têm da importância das ações desenvolvidas pelos enfermeiros, no acolhimento no bloco operatório, para que se sintam compreendidos, apoiados, e informados sobre as suas necessidades, o que facilita a integração. Estes resultados vão ao encontro da opinião de Ferreira e Valério (2003) que refere que o acolhimento pressupõe todo um conjunto de ações planificadas, com o objetivo de satisfazer as necessidades do doente/família a todos os níveis, desde a admissão até à alta.

Relativamente aos resultados das hipóteses estes são corroborados por alguma bibliografia. Neste âmbito, e no que diz respeito à hipótese que relaciona o sexo dos doentes com a importância atribuída ao processo de acolhimento, constatou-se que as mulheres atribuem maior importância às dimensões do processo de acolhimento, realçando-se a dimensão comunicação com uma ligeira diferença. Em relação às outras dimensões e seus respetivos itens, tal diferença não é observada no género, o que poderá dever-se às questões amostrais e às questões relacionadas com o instrumento utilizado, ainda que este apresente bons índices de fiabilidade e de validade de constructo.

A experiência cirúrgica do doente não revelou diferença estatística significativa na importância atribuída pela amostra às dimensões que fazem parte integrante do acolhimento, com exceção, da dimensão informação relativa aos aspetos organizacionais. Contrariando estas evidências, Santos (2009) é da opinião que a vivência da cirurgia é pessoal e depende de experiências prévias. Segundo este autor, a experiência cirúrgica tem influência na forma como os doentes percecionam o acolhimento, sendo que neste estudo tal não se verifica, talvez pelo facto de a amostra possuir um número reduzido de doentes com experiência cirúrgica anterior.

A hipótese que relaciona a experiência cirúrgica anterior da pessoa no nosso serviço com a importância atribuída ao acolhimento rejeitou-se por não se verificarem diferenças estatisticamente significativas. Estes resultados podem ter sido influenciados pelo facto de somente 36 utentes (24%) da amostra terem sido submetidos a cirurgias no serviço.

CONCLUSÃO

Os enfermeiros adotam ações adequadas no processo de acolhimento do doente, nomeadamente no que diz respeito à comunicação. A totalidade dos doentes refere que os enfermeiros interagem/comunicam de forma adequada, sobretudo no que diz respeito ao olhar, ao acolher com gestos suaves e meigos, ao tom de voz suave e meiga, à linguagem pausada, clara, simples e ao respeito pela privacidade aquando da transmissão de informações.

De acordo com os dados obtidos, os enfermeiros não realizam, com a frequência que seria adequada, a transmissão de informação sobre as questões relacionadas com os aspetos organizacionais, como por exemplo, apresentação do serviço, da equipa e dos equipamentos.

Os doentes atribuem importância ao acolhimento efetuado pelo enfermeiro, valorizando todas as suas ações nesse processo. Eles atribuem grande importância à informação que lhes é transmitida relativa ao processo de cuidar, ao modo como o enfermeiro comunica e à informação relativa aos aspetos organizacionais.

Os doentes consideram importantes todas as ações desenvolvidas no processo do acolhimento, no entanto existem aspetos a que atribuem menor importância. Assim, na dimensão comunicação, o facto do enfermeiro utilizar ou não máscara aquando do acolhimento do doente no bloco operatório não é importante para estes. Na dimensão informação transmitida relativamente ao processo de cuidar, a permissão por parte dos enfermeiros da expressão livre dos medos e receios dos doentes foi o item a que atribuíram menor importância.

Em relação à dimensão informação relativa aos aspetos organizacionais, os doentes atribuíram menor importância ao item “apresentação da equipa, da sala de cirurgia e do recobro”.

As variáveis sociodemográficas e a experiência cirúrgica anterior não diferenciam de modo substancial na importância atribuída pelos doentes, no entanto entendemos que em estudos posteriores, realizados com amostras diferentes, poderão ser encontradas diferenças.

O instrumento de colheita de dados, desenvolvido no âmbito deste estudo, pelos bons índices de fiabilidade e validade de constructo, pode ser utilizado em estudos posteriores, relacionados com a problemática do acolhimento do doente

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Christóforo, B. E., & Carvalho, D. S. (2006). Cuidados de enfermagem realizado ao paciente cirúrgico no período pré-operatório. *Revista Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo*, 4(1), 14-22.
- Ferreira, C., & Valério, A. (2003). Acolhimento do doente num serviço de internamento. *Informar*, 8(30), 10-13.
- Melo, M. L. (2005). *Comunicação com o doente: Certezas e incógnitas*. Loures, Portugal: Lusociência.
- Santos, N. C. (2009). *Centro cirúrgico e cuidados de enfermagem* (5ª ed.). São Paulo, Brasil: Iatria.

ANÁLISE DO RISCO A CURTO PRAZO DE HIPERTENSÃO ARTERIAL NAS MULHERES: ESTUDO COMPARATIVO DO PERFIL ANTROPOMÉTRICO, COMPOSIÇÃO CORPORAL E HÁBITOS ALIMENTARES

CARINA RAQUEL VALENTE TAVARES
JAVIER BARCA DURÁN
PAULO ALEXANDRE CARVALHO FERREIRA

INTRODUÇÃO

As doenças cardiovasculares são a principal causa de mortalidade em Portugal e na maioria dos países desenvolvidos, especialmente entre homens. Uma reflexão sobre esta temática entra em acordo com a perspetiva de Shirato e Swan (2010), em que referem que o estudo das doenças cardiovasculares durante muito tempo foi mais direcionado para o homem, pelo que a investigação no género feminino se revela recente e ainda com algumas fragilidades. De acordo com a World Health Organization (WHO; 2011), há evidências de que as mesmas são subdiagnosticadas em mulheres e que há atrasos no diagnóstico e tratamento invasivo em relação aos homens. Neste domínio, é imprescindível um olhar mais atento e com uma perspetiva mais complexa sobre a mulher.

A reforçar a pertinência de um estudo sobre a mulher neste domínio, Ferreira (2012), num estudo sobre a evolução temporal dos fatores de risco cardiovascular na população portuguesa, revela a presença de desigualdades de género, evidenciando que a mulher representa uma tendência crescente para a sua prevalência.

A WHO (2013) evidencia que um dos principais fatores de risco para a doença cardiovascular é a hipertensão, que assume um lugar de destaque pois já afeta um bilhão de pessoas em todo o mundo, sendo mesmo considerada como um assassino invisível e silencioso que raramente causa sintomas.

OBJETIVOS

Os objetivos definidos para este estudo foram:

- Conhecer e analisar o risco a curto prazo de hipertensão arterial (HTA) das mulheres para 1, 2 e 4 anos;

- Analisar fatores sociodemográficos e correlacioná-los com o risco de desenvolver HTA a 1,2 e 4 anos;
- Analisar os hábitos alimentares, perfil antropométrico e somatotipo das mulheres e correlacionar com o risco de desenvolver HTA a 1,2 e 4 anos;
- Comparar o risco de hipertensão arterial na mulher da região centro entre o meio rural e urbano;
- Analisar o nível de conhecimento sobre a hipertensão arterial e correlacionar com o risco de desenvolver HTA a 1,2 e 4 anos.

METODOLOGIA

Estudo quantitativo, exploratório e descritivo-correlacional com objetivo de descrever os fatores preditores para o risco de desenvolver HTA a 1, 2 e 4 anos. O instrumento de recolha de dados foi composto por: caracterização sociodemográfica; avaliação antropométrica (inclui 17 medições divididas em cinco categorias: medidas básicas [peso e altura], pregas cutâneas, perímetros, larguras e diâmetros; o registo destas avaliações, permite a aplicação de diferentes equações que determinam, entre outros, a composição corporal e o somatotipo); cálculo do risco de HTA; escala de hábitos alimentares e teste de batalha. O tratamento estatístico foi realizado informaticamente com o programa de *Statistical Package for the Social Science* (SPSS), versão 2.0.

O tamanho da amostra foi calculado através do OpenEpi, que é um programa gratuito e de código aberto para estatísticas epidemiológicas para Saúde Pública, encontrando-se acessível no site: http://www.openepi.com/v37/Menu/OE_Menu.htm. Foi utilizada a versão 3.01, atualizada a 06/04/2013. De acordo com dados do Instituto Nacional de Estatística (INE), na região centro residem 767583 mulheres entre os grupos etários 20-69 anos de idade, no ano de 2012 (sendo este o último ano com dados publicados no momento do estudo). Assim, o tamanho da amostra com um intervalo de confiança de 95%, não poderia ser inferior a 384 mulheres.

Foram cumpridos os procedimentos éticos, tendo sido obtido parecer favorável da Comissão de Ética da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. Foi dado consentimento informado e esclarecido a todas as participantes e às instituições/locais de recolha de informação.

RESULTADOS

A amostra é constituída por 406 mulheres residentes na região centro, que apresentam uma idade mínima de 20 anos e máxima de 69, com uma média de 42,3 anos. Em relação ao nível de escolaridade, das 406 mulheres da amostra (15,8%) possuem o 1º ciclo, 12,6% o 2º ciclo, 17,2% o 3º ciclo, 34,2% o nível secundário, 1,7% o bacharelato, 15,3% a licenciatura, 2,5% o mestrado e 0,7% o doutoramento. Maioritariamente são casadas (57,9%), seguidamente solteiras (20,4%), divorciadas (10,8%), em união de facto (5,7%) e, por fim, viúvas (5,2%), sendo que 200 mulheres residem em meio rural e 206 mulheres em meio urbano.

Nas classes de Índice de Massa Corporal (IMC), verifica-se que 1,7% das mulheres têm baixo peso, 42,4% apresentam peso normal, 35,5% têm sobrepeso, 13,3% Obesidade grau I, 5,9% Obesidade grau II e 1,2% Obesidade grau III. Assim 55,9% das mulheres apresentam elevado

IMC, o que revela peso superior ao normal, sendo que 50,5% tendem a ser endomorfas, 45,5% mesomorfas e apenas 3% tendem a ser ectomorfas.

Das mulheres da região centro 43,6% apresentam TA ótima, 30,3% apresentam TA dentro de parâmetros normais, 13,79% com a classificação Normal Alta, 9,61% HTA nível I, 2,27% HTA nível II e 0,5% HTA nível III. 45,81% não têm ascendentes diretos com HTA, 39,41% um e 14,78% dois ascendentes diretos com HTA. De uma forma mais pormenorizada, observámos que, na realidade, mais de metade da amostra, mais concretamente 54,14%, apresenta um ou dois ascendentes diretos com HTA.

Relativamente ao risco de desenvolver HTA a 1 ano, constata-se que 88,2% das mulheres apresenta de 0 - 25% de risco, e contrariamente, apenas 4,9% apresentam de 75 - 100% de risco. Contudo, no que refere ao risco de desenvolver HTA em 4 anos, 66,5% das mulheres apresentam de 0 - 25% de risco e 11,6% apresentam de 75 -100% de risco.

Analisaram-se as respostas do teste de Batalha – conhecimento sobre a doença e verificou-se que apenas 49,5% da totalidade da amostra responderam acertadamente às três questões, pelo que podemos inferir que o nível de conhecimento sobre a HTA é baixo. 37,4% responderam acertadamente a duas questões, 10,6% a uma questão, e apenas 2,5% não conseguiram cumprir o teste, apresentando zero respostas certas.

Os resultados relativos aos hábitos alimentares das mulheres da região centro, de acordo com a aplicação da escala de hábitos alimentares, revelaram que a média foi 97,57, sendo de salientar que o valor da escala mais baixo encontrado foi de 58 e máximo 140. Importa ainda evidenciar que nenhuma mulher atingiu o score máximo. Considera-se que quanto mais elevada for a pontuação média de todos os itens, mais adequados serão os hábitos alimentares. Nesta conformidade, e considerando que a escala tem valores entre 0 e 180, podemos inferir que as mulheres constituintes da amostra apresentam hábitos alimentares são pouco satisfatórios.

DISCUSSÃO E CONCLUSÕES

A realização desta investigação permitiu-nos concluir que as mulheres da região centro de Portugal apresentam um significativo risco de desenvolver HTA a 1, 2 e 4 anos, existindo um conjunto de fatores que influencia positiva ou negativamente este resultado. Deste modo, constatamos que as mulheres com mais idade, viúvas ou casadas, residentes em meio rural, inativas profissionalmente, fumadoras e com conhecimento sobre a HTA, são as que apresentam maior risco de desenvolver HTA a 1, 2 e 4 anos. Contrariamente, as mulheres com peso normal ou baixo peso, de composição corporal com tendência a ser mais ectomorfa e com TA ótima ou normal, revelaram baixo risco de desenvolver HTA a 1, 2 e 4 anos. Apesar de os hábitos alimentares serem pouco satisfatórios, não se verificou evidência estatísticas de que os mesmos influenciam o risco de desenvolver HTA a 1,2 e 4 anos.

Verificamos na análise inferencial que a idade, a escolaridade, o emprego, o IMC e a classificação de TA são os principais fatores preditores para o desenvolvimento de HTA.

Nesta aceção, concluímos que este estudo é um excelente contributo para a efetividade de estratégias de prevenção, desde o planeamento até à fase de implementação, na medida em que permite identificar fatores preditivos e definir grupos de risco para o desenvolvimento HTA.

Consideramos por isso que os nossos resultados são satisfatórios e coadjuvantes com as metas lançadas pela WHO (2013) para atingir até 2025 nomeadamente: redução de 25% nas taxas de mortalidade global por doenças cardiovasculares e redução de 25% na prevalência de pressão arterial elevada na população.

Concluimos assim, à semelhança da opinião de Marques e Serra (2012), que é urgente e necessário identificar subgrupos de risco e aplicar scores de risco para melhor decisão das necessidades de intervenção. Por outro lado, identificar e compreender quais os fatores de risco que influenciam o risco de desenvolver HTA a 1, 2 e 4 anos, é com certeza uma mais-valia para as etapas de prevenção e redução da incidência de HTA.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ferreira, P. (2012). *Evolução temporal dos factores de risco cardiovascular na população portuguesa continental*. Lisboa, Portugal: Universidade Nova de Lisboa. Recuperado de http://run.unl.pt/bitstream/10362/10354/1/PedroFerreira_VMSD_TESE_volume%201.pdf
- Marques, F., & Serra F. (2012). Caminhos da prevenção cardiovascular: Tratar ou não tratar a Pré-HTA. Pré- Diabetes e hipercolesterolemia isolada. *Revista Portuguesa de Cardiologia*, 24, 50-51.
- Shirato, S., & SWAN, B. (2010). Women and cardiovascular disease: An evidentiary review. *Medsurg Nursing*, 19(5), 282-306.
- World Health Organization (2013). *World health day 2013: A global brief on hypertension: Silent killer, global public health crisis*. Geneva, Switzerland: Author. Recuperado de http://apps.who.int/bitstream/10665/79059/1/WHO_DCO_WHD_2013.2_eng.pdf.

O CUIDADOR INFORMAL DA PESSOA DEPENDENTE NOS AUTOCUIDADOS: NECESSIDADES E EXPECTATIVAS FACE AO REGRESSO A CASA

CARLA ALEXANDRA SANTOS GASPAR
MARIA DO CÉU MESTRE CARRAGETA

INTRODUÇÃO

As alterações demográficas ocorridas em Portugal, tal como nos restantes países membros da União Europeia, caracterizam-se pelo fenómeno social de envelhecimento da população, fruto da redução da taxa de natalidade, aumento da esperança média de vida, emigração da população mais jovem, revelando um aumento exponencial das pessoas com incapacidade e dependência (Rodríguez, 2000).

A família surge como a principal entidade de apoio e de suporte do indivíduo para ultrapassar os momentos de crise ao longo do ciclo vital, concorrendo para a promoção e manutenção da independência e saúde dos seus membros. Assim, esta surge como a principal prestadora de cuidados à pessoa dependente, quando as suas capacidades funcionais diminuem e perdem a sua autonomia, constituindo o pilar no apoio ao tratamento da doença e à manutenção da pessoa no domicílio (Garrett, 2005).

O envelhecimento e os processos de doença associados à dependência constituem momentos de transição causadores de limitações físicas, emocionais e cognitivas, tornando a pessoa dependente dos cuidados de outros, como os cuidadores informais (CI). Contudo, na maioria das situações em que a pessoa dependente internada tem alta hospitalar, os seus CI não se encontram preparados para responder adequadamente às necessidades da pessoa dependente.

Torna-se fundamental a ação interventiva dos enfermeiros no sentido de promover a criação das condições adequadas para que a assistência nas atividades de vida diária (AVD) garantam a dignidade da pessoa dependente nos cuidados aquando o seu regresso a casa, preparando e criando parcerias com os cuidadores destes doentes.

Cuidar de pessoas dependentes e dos seus cuidadores, num serviço hospitalar, implica cuidados de enfermagem que proporcionem envolvimento, informação, disponibilidade e preparação dos

próprios CI. É um desafio complexo ir ao encontro das necessidades e expectativas dos cuidadores, de forma a prepará-los para o exercício do papel de cuidador, garantindo a continuidade de cuidados de qualidade e o bem-estar da pessoa dependente e dos próprios CI.

OBJETIVOS

Para o desenvolvimento deste estudo, definimos os seguintes objetivos:

- Caracterizar sociodemograficamente os CI;
- Identificar as necessidades dos CI na prestação de cuidados à pessoa dependente aquando do seu regresso a casa;
- Identificar as expectativas dos CI face à intervenção dos enfermeiros, na sua preparação para o regresso a casa.
- Contribuir para a estruturação de um plano de intervenção educativa de enfermagem na preparação do CI para cuidar da pessoa dependente nos autocuidados.

METODOLOGIA

Optámos por um estudo descritivo, exploratório de natureza qualitativa, que nos facultasse uma compreensão mais abrangente do contexto que pretendemos estudar, tendo como população alvo os CI da pessoa dependente internada nos serviços de Medicina do Hospital de Pombal e de Medicina 1 do Hospital de Leiria. A amostra utilizada foi do tipo não probabilística ou intencional, através da técnica de amostragem accidental. Seleccionámos a entrevista semiestruturada como instrumento de recolha de dados. Considerámos a análise de conteúdo de Bardin para o tratamento dos dados.

RESULTADOS

No que respeita à caracterização sociodemográfica dos CI da pessoa dependente no autocuidado, podemos referir que os CI participantes apresentam idade avançada, sendo maioritariamente mulheres, familiares da pessoa dependente, esposa ou filha, a coabitar com a pessoa dependente, residentes no meio rural, com um nível de instrução baixo, sem atividade profissional ou na condição de reformadas.

Da análise dos dados emergiram categorias relativas às necessidades dos CI nos cuidados à pessoa dependente e às expectativas dos CI face à intervenção dos enfermeiros na preparação do regresso a casa.

A primeira categoria diz respeito, no geral, ao conjunto de necessidades, durante a hospitalização, sentidas pelo CI aquando do regresso a casa. Esta subdivide-se em unidades mais específicas, as subcategorias: necessidades de ordem física, necessidades de informação, necessidades psicológicas/emocionais e necessidades financeiras/sociais.

A subcategoria necessidades de ordem física dividiu-se em dois indicadores, o reconhecimento da sua incapacidade e a dependência crescente do familiar.

A subcategoria necessidades de informação apurada nos depoimentos dos CI, prende-se sobretudo com a necessidade de informação a nível de apoio institucional no domicílio e sobre a interpretação de sinais de alerta.

No que respeita às necessidades psicológicas/emocionais encontrámos dois indicadores, a dualidade em pedir apoio institucional e a sobrecarga/exaustão.

Relativamente às necessidades financeira/sociais referidas pelos CI, englobam três indicadores, a necessidade de material clínico e técnico, a necessidade financeira e a necessidade de apoio de familiares/vizinhos.

A segunda categoria identificada relaciona-se com as expectativas dos CI face à intervenção dos enfermeiros na preparação do regresso a casa, durante o período de internamento hospitalar, de modo a prepará-los e a envolvê-los na prestação de cuidados, dotando-os de informação, conhecimento e competências. Para isso, os enfermeiros realizam educação para a saúde, promovem apoio como agentes do cuidado dependente, através de ensinamentos e de treino sobre técnicas essenciais para a aquisição de habilidades, no sentido dos CI cuidarem com sucesso e qualidade do seu familiar.

Assim, relativamente à categoria expectativas dos CI face à intervenção dos enfermeiros na preparação do regresso a casa, foram identificadas duas subcategorias: apoio como agentes do cuidado dependente e continuidade de cuidados.

O apoio como agentes para o cuidado dependente diz respeito à prestação de cuidados de natureza técnica. Os CI referiram a importância de ser promovida a sua capacidade para gerir os cuidados com a alimentação, medicação, higiene, e outros, tendo-se estes constituído como indicadores.

Na subcategoria continuidade dos cuidados foram incluídas as expectativas dos CI face ao apoio da equipa de enfermagem na preparação para o regresso a casa. Constituíram-se como indicadores: a capacitação para o papel de CI; a participação/envolvimento nos cuidados durante a hospitalização do familiar e a disponibilidade dos enfermeiros para o esclarecimento de dúvidas.

DISCUSSÃO

As alterações decorrentes da dinâmica das sociedades levam a novas exigências quer para a equipa de saúde, quer para as estruturas de apoio formais e informais, alterando totalmente a perspetiva do cuidar (Sarmiento, Pinto, & Monteiro, 2010).

Com a diminuição do número de familiares disponíveis para prestar cuidados e o aumento das pessoas dependentes a necessitar de apoio, urge equacionar medidas que ajudem as famílias a poder prestar os cuidados informais (Figueiredo, 2007).

É muito importante providenciar uma resposta adequada às necessidades de cuidados das pessoas dependentes e dos seus cuidadores. É urgente cuidar dos cuidadores, ao torná-los objeto de investigação, é possível conhecer a sua realidade e desta forma poderá, de acordo com Lage (2007) "ajudar na compreensão e na promoção da saúde da família, e na construção de modelos de intervenção adaptados às diferentes necessidades dos cuidadores e dos seus familiares" (p. 43).

Lage (2004) considera que na preparação do cuidador para a prestação dos cuidados familiares, o enfermeiro deve contemplar: o treino de competências para desenvolver o cuidado;

o ensino de práticas promotoras de saúde para o cuidador e pessoa dependente; a avaliação das consequências positivas e negativas da responsabilidade dos cuidados para o cuidador; a avaliação dos recursos pessoais do cuidador e da necessidade de recursos comunitários; e a avaliação da disponibilidade de apoio informal ao cuidador.

CONCLUSÕES

Das principais conclusões deste estudo, salientamos:

Em termos de necessidades:

- A urgência dos cuidadores situa-se ao nível do apoio financeiro. A necessidade económica é notória para a aquisição de fraldas, medicamentos, meios técnicos como camas apropriadas e cadeiras de rodas;
- Os cuidadores expressam a necessidade de redes de apoio, seja de uma ajudante domiciliária, de centros de dia, de familiares e amigos, estando associada ao desgaste físico, psicológico e social que o papel de cuidador da pessoa dependente implica. As suas necessidades físicas, a crescente dependência do seu familiar e a escassez das respostas formais provocam limitações ao nível da sua saúde para a prestação de cuidados tão exigentes;
- A necessidade de informação/formação é fortemente expressa, em termos da obtenção de conhecimentos e capacidades que lhes permita saber lidar com a pessoa dependente em casa, ultrapassando as novas exigências que as incapacidades e dependência dos familiares comportam;
- A necessidade psicológica é manifestada pelos cuidadores que experimentam com o processo de cuidar efeitos adversos. Com o desempenho do papel de cuidador, emergiram repercussões na vida destes cuidadores, aos mais variados níveis, pessoal, social e de saúde, referindo terem cessado ou reduzido os contactos, atividades sociais e de lazer, tais como passeios, convívio com amigos, passatempos favoritos, férias e outras atividades. Quanto à saúde muitos cuidadores referem um maior desgaste físico e psicológico, referindo situações de agravamento da saúde mental, associado a ansiedade, stress, depressão e incapacidade para cuidar do doente sozinho.

No que respeita às expetativas:

- Os cuidadores esperam da equipa de enfermagem a vertente educativa, estando relacionada com a falta de informação, conhecimento e necessidade de uma melhor preparação sobre como lidar com as limitações físicas e com as doenças crónicas da pessoa dependente. Querem que lhes seja fornecida informação/ensinos sobre cuidados a realizar, como cuidados de higiene, cuidados com a alimentação, cuidados com os posicionamentos. A orientação social é outra das expetativas dos cuidadores, bem como a vertente relacional dos enfermeiros, como por exemplo o facto de os ensinarem e de os ajudarem, de forma carinhosa e simpática, a aprender e a participar nos cuidados.
- Destaca-se a expetativa de continuidade de cuidados por parte dos enfermeiros para que o cuidador, em contexto domiciliário, seja devidamente orientado, esclarecido e apoiado pelo suporte formal, ensinando os CI a procurar a ajuda que a situação/problema específico requer.

Em síntese, os resultados do nosso estudo permitiram contribuir para a construção de um guia de intervenção de enfermagem, direcionado para os CI da pessoa dependente, adequado às necessidades singulares da pessoa e dos CI. Esse guia permitirá potenciar as suas capacidades e, deste modo, possibilitar a permanência da pessoa dependente em contexto familiar com significativa qualidade de vida da própria pessoa e do seu cuidador.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Figueiredo, D. (2007). *Cuidados familiares ao idoso dependente*. Lisboa, Portugal: Climepsi.
- Garrett, C. (2005). Impacto sócio-económico da doença de Alzheimer. In A. Caldas & Mendonça (Orgs.), *A doença de Alzheimer e outras demências em Portugal*. (pp. 227-236) Lisboa, Portugal: Lidel.
- Lage, I. (2004). Cuidar dos cuidadores de idosos dependentes. In J. Ribeiro & I. Leal (orgs.), *Atas do 5º Congresso Nacional de Psicologia da saúde*, 28 a 30 de junho de 2004 (pp. 749-756). Lisboa, Portugal: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- Lage, I. (2007). *Questões de Género e Cuidados Familiares a Idosos*. Nursing, 17 (217), 40-43.
- Rodríguez, M., L. (2000). Envejecimiento y enfermedad: Manifestaciones e consecuencias. In R. Fernández- Ballesteros (ed.) *Gerontologia social*. Madrid, Espanha: Ediciones Pirámide.
- Sarmento, E., Pinto, P., & Monteiro, S. (2010). *Cuidar do idoso dificuldades dos familiares*. Coimbra, Portugal: Formasau.

CAPACITAR PARA O CUIDADO: PERCEÇÃO DO CUIDADOR INFORMAL DA PESSOA COM ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL

CÉLIA DEOLINDA DA LUZ MARQUES
ISABEL MARIA HENRIQUES SIMÕES

INTRODUÇÃO

O acidente vascular cerebral (AVC) representa elevada morbidade, que se manifesta em sequelas motoras, cognitivo e comportamentais, traduzindo-se frequentemente na dependência de outro, abalando profundamente o sistema familiar. Neste contexto surge a figura de cuidador informal, que é segundo Júnior et al. (2011) um membro da família ou da comunidade, que presta qualquer tipo de cuidado a pessoas dependentes. A literatura é unânime em caracterizar o cuidado informal como não remunerado, prestado por familiares ou por outras pessoas próximas da pessoa dependente.

O cuidador informal, parceiro na prestação de cuidados, tem um papel primordial na reinserção da pessoa com dependência, exigindo disponibilidade e competências para cuidar. Assim, a sua capacitação deve ser uma prioridade em saúde, surgindo o enfermeiro como ator principal no desenvolvimento dessas competências, sendo-lhe exigido sensibilidade para compreender que todas as pessoas têm capacidade e potencialidade para crescerem e tornarem-se competentes para o cuidado (Sarmiento, Pinto, & Monteiro, 2010). Portanto, o enfermeiro deverá identificar as necessidades formativas, definir com o cuidador as estratégias de ensino-aprendizagem, motivando-o e orientando-o.

No entanto, o contexto prático mostra que apesar da preocupação com a preparação para a alta, quer do doente quer do seu cuidador, existe a percepção frequente que nem sempre há envolvimento do cuidador informal nos ensinamentos e que os cuidados prestados no domicílio frequentemente não traduzem os ensinamentos que os enfermeiros referem fazer aquando do regresso a casa. Da constatação desta realidade surgiu a questão de investigação: Os cuidadores informais da pessoa com AVC sentem-se capacitados com os ensinamentos recebidos antes da alta, efetuados pelos enfermeiros?

OBJETIVOS

Face à questão orientadora do estudo foi definido como objetivo principal: compreender se os ensinamentos realizados pelos enfermeiros contribuem, na perspetiva dos cuidadores, para a

sua capacitação no cuidado à pessoa com AVC. A partir deste, foram delineados objetivos específicos:

- Descrever a percepção dos cuidadores informais da pessoa com AVC sobre os ensinamentos realizados pelos enfermeiros antes da alta;
- Identificar quais os ensinamentos realizados pelos enfermeiros;
- Analisar as dificuldades sentidas pelos cuidadores no exercício do cuidado à pessoa com AVC;
- Analisar os contributos dos cuidadores relacionados com os ensinamentos.

METODOLOGIA

Tendo como foco de investigação a percepção dos cuidadores informais, optou-se por um estudo qualitativo do tipo exploratório-descritivo. Os participantes foram os cuidadores informais alvo de ensinamentos programados, durante os meses de março a junho de 2012, realizados pelos enfermeiros responsáveis pelos cuidados aos seus familiares, num serviço de medicina.

Para a colheita de dados optou-se pela entrevista semiestruturada, realizada após a alta, quando os cuidadores já exerciam o papel de cuidador informal. As entrevistas foram gravadas em registo áudio e complementadas com anotações manuscritas. Ao longo do processo houve observância dos procedimentos legais e éticos.

Após transcritas as entrevistas fez-se sua análise, optou-se pela técnica da análise categorial do tipo temático. Das leituras sucessivas emergiram três dimensões, destas diferentes categorias, que originaram subcategorias, conforme se apresenta na Tabela 1.

Tabela 1
Matriz de análise das entrevistas

DIMENSÃO	CATEGORIA	SUBCATEGORIA
ANTES DA ALTA	Informação	Iminência da Alta/Necessidade de Cuidados
		Necessidade de Ensinos
	Ensinos	Planeamento do dia
		Metodologia
		Tipologia de Cuidados Abordados no Ensino
		Informação em Suporte de Papel
		Duração
		Atitude Enfermeiro
		Avaliação do Ensino

Tabela 1 (continuação)
Matriz de análise das entrevistas

DIMENSÃO	CATEGORIA	SUBCATEGORIA
PÓS – ALTA	Perceção da eficácia dos ensinós	
	Dificuldades/ Sobrecarga no cuidado	Físicas
		Emocionais
		Sociais
		Económicas
Equipamentos/Materiais de apoio		
CONTRIBUTOS (aspectos pouco valorizados nos ensinós)	Treino de habilidades	
	Adequação ao domicílio	

ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Os participantes ($n=7$) foram na sua maioria filhas, com idades compreendidas entre os 40 e 66 anos, casadas, com habilitações académicas ao nível do ensino básico. Os achados são concordantes com outros estudos realizados em Portugal, que mostram que o papel de cuidador é essencialmente atribuído à mulher, com parentesco próximo, esposa ou filha, e com baixa escolaridade.

Da análise das entrevistas, na dimensão antes da alta, salientamos que os cuidadores inquiridos têm a perceção da preocupação por parte dos enfermeiros na sua capacitação como cuidadores informais, alertando-os durante o internamento para as necessidades do seu familiar dependente e, realizando os ensinós mediante a disponibilidade do cuidador: “ Ela [a enfermeira] um dia falou-me que ele tava [sic] a melhorar e como é que ia ser, se eu ia tomar conta dele, que ele ia ficar assim, sem força num dos lados.” (E7, 2013).

Contudo, não têm a perceção que os enfermeiros avaliam as suas necessidades formativas, realizando os ensinós de forma pouco personalizada, partindo do pressuposto que existe necessidade face aos défices apresentados pela pessoa com AVC. Os ensinós decorreram numa sessão única, sem uniformização de práticas ou metodologias entre os profissionais, nem avaliação das aprendizagens realizadas pelos cuidadores. Estas sessões contemplaram maioritariamente técnicas direcionadas para as atividades de vida diária: “ Explicou à gente... lá a enfermeira que tava de serviço e explicou . . . Mostrou. Elas . . . elas até esperaram para lhe dar banho e essas coisas todas pra gente ver como é que elas faziam . . . Também fizemos.” (E3, 2012). Os cuidadores percecionam nos enfermeiros a predominância de atitudes facilitadoras do processo ensino-aprendizagem como paciência e calma.

Peixoto (2013) refere a necessidade de envolver os familiares no processo de cuidados, avaliar as expectativas, as necessidades de aprendizagem e a motivação e definir em conjunto metas de aprendizagem. Defende ainda que a metodologia adotada nos ensinós deve alicerçar-se no nível de maturidade e na capacidade de aprendizagem do destinatário, mas Sequeira

(2010) alerta que é fundamental o cuidador poder repetir os cuidados, tantas vezes quantas necessárias, de forma a atingir autonomia e segurança, tanto para si como para o seu familiar.

Na dimensão após a alta, os cuidadores reconhecem que os ensinamentos são importantes, que os tornam mais capazes para a prestação de cuidados, todavia consideram a prática insuficiente e desajustada à realidade domiciliar:

Não foi suficiente . . . se tivesse se calhar tomado a decisão de ter posto o meu pai em casa . . . eu teria depois que acabar por ter que pedir ajuda em termos de me explicarem como é que havia de ter. (E4, 2012)

Os ensinamentos são bons, são fundamentais, mas sabe na prática não funciona. (E6, 2013).

Elencam várias dificuldades, físicas, sociais e económicas, que vão ao encontro às encontradas em estudos sobre a sobrecarga do cuidador. Simões e Grilo (2013) referem que ser cuidador informal é um desafio, repleto de exigências muito distintas, acarretando dificuldades que requerem ajuda específica, nomeadamente a dos enfermeiros. Assim, torna-se importante firmar parcerias entre os enfermeiros e os cuidadores informais, mas também planejar intervenções contextualizadas às condições habitacionais, de forma a facilitar e melhorar a prestação de cuidados no domicílio (Melo, Rua, & Santos, 2014).

A dimensão contributos traduz a perspectiva dos cuidadores relativamente a aspetos que consideram que não foram tão valorizados na preparação para a alta, sugerindo sessões mais longas, mais frequentes e realizadas ao longo do internamento: “Mas se fosse mais vezes se calhar era melhor. As enfermeiras têm muito trabalho . . . mas também têm muita prática . . . agora a gente não, nunca fazemos e olhe temos de fazer”. (E7, 2013).

Defendem que os ensinamentos deveriam refletir as condições domiciliares, realçando as diferenças entre materiais, equipamentos e instalações: “serem mais perto da nossa realidade, das condições que temos em casa.” (E6, 2013).

Resumindo, os contributos dados pelos cuidadores relacionam-se com as dificuldades sentidas, prendendo-se com a falta de treino e com a não adequação das práticas às condições habitacionais.

CONCLUSÃO

Considera-se que os ensinamentos efetuados pelos enfermeiros contribuíram para a capacitação dos cuidadores informais, na medida em que lhes dão poder para encontrarem soluções, perante as necessidades com que se confrontam na prática de cuidados. Todavia não foram percecionados como suficientes para os tornar capazes de cuidar, apontando prática insuficiente e desajuste ao ambiente domiciliário.

Assim, sugere-se que o planeamento dos ensinamentos tenha por base as reais necessidades de cada cuidador, atendendo às suas características e ao seu conhecimento prévio, devendo as práticas refletir os recursos existentes no domicílio. Neste sentido, assume particular importância o treino de habilidades e validação dos ensinamentos, de forma a garantir uma prestação de cuidados com segurança, gratificante para a pessoa com dependência e seu cuidador.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Júnior, P., Corrente, J., Hattor, C., Oliveira, I., Zancheta, D., Gallo, C., Galiego, E. (2011). Efeito da capacitação dos cuidadores informais sobre a qualidade de vida de idosos com déficit de autocuidado. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(7), 3131-3138. Recuperado de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000800013
- Melo, R., Rua, M., & Santos, C. (2014). Necessidades do cuidador familiar no cuidado à pessoa dependente: Uma revisão integrativa da literatura. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(2), 143-151.
- Peixoto, I. (2013). *Educação para a saúde: Contributos para a prevenção do cancro*. Loures, Portugal: Lusociência
- Sarmiento, E., Pinto, P., & Monteiro, S. (2010). *Cuidar do idoso, dificuldades dos familiares*. Coimbra, Portugal: Formasau
- Sequeira, C. (2010). *Cuidar de idosos com dependência física e mental*. Lisboa, Portugal: Lidel
- Simões, S., & Grilo, E. (2012). Cuidados e cuidadores: O contributo dos cuidados de enfermagem de reabilitação na preparação da alta do doente pós acidente vascular cerebral. *Revista de Saúde Amato Lusitano*, 31(2), 18-23.

RESTRIÇÃO FÍSICA DA MOBILIDADE NO DOENTE INTERNADO EM NEUROCIRURGIA: QUE INTERVENÇÃO?

CLÁUDIA RAQUEL REIS PIEDADE
MARIA ISABEL DOMINGUES FERNANDES
ISABEL MARIA PINHEIRO BORGES MOREIRA

INTRODUÇÃO

No quotidiano de trabalho o enfermeiro é permanentemente confrontado com a necessidade de tomar decisões que afetam de forma direta e/ou indireta o doente/família. Escolher de entre várias hipóteses aquela que no momento, segundo o julgamento clínico, parece ser a mais adequada para responder ao problema identificado, pode, por vezes, constituir um dilema para o enfermeiro, principalmente quando o tema em causa é a aplicação de medidas de restrição física da mobilidade (RFMob).

Nos últimos anos, a utilização de RFMob tem merecido cada vez mais atenção dos profissionais de saúde, dos investigadores, das instituições e dos governos, questionando-se as razões e a eficácia da sua utilização. Esta é uma intervenção que pode ter um duplo efeito, prevenir a ocorrência de dano mas, simultaneamente, pode causar lesões, das quais se destacam as quedas, as úlceras de pressão, a depressão, a agressão e em casos extremos a morte.

A RFMob é utilizada frequentemente em doentes com focos de atenção como a confusão e a agitação, em que o risco de queda e de remoção de dispositivos médicos é maior. Estes focos de atenção podem surgir como resposta ao processo de doença e manifestarem-se com maior probabilidade em doentes com alteração do estado de consciência, levando a diagnósticos que exigem intervenções que visam a promoção e/ou manutenção da segurança do doente internado. Contudo, podem acarretar complicações graves, levar a hospitalizações mais prolongadas e a reinternamentos (Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé, 2000; Marques, 2014). A estes aspetos comprometedores do bem-estar do doente associa-se a dificuldade do enfermeiro no reconhecimento e na gestão desta situação (Marques, 2014).

OBJETIVO

Elaborar um guia orientador da tomada de decisão do enfermeiro na aplicação de medidas de RFMob em doentes internados num serviço de neurocirurgia de um Hospital Central.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, na vertente estudo de caso, inserido no paradigma qualitativo. O estudo decorreu num serviço de neurocirurgia de um hospital central. Os dados foram colhidos através da aplicação de um questionário a enfermeiros deste serviço e da observação direta dos doentes, com alteração do estado de consciência, sujeitos a medidas de RFMob, no período de 11 de setembro a 31 de novembro de 2014.

Os dados obtidos através da aplicação do questionário aos enfermeiros foram analisados através da técnica de análise de conteúdo de Bardin e os obtidos pela observação com recurso ao SPSS.

Os princípios éticos foram salvaguardados, solicitando-se a todos os participantes o consentimento para participação no estudo.

A amostra foi constituída por 30 enfermeiros, a maioria é do sexo feminino 63,30%, têm uma média de idades de 36,23 anos e de tempo de exercício profissional de 13,87 anos.

RESULTADOS

Das 251 observações efectuadas aos 85 doentes submetidos a medidas de RFMob verificou-se que a distribuição por sexo foi semelhante, com 49,41% do sexo masculino e 50,59% do sexo feminino. A média de idades situou-se nos 69,87 anos e o diagnóstico médico que prevaleceu foi o traumatismo crânio-encefálico (TCE; 61,18%). Quando aplicada a Escala de Coma de Glasgow a fim de avaliar o estado de consciência dos doentes, os valores mais observados foram os de 14, 13 e 11 pontos perfazendo um total de 84,86%.

No que respeita ao local físico para aplicação de medidas de RFMob, a cama foi o local de eleição com 92,03% e as grades do leito (47,41%) foram o tipo de RFMob mais observada. Quando se associam os tipos de RFMob, verificou-se que as grades do leito e os imobilizadores de punho/tornozelo predominaram com 44,22%. No que se refere à localização anatómica esta contemplou vários locais, sendo que a mais utilizada foi o corpo todo (através de grades do leito) e a associação do corpo todo com os dois membros superiores com 47,41% e 37,84% respetivamente.

Relativamente à variável equilíbrio, constatou-se que 48,61% dos doentes apresentavam alteração e, dentro desta, foi ao nível da marcha que se observou maior percentagem 62,29%.

Pela análise das respostas ao questionário, os resultados mostram que as principais razões que levam os enfermeiros a recorrer a medidas de RFMob são a segurança do doente e dos envolventes e as respostas do doente, nomeadamente o risco de queda, confusão, agitação e a remoção de dispositivos médicos.

No que respeita aos aspetos mandatórios verificou-se que estão relacionados com as respostas do doente, a segurança, a gestão organizacional e a avaliação do enfermeiro.

Metade dos enfermeiros referem aliviar as medidas de RFMob mais de três vezes por turno, sendo a prevenção de dano a justificação apresentada para este alívio.

Os enfermeiros identificaram como principais riscos decorrentes da aplicação de medidas de RFMob os danos físicos e no comportamento e, como benefícios a prevenção de quedas, a remoção de dispositivos médicos e a segurança do doente.

O recurso à contenção farmacológica, a técnicas de comunicação, à orientação para a realidade e a informação ao doente sobre a necessidade de medidas de restrição da mobilidade física, foram consideradas como medidas a instituir antes de se proceder à aplicação de RFMob.

DISCUSSÃO

Pelos resultados obtidos pode dizer-se que a tomada de decisão do enfermeiro assenta essencialmente na avaliação das respostas do doente (agitação, risco de queda, confusão, remoção de dispositivos médicos, agressividade, risco de fuga, alterações na marcha, na consciência, não obedecer a ordens, tentativas de levantar e falta de colaboração nos tratamentos) e na segurança do doente e dos envolventes, o que está de acordo com a literatura consultada e com as orientações emanadas pela Direção Geral da Saúde (DGS, 2011).

Considera-se que os resultados obtidos, no que se reporta às razões evocadas pelos enfermeiros para o uso de medidas de RFMob, podem ser justificados pelas características demográficas e clínicas dos participantes secundários do estudo - doentes submetidos a RFMob. Estes tinham uma média de idades de 70 anos, apresentavam alteração do estado de consciência e 48,61% tinham alterações do equilíbrio. O medo que o enfermeiro sente em ser responsabilizado caso o doente sofra um acidente é outra das razões evocadas. Estes resultados corroboram os resultados obtidos em diversos estudos.

As medidas alternativas identificadas pelos enfermeiros estão de acordo com algumas das sugeridas por Azab e Negm (2013) e por Bray et al. (2004).

Estes autores referem que os doentes que apresentam maior probabilidade de poderem ser utilizadas medidas de RFMob devem ficar instalados em quartos junto à sala de enfermagem.

Outras estratégias como o controlo da temperatura, luminosidade e ruído são medidas que nem sempre estão dependentes do controlo dos enfermeiros.

A contenção farmacológica inclui não só a administração de medicamentos sedativos e antipsicóticos, mas também de analgésicos, uma vez que a agitação e agressividade podem estar associadas à dor. Contudo, o enfermeiro em contexto de neurocirurgia, principalmente quando cuida de doentes com TCE/lesão ocupante do espaço (LOE), necessita de ponderar a administração de medicação sedativa/antipsicótica, já que estes fármacos podem influenciar o real estado de consciência. Pelos efeitos da administração desta medicação – risco aumentado de queda - os enfermeiros podem ser confrontados com a necessidade de aplicar medidas de RFMob.

De uma forma geral os enfermeiros conhecem e recorrem a várias medidas alternativas antes de aplicar medidas de RFMob nos doentes com alteração do estado de consciência, internados no serviço de neurocirurgia.

Perante a análise dos dados, a consulta da literatura relativa à temática e de acordo com o padrão de documentação em vigor na instituição, construiu-se um guia orientador para a tomada de decisão do enfermeiro na aplicação de medidas de RFMob, conforme apresentado na Figura 1.

Avaliação da condição da pessoa:

- Memória: orientação no espaço e tempo
- Autocuidado: Atividade Física - Risco de queda (antecedentes e Escala de Morse), deambular, transferir-se, andar com auxiliar de marcha...
- Atividade motora: agitação e movimento corporal (força muscular)
- Sensações: estado de consciência (Escala de Coma de Glasgow), visão e audição
- Estilos de vida: uso de substâncias
- Comportamentos de adesão: regime medicamentoso
- Presença de dispositivos

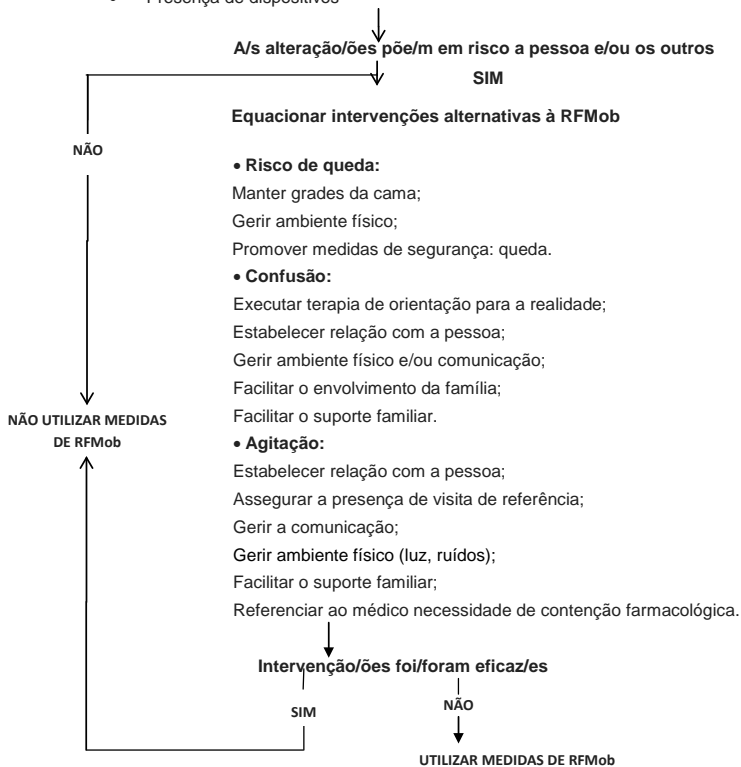


Figura 1. Guia orientador para a tomada de decisão do enfermeiro na aplicação de medidas de RFMOB.

CONCLUSÃO

Na tomada de decisão sobre a aplicação de medidas de RFMOB em doentes com alteração do estado de consciência, internados num serviço de neurocirurgia, o enfermeiro foca-se essencialmente na segurança (do doente e dos envolventes) e nas respostas que o doente

apresenta relacionadas com o risco de queda, a agitação, a confusão, a alteração do estado de consciência e o risco de remoção de dispositivos médicos. Contudo, é fundamental que o enfermeiro realize uma avaliação diagnóstica completa do doente, contemplando ainda aspetos como, a atividade física e motora, a consciência, as sensações (como a visão e a audição), os estilos de vida e os comportamentos de adesão. Nesta avaliação os aspetos contextuais não podem ser esquecidos.

Em muitas situações tomar a decisão de recorrer a medidas de RFMob constitui um dilema para os enfermeiros, já que a sua aplicação interfere com a autonomia e liberdade do doente, com a promoção dos autocuidados, o que tem implicações éticas (proteção *versus* direitos do doente). Os enfermeiros conhecem os riscos que podem resultar da aplicação das medidas de RFMob, principalmente no que se refere aos danos físicos e aos resultantes no comportamento. Recorrem a estas medidas em nome da segurança e da prevenção, considerando que os benefícios decorrentes da sua aplicação são superiores aos riscos da não aplicação.

Os resultados mostram ainda que os enfermeiros recorrem a medidas alternativas, como a orientação para a realidade, contenção farmacológica, técnicas de comunicação e gestão do ambiente físico antes de aplicar medidas de RFMob. Quando iniciam a sua aplicação, atuam de acordo com a orientação da DGS (2011), isto é, começam pelas medidas menos restritivas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé. (2000). *Évaluation des pratiques professionnelles dans l'établissements de santé: Limiter les risques de la contention physique de la personne âgée*. Recuperado de <http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/contention.pdf>
- Azab, S. M., & Negm, L. A. (2013). Use of physical restraint in intensive care units (UCIs) at ain shams university hospitals, Cairo. *Journal of American Science*, 9(4), 230-240. Recuperado de http://www.jofamericanscience.org/journals/am-sci/am0904/033_17145am0904_230_240.pdf
- Bray, K., Hill, K., Robson, W., Leaver, G., Walker, N., O'Leary, M.,... Watherhouse, C. (2004). British association of critical care nurses position statement on the use of restraint in adult critical care units. *Nursing in Critical Care*, 9(5), 199-212.
- Direção Geral da Saúde. (2011). *Prevenção de comportamentos dos doentes que põe em causa a sua segurança ou da sua envolvente: Orientação*. Lisboa, Portugal: Autor. Recuperado de <http://www.dgs.pt/?cr=20464>
- Marques, P. A. (2014). *O doente hospitalizado com confusão: 1º encontro de enfermeiros especialistas em enfermagem médico-cirúrgica: Livro de resumos*. Recuperado de http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/documents/livroresumos_mediocirurgica.pdf

PREVENÇÃO DA INFECÇÃO RESPIRATÓRIA: PRÁTICA(S) NA ASPIRAÇÃO DE SECREÇÕES

CLÁUDIA DANIELA PARALTA HENRIQUES GOMES
ISABEL MARIA HENRIQUES SIMÕES

INTRODUÇÃO

As infecções associadas aos cuidados de saúde (IACS) representam um relevante problema de saúde pública, potenciador de elevados custos económicos e humanos. Dentro destas, a infecção respiratória associada à prestação de cuidados é uma realidade frequente nas pessoas que procuram cuidados de saúde. Reconhece-se várias causas para o seu desenvolvimento, como a aspiração de secreções, procedimento este maioritariamente realizado por enfermeiros. Neste sentido, é fundamental nas práticas clínicas o cumprimento das orientações para a sua realização, promotoras de um cuidado seguro.

OBJETIVOS

Os objetivos deste estudo foram: conhecer as práticas dos enfermeiros de um serviço de internamento de uma especialidade cirúrgica, na realização do procedimento aspiração de secreções; e identificar a importância que atribuem às orientações para a prevenção da infecção respiratória associada aos cuidados de saúde.

METODOLOGIA

Realizou-se um estudo quantitativo, descritivo-exploratório. Utilizaram-se dois métodos de colheita de informação, observação e questionário. A amostra foi constituída por 17 enfermeiros de um serviço de internamento de uma especialidade cirúrgica de um centro hospitalar e 60 observações da realização do procedimento aspiração de secreções.

RESULTADOS

Verificou-se que 58,8% dos profissionais não fez qualquer tipo de formação na área das IACS e, entre os que referiram ter formação nesta área, 42,9% fizeram-no há menos de um ano e em igual percentagem há mais de 3 anos. Dos enfermeiros que fizeram formação, 57,1% referiu que

a ação formativa foi inferior a 8 horas e 71,45% afirmaram que foram abordados conteúdos de infecção respiratória associada aos cuidados de saúde.

Pelas observações das práticas foi possível constatar que, de um modo geral, os enfermeiros respeitavam as orientações técnicas na realização do procedimento assim como, quando questionados sobre a sua importância, as valorizavam bastante. O posicionamento do doente, antes e após a realização da aspiração de secreções, foi bastante valorizado pelos enfermeiros e visível na sua prática, sobretudo após o término do procedimento. Os enfermeiros também reconheceram a elevação da cabeceira da cama, entre 30° a 40°, como uma orientação importante na prevenção da infecção respiratória. Já a higiene das mãos, antes da preparação do material para a realização do procedimento só foi realizada em 36,7% das observações, embora no questionário 76,5% dos profissionais a tenha considerado completamente importante. No entanto, em 76,7% das observações os enfermeiros realizaram assepsia das mãos com solução de base alcoólica (SABA) antes de iniciarem a aspiração de secreções, mas no final do cuidado apenas 65% fizeram lavagem das mãos, embora todos a considerem importante, havendo mesmo 94,1% da amostra que lhe atribuiu o máximo de importância. O equipamento de proteção individual, particularmente avental de proteção e máscara, não foi utilizado na maioria das observações, 90% e 63,3% respetivamente, e quando questionado os enfermeiros também lhe atribuíram importância mediana. Já no uso de luvas houve maior adesão: 72,3% utilizou-as mas dividem-se no nível de importância que lhe atribuem, desde pouco até completamente importante. Em relação à orientação da instilação no tubo endotraqueal/cânula de traqueostomia de soro fisiológico isotónico estéril em dose única, caso as secreções sejam muito espessas, apenas numa observação foi verificado, tendo os enfermeiros considerado esta medida como bastante importante.

Quando questionados sobre os fatores que os profissionais considerassem facilitadores ou dificultadores da sua prática clínica na realização do procedimento aspiração de secreções os enfermeiros focalizaram, maioritariamente, nos fatores dificultadores apontando o ambiente físico onde prestam cuidados, a falta de tempo pelo rácio enfermeiro-doente desadequado, as carências formativas, a falta de material, o facilitismo e mitos pré-concebidos como condicionantes na realização do procedimento, principalmente em situações de urgência na sua realização.

DISCUSSÃO

A maioria dos enfermeiros referiu que não frequentou qualquer momento formativo na área das IACS durante o seu exercício profissional, o que não está de acordo com o que se encontra previsto pela Direção-Geral da Saúde (DGS), que preconiza que todos os profissionais sejam munidos de formação e treino relacionado com todas as precauções básicas do controlo de infecção (PBCI; DGS, 2013). O estudo de Tolentino-DelosReyes, Ruppert, e Shiao (2007) mostrou os benefícios da formação padronizada a enfermeiros na área das IACS, com sessões formativas sobre *bundles* para a prevenção de pneumonia associada ao ventilador assentes em evidência científica recente, que influenciaram os níveis de conhecimento dos profissionais e melhoraram a sua prática clínica. Importa salientar que os enfermeiros cujas práticas foram observadas durante a realização do procedimento aspiração de secreções conheciam as orientações técnicas do procedimento de uma forma global e valorizavam-nas. O

conhecimento das normas que regulam as práticas e comportamentos dos enfermeiros, assim como a construção de manuais de procedimentos de cada serviço, poderá ser bastante útil para que possam prestar cuidados padronizados, seguros, que estejam amplamente estudados e sustentados pelo conhecimento atual. O posicionamento do doente foi bastante valorizado pelos enfermeiros e visível na sua prática, antes e sobretudo após o final da aspiração de secreções, nomeadamente no reconhecimento da importância da elevação da cabeceira da cama entre 30° a 40°, como uma orientação preventiva da infecção respiratória. A investigação de Tolentino-DelosReyes et al. (2007) mostrou que existe relação significativa entre esta orientação e a redução da incidência de pneumonia associada ao ventilador.

Verificou-se o cumprimento menos frequente das orientações relativas à higienização das mãos por parte dos enfermeiros. Na fase inicial da realização do procedimento relativa à preparação do material e do doente, a maioria dos profissionais não realizou lavagem higiénica das mãos, apesar de no questionário todos a terem considerado importante. No entanto, antes de iniciar a aspiração a grande maioria fez a assepsia das mãos com SABA; já no final da realização do procedimento uma percentagem significativa de profissionais voltou a não realizar a lavagem das mãos, apesar da totalidade dos inquiridos atribuir bastante ou completa importância a esta orientação. O estudo de Allegranzi e Pittet (2009) aborda a problemática da adesão dos profissionais à higienização das mãos, apontando a estrutura física inadequada dos locais de prestação de cuidados e dotações de recursos humanos inadequadas, como possíveis justificações para a falta de adesão dos profissionais a esta importante medida preventiva das IACS. As mãos devem ser higienizadas nos cinco momentos chave e a utilização de SABA pode ser adotada na higienização das mãos, sempre que estas não estejam visualmente sujas (DGS, 2013). Tolentino-DelosReyes et al. (2007) verificaram que após a realização de momentos formativos nesta área, os enfermeiros realizaram a higienização das mãos com maior frequência antes do contacto com os doentes e de forma ainda mais evidente após o contacto, embora sem se conseguir uma adesão total. Também Ruffell e Adamcova (2008) referiram que a maioria dos estudos realizados nesta área aponta que, após momentos formativos e treino de práticas, os resultados são mais positivos, no entanto, ainda distantes do que seria esperado, considerando fundamental a procura de estratégias que possam enfatizar junto dos profissionais a importância desta simples mas tão eficaz medida preventiva. Também Curtis (2008) considera que melhorando a adesão dos profissionais de saúde às medidas preventivas e de controlo das IACS, a sua ocorrência pode ser reduzida. Na maioria das observações realizadas os enfermeiros não utilizaram equipamento de proteção individual (EPI), no que respeita à utilização do avental e máscara, durante a realização da aspiração de secreções, e mesmo quando inquiridos maioritariamente atribuíram-lhe importância mediana, enquanto a utilização de luvas de latex foi notada na maioria das observações, mas não tão valorizada a sua importância como o que seria de esperar pela recomendação da DGS (2013). Ruffell e Adamcova (2008) consideram que para prevenir a ocorrência de infecção, devem ser utilizadas luvas paralelamente com os cuidados de higienização das mãos, na realização de procedimentos que envolvam o contacto direto com o doente, antes e após este contacto, inserindo a aspiração de secreções neste âmbito. Em relação à orientação relativa à instilação de soro fisiológico isotónico estéril em dose única, caso as secreções sejam muito espessas, em tubo endotraqueal ou cânula de traqueostomia, foi verificado em apenas uma das observações. Contudo, esta recomendação foi bastante valorizada pelos enfermeiros inquiridos.

Este resultado pode ser explicado por se ter constatado que alguns enfermeiros tinham esta prática quando as secreções eram espessas, contudo não utilizavam ampolas de soro estéril de uso único, mas sim frascos de soro fisiológico com transfer, o que não está de acordo com as recomendações, sendo que nestes casos a orientação foi considerada como não observada. Segundo o estudo de Ruffell e Adamcova (2008), a instilação rotineira de soro fisiológico prévia à aspiração poderá contribuir para a redução da incidência da pneumonia associada ao ventilador, pelo estímulo da tosse e fluidificação das secreções. Contudo, a solução salina poderá ser veículo de disseminação bacteriana para o trato respiratório inferior, pelo que é recomendado a utilização de doses únicas de soro fisiológico e apontada a necessidade de se continuar a investigar o risco e o benefício desta orientação.

Curtis (2008) considera que para que haja redução da ocorrência de IACS, a adesão dos profissionais às orientações de prevenção e controlo deve ser trabalhada, envolvendo a equipa de enfermagem na procura de estratégias para a melhorar. Tolentino-DelosReyes et al. (2007) consideram que todas as práticas que demonstrem alterações positivas de comportamentos devem ser reforçadas.

CONCLUSÃO

A maioria dos enfermeiros referiu não ter feito formação na área das IACS durante o seu exercício profissional. As práticas observadas denotam que os enfermeiros cumprem globalmente as orientações técnicas do procedimento aspiração de secreções, e que, quando inquiridos as valorizam atribuindo bastante importância. Contudo, o cumprimento por parte dos enfermeiros da orientação relativa à higienização das mãos foi menos frequente, apesar da grande maioria a ter considerado completamente importante. Resultados idênticos foram encontrados na utilização do EPI, em que na maioria das observações os enfermeiros não o utilizaram, embora atribuam importância à sua utilização. A formação contínua relacionada com as IACS, assim como a realização de auditorias de verificação do cumprimento das orientações estabelecidas, devem fazer parte do projeto profissional individual de enfermeiro, sendo que as instituições devem proporcionar estes mesmos momentos.

A investigação em enfermagem potencia a sua evolução, como ciência e profissão, baseando a sua prática na evidência científica. Só assim os cuidados prestados poderão ter rigor, segurança e qualidade. A consciencialização nos profissionais de enfermagem da necessidade de reflexão crítica sobre a sua práxis deve ser uma realidade e um objetivo pessoal.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Allegranzi, B. & Pittet, D. (2009). Role of hand hygiene in healthcare-associated Infection Prevention. *Journal of Hospital Infection*, (73), 305-315.
- Curtis, L. (2008). Prevention of hospital-acquired infections: review of non-pharmacological interventions. *Journal of Hospital Infection*, (69), 204-219.
- Direção-Geral da Saúde (2013). Precauções Básicas do Controlo de Infecção - Norma nº 029 [Em linha] *Direção-Geral da Saúde* Recuperado de <http://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0292012-de-28122012.aspx>.

Ruffell, A. & Adamcova, L. (2008). Ventilator-associated pneumonia: prevention is better than cure. *British Association of Critical Care Nurses*, 1(13), 44-53.

Tolentino-Delosreyes, A. Ruppert, S. & Shiao, S.-Y. (2007). Evidence-based practice: use of the ventilator bundle to prevent ventilator-associated pneumonia. *American Journal of Critical Care*, 16(1), 20-27.

SEXUALIDADE DA PESSOA COM OSTOMIA DE ELIMINAÇÃO INTESTINAL: QUE INTERVENÇÃO?

CRISTINA GRAÇAS MARTINS
MARIA ISABEL DOMINGUES FERNANDES

INTRODUÇÃO

O impacto físico e psicológico de uma ostomia de eliminação na sexualidade tanto do homem como da mulher exige que se entenda a sexualidade da pessoa ostomizada como parte fundamental e integrante da sua qualidade de vida. A educação para uma sexualidade saudável deve ser incorporada no planeamento holístico dos cuidados de enfermagem para todos os doentes submetidos a uma ostomia de eliminação intestinal.

O impacto físico e psicológico que a realização de uma ostomia de eliminação tem na qualidade de vida da pessoa e conseqüentemente na sua sexualidade, exige que os profissionais de saúde a integrem na sua intervenção como uma das dimensões fundamentais no seu processo de viver. Devido às alterações que um estoma poderá ocasionar na sexualidade e às dificuldades que o enfermeiro e a pessoa com ostomia têm na abordagem e no questionamento dessa dimensão da vida, é imprescindível que a intervenção neste domínio seja intencionalmente trabalhada e sistematizada.

Contudo, a sexualidade é, segundo vários autores (Junkin & Beitz, 2005), uma temática intencionalmente evitada e não valorizada, tanto quando se faz a colheita de informação inicial como nos momentos de intervenção que se seguem à prestação de cuidados em que os enfermeiros não abordam a temática da sexualidade, à exceção dos momentos em que os doentes espontaneamente os questionem.

É expectável que exista um aumento do número de pessoas ostomizadas. Por outro lado, a pessoa ostomizada tem uma grande probabilidade de apresentar alterações na sua sexualidade e a abordagem deste tema por parte dos enfermeiros traz alguns constrangimentos. Assim, considerou-se ser pertinente aprofundar o conhecimento existente sobre este fenómeno conhecendo o que está subjacente à prática de enfermagem no cuidado com a pessoa submetida a ostomia de eliminação intestinal, isto é, qual é a intervenção dos enfermeiros no que se prende com a sexualidade da pessoa com ostomia intestinal.

OBJETIVOS

Os objetivos deste estudo foram:

- Compreender os conceitos e representações do enfermeiro sobre a sexualidade da pessoa com ostomia de eliminação;
- Identificar as intervenções do enfermeiro com a pessoa com ostomia de eliminação no domínio da sexualidade;
- Analisar os fatores que sustentam a intervenção do enfermeiro na preparação da pessoa para a vivência saudável da sexualidade no período pós-ostomia.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo e analítico no âmbito do paradigma qualitativo. Os dados foram obtidos através de entrevistas semiestruturadas a cinco grupos de enfermeiros (*focus group*) que trabalham em serviços de cirurgia geral de um hospital central, num total de 21 participantes. Os dados foram analisados seguindo as indicações metodológicas de Barbour (2009).

RESULTADOS

Os dados obtidos a partir das entrevistas em grupo realizadas foram analisados num processo continuado, organizando os conceitos, temas ou ideias que foram emergindo e que se configuram como mais pertinentes relativamente à questão e os objetivos de investigação. Com o processo de análise dos dados reunidos nas cinco entrevistas em grupo emergiram conceitos que se agregaram em subcategorias e categorias e posteriormente em temas: a intervenção no período que antecede a cirurgia, a abordagem relativa à sexualidade e a formação dos enfermeiros sobre sexualidade.

Na intervenção no período de hospitalização anterior ao ato cirúrgico, os participantes não diferenciam o acolhimento que fazem à pessoa admitida para ser submetida a uma ostomia das restantes pessoas, sujeitos de cuidados. Contudo, ao explicitarem os seus principais focos de atenção e intervenção, estes prendem-se com a avaliação diagnóstica inicial, a identificação do conhecimento da pessoa (no que se prende com a proposta terapêutica que lhe foi feita, o que representa para si ter um estoma e avaliação do grau de aceitação), dar confiança tentando diminuir os anseios da pessoa, tranquilizando-a, responder às expetativas nomeadamente pela clarificação de dúvidas e ensinar a partir da demonstração do material de ostomia.

A abordagem feita pelos enfermeiros à pessoa ostomizada no que concerne a sua sexualidade resulta, por um lado, do modo como se processa a formação do ostomizado (os conteúdos e as estratégias) e, por outro, dos aspetos que consideram condicionar a sua intervenção – a pessoa, os profissionais e a organização do sistema de saúde.

No que se prende com a pessoa ostomizada, a abordagem relativa à sexualidade está dependente de características como a idade, o sexo, a aceitação e reação emocional ao estoma, a sexualidade ser sentida como uma preocupação não imediata, o conhecimento sobre ostomias

que detém, aspetos culturais e religiosos e a iniciativa da pessoa para questionar sobre o tema. Os participantes identificam aspetos inerentes aos profissionais de saúde que interferem, direta ou indiretamente, na intervenção com a pessoa sobre sexualidade – a informação insuficiente do enfermeiro relativa à situação clínica da pessoa, a preparação do enfermeiro, a avaliação diagnóstica, as metodologias de trabalho, a comunicação entre profissionais e a relação estabelecida entre o enfermeiro e a pessoa. A organização do sistema de saúde é considerada um elemento influente pois interfere na atividade que o enfermeiro desenvolve com a pessoa relativamente à sua sexualidade no que se prende com a temporalidade da intervenção, as condições contextuais, a avaliação de resultados, a continuidade de cuidados e os serviços/recursos de apoio.

DISCUSSÃO

Os resultados da investigação salientam que a intervenção dos enfermeiros em pré-operatório não contempla colheita de informação inicial, diagnósticos e intervenções que integrem a dimensão da sexualidade. A equipa foca-se no conhecimento da pessoa no que se prende especificamente com a cirurgia, não há abordagens profundas de aspetos emocionais e afetivos dado que não há contacto prévio ao internamento e a hospitalização ocorre 24 horas antes da cirurgia. Estes aspetos são considerados condicionantes de um acolhimento integrador, pois o pouco tempo de contacto entre enfermeiro e doente faz com que a prestação de cuidados seja orientada para a preparação física exigível à segurança da pessoa no ato cirúrgico. Uma consulta pré operatória de enfermagem a par com a consulta médica surge como uma solução para colmatar esta lacuna, uma vez que possibilitaria o início de uma relação terapêutica mais precoce e mais tempo para trabalhar aspetos da preparação psicológica num ambiente mais calmo e com maior privacidade. Resultados similares foram identificados por Mendonça, Valadão, Castro, & Camargo (2007), que relatam as dificuldades destes doentes na compreensão da cirurgia a realizar e as suas consequências.

A intervenção, desenvolvida com a pessoa em pré-operatório, está dependente da informação que detém sobre a possibilidade de vir a ser portadora de uma ostomia e visa a preparação para a sua nova situação de saúde. Contudo, não contempla as implicações ao nível da sexualidade, apenas incide em aspetos que podem ajudar no processo de aceitação. Estes resultados surgem em oposição às recomendações da investigação de Pereira, Cesarino, Martins, Pinto, e Netinho (2012) que salientam a importância da intervenção pré-operatória.

Após o ato cirúrgico, as intervenções do enfermeiro continuam a não integrar a sexualidade no processo formativo da pessoa ostomizada. Quando existem, genericamente são superficiais e em resposta ao questionamento dos doentes, não são planeadas nem tiveram subjacente um diagnóstico. Esta conclusão é também apresentada por Junkin e Beitz (2005) quando referem que vários estudos indicam de forma consistente que os enfermeiros não falam da temática da sexualidade a não ser que os doentes façam perguntas sobre este assunto.

Embora pontual, há aconselhamento de algumas estratégias adaptativas como: a execução da auto irrigação ou a colocação do oclusor intestinal antes do ato sexual; o reportar a pessoa para a vivência da sexualidade tendo capacidade de readaptação a uma nova condição; promover o contacto com outra pessoa ostomizada que apresente um bom nível de aceitação e esteja

bem adaptada à situação de saúde para que transmita uma mensagem positiva; e promover o envolvimento do parceiro na educação para o auto cuidado. Algumas destas estratégias de intervenção são também apresentadas por Junkin e Beitz (2005).

Entre os participantes há o conceito que a sexualidade é um assunto tabu e que especificamente a vivência da sexualidade da pessoa com ostomia de eliminação pode ser influenciada pela idade e pelo sexo. Sendo um assunto tabu, há dificuldades em abordar a temática tanto pelo enfermeiro como pela pessoa portadora de ostomia o que se prende com razões de ordem cultural e religiosa. A percepção de falta de preparação para uma intervenção promotora de uma vivência saudável da sexualidade é um fator percebido como influente não havendo intervenções planeadas neste domínio e conseqüentemente uma resposta ineficaz.

A aceitação e reação emocional da pessoa à ostomia de eliminação intestinal interferem na vivência da sua sexualidade na perspectiva dos enfermeiros. Este processo é, na sua visão, imprescindível para o início de uma vivência saudável. Estes resultados vêm corroborar os do estudo de Lobão, Gaspar, Marques, e Sousa (2009) que relata que a ostomia ganha uma dimensão de omnipresença, com grande impacto no processo de aceitação e na vida sexual.

CONCLUSÕES

Como principais conclusões salienta-se a escassez de intervenções de enfermagem planeadas no domínio da sexualidade com a pessoa submetida a uma ostomia de eliminação. Embora os enfermeiros lhe atribuam valor, a intervenção apenas acontece em resposta às questões da pessoa sobre o tema, o que os conduz ao aconselhamento de estratégias de adaptação ao seu novo estado de saúde.

Como condicionantes a um cuidado adequado no domínio da sexualidade emergem um conjunto de fatores associados aos profissionais de saúde, à própria pessoa e à organização do sistema de saúde. Os enfermeiros reconhecem que não estão preparados (por falta de formação académica e profissional) para abordar o tema da sexualidade com a pessoa ostomizada. A metodologia de trabalho, o estado de aceitação e a própria reação emocional da pessoa ao estoma, a sua idade e sexo e aspetos de ordem cultural e religiosa são outros dos fatores influentes identificados.

Uma consulta de enfermagem pré-operatória e pós-operatória como forma de promover a continuidade de cuidados e favorecer a criação de uma relação terapêutica pessoa/enfermeiro permitirão criar um ambiente de privacidade para que a pessoa seja alvo de uma atenção integral por parte do enfermeiro, neste domínio.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Barbour, R. (2009). *Grupos Focais*. Porto Alegre: Artmed.

Junkin, J., & Beitz, J., (2005). Sexuality and the person with a stoma: implications for comprehensive WOC nursing practice. *Journal of Wound Ostomy Continence Nursing*, 32(2), 121-128.

- Lobão, C., Gaspar, M., Marques, A., & Sousa, P., (2009). Aceitando o Contra-Natura? O processo de aceitação do estado de saúde da pessoa com ostomia. *Revista de Enfermagem Referência*, 2(11), 23-36.
- Mendonça, R., Valadão, M., Castro, L., & Camargo, T., (2007). A importância da consulta de Enfermagem pré-operatória de ostomias intestinais. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 53(4), 431-435.
- Pereira, A., Cesarino, C., Martins, M., Pinto, M., & Netinho, J., (2012). Associação dos factores demográficos e clínicos à qualidade de vida dos ostomizados. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 20(1), 93-100.

VIVÊNCIAS DOS ENFERMEIROS FACE AO CUIDAR DE DOENTES PORTADORES DE DOENÇA INFECCIOSA

DINA MARIA CARPINTEIRO MARQUES
MARIA DA CONCEIÇÃO PINTO MADANELO DOS SANTOS RÔXO

INTRODUÇÃO

O aparecimento de novas doenças infecciosas e o aumento da incidência de outras já conhecidas é cada vez mais uma realidade em todo o mundo. Dada a complexidade deste tipo de doenças, elas podem acarretar efeitos devastadores a nível físico, psicológico e social tanto para as pessoas acometidas por elas como, indiretamente, para os profissionais que delas cuidam.

Uma grande percentagem de doentes internados nas unidades especializadas em doenças infecciosas é portador de HIV/SIDA. Na bibliografia consultada verificou-se que muito já se estudou acerca desta e de outras doenças infecciosas graves, dos cuidados a estes doentes e também das suas vivências enquanto afetados por elas. A perspetiva do enfermeiro, enquanto cuidador nesta área, tem sido menos explorada e a investigação neste âmbito poderá contribuir para um aumento da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados.

OBJETIVOS

Identificar as vivências dos enfermeiros no cuidar de doentes com doença infecciosa; descrever e compreender os sentimentos e emoções experienciados por eles no cuidar destes doentes e descrever os fatores que influenciam as suas vivências.

METODOLOGIA

O estudo insere-se numa metodologia qualitativa de investigação, recorrendo ao método fenomenológico.

Os participantes do estudo são sete enfermeiros que exercem funções no serviço de doenças infecciosas de um hospital central. O número de participantes no estudo foi ditado pela saturação dos dados.

A colheita de dados foi realizada através de entrevista semiestruturada, gravada na íntegra em suporte magnético, acompanhada de registo de detalhes importantes para a investigação observados no decurso da entrevista.

Foi solicitada autorização formal ao conselho de administração da instituição. Foi solicitado o consentimento informado dos participantes para a entrevista e para a realização de gravação áudio da mesma. Foram garantidas a confidencialidade, o anonimato e o tratamento com respeito e dignidade.

RESULTADOS

Os relatos dos participantes foram analisados de acordo com as etapas processuais do fenomenológico proposto por Amadeo Giorgi citado por Giorgi e Sousa (2010) que se considera ser o mais adequado ao estudo do fenómeno de interesse.

Os enfermeiros entrevistados descrevem as suas vivências face ao cuidar de doentes portadores de doença infecciosa, em torno de três elementos: o doente em si, os cuidados diretos de enfermagem e o meio/contexto dos cuidados.

Na análise do seu discurso emergiram então três constituintes essenciais, ou temas centrais, interligados, que correspondem aos tipos de vivências identificadas nos participantes: vivências relacionadas com o doente, vivências relacionadas com os cuidados diretos, e vivências relacionadas com o meio/contexto.

Nos temas centrais surgiram enquadrados os subtemas sentimentos, atitudes, perceções e fatores mediadores, de acordo com as unidades naturais de significado identificadas nos relatos dos participantes.

A estrutura do fenómeno *Vivências dos Enfermeiros Face ao Cuidar de Doentes Portadores de Doenças Infecciosas* é apresentada em resumo na Tabela 1.

Tabela 1

Vivências dos Enfermeiros Face ao Cuidar Doentes Portadores de Doenças Infecciosas

<p>Vivências Relacionadas com o Doente</p> <p>SENTIMENTOS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Angústia - Frustração - Impotência - Revolta - Afeto - Empatia - Satisfação <p>ATITUDES:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Relação de ajuda - Criação de vínculos - Postura Formal <p>FATORES MEDIADORES:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Morte - Idade dos Doentes - Antecedentes pessoais dos doentes/História de Vida 	<p>Vivências Relacionadas com os Cuidados Diretos</p> <p>SENTIMENTOS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Medo - Preocupação - Tranquilidade <p>ATITUDES:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Utilização de equipamentos de proteção individual (EPI) - Utilização de dispositivos médicos de segurança passiva - Utilização de técnicas protocoladas - Higienização das mãos <p>FATORES MEDIADORES:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Imprevisibilidade - Experiência/Inexperiência - Conhecimento do diagnóstico - Disponibilidade de material adequado - Atualização 	<p>Vivências Relacionadas com o Meio/Contexto</p> <p>SENTIMENTOS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Estigmatização dos profissionais - Medo - Realização profissional <p>PERCEÇÕES:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Discriminação dos doentes - Défices de formação na área do doente portador de doença infecciosa
---	--	--

DISCUSSÃO

Os relatos dos enfermeiros que participaram no estudo evidenciam uma diversidade de sentimentos experienciados, face ao contacto com estes doentes. Sentimentos negativos como impotência, frustração, angústia e revolta ao verem a degradação do estado de saúde e a eminência da morte em pessoas muitas vezes jovens. Sentimentos positivos como afetividade, empatia e satisfação emergem igualmente do seu discurso.

Estes sentimentos estão inseridos nas reações emocionais características de quem cuida de doentes incuráveis. De acordo com Roxo (2004) sentimentos de piedade, medo, angústia, sentimentos de inutilidade, revolta, culpa por não poder fazer mais e fadiga surgem nos profissionais que exercem a sua atividade em unidades especializadas em doenças infecciosas.

Os enfermeiros entrevistados manifestaram diferentes formas de estar perante o doente portador de doença infecciosa. As atitudes que adotam perante o doente passam pelo estabelecimento de uma relação de ajuda, pela criação de vínculos com o doente ou pela adoção de uma postura formal em toda a comunicação verbal e não-verbal, nas fases de revolta dos doentes que assistem.

Esta forma de estar vai de encontro à perspectiva de Mercadier (2004), que considera que o modo como os prestadores de cuidados iniciam e terminam a interação com os doentes confere-lhes um estatuto específico. Ao adotar uma postura formal na interação com doentes que apresentam comportamento difícil, o enfermeiro cria um distanciamento entre ambos, demonstrando controlo da interação.

As atitudes e sentimentos dos participantes neste âmbito têm por base um conjunto de fatores que condicionam a sua ocorrência. Alguns dos sentimentos negativos experienciados pelos participantes resultam do contacto com a morte, real ou iminente dos doentes que cuidam. Esses sentimentos são potenciados quando isso se verifica em doentes jovens como é o caso dos doentes portadores de SIDA. Além destes fatores, também os antecedentes pessoais/histórias de vida dos doentes internados interferem com a forma de sentir e de agir dos enfermeiros entrevistados, perante eles.

Os aspetos relatados vão de encontro à perspectiva de Shimizu (2007), que verificou que a morte súbita de doentes jovens causa grande sofrimento nos trabalhadores de enfermagem.

Ao relatarem as suas vivências no âmbito do cuidar o doente portador de doença infecciosa os aspetos relacionados com os cuidados diretos, associados à administração de medicamentos, entre outros, assumem particular importância no discurso dos enfermeiros entrevistados.

A imprevisibilidade e a experiência/inexperiência emergiram como fatores que condicionam a ocorrência de medo e preocupação durante a prestação de cuidados diretos. Por outro lado, o conhecimento do diagnóstico, a disponibilidade de material adequado e a atualização contínua contribuem para sentimentos de tranquilidade.

Das entrevistas realizadas aos participantes emergiram ainda dados referentes às suas atitudes, que contribuem para atenuar os sentimentos negativos experienciados: utilização de equipamento de proteção individual, de dispositivos médicos de segurança passiva, de técnicas protocoladas e cumprimento de instruções institucionais relativamente à higienização das mãos.

Estas atitudes vão de encontro às orientações emitidas pelos Centers for Disease Control and Prevention (CDC, 2007) e outras organizações internacionais, que consideram imprescindível para a prevenção do contágio dos profissionais, o cumprimento das precauções padrão recomendadas, a utilização de práticas seguras de injeção e de adequadas técnicas de assepsia.

Além dos sentimentos e emoções experienciadas relativamente ao doente e relativamente aos cuidados diretos, nos relatos surgiram ainda sentimentos e percepções pessoais relativamente ao contexto onde exercem funções.

No discurso de todos os profissionais entrevistados é evidente que, se sentem ou já se sentiram estigmatizados pelo facto de exercerem funções num serviço de doenças infecciosas.

Dados da Organização Mundial do Trabalho (OIT, 2008) e Organização Mundial da Saúde (OMS) corroboram estes dados uma vez que consideram que, tal como as pessoas afetadas por essas doenças, também os profissionais de saúde que lhes prestam cuidados são estigmatizados e discriminados, devido ao risco acrescido de contágio que apresentam durante o exercício profissional.

Decorrente da sua atividade no referido serviço, os participantes vivenciaram situações em que perceberam discriminação dos doentes seropositivos HIV por parte de profissionais de saúde extrasserviço. Nos seus relatos é notório que a discriminação dos doentes está muitas vezes associada a desatualização dos profissionais na área de doenças infecciosas, nomeadamente relativamente a formas de transmissão.

CONCLUSÃO

Acreditamos que a pesquisa levada a cabo poderá ser útil para compreender as vivências dos enfermeiros, face ao cuidar de doentes portadores de doenças infecciosas. Para finalizar deixamos questões para estudos futuros que, poderão trazer importantes contributos para atingir a excelência na qualidade dos cuidados a estes doentes: Quais as vivências dos doentes portadores de doença infecciosa face aos cuidados que lhes são prestados? Quais as vivências dos enfermeiros que exercem as suas funções em unidades não especializadas em doenças infecciosas face ao cuidar destes doentes?

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Centers for Disease Control and Prevention. (2007). *Guideline for isolation precautions: Preventing transmission of infectious agents in healthcare settings*. Atlanta, USA: Author. Recuperado de http://www.cdc.gov/ncidod/dhqp/gl_isolation.html.
- Giorgi, A., & Sousa, D. (2010). *Método fenomenológico de investigação em psicologia*. Lisboa, Portugal: Fim de Século.
- Mercadier, C. (2004). *O trabalho emocional dos prestadores de cuidados em meio hospitalar*. Loures, Portugal: Lusociência.
- Organização Internacional do Trabalho. (2008). *Diretivas conjuntas OIT/OMS sobre os serviços de saúde e o VIH/SIDA*. Lisboa, Portugal: Autor.
- Roxo, M. C. (2004). *O doente com SIDA: Os medos dele/os medos dos outros* (Tese de doutoramento não publicada). Universidade da Extremadura, Badajoz, Espanha.
- Shimizu, H. E. (2007). Como os trabalhadores de enfermagem enfrentam o processo de morrer. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 60(3), 257-262.

A EXPERIÊNCIA DE CUIDAR A PESSOA COM LESÃO ENCEFÁLICA TRAUMÁTICA EM CONTEXTO FAMILIAR

FERNANDO MANUEL MACHADO DOS SANTOS
LUÍS LEITÃO SARNADAS

INTRODUÇÃO

Num país onde a escassez de recursos é uma realidade, o apoio informal surge cada vez mais como uma necessidade após a alta de uma instituição de saúde, e assim a família assume uma importância fulcral na satisfação das necessidades das pessoas dependentes, tornando-se o cuidador o eixo da assistência familiar.

Entre estas pessoas dependentes encontram-se as pessoas com lesão encefálica traumática (LET) provocada por traumatismo crânio-encefálico (TCE) em números progressivamente ascendentes. As lesões decorrentes de TCE são de grande importância para a saúde pública, pela complexidade das sequelas a nível neurológico (cognitivo, sensorial, comportamental e motor), bem como das muitas implicações a nível familiar, social, laboral e económico.

Estas pessoas, em grande parte jovens e jovens adultos, conhecem após o traumatismo reduções muito significativas da sua capacidade de intervenção e interação. Estas reduções são frequentemente acompanhadas de distúrbios de personalidade ou de natureza cognitiva, para os quais nem sempre existe resposta organizada. Estes fatores conjugados levam ao encerramento precoce da vida académica, à perda do emprego, ao cancelamento de projetos de vida pessoal e à necessidade de serem cuidados por terceiros.

OBJETIVOS

- Compreender a experiência dos cuidadores da pessoa com LET em contexto familiar;
- Compreender as mudanças na pessoa com este tipo de lesão;
- Identificar áreas de intervenção junto dos cuidadores destas pessoas.

METODOLOGIA

Estudo qualitativo, fenomenológico seguindo o referencial de Colaizzi (Sanders, 2003).

A colheita de informação foi efetuada através de entrevistas não estruturadas, entre Junho e Outubro de 2010, a seis familiares cuidadores de pessoas com LET, selecionados de forma intencional, tendo-se realizado entrevistas até à repetição e saturação da informação obtida.

Foram respeitados os princípios éticos inerentes à investigação com seres humanos.

RESULTADOS

O estudo da experiência vivida por estes cuidadores revelou uma estrutura do fenómeno assente em quatro temas que emergiram da análise dos dados: mudanças na pessoa cuidada, mudanças no cuidador, sentimentos do cuidador e estratégias e recursos utilizados pelo cuidador no processo de cuidar.

Mudanças na pessoa cuidada

As alterações de personalidade e de comportamento resultantes das sequelas que as pessoas com LET apresentam foram dos primeiros temas a emergir das narrativas dos participantes. Estas alterações são um fator importante para compreendermos os significados da experiência de cuidar, já que os cuidadores destas pessoas debatem-se com os efeitos destas mudanças diariamente. Emergiram três subcategorias: alterações físicas, alterações cognitivas e sensoriais, e alterações comportamentais.

Os cuidadores descreveram a sua preocupação quanto à recuperação da mobilidade do seu familiar e a importância da autonomia física da pessoa com LET.

As alterações cognitivas decorrentes da LET implicam que estas pessoas necessitem de uma supervisão quase contínua, mesmo que em termos físicos sejam independentes ou pouco dependentes. A desorganização cognitiva e a confusão são os distúrbios que mais se destacam do discurso dos cuidadores quanto às alterações cognitivas da pessoa cuidada. Também a apatia, a dificuldade de concentração, a perda de memória e os problemas inerentes à linguagem e comunicação são alterações típicas destas lesões que os cuidadores evidenciaram como características no seu familiar.

Relativamente às alterações comportamentais, sobressaem das narrativas descrições das alterações relacionadas com a agressividade verbal, a irritabilidade e a instabilidade emocional. A agressividade, quando presente, constitui uma das alterações comportamentais mais difíceis de se enfrentar e aceitar, provocando instabilidade na convivência familiar.

Mudanças no cuidador

Os participantes descreveram as mudanças que surgiram com a tarefa de cuidar, nomeadamente alterações sociofamiliares, alterações laborais e financeiras, e alterações relacionadas com o seu estado de saúde e autocuidado.

Sobressaiu das narrativas que todos os cuidadores participantes experienciaram mudanças significativas na vida pessoal, familiar e social. Os cuidadores referiram isolamento social e separação de familiares e amigos provocados por esta nova realidade. Também os objetivos de

vida pessoal e familiar foram atingidos e tiveram muitas vezes que ser alterados e reformulados, para além de uma reorganização familiar em que grande parte dos seus membros teve de assumir novos papéis.

Cuidar do seu familiar teve implicações a nível de carreira laboral e do próprio emprego e consequentes implicações a nível financeiro. Estes cuidadores debatem-se com problemas relacionados com a atividade laboral e com o aumento das despesas provocado pelos cuidados que agora prestam ao seu familiar.

Emergiram vários problemas de ordem física e psíquica decorrente da prestação de cuidados, e os cuidadores esqueceram-se frequentemente de si próprios e da sua saúde, comprometendo o seu autocuidado. São evidentes os relatos quanto ao desgaste físico provocado pelo ato de cuidar e pela sobrecarga de atividades a que o cuidador tem de dar resposta. A falta de tempo para o descanso foi descrita como um dos fatores percecionados que provocam o seu desgaste físico e a sensação de cansaço.

Sentimentos dos cuidadores

O processo de transição para o papel de cuidador provocou nestes indivíduos diversos sentimentos no decurso da própria evolução e recuperação da pessoa com LET. Os cuidadores experienciam uma grande variedade de sentimentos que pode ser explicada pelo acontecimento traumático inesperado, pelas mudanças resultantes da lesão e pela complexidade dos cuidados que a pessoa com LET necessita.

Os conjuntos temáticos de sentimentos que expressam o significado das declarações dos participantes foram agrupados segundo Goleman (2009); a surpresa, o medo, a ira, a tristeza, o prazer e o amor foram os sentimentos identificados e descritos pelos cuidadores que participaram neste estudo.

O mundo tal como eles o conheciam desmoronou-se quando se consciencializaram da lesão no seu familiar. Ficaram chocados e surpresos com aquilo que lhes estava a acontecer e experienciaram medo, insegurança e preocupação pelo estado de saúde e sobrevivência da pessoa cuidada. Foi frequente surgirem sentimentos de tristeza, revolta e desânimo, estando a sua preocupação focada na recuperação do seu familiar. Os cuidadores e a sua família também referiram solidão ao constatarem o afastamento de amigos e familiares após o regresso a casa da pessoa com LET.

Estratégias e recursos utilizados pelo cuidador no processo de cuidar

De forma a ultrapassar as dificuldades impostas pelas mudanças decorrentes do processo de cuidar no domicílio, os cuidadores recorreram a várias estratégias que foram solucionando as necessidades que surgiram em determinado momento, nomeadamente apoio dos profissionais de saúde, apoio de familiares e amigos, e recursos pessoais e espirituais. Os recursos que têm ao seu dispor são fundamentais para a qualidade dos cuidados e também para a própria recuperação e manutenção do estado de saúde da pessoa com LET.

Os cuidadores reconheceram que os seus familiares e amigos foram importantes para enfrentar as mudanças impostas pela função de cuidador. Referiram também que não existe um apoio

da rede formal satisfatório, e que houve necessidade de usar os seus próprios recursos para fazer face às necessidades que surgiram. Contaram também com o apoio dos profissionais de saúde na orientação e treino durante o internamento hospitalar e reconheceram a importância da informação por eles prestada. As crenças espirituais ajudaram os cuidadores a ultrapassar as dificuldades e contribuíram para um bem-estar emocional.

DISCUSSÃO

O resultado da análise dos dados deste estudo demonstra que a experiência dos cuidadores de pessoas com LET é única, devido à especificidade das alterações que a lesão provoca no cuidador, na pessoa cuidada e na sua família.

O maior impacto situou-se ao nível das mudanças comportamentais do seu familiar, e estas são descritas como sendo o fator responsável pelo sucesso ou insucesso da prática de cuidar. Apesar de as alterações motoras exigirem um maior esforço físico por parte do cuidador, os défices cognitivos e comportamentais da pessoa lesada produzem um maior desgaste, já que requerem uma vigilância constante, impedindo uma compatibilidade do cuidador com outra atividade (seja laboral ou de lazer), com o seu descanso ou ainda com a disponibilidade de tempo para ele próprio (Serrano & García, 2006). Segundo os mesmos autores, a confusão, a desorganização cognitiva, aliadas às alterações comportamentais e à instabilidade emocional, são as que conduzem a um maior impacto sobre o cuidador e sobre a família das pessoas com LET.

Os cuidadores referiram que experienciaram mudanças significativas na vida pessoal, familiar e social, alterações nos objetivos de vida pessoal e familiar, reorganização familiar ao nível de papéis e funções, modificação no seu relacionamento conjugal, conflitos e afastamento de familiares e amigos, e isolamento social o que vai ao encontro de estudos como o de Leroux (2008).

Cuidar de um familiar com LET implica consequências a nível laboral e profissional, e posteriormente a nível financeiro. Em vários estudos também são descritas estas alterações (Serrano & García, 2006).

Constatámos também que a saúde do cuidador da pessoa com LET é afetada de várias formas, e que os mesmos são acometidos por problemas de saúde de ordem física e psíquica, bem como por problemas relacionados com o seu autocuidado. O cuidador passa a viver em função das necessidades do seu familiar, esquecendo as suas próprias necessidades individuais, o que leva frequentemente a falta de descanso, maus hábitos alimentares e desvalorização da sua própria saúde (Serrano & García, 2006).

Os cuidadores experimentam uma grande variedade de sentimentos relacionados com o seu papel, os quais podem ser explicados pelo acontecimento traumático inesperado e súbito, pelas mudanças resultantes da lesão e pela complexidade dos cuidados que a pessoa com LET necessita (Serrano & García, 2006).

Perante as dificuldades os cuidadores recorrem a familiares, amigos e vizinhos, tal como a instituições privadas. Estas estratégias vão solucionando as necessidades que surgem em determinados momentos, e os recursos ao seu dispor são fundamentais para a qualidade dos cuidados e para o bem-estar do cuidador e da pessoa com LET (Rodgers et al., 2007).

Neste âmbito, os enfermeiros ocupam uma posição privilegiada junto da família, e com base numa prática de qualidade podem oferecer suporte profissional aos cuidadores e podem, também, utilizar a sua acessibilidade como membros da rede de suporte formal, mobilizando os recursos necessários para complementar as insuficiências no apoio aos familiares cuidadores durante o período de sobrecarga e de transição.

A importância do suporte social para os cuidadores está bem documentada. O acesso ao apoio social é fundamental na transição para o novo papel como cuidador, já que tanto o cuidador como a pessoa cuidada podem ficar isolados desta rede de apoio, resultando em maior sobrecarga para o cuidador e menor qualidade dos cuidados e apoio prestado à pessoa cuidada (Rodgers et al., 2007).

CONCLUSÃO

A experiência de cuidar pessoas vítimas de LET é vivida pelos cuidadores como uma conjugação complexa de fatores decorrentes da transição e da adaptação ao seu novo papel, tais como a acumulação de mudanças impostas a nível pessoal, familiar e social, as alterações da sua saúde e compromisso do seu autocuidado, a multiplicidade de sentimentos experienciados, a variedade de recursos e estratégias utilizados no processo de cuidar, e as mudanças na pessoa cuidada resultantes da lesão. A particularidade de cuidar uma pessoa com LET resulta do facto de ser uma atividade física e psicologicamente intensa, física e psicologicamente desgastante, ininterrupta, sobretudo solitária, desprovida de apoio social, e que resulta em dificuldades financeiras e no isolamento social da família.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Goleman, D. (2009). *Inteligência emocional*. Lisboa, Portugal: Temas e Debates.
- Leroux, T. (2008). The private and the public: Family ideology and care of people with disabilities. *Pristine Publications: Women's Health and Urban Life*, 7(2), 16-30.
- Rodgers, M., Strode, A., Norell, D., Short, R., Dyck, D., & Becker, B. (2007). Adapting multiple-family group treatment for brain and spinal cord injury intervention development and preliminary outcomes. *American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation*. 86(6), 482-492.
- Sanders, C. (2003). Application of Colaizzi's method: Interpretation of an auditable decision trail by a novice researcher. *Contemporary Nurse*, 14(3), 292-302.
- Serrano, L., & García, M. (2006). *Daño cerebral sobrevenido en Castilla-la-Mancha: Realidad sociosanitaria, desafíos de apoyo e integración comunitaria*. Recuperado de <http://www.infodisclm.com/documentos/salud/daocerebralsobrevenidoenclm.pdf>

AUTOCUIDADO NA PESSOA COM INSUFICIÊNCIA CARDÍACA

HELENA ISABEL FERNANDES MARTINS
RUI FILIPE LOPES GONÇALVES

INTRODUÇÃO

A insuficiência cardíaca (IC) é uma síndrome crónica e progressiva, caracterizada como o último estadió de todas as doenças cardiovasculares, com elevada taxa de morbimortalidade e também associada a elevadas taxas de readmissão hospitalar e à diminuição da qualidade de vida das pessoas (Ceia, 2005). Os cuidados de Enfermagem direcionados para a adequação da gestão, manutenção e confiança para o autocuidado da pessoa com IC revelam-se uma estratégia fundamental para melhorar as suas respostas às necessidades, cuidados e qualidade de vida (Riegel, Lee, Dickson, & Carlson, 2009).

OBJETIVOS

- Analisar quão adequado é o autocuidado na pessoa com IC ao nível da sua manutenção, gestão e confiança;
- Analisar em que medida as características sociodemográficas/clínicas influenciam a adequação do autocuidado da pessoa com IC.

METODOLOGIA

Estudo do tipo descritivo-correlacional.

Utilizada amostra de 65 pessoas submetidas a internamento hospitalar por IC.

Utilizado questionário que incluía caracterização da amostra e uma escala de avaliação do autocuidado para a pessoa com IC, aferida para a população portuguesa.

RESULTADOS

A maioria dos inquiridos, concretamente 61,5% (40), era do sexo masculino; tinham idades

compreendidas entre 29 e 94 anos, sendo a idade média de 76,25 anos; na sua maioria, concretamente 53,8% (35), eram casados ou em união de facto; 70,8% (46) tinham apenas o 1º Ciclo do Ensino Básico. Dos elementos da amostra, 50,8% (33) afirmou que nos últimos doze meses teve necessidade de ser hospitalizado ou recorrer a assistência de saúde devido à IC e destes, 75,7% (25) referiram que o fizeram uma ou duas vezes.

Constatou-se também: que em 23,1% (15) dos inquiridos a IC estava associada a etiologia valvular aórtica, seguindo-se 21,5% (14) cuja IC tinha etiologia valvular mitral; que a fração de ejeção do ventrículo esquerdo se encontrava preservada na maior parte dos inquiridos, concretamente 67,7% (44); que dos fatores de risco mais frequentes, 73,8% (48) referem sofrer de outras doenças, 72,3% (47) apresentavam dislipidémia, 70,8% (46) eram sedentários, 67,7% (44) sofriam de hipertensão arterial e 59,9% (37) apresentavam outras doenças de foro cardíaco. Conjugando ainda a informação referente aos fatores de risco com a das doenças associadas, verificou-se que 41,5% (27) dos inquiridos tinham associados quatro ou cinco fatores de risco/doenças.

Tendo por base a aplicação da escala do autocuidado na pessoa com IC (manutenção, gestão e confiança), verificou-se que as pessoas evidenciaram capacidade para o autocuidado não adequada, sendo que 90,8% (59) e 93,8% (61) dos inquiridos apresentaram, respetivamente, menor adequação nas dimensões gestão do autocuidado ($p=,000$) e confiança no autocuidado ($p=,045$). Por sua vez, 87,7% (57) dos inquiridos apresentaram uma melhor adequação na dimensão manutenção do autocuidado ($p=,200$). Na identificação de possíveis correlações entre a adequação de autocuidado e os fatores sociodemográficos/clínicos, verificou-se que as pessoas mais velhas tendem a evidenciar um menor nível de adequação do autocuidado, sendo mais significativa ao nível da gestão ($p=,002$) e confiança do autocuidado ($p=,000$); que as pessoas que possuem menores habilitações literárias tendem a evidenciar menor adequação na confiança no autocuidado ($p=,002$); que as pessoas que foram hospitalizadas ou recorreram a assistência de saúde nos últimos doze meses evidenciam maiores níveis de adequação do autocuidado, principalmente na adequação da manutenção ($p=,026$) e gestão do autocuidado ($p=,018$); que as pessoas que apresentam maior fração de ejeção do ventrículo esquerdo tendem a evidenciar melhor adequação na manutenção do autocuidado ($p=,030$); e que as pessoas que apresentam maior número de fatores de risco/doenças tendem a evidenciar menores níveis de adequação da confiança no autocuidado ($p=,002$).

DISCUSSÃO

No que respeita à manutenção do autocuidado, a amostra evidenciou uma melhor adequação nos itens respeitantes ao cumprimento da medicação, cumprimento das orientações dadas pelo enfermeiro e médico, e prática de alimentação com baixo teor de sal. Estes factos podem ser explicados pelo empenho da equipa de enfermagem e médica em rever o regime medicamentoso junto do doente durante o internamento, assim como, o incentivo ao uso de dispositivos auxiliares. Contrariamente, a amostra apresentou uma baixa adequação do autocuidado quanto à prática de exercício físico/atividade física, o que pode ser explicado com base na faixa etária uma vez que, tal como referem Seto, Leonard, Cafazzo, Masino, Barnsley, e Ross (2011), à medida que a idade avança, as limitações na locomoção tendem a aumentar, bem como a intolerância ao esforço físico, associado também ao desconhecimento sobre qual o tipo de atividade física mais adequada à sua função cardíaca.

O baixo nível de adequação do autocuidado encontrado para os itens da monitorização de peso, vigilância de edemas, imunização pode ser explicado pelo desconhecimento dos elementos da amostra sobre o verdadeiro fundamento para a sua realização, o desconhecimento dos valores de referência e atitudes a tomar no caso de existirem alterações dos valores considerados normais e ainda a inexistência de recursos materiais (e.g. balança e fita métrica).

Sobre a adequação da gestão do autocuidado, o pleno de respostas dos elementos da amostra é justificado pelo facto destes se encontrarem internados. O facto de 43,1% (28) dos elementos da amostra terem reconhecido de forma lenta os sintomas como sendo de IC, permite constatar que estes ainda não estão familiarizados com os sinais e sintomas, não sendo por isso capazes de gerir o autocuidado.

Os resultados obtidos evidenciam que a pessoa perceciona esta patologia como incapacitante e crónica. Tal como no estudo de Rabelo et al. (2007), apesar do conhecimento de algumas medidas de intervenção face à doença, as pessoas com IC sabem que terão de recorrer muitas vezes à ajuda dos profissionais de saúde. Os resultados demonstram ainda que apesar dos elementos da amostra se mostrarem muito confiantes em alguns itens, não significa que tenham um elevado nível de adequação do autocuidado em termos da sua manutenção ou gestão.

Tendo presente os resultados obtidos da relação entre as variáveis em estudo, os achados para a variável idade pode ser justificável pelo facto das pessoas mais velhas apresentarem menor capacidade de adaptação e predisposição para mudar comportamentos. Aliado ao facto de estas apresentarem sintomas graves e frequentes que limitam vários aspetos da sua vida, não permitindo por isso que sejam proactivas.

No que respeita às habilitações literárias, os resultados obtidos podem ser facilmente interpretados se considerarmos que possuir mais habilitações literárias, não é sinónimo de maior literacia em saúde, podendo também ser o motivo de não existirem correlações com as outras dimensões em estudo (i.e. gestão e manutenção do autocuidado).

No que respeita ao ter estado hospitalizado ou recorrer à assistência em saúde nos últimos doze meses, verificou-se que as pessoas que mais recorreram aos cuidados de saúde evidenciam maiores níveis de adequação, o que não significa que estas possuam maior adesão às orientações e à diminuição das taxas de readmissão, apesar de serem detentoras de maior conhecimento sobre fisiopatologia e a manutenção do autocuidado.

No que concerne à fração de ejeção, os estudos de Lee et al. (2013) apontam para o facto das pessoas com maior fração de ejeção do ventrículo esquerdo sentirem menor necessidade em recorrer à ajuda dos profissionais de saúde, por não apresentarem sintomatologia pouco evidente ou não percecionarem incapacidade funcional que interfira nas atividades de vida diária. Tal, não se verifica na amostra em estudo, visto que 100% dos indivíduos que a constituem referiram sentir sintomatologia, o que conduz a uma melhor adequação da gestão do autocuidado, visto que a sua severidade faz com que a que pessoa sinta necessidade/motivação de se tornar agente ativo no processo do autocuidado.

A relação encontrada entre o número de fatores de risco/doenças e o nível de adequação do autocuidado da pessoa com IC, pode ser justificada pelo facto das comorbilidades influenciarem significativamente o tratamento para a IC, visto que a sua maioria está associada a um pior

estado clínico e são fatores preditores de um prognóstico reservado. Consequentemente, ao constatarem que os resultados em saúde não se traduzem no que seria expectável e que a sua qualidade de vida não sofreu melhorias, as pessoas sentem que os cuidados que recebem devido às comorbilidades são fragmentados, sendo que quanto maior for o número de fatores de risco/doenças associadas, maior será este sentimento de cuidados fragmentados (Rushton, Satchithananda, & Kadam, 2011).

CONCLUSÃO

As pessoas que constituíam a amostra do estudo evidenciaram capacidade para o autocuidado não adequada, sendo menos adequada na gestão e confiança do autocuidado e um pouco mais adequada na manutenção do autocuidado. Apesar de se ter verificado que existem dimensões do cuidar onde a adesão é elevada por parte dos respondentes, existem outras em que tal não se verifica, principalmente no que respeita à adequação da gestão e da confiança no autocuidado. Concluiu-se ainda que, as pessoas que tendem a evidenciar níveis mais baixos de adequação do autocuidado são as mais velhas e as que apresentam maior número de fatores de risco/doenças. Por sua vez, as pessoas com mais habilitações literárias, as que foram hospitalizadas ou recorreram a assistência de saúde nos últimos doze meses e as que apresentaram maior fração de ejeção do ventrículo esquerdo tendem a evidenciar níveis mais elevados de adequação do autocuidado. Importa neste sentido, que a equipa de enfermagem elabore um plano de atuação que possa potenciar estas dimensões do autocuidado.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ceia, F. (2005). Epidemiologia da insuficiência cardíaca em cuidados primários na região autónoma da madeira: O estudo EPICA-RAM. *Revista Portuguesa de Cardiologia*, 24(2), 173-189.
- Lee, C. S., Gelow, J. M., Mudd, J. O., Green, J. K., Hiatt, S. O., Chien, C., & Riegel, B. (2013). Profiles of self-care management versus consulting behaviors in adults with heart failure. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 20(10), 63-72.
- Rabelo, E. R., Aliti, G. B., Domoingues, F. B., Ruschel, K. B., & Brun, A. O. (2007). What to teach to patients with heart failure and why: The role of nurses in heart failure clinic. *Revista Latino Americana Enfermagem*, 15(1), 165-170.
- Riegel, B., Lee, C. S., Dickson, V. V., & Carlson, B. (2009). An update on the self-care of heart failure Index. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 24(6), 485-497. doi: 10.1097/JCN.0b013e3181b4baa0
- Rushton, C. A., Satchithananda, D. K., & Kadam, U. T. (2011). Comorbidity in modern nursing: A closer look at heart failure. *British Journal of Nursing*, 20(5), 280-285.
- Seto, E., Leonard, K. J., Cafazzo, J. A., Masino, C., Barnsley, J., & Ross, H. J. (2011). Self-care and quality of life of heart failure patients at a multidisciplinary heart function clinic. *Journal of cardiovascular nursing*, 26(5), 377-385.

O CUIDADO DE ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO DAS FLEBITES

ISABEL CRISTINA COSTA MARTINS FERREIRA ROLO AUGUSTO
AMÉLIA FILOMENA DE OLIVEIRA MENDES CASTILHO

INTRODUÇÃO

O cateterismo venoso periférico é o procedimento invasivo de maior recurso nos doentes internados, como meio de apoio às técnicas da medicina moderna. A flebite é a complicação vascular mais frequente nos cateteres venosos periféricos (CVPs), detendo uma elevada taxa de incidência hospitalar, maior do que a taxa admissível, e está muitas vezes associada ao manuseio e otimização dos CVPs (Magerote, Lima, Silva, Correia, & Secoli, 2011). A taxa de incidência de flebite varia entre os 20% e os 80% na maioria dos hospitais (Urbanetto et al., 2011). A Infusion Nurses Society (2011) refere que a taxa aceitável de flebite deve ser inferior ou igual a 5%.

Vários fatores são descritos como preditores para o desenvolvimento de flebite, tais como: idade avançada, género, múltiplas punções, inserções do cateter sem técnica adequada, desnutrição, imunossupressão, lacunas no manuseio de otimização do CVP (Urden, Stacy, & Lough, 2008). Referenciam-se como fatores exógenos, as mãos dos profissionais de saúde, a microflora da pele do doente, ponta do cateter venoso previamente contaminada durante a inserção, os fluidos contaminados, tipo de material do cateter, entre outros (Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, 2006). A perícia nos cuidados de enfermagem com os CVPs é fundamental na prevenção de complicações, como a flebite, infiltração, obstrução, exteriorização e dobra do cateter venoso. Conhecer melhor as práticas de enfermagem na inserção e otimização dos CVPs, bem como o contexto em que ocorrem as flebitas, será um passo importante para a sua prevenção.

OBJETIVOS

- Identificar a percentagem de flebitas na venopunção periférica nos doentes internados num serviço da área médica de um hospital central;
- Analisar os fatores de risco de flebite na venopunção periférica;
- Caracterizar os cuidados de enfermagem relacionados com a inserção e otimização dos CVPs.

METODOLOGIA

Estudo quantitativo, do tipo observacional, descritivo correlacional, utilizando como instrumento de colheita de dados uma grelha de registo, desenvolvida especificamente para esta investigação.

A colheita de dados foi realizada durante 2,5 meses num serviço de internamento de um hospital central.

A amostra é constituída por 195 venopunções periféricas, envolvendo 75 doentes.

RESULTADOS

A análise das características dos doentes envolvidos no estudo permitem salientar o predomínio do género masculino (53,3% dos participantes). No que concerne a idade dos participantes, verificámos que embora varie entre os 19 e os 97 anos, a média de idades situa-se nos 68,41 anos. Relativamente às características de medicação, verificámos que em 64,1% das venopunções estudadas, os doentes possuíam antibioterapia endovenosa (EV), 66,2% das venopunções periféricas possuíam terapêutica de manutenção da via EV, preferencialmente o soro fisiológico e quanto à polimedicação, esta verificou-se em 59,5% das venopunções periféricas.

Nas características da venopunção periférica, em 58,5% das venopunções foi utilizado o CVP n.º 20 e nas restantes o CVP n.º 22. A realização da venopunção periférica, em 98,5% das punções foi efetuada no membro superior.

No que diz respeito aos cuidados de enfermagem relacionados com a inserção, manutenção e otimização da venopunção, observámos que, relativamente à variável higiene das mãos do enfermeiro, 65,6% dos enfermeiros efetuaram a lavagem higiénica das mãos com água e sabão, antes do procedimento e 34,4% utilizaram a solução alcoólica das mãos. No tipo de desinfetante da pele do local a punccionar, verificámos que em 72,8% das venopunções periféricas se optou por álcool a 70% e em 27,2% utilizou-se clorohexidina 2%. Quanto ao penso para fixação do CVP, verificou-se que 54,4% dos CVP foram fixos com adesivo não estéril, 40,5% utilizaram a película transparente semipermeável e em 5,1% dos CVP a fixação foi com adesivo e película transparente.

Relativamente ao tempo de permanência do CVP, 53,3% permaneceram por períodos inferiores a 72h, 27,7% permaneceram entre as 72h e 96h e 19% permaneceram mais de 96h. Em 25,1% das venopunções, o cateter foi retirado por infiltração, seguida da suspensão da terapêutica EV. Em 24,1% a remoção deveu-se a presença de flebite.

Apesar de a maioria das venopunções periféricas não apresentar flebite (62,6%), esta foi identificada em 37,4% dos casos. As flebites foram classificadas de flebites de grau II (17,9%), 9,7% eram flebites de grau III, 6,7% eram flebites de grau I, e 3,1% flebites de Grau IV.

No estudo da associação da ocorrência de flebite com as diferentes variáveis (fatores de risco) apenas o tipo de desinfetante do local a punccionar revelou correlação estatisticamente significativa com o desenvolvimento de flebite (menor taxa associada ao uso de Álcool 70%).

DISCUSSÃO

No período em que decorreu a colheita de dados, foram registadas 195 observações/venopunções realizadas em 75 doentes, identificando-se uma taxa de flebite de 37,4%. Estes resultados, tendo

em consideração que a Infusion Nurses Society (2011) refere que a taxa aceitável de flebite deve ser inferior ou igual 5%, não podem deixar de se considerar muito preocupantes. Contudo, resultados semelhantes têm sido encontrados noutros estudos.

Magerote et al. (2011) identificaram uma taxa de incidência de flebites de 25,8%, bem como no estudo efetuado por Urbanetto et al. (2011) em que foi verificada uma taxa de flebite de 24,7%. Nestes estudo há uma conclusão comum, a flebite é a complicação vascular mais frequente nos doentes que possuem CVP e cerca de 25%-35% dos doentes que têm medicação EV desenvolvem flebites.

Ao analisar o grau da flebite presente no momento da identificação, não podemos deixar de salientar que apenas 6,7% são detetadas no seu estado mais inicial, o que nos alerta para a necessidade de melhorar a vigilância, monitorização e/ou o julgamento clínico quando se observam os primeiros sinais, pois apesar de a percentagem de flebite grau IV ser baixa, a decisão de retirar o CVP, acontece maioritariamente com sinais de flebite de grau II e III. Será que a utilização de adesivo opaco ao invés de apenas película, não estará a contribuir para esta situação? O facto da amostra do estudo ser maioritariamente envelhecida também pode ter influência, já que pessoas com idade avançada terão menor tendência a queixar-se com dor no local do CVP e a sensibilidade também está mais diminuída.

No estudo efetuado por Magerote et al. (2011) concluiu-se que não houve associação significativa entre a antibioterapia prescrita e o risco de flebite, como acontece no nosso estudo, no entanto, este autor considera que este tipo de terapêutica constitui um risco flebitogénico, devido às características corrosivas que o compõe.

Verificámos no presente estudo, que os fatores de risco relacionados com o doente (a idade e o género), os fatores relacionados com a terapêutica administrada por via EV (antibioterapia, terapêutica de manutenção e a terapêutica EV associada), os fatores relacionados com a venopunção periférica (calibre do CVP e o local da punção) e os fatores relacionados com os cuidados de enfermagem na inserção e otimização do CVP (higiene das mãos do enfermeiro, tipo de desinfeção da pele do local a puncionar, tipo de penso para fixação do CVP, tempo de permanência do CVP, motivo de remoção do CVP, condição do penso quando removido o CVP) quando analisados isoladamente não influenciam o aparecimento de flebites, à exceção do fator desinfeção da pele do doente, em que se observou associação estatisticamente significativa.

Os resultados obtidos no presente trabalho e o facto de noutros estudos os resultados nem sempre serem concordantes alertam para a complexidade associada ao desenvolvimento de uma flebite.

A interdependência de múltiplos fatores intervenientes recomenda algum cuidado na interpretação dos resultados, quando se estuda cada fator isoladamente.

CONCLUSÃO

A presente investigação permite salientar elevada ocorrência de flebite nos doentes portadores de CVP estudados, nem sempre identificadas na sua fase inicial. O estudo dos fatores de risco relacionados com o doente, terapêutica administrada por via EV e com os cuidados de enfermagem na inserção e otimização do CVP, embora não permita identificar uma associação individual de cada fator com a ocorrência de flebite, alerta-nos para a sua complementaridade e complexidade nos mecanismos de ocorrência da flebite.

Se algumas das variáveis estudadas não são fatores modificáveis, a caracterização das práticas de enfermagem observadas na inserção e manutenção do CVP, permite reflexão e adoção de algumas estratégias de melhoria.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Infusion Nurses Society. (2011). Infusion nursing standards of practice. *Journal Infusion Nursing*, 34(1S).
- Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge. (2006). *Programa nacional de controlo da infecção: Recomendações para prevenção da infecção associada aos dispositivos intravasculares*. Lisboa, Portugal: Autor. Recuperado de <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i008552.pdf>
- Magerote, N. P., Lima M. H., Silva J. B., Correia M. D., & Secoli S. R. (2011). Associação entre flebite e retirada de cateteres intravenosos periféricos. *Texto & Contexto Enfermagem*, 20(3), 486-492.
- Urbanetto, J. S., Rodrigues, A. B., Oliveira, D. J., Dornelles, F. F., Farina, F., Filho, J. M., ... Schilling, M. C. (2011). Prevalência de flebites em pacientes adultos com cateter venoso periférico. *Revista de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria*, 1(3), 440-448.
- Urden, L. D., Stacy, K. M., & Lough, M. E. (2008). *Thelan's enfermagem de cuidados intensivos: Diagnóstico e intervenção* (5.ª ed.). Loures, Portugal: Lusodidacta.

AS VIVÊNCIAS DOS FAMILIARES NO PERIOPERATÓRIO

ISABEL MARIA DE MATOS SOUSA ABREU
MARIA HELENA BRISÍO MARTINS

INTRODUÇÃO

A visão holística da enfermagem perioperatória significa a aplicação de cuidados ao doente e à família nos períodos pré-operatório, intraoperatório e pós-operatório da experiência cirúrgica e de outros procedimentos invasivos com a utilização do processo de enfermagem (Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses, 2006).

Ninguém escolhe adoecer e a doença surge na vida das pessoas com uma situação inesperada. Em relação ao procedimento cirúrgico também é isso que acontece. Este ocorre na vida das pessoas de uma forma desconhecida e inesperada, e como tudo que é desconhecido pode gerar desconforto, preocupação, angústia, ansiedade e até medo.

Assuntos desta índole têm sido na última década a grande preocupação por parte dos enfermeiros, com o objetivo de melhorar a qualidade de prestação dos cuidados a todos os níveis.

Muito se tem refletido sobre a humanização hospitalar, a personalização do atendimento aos doentes e às famílias promovendo o seu bem-estar e a sua saúde. Mas mesmo assim, denota-se a existência de uma grande lacuna na relação dos enfermeiros perioperatórios para com os doentes e a família.

O presente resumo é resultado da dissertação realizada no âmbito da frequência no 1º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

A justificação para a escolha deste tema esteve relacionada com a percepção pessoal sentida, enquanto enfermeira a trabalhar em bloco operatório há dezanove anos, de que o acompanhamento aos familiares do doente cirúrgico no período intraoperatório necessita de ser melhorado, ou aperfeiçoado.

Por outro lado, a necessidade de conhecer o que se passa do lado família, motivou-nos a desenvolver um estudo sobre as vivências dos familiares do doente cirúrgico no período intraoperatório do Hospital Santo André em Leiria. A realização deste estudo teve como objetivos:

- Descrever sentimentos vivenciados, de forma significativa, pelos familiares dos doentes operados pela cirurgia geral, em cirurgia programada ou em situação de urgência, no bloco operatório do Hospital de Santo André em Leiria;

- Identificar os maiores receios dos familiares face ao momento intraoperatório;
- Perceber que tipo de informação que é dada aos familiares dos doentes sobre o período intraoperatório;
- Identificar os aspetos que possam vir a ser melhorados na informação aos familiares do doente no período intraoperatório do doente cirúrgico do bloco operatório do Hospital de Santo André.

METODOLOGIA

Realizado estudo qualitativo, de abordagem fenomenológica (Loureiro, 2002), recorrendo à entrevista semiestruturada com guião como técnica de recolha da informação.

Foi utilizado o quadro de referência de Streubert (Streubert & Carpenter, 2002).

Foram entrevistados sete familiares que acompanhavam os doentes operados nas primeiras 48 horas pós cirurgia. Utilizada amostra intencional.

Feita gravação áudio das entrevistas, com posterior transcrição.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Como resultados emergiram três temas centrais, experiência vivida pelos familiares no perioperatório, sentimentos vivenciados pelos familiares no intraoperatório, informação obtida pelos familiares durante o perioperatório (Figura 1).

Foram referidos significados tão relevantes em relação à situação de doença, aos sentimentos e à informação obtida referente ao processo cirúrgico, que merecem especial atenção para o contexto de cuidados no perioperatório, no bloco operatório central, do Hospital de Santo André em Leiria.



Figura 1. Vivências dos familiares e temas associados.

Estes relatos incluíam o início dos sinais e sintomas da doença, as consultas realizadas, os exames complementares de diagnóstico, as atitudes e expectativas dos doentes e da família face à doença e ao tratamento.

Contudo, todo o processo cirúrgico quando ocorre, seja ele desencadeado por uma situação de urgência seja em cirurgia programada, provoca um efeito inesperado nos doentes e nos familiares. Neste contexto a família experiencia uma série de sinais e sintomas geradores de desestabilização emocional, em função da gravidade da doença, da separação, acrescida do risco a que o seu familiar é submetido.

Desde que ocorre a notícia de que o doente tem necessidade de uma intervenção cirúrgica, os familiares foram unânimes ao revelarem sentimentos de preocupação, angústia (ansiedade, stress), medos (medo do desconhecido, medo da cirurgia, da anestesia e até medo da morte). Contudo também relevaram confiança na equipa cirúrgica e confiança em crenças religiosas, fazendo referência a: alguns elementos da equipa cirúrgica; confiança nos procedimentos realizados, que embora complicados acreditam que eram necessários; experiências anteriores relativas a outras cirurgias; que o seu familiar não era merecedor de punições por parte dos Deuses.

Assim, entender o contexto psicossocial da família diante de um processo cirúrgico de um familiar no bloco operatório, pressupõe, antes de tudo, compreender como esse contexto se desenvolve dentro de um serviço cheio de mitos, estigmas e limitações como é o bloco operatório.

Aqui a prioridade da equipa cirúrgica é o tratamento do doente, o cuidado à família, por vezes, fica para depois.

No entanto, quando se diz que o doente tem necessidade de uma cirurgia em situação de urgência ou não, esses valores perpetuados pela família são deixados para segundo plano, já que no bloco operatório os familiares não podem acompanhar o doente.

No que diz respeito às questões colocadas relativamente à informação que obtiveram os participantes no momento intraoperatório, estes foram paradigmáticos.

Uns disseram que não tinham obtido informação nenhuma, outros que a tinham obtido, mas que não tinha sido aquela que mais desejavam, nem por quem desejavam. Contudo também alguns mencionaram nomes e categorias profissionais, que quando interpelados, a propósito do doente, se tinham preocupado e tinham averiguado o tempo de permanência deste quer no bloco operatório, quer na Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos (UCPA).

A comunicação verbal e não-verbal que se estabeleceu com estes familiares esteve para além da simples transmissão da informação que, por vezes, as pessoas procuram quando experienciam o fenómeno da cirurgia. A família muitas vezes necessita de apoio, acolhimento e informação pertinente. A enfermeira ao dar informação sobre o estado do doente à família está a cuidar do doente e a transmitir-lhe sentimentos de alívio, satisfação, bem-estar e tranquilidade.

CONCLUSÃO

Envolver a família no contexto de enfermagem perioperatória no bloco operatório é uma premissa que os enfermeiros têm que atender e, neste sentido, face à falta de informação

referenciada pelos participantes quer no pré-operatório, no intraoperatório, e no pós-operatório, seria uma mais-valia:

- A integração dos enfermeiros perioperatórios na visita pré-operatória;
- A permanência de um enfermeiro do bloco operatório na consulta de anestesia;
- A permissão para que o familiar ou acompanhante esteja presente até ao momento da passagem no transfere;
- A criação de um espaço, durante o intraoperatório, para que familiares possam contactar com o enfermeiro responsável pelo doente durante a intervenção (pode ser o enfermeiro responsável de turno);
- No pós-operatório imediato efetivar o contacto com o familiar, através do telefone ou pessoal conforme as circunstâncias, e dar informações pertinentes.

Direcionar as formações de enfermagem nestas temáticas seria de todo benéfico, pois como se constata a nível nacional e internacional, as cirurgias efetuadas são cada vez menos invasivas, mas mais tecnicistas e exigem cada vez saberes próprios nestas áreas. Contudo, áreas como a humanização dos cuidados, relação de ajuda, comunicação e informação não podem ser menosprezadas pelos enfermeiros perioperatórios no seu desempenho. A assunção fundamental é que o enfermeiro tem obrigações para com a sociedade para com as famílias e para com os doentes, é fundamental, prestar cuidados de elevada qualidade, com a melhor gestão dos meios e recursos de que dispõe e considerando-se uma necessidade.

A pessoa sujeita a intervenção cirúrgica confia, espera e tem direito a cuidados de qualidade. E o enfermeiro em contexto perioperatório segue os princípios orientadores da atividade profissional. Age no respeito pelos direitos humanos, busca a excelência do exercício e assume a responsabilidade inerente ao papel assumido perante a sociedade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses. (2006). *Enfermagem perioperatória: Da filosofia à prática dos cuidados*. Loures, Portugal: Lusodidacta.
- Loureiro, L. (2002). Orientações teórico-metodológicas para aplicação do método fenomenológico na investigação em enfermagem. *Referência: Revista de Educação em Enfermagem*, 8, 5-16.
- Streubert, H. J., & Carpenter, D. R. (2002). *Investigação qualitativa em enfermagem: Avançando o imperativo humanista* (2ª ed.). Loures, Portugal: Lusociência.

ADESÃO AO REGIME TERAPÊUTICO PROPOSTO À PESSOA COM HISTÓRIA DE ENFARTE AGUDO DO MIOCÁRDIO: O PAPEL DO ENFERMEIRO

JORGE MIGUEL DIAS HENRIQUES
MARIA DA CONCEIÇÃO PINTO MADANELO DOS SANTOS RÔXO
JOSÉ REIS DOS SANTOS RÔXO

INTRODUÇÃO

As causas epidemiológicas de mortalidade e morbidade dos países desenvolvidos alteraram-se substancialmente, nomeadamente as situações de doença aguda deram lugar à proliferação de doenças crónicas. No entanto os modelos de cuidados e de serviços de saúde ainda não se adaptaram a esta nova realidade, facto que compromete a resposta às necessidades de cuidados das pessoas com doença crónica.

O desenvolvimento de novos recursos terapêuticos para o tratamento das condições de saúde crónicas permitiu aumentar a esperança de vida destes doentes e simultaneamente conferir-lhes mais qualidade de vida através do tratamento em ambulatório. Este progresso no paradigma de tratamento trouxe também um enorme desafio aos serviços de saúde. Constata-se hoje que existe uma percentagem significativa de incumprimento dos regimes terapêuticos prescritos (*no adherence*), com impacto social e económico negativo (International Council of Nurses [ICN], 2007; Organização Mundial de Saúde [OMS], 2004).

As doenças cardiovasculares são simultaneamente a primeira causa de internamento hospitalar e de mortalidade, contribuindo com cerca de 40% para o total de óbitos ocorridos em Portugal anualmente. Os sobreviventes de enfarte agudo do miocárdio (EAM) têm um grande risco de recorrência de novo evento coronário. Contudo, há evidência de que existem estratégias eficazes, designadas por estratégias de prevenção secundária do EAM, que permitem reduzir este risco, (Mimoso, 2006).

Este estudo foi desenvolvido no período compreendido entre Junho de 2009 e Fevereiro de 2011 e enquadra-se no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

OBJETIVOS

- Compreender o entendimento que os enfermeiros têm do seu papel e das suas responsabilidades no domínio da promoção da adesão ao regime terapêutico;
- Identificar as estratégias que os enfermeiros utilizam para melhorar os indicadores de adesão ao regime terapêutico proposto às pessoas com história de EAM;
- Conhecer a perceção das pessoas com história de EAM acerca do papel dos enfermeiros, quanto à tomada de decisão no processo de adesão ao regime terapêutico proposto;
- Conhecer as dificuldades percebidas em torno da promoção da adesão ao regime terapêutico.

METODOLOGIA

Não existe um método *gold standard* para avaliar os comportamentos de adesão ao regime terapêutico, facto que constitui uma das principais barreiras à investigação. Trata-se de um estudo de âmbito não experimental do tipo descritivo exploratório, foi utilizada metodologia de carácter quantitativo e qualitativo e recorreu-se ao uso da triangulação de métodos de modo a integrar o máximo de informação, que permita melhorar o alcance e a objetividade das conclusões.

Participaram no estudo 22 utentes com internamento anterior no serviço de cardiologia de um hospital da região centro, aos quais havia sido diagnosticado EAM. Complementarmente foi também utilizada uma amostra de 18 enfermeiros que regularmente no seu exercício profissional contactam com este perfil de doentes. A amostra utilizada foi de carácter não probabilístico, seleccionada por conveniência. Houve no entanto a preocupação de integrar participantes com diferentes características sociodemográficas. Foram utilizados dois instrumentos de recolha de dados, um guião de entrevista dirigida a pessoas com história de EAM e ainda um questionário dirigido aos enfermeiros.

As entrevistas foram realizadas cerca de três meses após o episódio de internamento, no momento da consulta de follow-up de EAM. O registo áudio das entrevistas foi transcrito na íntegra e realizada análise de conteúdo dos dados qualitativos de acordo com a metodologia de Poirier e Valladon.

RESULTADOS

Uma percentagem significativa dos utentes (40,91%) não reconhece o carácter crónico e assintomático da doença e portanto a necessidade de cumprir um regime terapêutico permanente para minimizar a evolução da doença. A análise de conteúdo dos testemunhos de enfermeiros e utentes é coincidente na perceção de um deficit no processo de planeamento, sistematização e documentação dos cuidados de enfermagem em torno da promoção da adesão ao regime terapêutico. Identificaram-se seis categorias para integrar a diversidade de estratégias utilizadas pelos enfermeiros na vertente da promoção da adesão ao regime terapêutico na preparação da alta: educação para a saúde, envolvimento da família ou pessoa significativa, Negociação de objetivos, mobilização de recursos da comunidade, estabelecimento de uma relação terapêutica e, ainda, sinalização e referenciação dos casos problemáticos.

Acerca do papel dos enfermeiros na promoção da adesão ao regime terapêutico foram identificadas um conjunto de competências que os capacitam e colocam numa posição privilegiada para agir sobre esta problemática: diagnóstica, pedagógica, educativa, comunicacional e de persuasão, de liderança e coordenação, de visão holística e de relacionamento interpessoal.

DISCUSSÃO

As significações sobre a doença orientam os doentes no confronto com a doença, na percepção de risco e na prioridade colocada na adesão ao regime terapêutico proposto. Esta perspetiva poderá justificar a percepção errada dos doentes acerca da duração requerida para o cumprimento do regime terapêutico e o desenvolvimento de estratégias de *coping* disfuncional. A falta de documentação e de sistematização das intervenções em torno da promoção da adesão ao regime terapêutico, a turbulência emocional que estes doentes vivenciam num período de internamento tão curto (4 dias em média) e o confronto muito progressivo com a realidade e as suas repercussões poderá condicionar a capacidade de assimilação, de integração da informação fornecida e a percepção negativa que uma percentagem significativa dos doentes referiu acerca da qualidade da informação prestada pelos enfermeiros.

A competência profissional pode ser definida como a capacidade de mobilizar, articular, colocar em ação, valores, conhecimentos e habilidades necessários para o desempenho eficiente e eficaz de atividades requeridas pela natureza do trabalho. Os testemunhos dos enfermeiros revelam estratégias diversificadas de intervenção que decorrem da necessidade de personalizar, contextualizar e adaptar as formas de intervenção ao quadro circunstancial de cada doente, tal como refere Amendoeira (2006):

O enfermeiro ao adoptar uma estratégia de intervenção centrada nas necessidades das pessoas distancia-se do trabalho estandardizado (tarefa), assume essencialmente as características de trabalhador técnico-intelectual. A utilização de um *saber* adaptado à singularidade da situação-problema e das pessoas com quem está em interacção. (p.26)

CONCLUSÃO

A prevalência de incumprimento do regime terapêutico na pessoa com história de EAM é estimada pelos enfermeiros participantes em torno dos 50%, sendo essa percepção mais baixa nos utentes (36%). Apesar de não estamos perante uma amostra probabilística, tal resultado está de acordo com o referido na literatura, assim como, uma menor prevalência do fenómeno no regime medicamentoso face ao não medicamentoso.

Apesar da percepção dos utentes sobre o trabalho desenvolvido pelos enfermeiros em torno da promoção da adesão ao regime terapêutico ter constatado insuficiências em termos de planeamento, sistematização e organização metodológica no processo de preparação para alta, os utentes reconhecem aos enfermeiros mérito nas competências que possuem, nas estratégias de abordagem que utilizam para os sensibilizar, na persistência com que desenvolvem esse trabalho, na forma como valorizam os seus problemas nesse momento de crise e como os capacitam para enfrentar os problemas e o regresso a casa.

A percepção dos enfermeiros e dos utentes participantes foram concordantes quanto à persistência de insuficiência de recursos, de articulação dos serviços e de seguimento destes doentes ao longo do tempo, assim como, da utilidade de uma consulta de enfermagem de follow-up.

Existem dois factos que na nossa perspectiva poderão ter condicionado a qualidade dos dados recolhidos e, por conseguinte, as próprias conclusões deste estudo: primeiro a possível *contaminação* do papel de investigador pelo profissional da equipa de saúde que conhece o ambiente, os doentes e as práticas; segundo, o próprio ambiente em que foram recolhidos os dados (no momento da consulta de follow-up), período em que os doentes ainda se poderão sentir vinculados à instituição, condicionando a orientação e o alcance das suas opiniões.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Amendoeira, J. (2006). Enfermagem disciplina do conhecimento. *Revista Sinais Vitais*, 67, 19-27.
- International Council of Nurses. (2007). *Adherence to long term therapy*. Genebra, Switzerland: Author. Recuperado de http://www.icn.ch/matters_adherence.htm
- Mimoso, J. (2006). Evidência da terapêutica médica combinada após a síndrome coronária aguda. *Revista Portuguesa de Cardiologia*, 25, 1121-1124.
- Organização Mundial de Saúde. (2004). *Adesão aos tratamentos de longa duração: Evidência para a acção*. Washington, USA: Organização Panamericana da Saúde. Recuperado de <http://www.paho.org/Spanish/AD/DPC/NC/nc-adherencia.htm>

QUALIDADE E ESTILO DE VIDA DA PESSOA HIPERTENSA

LARA DANIELA MATOS CUNHA
IRMA DA SILVA BRITO
PAULO ALEXANDRE CARVALHO FERREIRA

INTRODUÇÃO

A hipertensão arterial (HTA) surge como uma problemática atual, resultante do estilo de vida e condições sociais existentes no mundo moderno. Esta encerra em si um elevado custo social na saúde devido às comorbilidades associadas, tais como as doenças cerebrovasculares, patologias cardíacas e complicações renais que conduzem à incapacidade e à morbidade.

De acordo com o estudo efetuado pela Sociedade Portuguesa de Hipertensão (2014) a HTA é uma doença que acomete 42,2% dos portugueses, sendo que a maior parte são pessoas em idade economicamente ativa, aumentando consideravelmente os custos sociais por invalidez e absentismo laboral (Carrilho & Patrício, 2008). A discussão da problemática entre a HTA versus qualidade de vida mantém-se e continua estreitamente associada à qualidade dos cuidados de enfermagem, no que respeita ao controlo e gestão desta doença crónica.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), os fatores de risco etiologicamente associados à doença crónica advêm do estilo de vida, geradas através das opções individuais ao longo do ciclo vital (Direção Geral de Saúde, 2003). Assim, intervir sobre estes determinantes surge como uma estratégia de saúde fundamental, que permitirá obter ganhos significativos, quer na redução da prevalência de doenças crónicas, quer nos custos económicos, sociais e individuais que lhe estão associados.

Entenda-se como estilo de vida, o conjunto de hábitos e comportamentos de resposta às situações do dia-a-dia, aprendidos através do processo de socialização e constantemente reinterpretados e testados ao longo do ciclo de vida e em diferentes situações sociais.

OBJETIVOS

Caracterizar o perfil da população hipertensa inscrita na Consulta do Hipertenso da Consulta Externa do Serviço de Cardiologia de um centro hospitalar central segundo as variáveis sociodemográficas, clínicas, estilo de vida e perceção da qualidade de vida; compreender a relação entre o estilo de vida

e a percepção da qualidade de vida; analisar as dimensões da qualidade de vida e estilo de vida mais afetadas e correlacioná-las entre si; validar culturalmente o instrumento de medida Mini Questionário da Qualidade de Vida na Hipertensão Arterial (MINICHAL) para a população portuguesa.

METODOLOGIA

Foi efetuado um estudo descritivo, analítico de corte transversal e abordagem quantitativa com a utilização do instrumento específico de avaliação de qualidade de vida (MINICHAL) e estilo de vida (Estilo de Vida Fantástico de McMaster University). Para a recolha de dados utilizou-se um instrumento com duas partes, sendo uma a caracterização sociodemográfica e clínica dos sujeitos e a outra composta pelas duas escalas supramencionadas.

População/Amostra: Utentes hipertensos inscritos na Consulta do Hipertenso na Consulta Externa de um centro hospitalar central. Amostra do tipo não-probabilística accidental. Critérios de inclusão: aceitar participar voluntariamente do estudo; ter mais de 18 anos; saber ler, escrever e interpretar o texto; ter condições clínicas e psicológicas para participar no estudo; ter o diagnóstico clínico de HTA.

Procedimentos éticos: Parecer favorável da comissão de ética da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra e da comissão de ética do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra; e pedido de consentimento informado e esclarecido a todos os participantes.

RESULTADOS

Caraterização sociodemográfica da amostra: os participantes têm uma média de idades de 62,7 anos com ligeira predominância dos homens (50,5%). São sobretudo (61%) provenientes do meio rural, casados (67,6%) e com baixa escolaridade (42,9% possuem o quarto ano de escolaridade). Quase metade (49,5%) dos indivíduos são profissionalmente inativos.

Caracterização clínica da amostra: têm em média a pressão arterial (PA) alta. Há patologia associada em 58 indivíduos: 11,4% diabetes mellitus, 7,6% problemas ósseos; 6,7% dislipidemia, 4,8% antecedentes de acidente vascular cerebral, 3,8% neoplasias, 2,9% patologia endócrina, 2,9% síndrome da apneia obstrutiva do sono, 1,9% miocardiopatia dilatada, 1,9% IRC, 1% arritmias, 1% aterosclerose, 1% ICC. Em 41% dos participantes existe um score de risco cardiovascular muito alto. Referem uma periodicidade de avaliação da PA sobretudo semanal (34,3%) e mensal (21%), referindo os restantes uma avaliação diária (13,3%), apenas em SOS (12,4%) ou com prazos superiores a um mês (11,4%), existindo mesmo 7,6% a referir que não avalia a PA; a avaliação da PA é realizada pelo próprio (30,5%), por enfermeiro (23,8%), por familiar (20%) ou pelo médico (7,6%), existindo ainda alguns doentes a referir outros intervenientes neste processo.

A larga maioria (88,6%) refere cumprir a terapêutica anti-hipertensora. Os que não cumprem referem como motivo, principalmente, o esquecimento.

Um número significativo (26,7%) referiu ter tido um evento cardíaco. A maioria (55,2%) refere necessidade de cuidados médicos regulares (tratamentos, medicação, análises).

Ainda que em percentagem baixa (6,7%) alguns participantes referem ter deixado de comprar medicamentos ou fazer tratamentos mesmo tendo receita médica, apresentando como justificações questões económicas (2,9%), experiências negativas (1,9%), medo (1%) ou desaparecimento dos problemas (1%).

MINICHAL: o score total da Qualidade de Vida (QV) foi em média 10,26. Uma vez que para valores aproximados do zero (0) correspondem uma melhor percepção de QV, e sendo que o valor máximo do MINICHAL se situa no score 51, podemos evidenciar uma boa percepção de QV para a nossa amostra.

Estilo de Vida Fantástico: média de 83,2. Os elementos da amostra situam-se entre um bom estilo de vida proporcionando muitos benefícios para a saúde e um excelente estilo de vida, proporcionando uma ótima influência para a saúde. Os domínios atividade física/associativismo, nutrição, tabaco e comportamentos de saúde e sexuais são aqueles que evidenciaram piores scores e, consequentemente, aqueles que deverão ser trabalhados de forma a otimizar o seu estado de saúde.

Validação MINICHAL: a análise global evidenciou boa sensibilidade, com as medidas de tendência central a variar entre 0,2 e 1,019. O valor de significância do teste de Bartlett mostrou-se menor que 0,0001, o que confirma a possibilidade e adequação para análise fatorial. Na matriz de correlação anti-imagem, podemos verificar que todos os valores de medida de adequação de amostragem (MSA) são superiores a 0,5, o que indica que a análise pode seguir sem remoção de itens. As comunalidades associadas a cada variável são aceitáveis e as matrizes de componentes foram adequadas. O instrumento revelou boa consistência interna, com valor de alfa de Cronbach para o total dos 10 itens da referida dimensão de 0,799. Os valores de consistência interna apresentam um bom alfa de Cronbach (α) para o total das dimensões do MINICHAL ($\alpha=0,859$). A correlação entre ambas as partes é de 0,653 e o coeficiente Spearman Brown revela boa consistência (0,790), assim como o coeficiente Guttman Split-Half com 0,790. Assim, o MINICHAL apresenta boa homogeneidade. Na análise inferencial (fatores preditores para o MINICHAL - estado mental e manifestações somáticas) verificou-se na generalidade que a presença de estilos de vida saudáveis corresponde uma boa percepção de QV, sendo que as correlações da dimensão manifestações somáticas do MINICHAL são significativas ($p=,000$) e inversamente relacionáveis nas dimensões sono e stress ($r=-0,391$), família e amigos ($r=-0,281$), nutrição ($r=-0,226$), comportamentos de saúde e sexuais ($r=-0,211$). Aferimos uma correlação direta entre a dimensão manifestações somáticas e tabaco ($r=0,263$).

Averiguámos que as correlações da dimensão estado mental do MINICHAL são significativas ($p=,000$) e inversamente relacionáveis nas dimensões sono e stress ($r=-0,443$), família e amigos ($r=-0,432$), introspeção ($r=-0,358$), comportamentos de saúde e sexuais ($r=-0,264$). Conferimos uma correlação direta entre a dimensão manifestações somáticas e álcool e outras drogas ($r=0,219$).

DISCUSSÃO E CONCLUSÕES

A qualidade de vida é uma conceção subjetiva que sofre influência de inúmeros fatores próprios da existência humana, sendo que a qualidade de vida relacionada com a saúde procura delimitar esses fatores para aqueles mais diretamente ligados à condição física, psíquica e social do indivíduo.

A medida da qualidade de vida em pessoas com hipertensão, a partir do MINICHAL, corresponde a uma tentativa de avaliação dos principais fatores ligados à condição clínica que podem influenciar a sensação de bem-estar, permitindo orientar as intervenções de saúde para aspetos que possam impactar positivamente a qualidade de vida.

Esta investigação, para além de ter permitido adaptar e validar um questionário, possibilitou averiguar e analisar a perceção da qualidade de vida relacionada com o estilo de vida, chegando-se às seguintes conclusões: a perceção da qualidade de vida é influenciada positivamente pelos estilos de vida salutareos nomeadamente nas dimensões relacionadas com o apoio social (família e amigos); repouso e evicção de stresse; análise positiva sobre si e sobre a sua vida (introspeção); e comportamentos de saúde e sexuais responsáveis.

Por outro lado, evidenciámos que o tabagismo e o consumo de álcool tiveram uma relação direta com a perceção da qualidade de vida, ou seja, indivíduos com referência a consumo de substâncias referiram melhor perceção de qualidade de vida.

Esta ocorrência pode ser sugerida pelo facto de que tais hábitos propiciam gratificação emocional, de modo que o indivíduo busca alívio da angústia através de substitutos que proporcionam satisfação.

Uma vez que a população estudada se insere numa consulta de hipertensão onde os utentes têm a sua situação clínica monitorizada, e dado que estes apresentam globalmente uma boa perceção de qualidade de vida e estilos de vida adequados, leva-nos a considerar que tal facto se pode dever precisamente à especificidade do acompanhamento efetuado pela equipa multidisciplinar.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Carrilho, M., & Patrício, L. (2008). A situação demográfica recente em Portugal. *Revista dos Estudos Demográficos*, 46(4), 61-107.
- Direção Geral de Saúde. (2003). *Programa nacional de intervenção integrada sobre determinantes da saúde relacionados com os estilos de vida*. Lisboa, Portugal: Autor. Recuperado de http://static.publico.pt/docs/pesoemedida/DGS_Programa_Nacional_Intervencao_Integrada_Determinantes_Saude_Relacionados_Estilos_Vida_2003.pdf
- Sociedade Portuguesa de Hipertensão. (2014). Guidelines de 2013 da ESH/ESC para o tratamento da hipertensão arterial. *Revista Portuguesa de Hipertensão e Risco Cardiovascular*, 39, 4-91.

INTERVENÇÃO COM A PESSOA EM INÍCIO DE HEMODIÁLISE PARA A ADESÃO AO REGIME TERAPÊUTICO

LILIANA MARLENE FERREIRA CRUZ
MARIA ISABEL DOMINGUES FERNANDES

INTRODUÇÃO

O aumento das doenças crónicas, relacionado com o progressivo envelhecimento da população, com os comportamentos de risco, os fatores ambientais e uma diminuição da mortalidade, impõe novas necessidades e novos desafios no que diz respeito à procura de cuidados de saúde. Esta é uma realidade inquietante para os profissionais de saúde e para os dirigentes políticos, tanto pelas suas repercussões ao nível da saúde populacional, como pelas consequências ao nível social e económico. O acréscimo significativo de pessoas com doença crónica é uma realidade cada vez mais expressiva quer a nível nacional quer internacional.

A doença renal crónica é uma dessas doenças. A pessoa com doença renal em início de hemodiálise é sujeita a muitas mudanças na sua vida diária e é alvo de regimes terapêuticos complexos e multifacetados, assumindo os enfermeiros uma importância fundamental em todo o processo da doença, nomeadamente na promoção da adesão ao regime terapêutico (RT).

Com este estudo procurou-se analisar a intervenção da equipa de enfermagem na promoção do processo de adesão ao regime terapêutico da pessoa com doença renal crónica em início de hemodialise.

OBJETIVOS

Compreender como se processa o acolhimento no serviço de nefrologia e a preparação da pessoa com doença renal crónica para o início de hemodiálise, pelos enfermeiros; analisar as estratégias/recursos utilizados na preparação da pessoa com doença renal crónica em início de hemodiálise para promover a adesão ao regime terapêutico, assim como as razões subjacentes à intervenção do enfermeiro na promoção dessa adesão.

METODOLOGIA

Estudo descritivo e transversal inserido numa abordagem de natureza qualitativa.

Dados colhidos por entrevista semiestruturada em cinco grupos focais que integraram 21 enfermeiros. Procedeu-se a uma amostragem de caso único (amostra de meio), pois os participantes do estudo são todos os enfermeiros que integram uma equipa de enfermagem de um serviço de nefrologia.

O conteúdo dos dados narrativos foi analisado seguindo os critérios propostos por Bogdan e Biklen (1994), Carey (2007) e Barbour (2009).

RESULTADOS

Na intervenção para o processo de adesão emergiram cinco temas principais (conceito de adesão, acolhimento; informação/educação; avaliação; e promoção da adesão), repartidos pelas categorias como a Figura 1 ilustra.

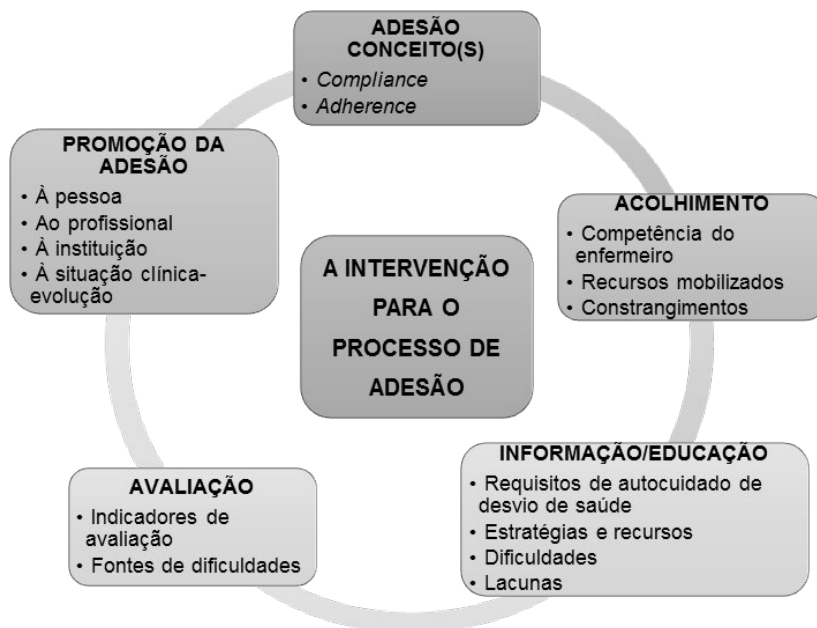


Figura 1. Representação das dimensões e categorias.

Os participantes têm um conceito de adesão ao RT de cumprimento, por parte da pessoa, do que lhe é prescrito, isto é, de *compliance*. Apresentam um conjunto de indicadores que foram integrados nas subcategorias - medicação, nutrição e ingestão hídrica, e regime terapêutico. Têm, também, uma conceção de *adherence*, entendida como um processo contínuo e gradual de colaboração mútua entre profissionais e doente, que implica aceitação e transição, tendo a pessoa que dar consentimento e como tal possuir conhecimento e compreensão do RT a que irá ser sujeito para que se opere uma mudança de comportamentos e, conseqüentemente, nos hábitos de vida.

O acolhimento na unidade é da competência da equipa de enfermagem pelo conhecimento e relação terapêutica que estabelece com a pessoa e pela continuidade de/nos cuidados. No processo há adequação dos recursos mobilizados contudo não há um padrão seguido pela equipa. São constrangimentos a escassez de dados sobre a situação clínica, o estado de consciência ou outras respostas à situação da pessoa e, a ausência de normas de atuação.

Na preparação da pessoa com doença renal em início de hemodiálise, são requisitos de autocuidado de desvio de saúde a explicação do tratamento e os ganhos em saúde, a nutrição e ingestão hídrica, os acessos vasculares, os hábitos de vida e os direitos e deveres. São estratégias e recursos utilizados no processo formativo, a educação pelos pares, a consciencialização da pessoa e da sua situação clínica, o envolvimento da família, a rentabilização do tempo, a adequação da metodologia utilizada, o questionamento/diálogo com a pessoa, a consulta de esclarecimento e o recurso a outros profissionais/redes de apoio. No processo surgem dificuldades ligadas a aspetos organizacionais, aos profissionais, à pessoa cuidada e ao próprio processo formativo.

A avaliação aos conhecimentos e capacitação da pessoa a curto e longo prazo é realizada a partir de indicadores como o conhecimento não demonstrado, a qualidade das respostas, as respostas fisiológicas e as questões e feedback da pessoa. Contudo, são identificadas dificuldades - duração do internamento, falta de sistematização e estruturação do processo formativo e características da pessoa.

Os participantes percebem como mais significativo no processo de adesão ao RT aspetos associados à pessoa (conhecimento, personalidade, estado emocional e motivacional, e apoio), à evolução da situação clínica (regressão da sintomatologia, consciencialização da pessoa), ao profissional (coerência, empatia, empenho, relação terapêutica e disponibilidade) e ao contexto e organização da instituição.

DISCUSSÃO

O acolhimento da pessoa com doença renal em início de hemodiálise quando é hospitalizada é da competência do enfermeiro, pois é ele que tem um melhor conhecimento da pessoa e do contexto, estabelecendo com ela um elo de ligação, uma relação de proximidade e de presença permanente.

Cada experiência de acolhimento deve ser flexível e ajustada à situação clínica da pessoa, não pode ser padronizado. A escassez de dados sobre a situação clínica, o estado de consciência e outras respostas que a pessoa apresenta à doença, a ausência de uma norma ou um guia de acolhimento são constrangimentos ao acolhimento identificados pelos participantes. Estes resultados vão ao encontro dos identificados por Costa e Cambiriba (2010) na sua investigação.

A adesão é compreendida por alguns dos participantes como *compliance*, em que aderir é cumprir as indicações prescritas pelos profissionais de saúde. Outros substituem a conceção anterior por *adherence* o que sugere uma diminuição do poder do clínico na decisão do tratamento e procura o envolvimento numa parceria ativa, pessoa-profissional de saúde. A pessoa e a sua família terão de ter conhecimento sobre o RT, compreendendo-o, pois só assim se poderá iniciar o processo de aceitação face às alterações decorrentes da doença e a consequente transição, necessária para adoção de novos comportamentos e hábitos de vida.

Este é um processo que pressupõe continuidade e implicação da pessoa para manter o estado de saúde em colaboração com o profissional.

A recuperação da normalidade da vida da pessoa/família com doença renal pode ser influenciada pela qualidade da educação terapêutica dos profissionais de saúde.

Evidencia-se uma preocupação unânime no esclarecimento sobre o tratamento e os inerentes ganhos em saúde, o esclarecimento das alterações nutricionais e hídricas, os cuidados com os acessos vasculares e as alterações de vida, principalmente da atividade profissional.

Os participantes ajustam o processo formativo à pessoa e à sua situação clínica proporcionando um ensino gradual e progressivo, partindo da avaliação diagnóstica, no sentido da consciencialização sobre a sua situação clínica, preparação emocional e promoção de conhecimentos. Envolvem a família nesta preparação, dadas as profundas alterações com que a pessoa tem que lidar e os reflexos na vida familiar. Rentabilizam o tempo de contacto com a pessoa, aproveitando os horários das refeições e do tratamento hemodialítico. Recorrem à educação pelos pares, a panfletos informativos, a outros profissionais ou redes de apoio na preparação/formação e à consulta de esclarecimento. Autores como Teng, Yen, Fetzer, Sung, e Hung (2013) também concluem que a intervenção educacional sobre a doença e tratamento capacita a pessoa a participar ativa e conscientemente na adesão ao seu RT.

Apesar da importância atribuída ao papel educativo, na promoção e desenvolvimento de comportamentos para o autocuidado são identificadas dificuldades no processo, relativas ao ambiente organizacional (condições físicas da unidade, conjuntura atual e políticas de austeridade em saúde com escassez de recursos humanos e sobrecarga de trabalho), ao próprio profissional (falta de disponibilidade mental e motivação e a deficiente articulação com a equipa multidisciplinar), à pessoa cuidada (desresponsabilização da família no cuidado aos seus membros, disponibilidade da pessoa com doença renal para a aprendizagem) e inerentes ao processo formativo (ações avulsas, isoladas e com lacunas).

A validação do processo formativo, a partir da avaliação do nível de preparação da pessoa para enfrentar e implementar o seu RT, acontece após a intervenção de ensino e a longo prazo pela manifestação de comportamentos ou expressões de não-adesão por parte da pessoa.

O nível de conhecimento sobre a doença e RT é entendido pelos participantes como potenciador do comportamento de adesão, assim como, o estado emocional e motivacional em que a pessoa se encontra e o envolvimento da família. As conclusões apresentadas por Prezotto e Abreu (2014) são reforçadas por estes resultados. A regressão dos sintomas e a aprendizagem pelo erro, isto é, a experiência de uma situação limite por parte da pessoa são também identificados como fatores promotores da adesão.

Os resultados indicam que o contexto e a organização dos cuidados influenciam no processo de adesão, tendo o empenho dos profissionais, o interesse, a simpatia e a confiança que se estabelece com a pessoa uma importância preditiva na adesão.

CONCLUSÃO

A intervenção dos enfermeiros no processo de adesão ao regime terapêutico da pessoa com doença renal crónica em início de hemodiálise assume-se com particular relevância.

Os enfermeiros reconhecem que são os profissionais mais competentes para acolher a pessoa em início de hemodiálise e estabelecer com ela uma ligação, uma relação de proximidade e confiança que poderá ser determinante para o sucesso deste processo.

Os conceitos de adesão são díspares, contudo unânimes na importância atribuída ao envolvimento da pessoa no processo de adesão. A educação terapêutica da pessoa é um processo complexo orientado pelo esclarecimento sobre a terapia dialítica, os ganhos em saúde, mudanças nutricionais e hídricas, cuidados com acessos vasculares e elucidação das alterações de vida. Identificam como dificuldades no processo educativo: os internamentos de curta duração; escassez de recursos humanos e sobrecarga de trabalho; falta de motivação dos profissionais; falta de articulação na equipa multidisciplinar; e falta de estruturação e sistematização do processo. No processo de adesão ao RT o envolvimento da família, a regressão dos sintomas, o empenho, a simpatia e confiança estabelecida com a pessoa são aspetos fundamentais.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Barbour, R. (2009). *Grupos focais*. Porto Alegre, Brasil: Artmed.
- Bogdan, R., & Biklen, S. (1994). *Investigação qualitativa em educação: Uma introdução à teoria e aos métodos*. Porto, Portugal: Porto Editora.
- Carey, M. (2007). O efeito do grupo nos grupos de foco: Planear, implementar e interpretar investigação com grupos de focos. In J. Morse (Ed.), *Aspetos essenciais de metodologia de investigação qualitativa* (pp. 223-239). Coimbra, Portugal: Formasau.
- Costa, M., & Cambiriba, M. (2010). Acolhimento em enfermagem: A visão do profissional e a expectativa do usuário. *Ciência, Cuidado e Saúde*, 9(3), 494-502.
- Prezotto, K., & Abreu, I. (2014). O paciente renal crônico e a adesão ao tratamento hemodialítico. *Revista de Enfermagem Universidade Federal de Pernambuco*, 8(3), 600-605.
- Teng, H., Yen, M., Fetzer, S., Sung, J., & Hung, S. (2013). Effects of targeted interventions on lifestyle modifications of chronic kidney disease patients: Randomized controlled trial. *Western Journal of Nursing Research*, 35(9), 1107-1127.

A FAMÍLIA PARCEIRA NO CUIDAR: INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO

LUDOVINA MARIA DE OLIVEIRA RODRIGUES
LUÍS MIGUEL NUNES OLIVEIRA

INTRODUÇÃO

A família é transversal ao ciclo vital do indivíduo e parte integrante de uma abordagem holística do cuidar. Reconhecendo as inúmeras mudanças na nossa sociedade, principalmente no acesso aos serviços de saúde, a família ocupa o principal papel de cuidador em situações de doença, a principal fonte de suporte socio-emocional do indivíduo, e o amortecedor do impacto das transformações sociais.

A família está intrinsecamente envolvida no processo saúde/doença dos seus membros e representa uma importante fonte de suporte à pessoa doente hospitalizada. O cuidado de enfermagem à família centra-se na interação entre enfermeiro e família, implicando a criação de um processo interpessoal, significativo e terapêutico (Figueiredo, 2012), que garanta cuidados competentes e de excelência.

A enfermagem toma por objeto de estudo, não a doença em si, mas as respostas humanas aos problemas de saúde e aos processos de vida, assim como às transições enfrentadas pelos indivíduos, famílias e grupos, ao longo do ciclo de vida. No seguimento desta ideia, o enfermeiro tem o dever de interagir, sustentado na relação terapêutica, e ajudar as pessoas a lidar com os desafios e com as transições, com o propósito de proporcionar estabilidade e aumentar a sensação de bem-estar (Petronilho, 2007).

A relação de parceria deve ser negociada e clarificada entre as partes envolvidas, só assim poderá ser uma parceria eficaz e positiva. A parceria entre a equipa e a família retrata a valorização da qualidade do atendimento, característica essencial do cuidado humanizado. A exigência e a obrigação de intervenções eficientes desenvolvidas em contextos relacionais únicos apresentam-se como desafios a todos os enfermeiros, na prestação de cuidados. No entanto, ajudar a família a descobrir novas soluções face aos processos de saúde/doença e a reduzir o sofrimento emocional, físico e espiritual nem sempre é efetivo ou identificado nos contextos clínicos.

A reestruturação dos cuidados de saúde expandiu e ampliou a prática de enfermagem com base na família, razão pela qual entendemos pertinente conhecer as atitudes dos enfermeiros na

abordagem à família para a sua integração no processo de cuidados. A atitude dos profissionais é determinante na qualidade das relações que se estabelecem entre o enfermeiro e a família, sendo reconhecido que uma atitude de suporte favorece o desenvolvimento de um trabalho de parceria, de partilha e de corresponsabilização entre os intervenientes (Benzein, Johansson, Arestedt, & Saveman, 2008).

Para a realização do presente estudo, entendemos delinear a seguinte questão de investigação: Quais as atitudes que os enfermeiros adotam num serviço de internamento face à importância da família no processo de cuidar?

OBJETIVOS

- Conhecer as atitudes dos enfermeiros na abordagem à família para a sua integração no processo de cuidados;
- Analisar as atitudes dos enfermeiros na abordagem à família como parte integrante no processo de cuidados;
- Identificar fatores relacionados com o exercício profissional dos enfermeiros, no envolvimento e participação da família no processo de cuidados.

METODOLOGIA

Estudo de cariz quantitativo, descritivo, analítico e correlacional. Sendo o nosso propósito analisar as atitudes dos enfermeiros na abordagem à família como parte integrante no processo de cuidados e as possíveis relações ou diferenças com fatores sociodemográficos e profissionais, optámos por utilizar como população alvo 226 enfermeiros que exercem funções nas unidades de internamento dum Centro Hospitalar da zona centro do país. Como instrumento de colheita de dados, utilizámos o questionário de caracterização sociodemográfica e a escala A Importância das Famílias nos cuidados de Enfermagem – Atitudes dos Enfermeiros (IFCE-AE). A tradução, validação e adaptação transcultural da escala para a população portuguesa foi realizada por Oliveira et al. (2011).

A avaliação da consistência interna da escala IFCE-AE do nosso estudo determinou um $\alpha=0,82$. A avaliação da fidelidade da escala variou entre 0,84 e 0,66 para as três dimensões, verificando-se uma boa intercorrelação e homogeneidade dos itens que a compõem.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Evidencia-se que os enfermeiros têm na sua maioria atitudes positivas, face à família nos cuidados de enfermagem. Não verificamos diferenças estatisticamente significativas em relação ao género, à idade, às habilitações literárias, à experiência profissional, ao tempo e ao local onde exercem a sua atividade e à experiência anterior com familiares doentes ($p>,05$). Obtivemos diferenças com significado estatístico ($p<,05$) em relação ao título profissional e a formação pós-graduada/mestrado em enfermagem dos enfermeiros inquiridos.

Na globalidade dos resultados obtidos, a variável género não produz diferenças estatísticas significativas. Os valores médios nas atitudes positivas e ao considerar a família como um

fardo são muito semelhantes em ambos os géneros. O mesmo se verificou quando analisámos as diferenças de médias entre os grupos etários dos participantes, que não se mostraram estatisticamente significativas. Procurámos perceber a forma como o título profissional interfere com a atitude do enfermeiro na importância de envolver a família nos cuidados de enfermagem. Pela análise dos resultados é possível afirmar que existem diferenças entre os enfermeiros especialistas e os restantes enfermeiros na atitude face à família. Os enfermeiros especialistas têm uma atitude mais favorável, enquanto os restantes enfermeiros apresentam uma média superior na dimensão família como um fardo. Não existem evidências estatísticas para se afirmar que a atitude dos enfermeiros é significativamente diferente em função da área de formação especializada em enfermagem.

Relativamente à área de formação pós-graduada/mestrado em enfermagem obtivemos resultados com evidência estatística na dimensão família com um recurso nos cuidados de enfermagem, verificamos valores médios superiores nas atitudes favoráveis face à família na área de formação em cuidados paliativos.

Quando analisámos a influência das habilitações académicas na atitude dos enfermeiros, os resultados mostram que não existem diferenças com significado estatístico. Observamos no entanto, crescentes médias nas atitudes mais favoráveis à presença da família a variar em harmonia com o grau académico do enfermeiro.

Em relação à experiência profissional, os resultados também revelam que a atitude dos enfermeiros não é influenciada pela experiência profissional dos mesmos.

As experiências anteriores com familiares gravemente doentes também não interferiram significativamente na atitude do enfermeiro do nosso estudo.

Face aos resultados demonstrados no nosso estudo e aos evidenciados na literatura, acredita-se que a atuação de enfermagem assenta em atitudes, na sua maioria positivas face à importância da família nos cuidados, traduzidas por cuidados de enfermagem ajustados às necessidades da família e por interações satisfatórias decorrentes deste processo.

A formação avançada dos enfermeiros é uma mais-valia para identificar áreas de atenção na família com pertinência para a prática de enfermagem, assim como, na sua intervenção nos períodos de transição saúde/doença que podem despoletar desorganização do todo familiar. A atitude positiva perante a família adotada pelos enfermeiros nesta investigação não é afetada, de forma significativa pelas demais características profissionais e sociodemográficas em estudo.

A formação é fundamental na aprendizagem de competências no âmbito da família pelo potencial de otimização da prática profissional de enfermagem. Os cuidados de enfermagem terão necessariamente que ser centrados na família, o que obrigará a algumas mudanças de atitude por parte dos enfermeiros e a uma alteração das políticas e filosofia das unidades de saúde.

CONCLUSÃO

A parceria no cuidar constitui uma filosofia de enfermagem que reconhece e valoriza a importância da família no processo de cuidados. A equipa hospitalar, e muito particularmente

os enfermeiros, devem ter a preocupação de para além de cuidar do doente, desenvolverem capacidades que lhes permitam envolver a família na participação dos cuidados de uma forma planeada e sistemática. Das nossas vivências diárias a problemática do envolvimento das famílias na prestação de cuidados é realmente importante, na medida em que consideramos que a envolvência dos familiares poderá contribuir para a redução do sentimento de crise vivido pelos diferentes elementos que se relacionam por laços afetivos e/ou parentesco, do mesmo modo, que contribui de forma significativa para o aumento da qualidade dos cuidados prestados.

Os enfermeiros têm, na sua maioria, uma atitude positiva face à família, valorizando a sua presença nos cuidados de enfermagem. Reconhecem também a importância do estabelecimento do diálogo com os familiares do doente, excluindo-se possíveis diferenças ou relações em função do género, da idade, das habilitações académicas, da experiência profissional e da experiência anterior com familiares doentes.

A formação avançada dos enfermeiros influencia a atitude do enfermeiro na importância de envolver a família nos cuidados de enfermagem.

Pensamos ser útil o contributo de outras investigações em que se considerem outros fatores e outras abordagens metodológicas, como a realização de entrevistas exploratórias à família e aos enfermeiros, com análise qualitativa, identificando e examinando opiniões e experiências de participação nos cuidados, bem como, os fatores que inibem ou facilitem a parceria de cuidados.

Sentimos que a relevância desta temática não se esgota por aqui, consideramos sim, que é um ponto de partida para a evolução do conhecimento e investigação em enfermagem, nomeadamente na área da enfermagem de família.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Benzein, E., Johansson, P., Arestedt, K. F., & Saveman, B-I. (2008). Nurses' attitudes about the importance of families in nursing care a survey of swedish nurses. *Journal of Family Nursing, 14*(2), 162-180.
- Figueiredo, M. H. (2012). *Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar*. Loures, Portugal: Lusociência.
- Oliveira, P. C., Fernandes, H. I., Vilar, A. I., Figueiredo, M. H., Ferreira, M. M., Martinho, M. J., ... Martins, M. M. (2011). *Atitudes dos enfermeiros face à família: Validação da escala families' importance in nursing care: Nurses attitudes*. Recuperado de [318](https://scholar.google.pt/scholar?q=Atitudes+dos+enfermeiros+face+%C3%A0+fam%C3%ADlia:+Valida%C3%A7%C3%A3o+da+escala+Families%E2%80%99+importance+in+nursing+care:+Nurses+attitudes&hl=pt-PT&as_sdt=0&as_vis=1&oi=scholar&sa=X&ved=0ahUKEw-jY8OfgyaTKAhUJnBoKHS5UDgcQgQPetrnilho, F. A. (2007). <i>Preparação do regresso a casa</i>. Coimbra, Portugal: Formasau.</p></div><div data-bbox=)

REGISTOS DE ENFERMAGEM EM CIRURGIA REFRATIVA POR LASER *EXCIMER* EM REGIME DE AMBULATÓRIO: UM ESTUDO DE CASO

LUÍS MIGUEL RODRIGUES FERREIRA
MARIA DO CÉU MESTRE CARRAGETA

INTRODUÇÃO

Os registos de enfermagem fazem parte integral da segurança e efetividade da prática de enfermagem, devendo refletir detalhadamente o estado de saúde do doente, assim como os cuidados prestados. Precisam assim, transmitir as observações, as decisões, as ações e os resultados relativos a assuntos e cuidados ao doente (Blair & Smith, 2012).

Começaram a surgir os primeiros registos de enfermagem com Florence Nightingale e, desde então, imensos esforços têm sido despendidos para o seu progresso, cabendo aos enfermeiros a responsabilidade legal e jurídica de agir segundo as normas profissionais na sua elaboração. No entanto, a problemática dos registos de enfermagem parece estar longe duma solução satisfatória e muito há ainda para fazer. A evidência da prática e da investigação sobre os registos de enfermagem mostram que continuam, ainda, sem um rumo certo.

OBJETIVOS

- a) Conhecer os dados estatísticos referentes à cirurgia refrativa por laser *excimer* em regime de ambulatório, desde o seu início;
- b) Caracterizar sociodemograficamente os doentes submetidos a cirurgia refrativa por laser *excimer* em regime de ambulatório, no ano 2012;
- c) Identificar o tipo de registos de enfermagem realizados no período perioperatório, em 2012;
- d) Conhecer a importância atribuída aos registos de enfermagem pelos enfermeiros daquele contexto;
- e) Identificar que registos de enfermagem devem ser realizados em cirurgia de ambulatório, na perspetiva dos enfermeiros daquele contexto.

METODOLOGIA

Estudo de caso em bloco operatório oftalmológico de um hospital central, baseado em Yin (2005), orientado para uma abordagem mista de acordo com o projeto explanatório sequencial proposto por Creswell (2010). Foi desenvolvido em duas fases: Uma fase I, com análise estatística relativa aos doentes submetidos a cirurgia refrativa por laser *excimer*, naquela unidade, nomeadamente, a análise dos registos informáticos para conhecer o número de cirurgias efetuadas desde 2006, a caracterização sociodemográfica dos doentes operados no ano de 2012 e uma análise documental sobre os registos de enfermagem efetuados nesse mesmo ano. Uma fase II, de cariz qualitativo, direcionada para a perspetiva dos enfermeiros acerca dos registos de enfermagem, e levada a cabo através de entrevista com os enfermeiros diretamente relacionados com o assunto em investigação.

As entrevistas foram implementadas na forma de grupo de foco.

Elegemos a cirurgia refrativa por laser *excimer* em regime de ambulatório e seleccionámos uma amostra intencional de enfermeiros a desempenhar funções naquele contexto.

A recolha da informação foi efetuada através de análise documental (592 processos), valorizada por um grupo de foco (oito enfermeiros). O estudo principal foi precedido de um estudo piloto, realizado também em contexto de cirurgia ambulatória, mas numa unidade diferente.

Foram considerados todos os procedimentos formais e éticos inerentes ao desenvolvimento de uma investigação.

RESULTADOS

As listagens cirúrgicas do sistema hospitalar permitiram fazer um melhor enquadramento do volume de trabalho que a cirurgia refrativa por laser *excimer* em regime de ambulatório acarreta para aquela equipa de enfermagem. Desde a sua implementação em 2006 que este tipo de cirurgias se distribui por dois períodos operatórios semanais, tendo-se verificado um aumento gradual até ao ano de 2012, ano com maior número de cirurgias, estabilizando depois num número aproximado às 600 cirurgias/ano.

A consulta aos 592 processos dos doentes operados em 2012 mostrou que apenas um apresentava folha de enfermagem com registos no pós-operatório e no momento da alta, e que em todos os outros processos não havia qualquer referência aos cuidados de enfermagem prestados àqueles doentes.

Os dados resultantes do grupo de foco, tratados com recurso ao programa informático NVIVO e com uma codificação seguindo um esquema de árvore, levaram a considerar como *nó* principal os próprios Registos de Enfermagem e fizeram sobressair, resultantes dos discursos dos participantes, três temas principais: dificuldades na elaboração de registos de enfermagem; importância dos registos de enfermagem; tipos de registos de enfermagem.

DISCUSSÃO

O presente estudo incidiu sobre uma problemática muito atual, os registos de enfermagem.

Os dados recolhidos, no contexto do estudo, demonstraram a quase inexistência de registos de enfermagem. Dos 592 processos analisados, apenas um apresentava folha de enfermagem, com registos do pós-operatório, facto bem demonstrativo da persistência de falhas graves neste segmento da enfermagem. Os dados extraídos dos discursos dos participantes, remetem-nos para inúmeras barreiras à elaboração de registos de enfermagem. Essas barreiras ou dificuldades podem ser, intrínsecas ou extrínsecas aos próprios enfermeiros. Assim, como motivos para a não elaboração dos registos de enfermagem inerentes aos próprios enfermeiros, os resultados deixam transparecer alguma falta de motivação, pela subjetividade e desvalorização dos registos ou até mesmo alguma resistência à sua realização.

Por outro lado, os mesmos resultados mostram com clareza que as principais dificuldades à realização dos registos de enfermagem provêm de fatores externos aos próprios enfermeiros. Estes fatores são diversos e estão relacionados com os recursos materiais e humanos, com a falta de tempo, e até mesmo com a própria equipa multidisciplinar.

Todos estes fatores não são novos, podem facilmente ser encontrados na literatura, contudo mantêm-se recorrentes. Ainda assim, os participantes consideram que estes fatores inibidores da elaboração dos registos de enfermagem naquele contexto poderão ser facilmente ultrapassados, com a criação da consulta pré-operatória de enfermagem, com uma dotação adequada e segura de enfermeiros naquela secção cirúrgica, e com a criação de sistemas de informação amigáveis e de fácil utilização e preenchimento.

Os resultados mostraram ainda que, os participantes reconhecem a importância dos registos de enfermagem para a qualidade dos cuidados por contribuírem eficazmente para a continuidade dos mesmos assim como, para os bons resultados desses mesmos cuidados.

Quanto à ausência de registos de enfermagem naquele contexto, os enfermeiros participantes consideram ser uma falha muito grave, e que eles deviam ter sido realizados porque são fundamentais para o processo da enfermagem. Consideram que devem ser elaborados registos de enfermagem em todo o período perioperatório da cirurgia de ambulatório.

Assim, podemos considerar que as considerações dos enfermeiros daquele serviço vão ao encontro das linhas orientadoras de elaboração de registos de enfermagem em cirurgia ambulatória. Para a Association of PeriOperative Registered Nurses (AORN; 2005) o sistema de registos de enfermagem perioperatória deve incidir na admissão, com uma *checklist* de recolha de toda a informação importante relativa ao doente, deve estar organizado de forma a prevenir a duplicação de informação e ao mesmo tempo permitir a progressão dos cuidados, a informação rotineira deve seguir um desenho tipo formulário, enquanto que as notas descritivas devem incidir sobre os desvios aos resultados esperados e sobre as respostas individuais do doente aos cuidados de enfermagem. Já a Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses (AESOP; 2006) e McEwen (2008) tendem a ser mais específicos considerando uma descrição detalhada do conteúdo dos registos de enfermagem: folha de rosto com os dados demográficos do doente, consentimento informado, folha de avaliação pré-operatória de enfermagem, folhas de instrução pré e pós-operatória, processo de verificação de cirurgia segura, registo intraoperatório, registo pós-operatório e carta de alta.

CONCLUSÃO

Na secção de cirurgia refrativa por laser *excimer*, existe um grande volume de cuidados de enfermagem sem qualquer visibilidade e sem a qualidade que todos os doentes merecem, mas os enfermeiros têm consciência destas fragilidades e da necessidade urgente de mudar esta realidade. Os resultados do estudo piloto também serviram para essa consciencialização e para perceber que têm um forte capital humano, capaz de concretizar mudanças que permitam mudar essa realidade.

Os resultados obtidos neste estudo permitiram concluir que: no ano de 2012 foram operados 592 doentes na cirurgia refrativa por laser *excimer* em regime de ambulatório, o que representa um volume significativo de cuidados de enfermagem; não existe qualquer registo de enfermagem que assuma e dê visibilidade à presença do enfermeiro e dos seus cuidados naquele contexto; existem barreiras à elaboração de registos de enfermagem, que podem ser inerentes ou alheias aos próprios enfermeiros; os enfermeiros daquele serviço consideram os registos de enfermagem importantes para a qualidade e visibilidade dos cuidados de enfermagem, para os ganhos em saúde dos doentes, para a investigação em enfermagem, assim como, para efeitos legais e de reembolso dos cuidados de saúde por parte das instituições; os enfermeiros daquele serviço consideram que naquele tipo de cirurgia deveria haver registos de enfermagem em todo o período perioperatório; os enfermeiros daquele serviço consideram que a não-elaboração de registos de enfermagem favorece a desvalorização da enfermagem e dos próprios cuidados.

Esperamos, com este estudo contribuir para a melhoria dos registos de enfermagem naquele contexto particular, assim como, estimular uma reflexão sobre esta problemática, para que os registos de enfermagem deixem de ser um problema e passem a constituir uma ferramenta insubstituível e valorizada por todos os enfermeiros.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses. (2006). *Enfermagem perioperatória: Da filosofia à prática dos cuidados*. Loures, Portugal: Lusodidacta.
- Association of PeriOperative Registered Nurses. (2005). AORN guidance statement: Preoperative patient care in the ambulatory surgery setting. *AORN Journal*, 81(4), 871-878. doi: 10.1016/S0001-2092(06)60366-9
- Blair, W., & Smith, B. (2012). Nursing documentation: Frameworks and barriers. *Contemporary Nurse*, 41(2), 160-168. doi: 10.5172/conu.2012.41.2.160
- Creswell, J. W. (2010). *Projeto de pesquisa: Métodos qualitativo, quantitativo e misto* (3ª ed.). Porto Alegre, Brasil: Artmed.
- McEwen, D. R. (2008). Cirurgia ambulatorial. In J. C. Rothrock (Ed.), *Cuidados de enfermagem ao paciente cirúrgico* (13ª ed., pp. 1047-1065). Loures, Portugal: Lusodidata.
- Yin, R. K. (2005). *Estudo de caso: Planejamento e métodos* (3ª ed.). Porto Alegre, Brasil: Bookman.

DE OBESO A MAGRO: AS VIVÊNCIAS DAS PESSOAS SUBMETIDAS A CIRURGIA BARIÁTRICA

LUISA ERSE MARQUES RIBEIRO DE CARVALHO
LUIS LEITÃO SARNADAS
MARIA DA CONCEIÇÃO PINTO MADANELO DOS SANTOS ROXO

INTRODUÇÃO

Actualmente, a obesidade é um problema de saúde pública nos países desenvolvidos e Portugal não é excepção. A sua prevalência a nível mundial é tão elevada que a Organização Mundial da Saúde (OMS) considerou esta doença como a epidemia global do século XXI (Direcção-Geral da Saúde, 2005).

Em Portugal, a prevalência de obesidade é de 12 a 13% nos homens e 14 a 15% nas mulheres (Vidal, 2007), e os estudos existentes apontam para um aumento da prevalência da obesidade na população portuguesa. O excesso de peso e obesidade em crianças e adolescentes tem uma prevalência de 31%, o que confirma esta tendência.

Perante o fracasso de outros tratamentos a cirurgia bariátrica tornou-se o tratamento de eleição para a obesidade mórbida e faz parte das estratégias de intervenção preconizadas pela Direcção Geral da Saúde (DGS) no Plano Nacional de Combate à Obesidade (Direcção-Geral da Saúde, 2005).

Face ao crescente número de pessoas que se submetem a cirurgia bariátrica e visando um cuidar holístico de qualidade, constituiu objectivo de estudo conhecer não só os ganhos em saúde decorrentes da perda de peso, mas também conhecer as experiências, os sentimentos e as alterações que a cirurgia e a consequente perda de peso trouxeram para a vida de cada pessoa que foi submetida a cirurgia bariátrica.

OBJETIVOS

O objetivo geral deste estudo é conhecer as vivências das pessoas que se submeteram a cirurgia bariátrica e o que mudou nas suas vidas, e foram delineados os seguintes objectivos específicos: compreender as motivações que levaram as pessoas a serem submetidas a cirurgia bariátrica; identificar os sentimentos das pessoas que se submeteram a cirurgia bariátrica quando emagrecem; e conhecer as principais alterações na vida pessoal, familiar, profissional e social perante a perda de peso.

METODOLOGIA

Realizou-se uma investigação de natureza qualitativa, com recurso a uma abordagem fenomenológica. O objetivo é descrever e interpretar os significados da experiência vivida por pessoas que se submeteram a cirurgia bariátrica tendo sido seguido o método fenomenológico de van Manen que permite conhecer como o fenómeno “se dá e é vivido por essa mesma pessoa, os seus sentimentos, vivências, o que experimenta, o que vive, o que sente” (citado por Loureiro, 2006, p.12). Van Manen descreve a sua abordagem fenomenológica hermenêutica para a investigação em quatro passos/processos dinâmicos (citado por Streubert & Carpenter, 2002): 1. Voltar-se para a natureza da experiência vivida; 2. Investigação existencial; 3. Reflexão fenomenológica e 4. Redação fenomenológica.

A incursão pelas vivências dos participantes fez-se através da aproximação ao seu contexto, que permitiu a concretização da colheita de informação, através de entrevistas semiestruturadas a seis pessoas submetidas a cirurgia bariátrica no Serviço de Cirurgia do Centro Hospitalar de Coimbra (CHC) há pelo menos dois anos, e que se mostraram disponíveis para colaborar voluntariamente no estudo. As entrevistas foram realizadas no período entre 13 de Outubro e 1 de Novembro de 2010.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A análise interpretativa e de reflexão fenomenológica seguiu o proposto por van Manen (citado por Streubert & Carpenter, 2002) e permitiu identificar sete temas centrais: o meu corpo; eu e o meu corpo; eu, o meu corpo e os outros; como cheguei à consulta de Cirurgia de Obesidade; o que mudou em mim; o que sinto e como me vejo; e a relação com os outros.

Do tema *o meu corpo* surge a confirmação do que está descrito na literatura relativamente aos problemas de saúde associados à obesidade mórbida, bem como das limitações funcionais que provoca (“Não me conseguia lavar, já não conseguia fazer nada” E4, 2010). Também fica claro que a cirurgia bariátrica não é a primeira opção de tratamento da obesidade e que apenas a ela se recorre perante a ineficácia das tentativas de redução de peso anteriores, este é um dos motivos que levam as pessoas a decidirem realizar cirurgia bariátrica.

Do tema *eu e o meu corpo*, concluiu-se que a pessoa que vive com obesidade mórbida sofre uma série de complicações psicológicas decorrentes da mesma. São identificados os sentimentos de vergonha de si e do seu corpo: (“Eu não saía porque tinha vergonha do meu corpo” E6, 2010), a baixa auto-estima, e a insatisfação com a vida que se manifesta em falta de vontade de viver e leva, por vezes, à ideação suicida (“tentei o suicídio duas vezes” E1, 2010). Estas complicações psicológicas e os problemas estéticos constituem parte das motivações para a realização de cirurgia bariátrica.

As restantes motivações identificadas foram agrupadas no tema *eu, o meu corpo e os outros*. A imagem corporal está presente em toda a experiência, inclui a forma como nos percebemos a nós próprios, mas tem também uma vertente social pois influencia a nossa relação com os outros. Conclui-se que as pessoas obesas se sentem discriminadas (“há pessoas que não entendem que isto é uma doença e gozam, chacotam as pessoas” E1, 2010), e remetem-se a um isolamento social que só agrava os seus problemas. Também são identificados problemas

familiares (“o meu filho mais novo ter vergonha de andar comigo na rua . . . ele chegava a atravessar a rua para não ser visto comigo” E1, 2010) e conjugais (“Sabe como é que o seu marido há dias, numa reunião de mulheres, se referiu a si? ‘Eu tenho lá em casa uma porca com 130 kg.’” E6, 2010).

Assim, estão explicados os motivos que levaram as pessoas a decidirem ser submetidas a cirurgia bariátrica. Chegam à consulta de Cirurgia de Obesidade de duas formas: por sugestão médica ou por indicação de alguém que já realizou cirurgia. Pude verificar que é comum que um ex-obeso se dirija a uma pessoa com obesidade mórbida, a aconselhe a não viver dessa forma e recomende a cirurgia bariátrica.

Após a realização de cirurgia bariátrica e do emagrecimento que ela proporciona, ocorrem alterações na vida pessoal, familiar, profissional e social das pessoas.

Do tema *o que mudou em mim* conclui-se que, tal como referenciado na literatura, há uma clara melhoria na saúde (“Diabetes desapareceram” E3, 2010), do nível de actividade/funcional (“não conseguia apertar os sapatos . . . as minhas tarefas domésticas, era muito complicado fazê-las . . . Passei a conseguir fazer tudo” E6, 2010) e na vida sexual das pessoas que se submeteram a cirurgia bariátrica. Também se verifica uma mudança de comportamentos relacionados com os cuidados ao corpo. Aquele corpo que antes não se queria olhar, que não era digno de interesse, é agora alvo de novos cuidados.

O tema *o que sinto e como me vejo* refere-se à forma como as pessoas se sentem actualmente e como mudou a relação com o seu corpo. Deste tema, conclui-se que os sentimentos de bem-estar e satisfação prevalecem, apesar de o processo de emagrecimento não ser isento de dificuldades. Também se verifica uma clara melhoria da auto-estima e uma imagem corporal mais positiva. No entanto, é necessário um processo de adaptação à nova imagem corporal, que nem sempre corresponde às expectativas (“a principio fiquei um bocadinho desiludida. Por causa das peles a abanarem e isso....” E4, 2010). Nesse processo cada pessoa passa por diferentes etapas, havendo quem recorra à cirurgia estética de forma a obter uma imagem corporal mais agradável.

São referidas dificuldades sentidas quer no processo de emagrecimento, de realização de cirurgia plástica e de manutenção de peso, quer na mudança de hábitos alimentares. Apesar do período do internamento não ser o foco do estudo foram também identificadas as dificuldades sentidas durante esse período, relacionadas com as restrições necessárias e complicações cirúrgicas do pós-operatório.

Tal como descrito na literatura podemos verificar que, por vezes, a perda de peso conseguida através de cirurgia bariátrica leva a intensificação de sintomas psicopatológicos como depressão (“eu era uma pessoa muito mais alegre. Agora tenho um grave problema de depressão”. E4, 2010).

A Relação com os outros é alvo de alterações a vários níveis. A nível familiar pela recuperação do seu papel (“faço a minha vida toda. Antes, o meu marido é que fazia quase tudo em casa”. E1, 2010) e pela melhoria no humor. Na vida profissional por deixarem de se sentir alvo de discriminação. Na vida social por haver mais vontade de sair de casa, por se tornarem pessoas mais extrovertidas, verificando-se uma melhoria significativa nas relações interpessoais.

CONCLUSÃO

Sendo a obesidade já considerada um problema de saúde pública e tendo em conta o número de profissionais de saúde envolvidos na sua prevenção, controlo e tratamento, bem como o número de pessoas afectadas directa ou indirectamente por este fenómeno, penso com este trabalho contribuir para aumentar os conhecimentos relativos a esta problemática. Espero que sirva como referência para que se venham a realizar outros nesta área que permitam o desenvolvimento do conhecimento em Enfermagem neste domínio e que seja uma mais-valia no desenvolvimento de um plano estruturado de acompanhamento das pessoas submetidas a cirurgia bariátrica.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Direcção-Geral da Saúde. (2005). Programa Nacional de Combate à Obesidade (Circular Normativa nº 03/DGCG de 17/03/2005). Lisboa, Portugal: Autor.
- Loureiro, L. M. (2006). Adequação e rigor na investigação fenomenológica em enfermagem: Crítica, estratégias e possibilidades. *Revista de Enfermagem Referência*, 2(2), 21-32.
- Streubert, H. J., & Carpenter, D. R. (2002). *Investigação qualitativa em enfermagem: Avançando o imperativo humanista* (2ª ed.). Loures, Portugal: Lusociência.
- Vidal, P. (2007). Obesidade em Portugal: Epidemiologia e principais consequências. *Revista da Faculdade de Medicina de Lisboa*, 12(4), 259-261.

VIVÊNCIAS NA UNIDADE DE CUIDADOS PÓS-ANESTÉSICOS DO UTENTE SUBMETIDO A CIRURGIA ORTOPÉDICA SOB ANESTESIA LOCO-REGIONAL

LUZ DE FATIMA F. PEREIRA
MARIA HELENA BRISIO MARTINS

INTRODUÇÃO

Este trabalho de investigação surgiu no âmbito da dissertação do I Mestrado em Médico-Cirúrgica da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

Para a Associação dos Enfermeiros de Salas de Operações Portuguesas (AESOP; 2006) as unidade de cuidados pós-anestésicos (UCPAs) são um espaço concebido para o cuidado ao utente sujeito a um ato anestésico. Estas unidades são altamente especializadas; equipadas com meios técnicos e recursos humanos competentes, direcionados para a monitorização, vigilância e cuidados diferenciados num curto período de tempo, mas altamente crítico, que é esta fase do pós-operatório imediato. É um período em que o utente se encontra muito vulnerável, pois associa os riscos do procedimento cirúrgico com os riscos da técnica anestésica.

Após o ato cirúrgico o utente é transferido para a UCPA, podendo apresentar diferentes sentimentos e sensações referentes a este período, como seja o caso de frio, dor, sentimento de solidão, temor e expectativa face aos resultados da cirurgia (Lima & Busin, 2008).

Normalmente o utente permanece na UCPA até à recuperação completa da sua consciência, bem como a recuperação para parâmetros normais dos reflexos protetores da via aérea, estabilização das suas funções vitais e a reversão dos bloqueios regionais aquando da utilização da anestesia loco-regional. Todo este processo está sempre sob a observação e cuidados constantes das equipas de enfermagem e médica (Possari, 2007). Ou seja, o recobro anestésico (na UCPA) integra-se no continuum de cuidados anestésicos que foram iniciados no período pré-operatório, que continua durante o procedimento cirúrgico com a monitorização e intervenção na sala operatória (fase intraoperatória), terminando na fase de estabilização dos sistemas fisiológicos após intervenção cirúrgica.

Destina-se essencialmente a proporcionar aos utentes a vigilância e os cuidados até à recuperação dos efeitos da anestesia, bem como detetar e tratar precocemente complicações decorrentes do ato anestésico-cirúrgico.

O recobro anestésico é habitualmente dividido em duas fases: na primeira fase a vigilância dos sinais vitais sendo o rácio enfermeiro/doente igual ao de uma unidade de cuidados intensivos polivalentes (UCIP). Na segunda fase passa-se de uma fase de observação intensiva para uma fase de estabilização de cuidados cirúrgicos globais para serem seguidos posteriormente na enfermaria (Possari, 2007).

Se a enfermagem atual ambiciona cuidar da pessoa do ponto de vista holístico e humanista a opinião do utente sobre a nossa prática constitui um desafio para a melhoria dos cuidados.

Sendo poucos os estudos na área dos cuidados numa UCPA e ainda menos os realizados na índole qualitativa, a problemática apresentada constitui o ponto de partida deste estudo evidenciando a preocupação de como estamos a cuidar do utente nesta unidade de cuidados

Como contributo para a resposta a esta questão parece-nos fundamental saber a opinião do utente que foi submetido a cirurgia ortopédica sob efeito de anestesia loco-regional em relação à sua permanência na UCPA.

OBJETIVOS

- Conhecer as vivências dos utentes que foram submetidos a cirurgia ortopédica sob efeito de anestesia loco-regional sobre a sua permanência na UCPA do Hospital de Santo André (HSA), entidade pública empresarial (EPE), Leiria;
- Descrever os sentimentos vivenciados de forma significativa pelos utentes;
- Identificar o significado dessa experiência vivenciada ao longo deste período do percurso da sua doença;
- Identificar os fatores que influenciam a satisfação do utente e as suas vivências relativas aos cuidados recebidos na UCPA.

METODOLOGIA

Orientado por objetivos de natureza descritiva, o estudo insere-se numa abordagem do tipo exploratório não experimental, pois circunscreve-se a um grupo de utentes sobre os quais se pretende efetuar uma pesquisa aprofundada acerca de um problema específico.

Tendo em conta os objetivos do estudo optamos por um estudo qualitativo, numa abordagem fenomenológica, com o modelo fenomenológico de Loureiro (2002).

Loureiro (2002) apoiou o seu modelo principalmente nas três operações essenciais de Spiegelberg citado por Loureiro (2002), denominadas de fases do método fenomenológico: a intuição, a análise e a descrição. A estas fases Loureiro (2002) acrescentou um primeiro passo prévio, que “consiste em suspender a crença no fenómeno” (p.13) denominado suspensão.

A recolha de dados foi efetuada através de entrevista semiestruturada, realizada a 11 pessoas submetidas a cirurgia ortopédica, 24 a 48 horas após cirurgia.

Foram cumpridos os requisitos éticos e formais preconizados para este tipo de estudos (Fortin, 2003; Gil, 1989; Patton, 1990; Quivy & Campenhoudt, 1992).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A nível dos resultados e da discussão dos mesmos podemos referir que da análise dos achados emergiram quatro temas principais: vivência, satisfação, identificação profissional e sugestões. Destes sobressaíram significados relevantes como: os sentimentos de ansiedade/receio, cuidados recebidos, informação e ensinamentos prestados pelos enfermeiros, e ainda os fatores que influenciam a satisfação e percepção das competências dos profissionais, entre outras.

Com esta discussão de achados não queremos, nem se pretende que haja, uma generalização dos mesmos, sendo que apenas a transferibilidade é passível de generalização.

Os resultados apresentados estão em convergência com a revisão da literatura

CONCLUSÃO

Podemos afirmar que este estudo mostrou o que foi vivenciado por estes doentes durante a sua permanência na UCPA, não podendo por isso ser generalizado.

Os profissionais da UCPA, principalmente os enfermeiros têm a incumbência da identificação e atendimento das necessidades globais destas pessoas e respetivas famílias. Para tal, deixamos a proposta de que os enfermeiros destas unidades adquiram e desenvolvam competências e estratégias para serem perspicazes a desvendar as preocupações (muitas vezes ocultas) que cada utente e família sentem nesta fase. Com o avanço tecnológico cada vez maior, torna-se fácil esquecermo-nos do lado humano e holístico da nossa atividade, algo que nos é peculiar e tão bem nos caracteriza. Não podemos deixar que outros profissionais de saúde tomem o nosso lugar nessa área.

Os participantes do nosso estudo durante a entrevista expuseram sugestões que no seu ponto de vista visava melhorar a experiência/vivência de estar na UCPA do HSA, EPE. Estas sugestões incidiram sobre o item do ambiente e do item da presença do profissional.

As sugestões apresentadas a nível do ambiente foram principalmente a nível do ruído e ao nível do conforto/relaxamento. A nível do ruído, um dos tipos de ruído que incomodou e que um dos nossos utentes gostava que fosse diferente foi o ruído do telefone.

Deixamos, também, algumas propostas para possível implementação na prática clínica com potencial de benefício para os profissionais de saúde e os doentes, como a elaboração de folhetos e a implementação de consulta de enfermagem pré-operatória. Faz, igualmente, sentido continuar a investigar nesta temática. Finalmente, podemos dizer que a elaboração deste trabalho de investigação foi muito enriquecedora e gratificante para o nosso desenvolvimento profissional e pessoal. Deu-nos outra visão sobre a problemática em questão, o que nos irá obrigar a ajustar a nossa prática profissional para melhor servir a quem nos solicita ajuda.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Associação dos Enfermeiros de Salas de Operações Portuguesas. (2006). *Enfermagem perioperatória: Da filosofia à prática dos cuidados*. Loures, Portugal: Lusodidacta.
- Fortin, M. F. (2003). *O processo de investigação* (3ª ed.). Loures, Portugal: Lusociencia.

- Gil, A. C. (1989). *Métodos e técnicas de pesquisa social* (2ª ed.). São Paulo, Brasil: Atlas.
- Lima, L. B., & Busin, L. (2008). *O cuidado humanizado sob a perspectiva de enfermeiras em unidade de recuperação pós-anestésica*. Recuperado de www.seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/download/5286/3005
- Loureiro, L. (2002). Orientações teóricas: Metodológicas para a aplicação do método fenomenológico em enfermagem. *Referência: Revista de Educação em Enfermagem*, 8, 5-16.
- Patton, M. Q. (1990). *Qualitative evaluation and research methods*. Newbury Park, USA: Sage.
- Possari, J. F. (2007). *Assistência de enfermagem na recuperação pós-anestésica* (3ª ed.). São Paulo, Brasil: Erica.
- Quivy, R., & Campenhoudt, L. V. (1992). *Manual de investigação em ciências sociais*. Lisboa, Portugal: Gradiva

VIVÊNCIAS DOS DOENTES SUBMETIDOS A CIRURGIA DE AMBULATÓRIO NA PREPARAÇÃO PARA A ALTA

MARIA ISABEL DOURADO FREITAS
JOSÉ REIS DOS SANTOS ROXO
MARIA DA CONCEIÇÃO PINTO MADANELO DOS SANTOS ROXO

INTRODUÇÃO

A evolução tecnológica e científica na área da medicina, e as alterações ao nível da saúde e da sociedade têm determinado a criação de programas alternativos à cirurgia convencional e ao internamento.

O carácter inovador da cirurgia de ambulatório é baseado num modelo organizativo, centrado no doente, que o envolve num percurso independente do internamento, procurando-se benefícios em eficiência e qualidade, e obtendo-se níveis maiores de humanização e satisfação dos doentes e familiares (Despacho nº 30114/2008)

Este regime cirúrgico permite a realização de procedimentos cirúrgicos eletivos com um tratamento personalizado, humanizado, com elevada segurança e qualidade, em que o doente tem alta no mesmo dia ou até 24 horas, após a sua admissão. Esta constatação implica uma preparação para a alta, planeada e sistematizada, em que o doente/família assegura a continuidade de cuidados no domicílio.

Com este desafio, a preparação do doente para a alta, requer especial atenção pelos profissionais de saúde, dado que, os doentes carecem de conhecimento sobre autogestão dos cuidados e encaminhamento pós cirúrgico.

OBJETIVO

Conhecer as perceções dos doentes submetidos a Cirurgia de Ambulatório quanto à preparação para a alta.

METODOLOGIA

Estudo de natureza qualitativa, com abordagem fenomenológica, de acordo com o proposto por Giorgi (Giorgi & Sousa, 2010).

Os participantes foram seis doentes do serviço de cirurgia do Hospital José Luciano de Castro, representativos das especialidades realizadas em regime de cirurgia de ambulatório. Foram selecionados dois doentes submetidos a cirurgia geral, dois doentes da especialidade cirúrgica de urologia e os restantes da especialidade cirúrgica de ortopedia.

Todos os participantes foram convidados previamente no dia em que tiveram alta, a participar na pesquisa, tendo-lhes explicado o objetivo do estudo, o contexto da sua realização, a metodologia e os aspetos relacionados com o anonimato e confidencialidade. Neste momento, também foi acordado com eles a data da realização da entrevista, coincidindo com a primeira consulta de pós-operatório.

As entrevistas foram realizadas num gabinete de consulta externa de modo a existir privacidade e conforto. No dia da entrevista foi obtido o consentimento formal por escrito de todos os doentes, assim como foi reforçada a confidencialidade e o anonimato dos participantes. A permissão para empreender este estudo foi solicitada por escrito, ao Presidente do Conselho de Administração de hospital José Luciano de Castro, sendo o pedido de autorização para a realização das entrevistas, deferido a 12 de Janeiro de 2010.

A recolha de dados foi efetuada, entre os meses de maio e outubro de 2010, através de entrevistas semiestruturadas, gravadas em suporte informático.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dos relatos dos participantes surgiram quatro estruturas gerais, que possibilitaram compreender as suas vivências: vivências face ao tipo de informação; vivências no processo educacional; vivências face às dificuldades na preparação para a alta; e vivências facilitadoras na preparação para a alta. A cada estrutura geral estão associados como constituintes essenciais, sentimentos e perceções atribuídos aos relatos dos doentes.

A estrutura geral que enquadra as Vivências face ao tipo de informação aglutina como constituintes essenciais as perceções sobre informação escrita e informação oral. Como informação escrita os constituintes essenciais revelados foram folhetos, carta para o médico assistente, carta de enfermagem, receita médica, contactos pós cirúrgicos e marcação de consulta. Em termos de perceção de informação oral, são identificados: ensinamentos específicos referentes a cada cirurgia, ensinamentos na toma da medicação e indicações para marcação de consulta pós-cirúrgica.

A estrutura geral, vivências no processo educacional, reúne como constituintes essenciais sentimentos de insatisfação, insegurança, segurança, satisfação e confiança e em termos de perceções: o momento da informação, o autocuidado, o conforto físico e psicológico.

Na estrutura relativa às vivências face às dificuldades na preparação para a alta identificaram-se como constituintes essenciais os sentimentos de insegurança, segurança e desânimo; em termos de perceção: o deficit de atenção, os cuidados no domicílio e as complicações pós operatórias.

Finalmente, nas vivências facilitadoras na preparação para a alta foram percecionados como constituintes essenciais: a consulta pré operatória, o acolhimento e o acompanhamento na unidade, o telefonema das 24 horas, a visita domiciliária, a avaliação da satisfação, o envolvimento da família/cuidador e a atitude dos profissionais.

Na experiência vivenciada na preparação para a alta os doentes revelaram que a informação escrita fornecida é essencial para gestão de cuidados no domicílio. A informação oral surge como reforço da informação escrita cedida.

Os discursos dos doentes, estão em consonância com as recomendações da literatura, face ao tipo de informação a fornecer a cada doente que experiência a cirurgia de ambulatório. No entanto, verifica-se a inexistência de folhetos informativos referentes ao pré operatório.

A informação clínica é uma característica fundamental dos programas de cirurgia de ambulatório, dando grande relevo a uma informação cuidada, esclarecedora, que envolve doentes e cuidador num programa que exige a sua co-responsabilização. Esta informação é transmitida oralmente em diversos momentos, quer a anteceder a cirurgia, quer depois desta e deve ser fornecida por escrito, para que o doente não esqueça importantes ações na preparação pré operatória ou desvalorize sinais e sintomas no pós-operatório que possam ser importantes (Comissão Nacional para o Desenvolvimento da Cirurgia de Ambulatório [CNADCA], 2008).

A variedade de sentimentos experienciados no processo de preparação para a alta relaciona-se com a presença ou ausência de contacto com os profissionais de saúde, para ceder informação e efetuar ensinamentos personalizados a cada doente. O enfermeiro precisa de colher informações pertinentes do próprio doente, descobrindo o que o doente quer e precisa saber, de maneira a que o ensino seja mais eficiente e personalizado (Timby, 2007).

Os participantes revelam ser o pós-operatório e o momento da alta, as ocasiões em que lhe foram transmitidas informações para o seu regresso a casa. Verifica-se uma discrepância entre o relatado e o estado da arte sobre o fenómeno em estudo dado que neste a preparação para a alta tem o seu início na consulta pré operatória de enfermagem. Finalmente em relação ao processo educacional os participantes valorizam o bem-estar físico e psicológico como essencial para a compreensão dos cuidados a seguir no pós-operatório.

Como dificuldades sentidas surge o défice de informações para atuar em situações específicas de complicações e orientação para continuidade de cuidados no domicílio. Neste contexto a CNADCA (2008) recomenda a criação de procedimentos e apoios ao programa de cirurgia de ambulatório, designadamente o contacto telefónico para esclarecer dúvidas e orientar os doentes e familiares, no caso de complicações.

Existem fatores facilitadores da preparação para a alta, que estão relacionados com o percurso que os participantes percecionam na vivência de cirurgia de ambulatório. A postura e atenção dos profissionais, associada à informação e ensinamentos personalizados são fatores que contribuem para a satisfação dos cuidados na preparação para a alta. De acordo com Rothrock (2008) o paradigma dos cuidados de enfermagem perioperatórios ao doente, em cirurgia de ambulatório é diferente do doente cirúrgico com internamento hospitalar. Os enfermeiros perioperatórios têm a oportunidade de desenvolver modelos de prática de enfermagem que permitam: o bem-estar, segurança, conforto, e educação do doente e a continuidade de cuidados.

CONCLUSÃO

Concluimos pelos relatos dos entrevistados, que o tipo de informação escrita e oral fornecida pelos profissionais de saúde está de acordo com as recomendações da CNADCA. No entanto,

no primeiro contacto do doente com a Cirurgia de Ambulatório devem ser fornecidos folhetos informativos no pré operatório, o que não se verifica no nosso estudo. Também ficou bem evidente que a informação escrita não substitui o ensino personalizado, dirigido às dúvidas e necessidades de cada doente.

A consulta de enfermagem foi identificada como fator facilitador da preparação para a alta, que deve ser iniciada no pré operatório, permitindo o levantamento das necessidades do doente e família. Este também é o momento oportuno de minimizar medos e receios da anestesia, da cirurgia, e preparar a recuperação no domicílio.

A experiência da preparação para a alta feita pelos entrevistados revelou a necessidade de um maior investimento neste processo. Com efeito, apesar de na generalidade dos casos a alta ser preparada no Serviço, pela análise dos dados obtidos emerge a necessidade de uma maior sistematização e formalização dos aspetos que a mesma deve integrar.

Assim, a preparação da alta clínica representa um aspeto essencial numa efetiva continuidade de cuidados. Neste âmbito, a intervenção centra-se no ensino, instrução e treino do doente/família. O enfermeiro detém um corpo de conhecimentos e competências que simultaneamente representam uma oportunidade e um desafio no que diz respeito a este campo de intervenção. Com efeito, a mais-valia que representa para os doentes/famílias a preparação da alta realizada pelos enfermeiros terá com certeza repercussões na afirmação e reconhecimento social da profissão.

Encontrámos a oportunidade de cooperar com a Instituição na melhoria da qualidade dos cuidados, na medida em que o estudo revelou a necessidade de implementar uma preparação da alta de forma estruturada, desde a consulta pré operatória até à continuidade de cuidados no domicílio. Ambicionamos que da execução deste trabalho resultem benefícios quer para a instituição quer para a futura Unidade de Cirurgia de Ambulatório.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Comissão Nacional para o Desenvolvimento da Cirurgia de Ambulatório. (2008). *Relatório final: Cirurgia de ambulatório: Um modelo de qualidade centrado no utente*. Recuperado de http://portal.arsnorte.minsaude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Conte%C3%BAdos/GRP/Relatorio_Final.pdf
- Despacho nº 30114/2008 de 21 de Novembro. *Diário da República nº 227/2008 – 2ª Série*. Ministério da Saúde, Gabinete do Secretário de Estado Adjunto da Saúde. Lisboa, Portugal.
- Giorgi, A., & Sousa, D. (2010). *Método fenomenológico de investigação em psicologia*. Lisboa, Portugal: Fim de Século.
- Rothrock, J. C. (2008). *Alexander: Cuidados de enfermagem ao paciente cirúrgico* (13ª ed.). Loures: Lusodidata.
- Timby, B. K. (2007). *Conceitos e habilidades fundamentais no atendimento de enfermagem* (8ª ed.). Porto Alegre, Brasil: Artmed.

A VIVÊNCIA DA PESSOA COM ENFARTE AGUDO DO MIOCÁRDIO NA PREPARAÇÃO PARA A ALTA HOSPITALAR

MADALENA MARIA ALVES DA CRUZ
PAULO ALEXANDRE CARVALHO FERREIRA

INTRODUÇÃO

Atualmente o enfarte agudo do miocárdio (EAM) é uma patologia que afeta uma larga percentagem da população cada vez mais jovem e é responsável por alterações na qualidade de vida da pessoa, com repercussões na vivência quotidiana a nível familiar, social e profissional.

As repercussões desta patologia podem afetar a pessoa a vários níveis, ameaçando não apenas a atividade quotidiana, mas criando ansiedade e muitas preocupações.

Neste contexto Hatchett e Thompson (2006) referem que

o estudo nacional de doentes com antecedentes de doença coronária publicado em 2000, dá a conhecer os aspetos considerados pelos doentes como mais importantes, apresentando desafios a enfermeiros . . . no sentido de proporcionar . . . conforto físico e dignidade, comunicação e informação. (p. IX)

Desta forma o cuidado cardíaco tem vindo a desenvolver-se baseado num extenso número de evidências que apoiam as muitas intervenções, com o objetivo de satisfazer as necessidades da pessoa, reduzir o sofrimento e tornar mais rápida a recuperação. Assim, a preparação da alta hospitalar, é um processo que é parte importante do plano de tratamento, sendo um cuidado fundamental na prática de enfermagem e deve ser uma ação contínua, permanente e evolutiva, pelo que deve ser considerada fulcral no processo do cuidar.

OBJETIVOS

- Identificar o conhecimento da pessoa sobre fatores que influenciaram a ocorrência do EAM;
- Identificar as preocupações da pessoa com EAM na preparação para a alta hospitalar;
- Perceber se a pessoa considera importante após o EAM mudar os seus hábitos de vida;
- Identificar a informação que a pessoa com EAM considera pertinente na preparação para a alta hospitalar.

METODOLOGIA

Pesquisa qualitativa, de tipo fenomenológico, seguindo as etapas processuais preconizadas por Giorgi (2006). Neste sentido considerou-se Fortin (2009), que se baseia em procurar compreender a significação das descrições que as pessoas fazem da sua experiência. De acordo com Loureiro (2002), o método fenomenológico permite aceder à realidade do fenómeno, tal como ele se manifesta.

Assim todo o processo de investigação tem por base a vivência da pessoa que sofreu um EAM na preparação para a alta, partilhada através de entrevistas semiestruturadas.

Os participantes foram doentes internados num Serviço de Cardiologia, selecionaram-se dez participantes de acordo com determinados critérios de elegibilidade, recorrendo-se à amostragem intencional e ao princípio da saturação da informação.

RESULTADOS

Dos dez doentes que participaram no estudo, sete são do sexo masculino e os restantes de sexo feminino. Relativamente ao estado civil a maioria são casados, sendo apenas uma participante solteira. As idades estão compreendidas entre os 35 e os 82 anos, encontrando-se a maioria dos participantes na faixa etária dos 50-70 anos.

Para a análise da informação seguimos um processo centrado na abordagem fenomenológica, de acordo com a orientação metodológica proposta por Giorgi e Sousa (2010), propondo-se a descrição da vivência da pessoa com EAM na preparação para a alta, ficando assim ligada aos enunciados verbais dos participantes.

Após várias leituras das entrevistas, objetivando a análise metódica das informações obtidas e encontrar a essência do fenómeno, extraíram-se descrições da experiência significativas, que depois foram organizadas em grupos, que designámos por Constituintes Essenciais (Figura 1) de modo a melhor contextualizar e compreender os achados do estudo.

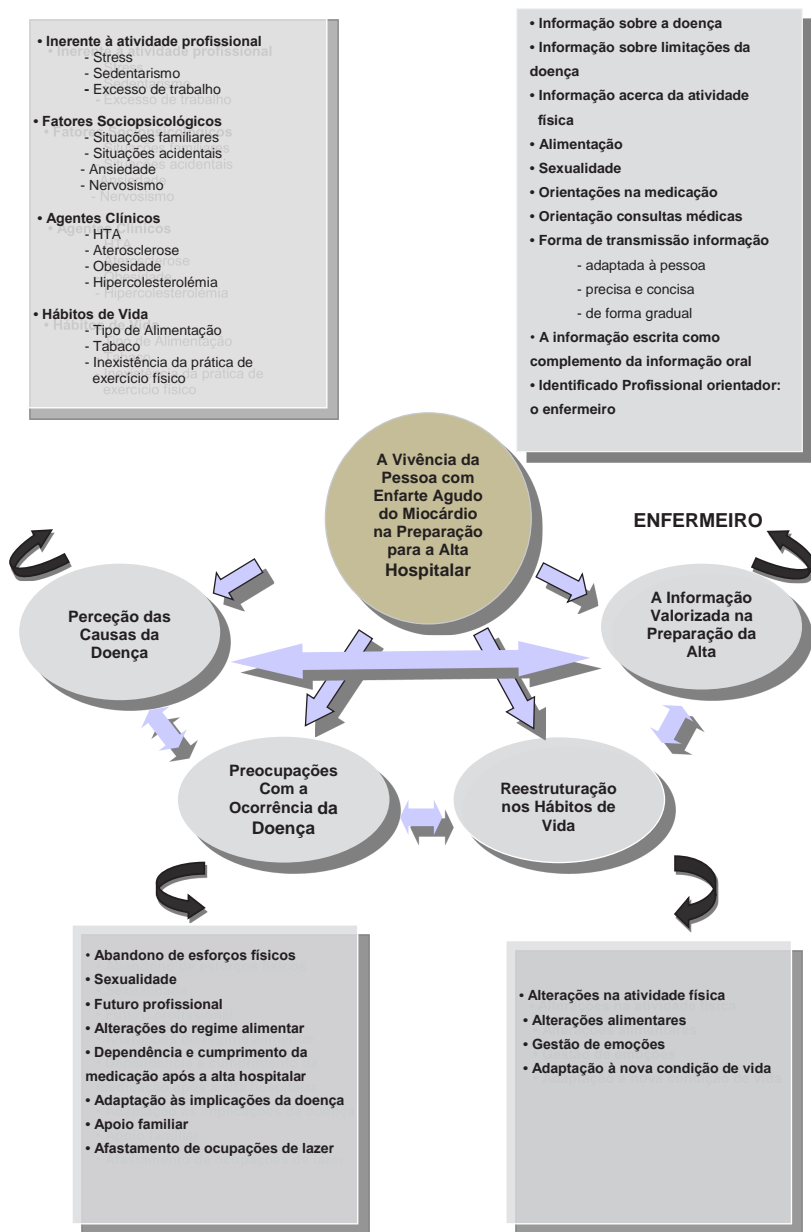


Figura 1. Representação esquemática dos Constituintes Essenciais e relações do fenómeno em estudo.

DISCUSSÃO

Os participantes que integram o estudo, perante a vivência de um EAM e a preparação para a alta hospitalar, percebem como causas da ocorrência da doença vários agentes, alguns participantes referem o stress, sedentarismo, e o excesso de trabalho inerente à sua atividade profissional, outros referem fatores sociais e psicológicos como ansiedade e nervosismo, situações familiares e situações acidentais.

Considerados agentes clínicos, a HTA, a aterosclerose, a obesidade, a hipercolesterolemia associada ao abandono da medicação, também foram referidos como causas da ocorrência. Outros fatores se apresentam, como o tabaco e o tipo de alimentação, que foram mencionados como hábitos de vida por vários participantes, a inexistência da prática de exercício físico, apenas foi manifestada por um participante. Neste contexto, os participantes percebem causas diferentes para o evento.

Assim, a vivência desta doença gera preocupações, decorrentes da própria doença ocorrem limitações funcionais na realização das atividades que são verbalizadas como: o abandono de esforços físicos, a sexualidade, sintomas da doença, e afastamento das ocupações de lazer. São vividas as preocupações com o futuro profissional, de alterações do regime alimentar, da dependência e cumprimento da medicação após a alta hospitalar, a adaptação às implicações da doença e o apoio familiar também emerge no discurso como preocupação da doença.

Uma reestruturação nos hábitos de vida é apontada pelos participantes, conjecturando com vontade, alterações na atividade física, alterações alimentares, gestão de emoções, há ainda quem aborde uma adaptação à nova condição de vida.

Quanto à informação valorizada na preparação para a alta, os participantes referem que foram esclarecidos alguns aspectos, mas desejam mais esclarecimentos, realçam como fundamental serem informados sobre a doença e sobre a sua situação. A informação transmitida deve ser adaptada à pessoa e ser precisa e concisa, há mesmo um participante que refere que deve ser transmitida de uma forma gradual. Expressam necessidade de informação e esclarecimentos específicos relativos às limitações da doença, à atividade física, alimentação, sexualidade, orientações na medicação e orientação para consultas médicas. A informação escrita é referida como complemento da informação oral.

O enfermeiro é salientado como o profissional do qual esperam orientações e esclarecimentos perante a situação da doença e perante a alta hospitalar.

CONCLUSÕES

A ocorrência do EAM é vivida como uma situação de doença inesperada, trazendo incertezas e debilidades à pessoa.

As pessoas ao viverem um EAM relacionam a causa da doença, com hábitos de vida, fatores clínicos adquiridos ou situações com que se deparam no dia-a-dia, como situações familiares ou sociais desencadeadoras de fragilidades.

Na preparação para a alta, são vivenciadas pelas pessoas preocupações quanto ao futuro a vários níveis.

Perante a vivência da doença as pessoas ao interiorizarem o que sucedeu e os riscos de saúde, perspetivam reestruturar o estilo de vida e criar estratégias de adaptação à doença.

Na preparação para a alta, a informação é valorizada como fundamental e de extrema importância, sendo solicitados alguns aspetos. É vivenciada a necessidade de mais esclarecimentos e de forma personalizada. A informação escrita é um complemento da oral.

No processo da preparação para a alta o enfermeiro é considerado o profissional de quem a pessoa com EAM espera intervenções de educação para a saúde, adequadas à sua situação, reconhecendo competência profissional ao enfermeiro nos cuidados prestados.

Os contributos práticos essenciais da investigação evidenciaram o facto de que ser enfermeiro a cuidar de pessoas exige uma atitude reflexiva, sobre o modo como se avaliam as suas necessidades. Esta investigação também contribuiu para fomentar a reflexão sobre a prática profissional diária no cuidar do doente com EAM, podendo levar a transformações que se coadunem com qualidade nos cuidados.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Fortin, M. F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures, Portugal: Lusodidacta.
- Giorgi, A. (2006). Difficulties encountered in the application of the phenomenological method in the social sciences. *Análise Psicológica*, 24(3), 353-361. doi: 10.14417/ap.175
- Giorgi, A., & Sousa, D. (2010). *Método fenomenológico de investigação em psicologia*. Lisboa, Portugal: Fim de Século.
- Hatchett, R., & Thompson, D. (2006). *Enfermagem cardíaca: Um guia polivalente*. Loures, Portugal: Lusociência.
- Loureiro, L. (2002). Orientações teórico-metodológicas para a aplicação do método fenomenológico em enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência*, 1(8), 5-16.

PERCEÇÃO DOS ENFERMEIROS SOBRE A FORMAÇÃO EM SERVIÇO

ANA MARGARIDA ANDRADE FERNANDES TOJAL
MARIA HELENA BRÍSIO MARTINS

INTRODUÇÃO

Se, por um lado, a formação contínua visa aprofundar o grau de desenvolvimento pessoal e profissional, por outro lado, a formação em serviço visa colmatar as necessidades de formação dos elementos de uma equipa, no local de trabalho.

De acordo com Sousa (2003), a formação contínua é um fator importante no desenvolvimento pessoal e profissional do indivíduo, assim como das organizações; esta proporciona a adaptação às inovações que advêm do mundo em permanente mudança, na perseguição de uma melhor qualidade dos serviços prestados.

De facto, um dos fatores importantes para que a melhoria da qualidade dos serviços seja atingida é o adequado e atualizado grau de formação dos profissionais para o desempenho das suas funções.

De acordo com Dias (2004) a formação em serviço adquire, desta forma, uma importância crucial, pois permite refletir em conjunto sobre práticas e cuidados prestados. Pode, ainda, ser um meio capaz de dar resposta às necessidades sentidas pelos profissionais, constituindo uma forma de atualização, alertando-nos para a necessidade de manter um espírito aberto à inovação e apelando à criatividade e responsabilidade individual.

A formação em serviço, através de um planeamento adequado, visa colmatar as necessidades de formação dos enfermeiros e promover o desenvolvimento de competências nos contextos e para os contextos de trabalho. Assim consideramos pertinente estudar a temática: como veem os enfermeiros a formação em serviço. Desta forma, foi formulado o seguinte enunciado do problema que constituiu, também, a nossa questão de partida: Como percebem os enfermeiros a formação em serviço? Com a finalidade de compreender a situação atual e identificar alguns fatores que possam no futuro melhorar a formação em serviço, indo ao encontro das expectativas de quem participa neste tipo de formação.

OBJETIVOS

Analisar a percepção dos enfermeiros sobre a formação em serviço, bem como analisar as

relações entre as várias dimensões da percepção dos enfermeiros sobre a formação em serviço e alguns fatores sociodemográficos, profissionais e relativos à formação em serviço.

METODOLOGIA

Foi realizado um estudo quantitativo descritivo analítico e transversal.

Os dados foram colhidos através de um questionário, constituído por uma escala relativa à Opinião dos Enfermeiros sobre a Formação em Serviço de Ferreira (2004), este foi aplicado durante os meses de Abril, Maio, e Junho de 2010 a uma amostra constituída por enfermeiros que exercem funções nos serviços de Medicina, Ortopedia, Cirurgia, Unidade de cuidados Intensivos Polivalente e Pediatria do Hospital São Teotónio de Viseu, EPE.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Este estudo mostra-nos que 47,7% dos enfermeiros concordam bastante que a formação em serviço contribui para a atualização e aperfeiçoamento dos conhecimentos teórico-práticos, e é importante pois motiva a investigação (52,4%). Contribui para o desenvolvimento de competências, uma vez que permite a partilha de saberes entre os diversos elementos da equipa (52,4%), o que está em consonância com o estudo qualitativo levado a cabo por Dias (2004).

Satisfaz as necessidades de formação quando promove a reflexão e o debate acerca dos problemas sentidos, e tem utilidade prática quando propõe a resolução de problemas (54%), o que vai ao encontro do que foi referido por Nóvoa (1988).

Os fatores condicionantes da eficácia da formação referidos pelos inquiridos são: o não-reconhecimento e compensação pelo empenho da equipa, a falta de estratégias de motivação e a falta de avaliação da mesma.

Dos inquiridos, 50,8% concordam bastante que as melhores estratégias de motivação para adesão à formação em serviço passam pelo envolvimento da equipa na tomada de decisão do projeto a seguir. Por outro lado, Dias (2004) no seu estudo concluiu que a motivação para a formação, está ligada à dinâmica que cada formador imprime a todo o processo formativo.

No planeamento da formação 50,8% dos enfermeiros concordam que existe uma atitude passiva, por parte deles, na sua consecução. A maioria (44,4%) considera que, para que o planeamento vá ao encontro dos objetivos individuais de cada um, este terá que incentivar a reflexão e a investigação sobre o aspeto relacional entre os profissionais e estes e os utentes, assentando num carácter essencialmente prático de reflexão na ação. O planeamento da formação deve, ainda, assentar num projeto que envolva toda a equipa, identificando as áreas problema, desenvolvendo estratégias para a sua resolução.

Referem ainda, que o responsável pela formação tem que ser um elemento reconhecido pela equipa e ter como principais características: a liderança, a dinamização, um papel formativo, a capacidade de motivar a equipa, mostrando imparcialidade, dinamismo, possuindo conhecimentos e disponibilidade, sendo respeitado e alguém que a equipa reconheça o seu

mérito, tendo uma boa relação de parceria com o Departamento de Educação Permanente. Desta forma, os enfermeiros inquiridos acreditam que o desempenho do responsável pela formação em serviço passa por mostrar que é um facilitador da aprendizagem, mostrando disponibilidade e monitorizando as alterações de comportamentos, criando um espaço de confiança e aceitação na equipa, o que vai ao encontro do que é enunciado por Marc e Garcia-Locqueneux (1995).

No que diz respeito às temáticas que os enfermeiros gostariam de ver desenvolvidas, face ao seu contexto de trabalho, na formação em serviço, variam de serviço para serviço e em função dos cuidados prestados.

Quanto às estratégias que os enfermeiros consideram prioritárias, para melhorar a eficácia da formação em serviço, podemos verificar que algumas das estratégias apontadas são comuns aos diferentes serviços como: a motivação da equipa, a compensação das horas de formação, a disponibilização de recursos e meios técnicos, temas de interesse atual e adequados à realidade do serviço e a formação de carácter prático.

Verificamos, também, que algumas das dimensões que compõem a perceção dos enfermeiros sobre a formação em serviço variam consoante o género, a idade, o serviço onde exerce funções e a experiência como responsável pela formação.

CONCLUSÃO

A enfermagem, como profissão, exige a mobilização dos conhecimentos adquiridos e, por conseguinte, uma contínua atualização, através da formação permanente, numa ação conjugada com os avanços da ciência e das novas tecnologias.

Temos consciência que se torna imperiosa uma nova forma de estar dos enfermeiros. Seja qual for o âmbito das suas intervenções, essa mudança passa, inevitavelmente, por encarar a formação permanente e, nomeadamente, a formação em serviço, como um fator indispensável à evolução da disciplina de enfermagem.

Assim, a formação em serviço ganha uma importância considerável, uma vez que permitirá a reflexão sobre a prática, a investigação ligada à ação e a inovação como resultado desta conexão de esforços para a renovação dos conhecimentos adquiridos.

Desta forma e, num esforço de clarificar a perceção dos enfermeiros sobre a formação em serviço, considerámos importante deixar falar os próprios atores, com o intuito de compreender a situação atual e identificar alguns fatores que possam no futuro melhorar a formação em serviço, indo ao encontro das expectativas de quem nela participa.

Neste sentido, questionou-se a opinião dos enfermeiros sobre a formação em serviço, o que implicou um olhar retrospectivo sobre a realidade vivenciada por cada um. Foi, a partir desta introspeção, que conseguimos dar resposta aos objetivos deste trabalho, que se prendiam com a análise da perceção dos enfermeiros sobre a formação em serviço e das várias dimensões desta e alguns fatores sociodemográficos, profissionais e relativos à formação em serviço.

Assim, concluímos que a maioria dos enfermeiros inquiridos entendem que a formação em serviço contribui para a atualização e aperfeiçoamento de conhecimentos e é importante

pois motiva a investigação, contribui para o desenvolvimento de competências, uma vez que permite a partilha de saberes entre os diversos elementos da equipa e satisfaz as necessidades de formação quando promove a reflexão e o debate acerca dos problemas sentidos, tendo utilidade prática quando propõe a resolução de problemas.

Os fatores condicionantes da eficácia da formação referidos pelos inquiridos são: não reconhecimento e compensação pelo empenho da equipa, a falta de estratégias de motivação e a falta de avaliação da mesma.

As melhores estratégias de motivação para adesão à formação em serviço passam pelo envolvimento da equipa na tomada de decisão do projeto a seguir.

No planeamento da formação, os enfermeiros concordam que existe uma atitude passiva, por parte deles, na sua consecução, e para que este vá ao encontro dos objetivos individuais de cada um, terá que incentivar a reflexão e a investigação sobre o aspeto relacional entre os profissionais e estes e os utentes, assentando num carácter essencialmente prático de reflexão na ação. O planeamento da formação deve, ainda, assentar num projeto que envolva toda a equipa, identificando as áreas problema, desenvolvendo estratégias para a sua resolução.

Por outro lado, o responsável pela formação tem que ser um elemento reconhecido pela equipa e ter como principais características: a liderança, a dinamização, entre outras.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Dias, J. M. (2004). *Formadores: Que desempenho?* Loures, Portugal: Lusociência.

Ferreira, P. A. (2004). *Como percebem os enfermeiros a formação em serviço* (Dissertação de mestrado não publicada). Instituto de Ciências Biomédicas Dr. Abel Salazar, Porto, Portugal.

Marc, E., & Garcia-Locqueneux, J. (1995). *Guia de métodos e práticas em formação*. Lisboa, Portugal: Horizontes Pedagógicos.

Nóvoa, A. (1988). O método (auto)biográfico na encruzilhada dos caminhos (e descaminhos) da formação de adultos. *Revista Portuguesa de Educação*, 1(2), 7-20.

Sousa, M. F. (2003). A formação contínua em enfermagem. *Nursing*, 15(175), 28-33.

ANSIEDADE, DEPRESSÃO E STRESSE NO PRÉ-OPERATÓRIO DO DOENTE CIRÚRGICO

MARISA MANUELA BATISTA SANTOS
LUÍS MIGUEL NUNES OLIVEIRA
JOSÉ CARLOS AMADO MARTINS

INTRODUÇÃO

O ónus dos estados emocionais como a ansiedade, a depressão e o stresse na pessoa que vai ser submetida a uma cirurgia é indiscutível. Trata-se de um acontecimento crítico, percecionado como uma realidade desconhecida e ameaçadora para a integridade física e mental. Provoca alterações e implicações no bem-estar e na saúde, nos padrões fundamentais da vida a nível individual e familiar produzindo mudanças de papéis, nas relações, nas identidades, nas capacidades e nos padrões de comportamento.

A componente psicológica inserida numa preparação pré-operatória eficaz, para minimizar os estados emocionais sentidos, ganha um elevado destaque no papel do enfermeiro, visto ser uma área de intervenção autónoma, permitindo o desenvolvimento, consolidação, crescimento, implementação de intervenções e mudanças neste domínio de conhecimento.

A avaliação pré-operatória no doente cirúrgico é fundamental, sendo o enfermeiro o elemento facilitador na resposta às necessidades de suporte biopsicossociais capacitando o doente para a tomada de decisão baseada na autoconfiança e na autorrealização, tendo em conta as variáveis pessoais e contextuais (Mendes, Bastos, & Paiva, 2010). Deve começar pelo contacto enfermeiro/doente e ser contínua ao longo de todo o processo clínico, ser holística e refletir as necessidades fisiológicas, psicológicas, espirituais e sociais do doente, de forma a uniformizar procedimentos ou a instituir protocolos.

As linhas orientadoras para intervenção neste domínio, centram-se no ensino, instrução e treino como forma do doente, família e conviventes significativos colaborem diretamente nos cuidados e no apaziguar de intervenções menos positivas gerindo conflitos e sentimentos (Santos, Martins, & Oliveira, 2014). Interessa, portanto, alcançar pontos de partida para a correta avaliação destas perturbações e da forma como podem condicionar um melhor ajuste ao estado de saúde.

OBJETIVOS

O objetivo principal deste estudo foi identificar os níveis de ansiedade, de depressão e de stresse no pré-operatório do doente cirúrgico e correlacionar com variáveis sociodemográficas e clínicas.

METODOLOGIA

Trata-se de estudo quantitativo, de tipo analítico e correlacional. Foram formuladas duas questões de investigação: Quais os níveis de ansiedade, de depressão e de stresse no pré-operatório do doente cirúrgico; e que fatores influenciam os níveis de ansiedade, de depressão e de stresse no pré-operatório do doente cirúrgico?

A população deste estudo foi constituída pelos doentes internados no serviço de cirurgia de um hospital central.

A amostra é do tipo não probabilística accidental. Os critérios de inclusão definidos foram: saber ler e escrever, ter mais de 18 anos, ter uma cirurgia programada. Os critérios de exclusão foram: encontrar-se a tomar medicação ansiolítica e antidepressiva.

Os dados foram colhidos por questionário, constituído por três partes distintas: caracterização sociodemográfica, caracterização das variáveis clínicas e Escala de Ansiedade, Depressão e Stress-21 (EADS-21).

O estudo foi autorizado pelo Presidente do Conselho de Administração do centro hospitalar onde foi desenvolvido o estudo, após parecer favorável da Comissão de Ética da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem. Foram salvaguardados todos os aspetos éticos inerentes à investigação em seres humanos.

RESULTADOS

A amostra é constituída por 100 doentes. A maioria (59%) são mulheres. A média de idades é de 48,41 anos ($dp=16,09$ anos). A mediana é de 50,5 anos e a classe prevalente é a dos 50-70 anos (22%). A maioria dos inquiridos (64%) é casada, 39% possui o 1º ciclo de ensino básico e a maioria (65%) está no grupo dos trabalhadores ativos.

Verificamos que 80% da amostra já tinha realizado cirurgias anteriores. O principal motivo para a cirurgia foi a patologia benigna (70%) sendo utilizada sobretudo a cirurgia laparotómica (69%). O tempo de internamento no pré-operatório foi, para 86%, de 1 a 5 dias.

A amostra revelou baixos níveis de ansiedade, de depressão e de stresse no pré-operatório. Na dimensão stresse surgem valores ligeiramente mais elevados, tanto nos valores médios como no segundo e terceiro quartil. Não foram encontradas diferenças ou correlações estatisticamente significativas nos níveis de ansiedade, de depressão e de stresse no pré-operatório do doente cirúrgico em função do sexo, da idade, do estado civil, da profissão nem do fato de ter ou não realizado cirurgias anteriores.

As diferenças encontradas nos níveis de depressão no pré-operatório do doente cirúrgico em função das habilitações literárias são estatisticamente significativas. Encontraram-se também

diferenças estatisticamente significativas nos níveis de ansiedade, de depressão e de stresse no pré-operatório do doente cirúrgico em função do diagnóstico clínico.

Verificaram-se diferenças estatisticamente significativas para a dimensão stresse no pré-operatório do doente cirúrgico em função do tipo de cirurgia a realizar, apresentando a cirurgia laparotómica valores médios superiores em relação à cirurgia laparoscópica. Por último, quando correlacionámos os níveis de ansiedade, de depressão e de stresse no pré-operatório do doente cirúrgico com o tempo de internamento em dias, verificámos uma correlação fraca, positiva e estatisticamente significativa apenas entre a dimensão depressão e tempo de internamento.

DISCUSSÃO

Os baixos níveis de ansiedade, de depressão e de stresse no pré-operatório do doente cirúrgico podem estar associados a diversos fatores, enfatizando-se as características da amostra. Segundo Santos, Santos, Melo, e Júnior (2009), são os sintomas psicológicos que mais se manifestam no período pré-operatório. Marcolino, Suzuki, Alli, Gozzani, e Mathias (2007) utilizaram a EADS e verificaram que 44,3% dos doentes apresentam ansiedade e 26,6% depressão no período pré-operatório e afirma que a avaliação dos estados emocionais deve ser sempre realizada, independentemente de o doente apresentar ou não doença clínica e ou cirúrgica grave.

As diferenças encontradas nos níveis de depressão no pré-operatório cirúrgico em função das habilitações literárias pode ser justificado pelo facto do grau de instrução ser potenciador de uma maior procura de informação, maior compreensão de todo o processo cirúrgico e consequentemente aumentar a propensão para depressão.

No que diz respeito à variável clínica ter ou não realizado cirurgias anteriores, as evidências do nosso estudo são contraditórias com a literatura (Santos et al., 2009). Verificou-se associação entre os níveis de ansiedade, de depressão e de stresse e o diagnóstico clínico, o que é consistente com verificado por Santos et al. (2009).

Encontraram-se diferenças estatisticamente significativas nos níveis de stresse no pré-operatório do doente cirúrgico em função do tipo de cirurgia a realizar. O processo cirúrgico acarreta perturbações físicas e psicológicas, pela incerteza do tipo de procedimento invasivo utilizado e indefinição de eventos que poderão advir. Mesmo as cirurgias menos invasivas podem provocar fortes repercussões emocionais e consequências nefastas (Mendes, Silva, Nunes, & Fonseca, 2005).

Os níveis de ansiedade, depressão e stresse no pré-operatório do doente cirúrgico aumentam com o prolongar do internamento. Apesar do internamento para cirurgias programada ser realizado cada vez mais próximo da cirurgia, 24 horas antes, assiste-se neste curto espaço de tempo a necessidades de apoio emocional e de ensinamentos pelos doentes (Santos et al., 2014).

CONCLUSÃO

O período pré-operatório envolve uma grande carga emocional para o doente e para os conviventes significativos, sendo por este motivo fundamental que a preparação psicológica se inicie com o contato entre o enfermeiro/doente ainda antes da intervenção cirúrgica.

Foi intenção identificar os níveis de ansiedade, de depressão e de stresse no pré-operatório do doente cirúrgico e conhecer as possíveis relações e diferenças com variáveis sociodemográficas e clínicas.

Os resultados indicam que no período pré-operatório, o doente cirúrgico manifesta baixos níveis de ansiedade, de depressão e de stresse. Verifica-se associação estatisticamente significativa entre os níveis de depressão no período pré-operatório e as habitações literárias e o tempo de internamento. Os níveis de ansiedade, de depressão e de stresse estão associados de forma estatisticamente significativa à variável diagnóstico clínico. O tipo de cirurgia condiciona os níveis de stresse no pré-operatório cirúrgico.

Os resultados do estudo oferecem a possibilidade de refletir sobre as nossas práticas e comportamentos como profissionais de saúde. Devem ser considerados como um contributo para a compreensão do complexo fenómeno que diz respeito à identificação de sintomas emocionais associados ao momento pré-operatório no contexto cirúrgico e à valorização pelos profissionais de saúde, prevenindo a evolução para situações patológicas.

Destes resultados surgem algumas sugestões: incrementar programas de formação em serviço para o desenvolvimento de competências neste domínio; instituir uma consulta pré-operatória conjuntamente com a restante equipa multiprofissional inserindo uma entrevista com guião estruturado, onde através de posturas, comportamentos e palavras, fosse possível conceptualizar estados emocionais de ansiedade, de depressão e de stresse que possibilitem uma intervenção autónoma e interdependente direccionada ao problema; e intervir de forma interdependente na minimização do tempo de internamento.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Marcolino, J. A., Suzuki, F. M., Alli, L. A., Gozzani, J. L., & Mathias, L. A. (2007). Measurement of anxiety and depression in preoperative patients: Comparative study. *Revista Brasileira de Anestesiologia*, 57(2), 157-166. doi: 10.1590/S0034-70942007000200004
- Mendes, A. C., Silva, A., Nunes, D., & Fonseca, G. (2005). Influência de um programa psico-educativo no pré-operatório nos níveis de ansiedade do doente no pós-operatório. *Referência*, 2(1), 9-14.
- Mendes, A. P., Bastos, F., & Paiva, A. (2010). A pessoa com insuficiência cardíaca: Factores que influenciam/dificultam a transição saúde/doença. *Revista de Enfermagem Referência*, 3(2), 4-16. doi: 10.12707/R111049
- Santos, M. M., Martins, J. C., & Oliveira, L. M. (2014). A ansiedade, depressão e stresse no pré-operatório do doente cirúrgico. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(3), 7-15. doi: 10.12707/R111393
- Santos, A., Santos, L., Melo, D., & Júnior, A. (2009). Estresse pré-operatório: Comparação entre pacientes do SUS e convencionados. *Psicologia Reflexão e Crítica*, 22(2), 269-276. doi: 10.1590/S0102-79722009000200014

A VISITA PRÉ-OPERATÓRIA DE ENFERMAGEM: CONTRIBUTOS PARA A SUA IMPLEMENTAÇÃO

MARIA MARLI DUARTE DANTAS
MARIA DO CÉU MESTRE CARRAGETA

INTRODUÇÃO

O doente cirúrgico quando se defronta com um evento novo ou desconhecido na sua vida, mediante o seu significado, manifesta sentimentos positivos ou negativos. O procedimento cirúrgico é um evento traumático para o doente cirúrgico, porque a envolvimento que esse facto acarreta, provoca e obriga mudanças na sua rotina.

Nesses termos, o papel da equipa multidisciplinar de saúde é preponderante, ao adotar medidas que amenizem o trauma e conseqüentemente promova o sucesso do processo cirúrgico, recorrendo a meios, como a sistematização da assistência de enfermagem. Segundo Campos et al. citados por Freiburger e Mudrey (2011), a sistematização da assistência de enfermagem perioperatória é um processo que visa ser utilizado “para sistematizar a assistência de enfermagem e tem como prioridade um processo individualizado, holístico, contínuo documentado e avaliado. Facilitando a assistência ao paciente como ser único, com sentimento e necessidades únicas e próprias” (p. 17). Complementando, Nettina (2003) afirma que a enfermagem perioperatória “é um termo utilizado para descrever os cuidados de enfermagem administrados na experiência cirúrgica total do paciente: pré-operatória, intraoperatória [*sic*], e pós-operatória” (p. 103).

De acordo com Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses (AESOP) (2006), “a visita pré-operatória representa, numa perspectiva de continuidade, o primeiro elo de cadeia do processo dos cuidados perioperatórios” (p. 122). Deste modo, a humanização da qualidade de cuidados no bloco operatório, e a sua importância, deve ser debatida, quer com o doente cirúrgico quer com os enfermeiros, para que, se possível, se contribua para a sua implementação num serviço de bloco operatório de um hospital central.

Em Portugal, a especialização de enfermagem perioperatória não é uma realidade, não é reconhecida pela ordem dos enfermeiros e nem é uma área de grande investimento no Curso de Licenciatura em Enfermagem. Neste parâmetro, o enfermeiro para se integrar num bloco operatório para exercer as suas competências depara-se com dificuldades por não possuir conhecimentos basilares e essenciais necessitando de auxílio de colegas experientes.

Conjugando o défice de conhecimento com o investimento autónomo do enfermeiro em formações e/ou congressos e por o bloco operatório ter características próprias em que o ambiente é fechado e restrito em que não há uma notória visibilidade dos cuidados de enfermagem praticados, poderão ser elementos desmoralizadores para os enfermeiros. Desse ponto de vista, a realização da visita pré-operatória de enfermagem que contempla os cuidados de enfermagem perioperatória, poderá ser um meio de demonstração e/ou reconhecimento da qualidade de cuidados prestados pelos enfermeiros de bloco operatório a exercer essas funções. Consequentemente está-se a contribuir para a excelência dos cuidados, tornando-os personalizados e humanizados, o que contribui para o reconhecimento da função do enfermeiro de bloco operatório. Por conseguinte, a visita pré-operatória de enfermagem proporciona benefícios para o doente cirúrgico, pois estes são o foco de atenção do enfermeiro.

OBJETIVOS

Foram definidos como objetivos deste estudo:

- Compreender a importância da visita pré-operatória de enfermagem para os doentes cirúrgicos;
- Caracterizar a visita pré-operatória de enfermagem na perspetiva dos enfermeiros;
- Identificar as vantagens/desvantagens da visita pré-operatória de enfermagem, quer para os enfermeiros quer para os doentes cirúrgicos;
- Identificar elementos integradores para a realização da visita pré-operatória na perspetiva dos enfermeiros;
- Contribuir para o desenvolvimento e implementação de um plano estruturado de ensinosa no pré-operatório.

METODOLOGIA

Estudo exploratório-descritivo de carácter qualitativo, tendo como participantes seis doentes cirúrgicos internados no serviço de cirurgia geral e quatro enfermeiros do bloco operatório central, de um centro hospitalar do concelho do Porto. Ribeiro (2008) menciona que “os estudos descritivos são normalmente estudos exploratórios que decorrem do facto do investigador não ter necessariamente um conjunto de assunções bem desenvolvidas para formular hipóteses” (p. 35). Deste modo, uma vez que com este estudo pretendemos explorar conceitos descrevendo experiências a partir da opinião de pessoas, este estudo de investigação insere-se no tipo exploratório-descritivo. Recorreu-se a entrevistas semiestruturadas com recurso a dois guiões de entrevista dirigidos a doentes cirúrgicos e a enfermeiros. De referir, que a entrevista ao doente cirúrgico foi efetuada no pós-operatório e só depois de todas concluídas é que os enfermeiros foram entrevistados. As entrevistas foram realizadas no quarto do doente cirúrgico e no gabinete de enfermagem e só com a presença do investigador.

A análise da informação foi feita através da técnica de análise de conteúdo. A análise dos dados num tipo de investigação qualitativa é definida como uma fase integrada no processo

de investigação e que está obrigatoriamente presente sempre que o investigador colhe dados. Sendo a análise de dados baseada na descrição dos entrevistados acerca da sua experiência, entendeu-se que para o contexto do trabalho em questão, seria utilizada a análise de conteúdo definida por Bardin (2013). Esta foi dividida em três fases: pré-análise, exploração do material e tratamento de resultados. Na pré-análise foi organizado o esquema de trabalho a ser seguido. Na fase seguinte, chamada de descrição analítica, o material recolhido foi examinado através de uma leitura flutuante, a fim de possibilitar a elaboração de categorias. E, na última fase, chamada interpretação referencial ou referenciação índices e elaboração de indicadores, as respostas foram categorizadas para finalmente tornar os dados brutos significativos e válidos (Bardin, 2013).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Em virtude de uma análise concisa e ilustrativa dos resultados das entrevistas, optámos por uma discussão de resultados baseada por temáticas selecionadas, provenientes das categorias e subcategorias obtidas da análise das entrevistas dos dois grupos de participantes do estudo. Da análise e interpretação dos resultados constatámos que as respostas dos dois grupos de inquiridos confluem para quatro grandes blocos temáticos: informação, bem-estar, condição de trabalho e elementos integradores de um plano estruturado, como reveladores da implementação da visita.

A importância atribuída pelos doentes cirúrgicos inquiridos sobre a visita pré-operatória de enfermagem baseia-se na clarificação do desconhecido da cirurgia que pelas informações obtidas sobre a mesma, bem como os ensinamentos para o pré e pós-operatório, contribuindo para criar uma relação de empatia com o enfermeiro do bloco operatório. Na perspectiva dos enfermeiros inquiridos, experientes no assunto em estudo, a visita pré-operatória de enfermagem fornece-lhes contributos para o seu melhor desempenho refletindo-se nos doentes cirúrgicos, ao permitir recolha de dados e informações importantes e essenciais para implementar no bloco operatório. Ambos os grupos de inquiridos, no seu contexto, assumem a visita pré-operatória de enfermagem como indispensável e aludem ao estabelecimento de uma relação de empatia como um fator primordial e preponderante para o sucesso de toda a envolvente que uma cirurgia acarreta. Neste âmbito, para que esse fator seja concretizado, tem de haver um enfermeiro de referência do bloco operatório que acompanhe o doente cirúrgico nos três períodos do perioperatório, mais significativamente no pré e intraoperatório. Os enfermeiros inquiridos afirmam que esse enfermeiro de referência deve ser especialista naquele tipo de cirurgia, ou então, o enfermeiro de apoio à anestesia por terem, respetivamente, mais competências e um maior contacto com o doente cirúrgico no bloco operatório.

Como supramencionado, no decorrer da análise e interpretação dos resultados, das respostas obtidas pelos inquiridos, identificamos elementos integradores para a realização da visita pré-operatória de enfermagem. Concretizando, para que a implementação da visita pré-operatória de enfermagem seja congruente e profícua é imprescindível que esta seja realizada nestes moldes/padrões. Para que esse facto seja passível de alcançar, considera-se a aplicação de um guião, tipo *checklist*. Também constatámos que os elementos integradores que identificámos nos resultados obtidos direccionam-se e focalizam-se nas orientações emanadas pela AESOP para a realização da visita.

CONCLUSÃO

Finalizando, ambos os grupos de participantes assumem a visita pré-operatória de enfermagem como indispensável e aludem o estabelecimento de uma relação de empatia como um fator primordial e preponderante para o sucesso de toda a envolvimento que uma cirurgia acarreta. Para que a visita pré-operatória de enfermagem seja uma intervenção de excelência para todos os doentes cirúrgicos, abarcando o máximo de particularidades e de conhecimentos destes, há que seguir um guião que contenha os elementos integradores essenciais.

Em suma, fica-nos a convicção de que a visita pré-operatória de enfermagem deverá ser implementada como afirma um dos doentes cirúrgicos inquiridos: “Nem sabia que era uma experiência, um protótipo que estava a ser feito. Tenho a dizer que parece evidente que deveria ser feito/implementado, pensei que era normal” (ED2, 2012). Mas existem algumas indefinições na sua consecução e implementação, pelo que propomos e defendemos a continuidade do estudo através de futuras investigações nesta área.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses. (2006). *Enfermagem perioperatória: Da filosofia à prática dos cuidados*. Loures, Portugal: Lusodidacta.
- Bardin, I. (2013). *Análise de conteúdo*. Lisboa, Portugal: Edições 70.
- Freiberger, M. F., & Mudrey, E. S. (2011). A importância da visita pré-operatória para sistematização da assistência de enfermagem perioperatória. *Revista Científica da Faculdade de Educação e Meio Ambiente*, 2(2), 1-26. Recuperado de <http://www.faema.edu.br/revistas/index.php/Revista-FAEMA/article/view/96/72>
- Nettina, S. M. (2003). *Prática de enfermagem* (7ª ed.). Rio de Janeiro, Portugal: Guanabara Koogan.
- Ribeiro, J. L. P. (2008). *Metodologia de investigação em psicologia e saúde* (2ª ed.). Porto, Portugal: Legis.

SEXUALIDADE DA MULHER SUBMETIDA A HISTERECTOMIA: DILEMAS NO PÓS- OPERATÓRIO

MARTA LUÍSA FERREIRA CAMPOS ANTUNES
MARIA DO CÉU MESTRE CARRAGETA

INTRODUÇÃO

A sexualidade é um aspeto central do ser humano e envolve a interação complexa e dinâmica de fatores biológicos, psicológicos e socioculturais. Inclui identidade, papéis de género, afetividade, intimidade, comportamento sexual e reprodução.

A histerectomia é uma das cirurgias ginecológicas mais realizadas em todo o mundo, que consiste na remoção do útero e que por isso encerra definitivamente a capacidade reprodutiva da mulher. Por sua vez, o útero é um órgão feminino muito associado à sexualidade da mulher, biologicamente envolvido na reprodução e culturalmente investido de simbolismos relacionados com a fertilidade, maternidade, feminilidade, desejo e prazer sexual. A mulher submetida a histerectomia vivencia sentimentos, emoções, dificuldades e dúvidas, que devem ser considerados na prática de enfermagem.

OBJETIVO

Definiu-se como objetivo deste estudo identificar os dilemas da mulher histerectomizada no período pós-operatório face à sua sexualidade, de modo a reconhecer as intervenções de enfermagem mais adequadas que permitam melhorar a sua qualidade de vida.

METODOLOGIA

Foi realizado um estudo exploratório, descritivo, qualitativo e de abordagem fenomenológica, de acordo com o proposto por Giorgi (Giorgi & Sousa, 2010). As oito participantes, intencionalmente selecionadas, foram mulheres que vivenciaram a experiência da histerectomia e internadas num serviço de ginecologia de um hospital central. A dimensão da amostra foi determinada pela saturação das informações obtidas. A colheita de informação foi realizada, entre outubro de 2012 e março de 2013, através de entrevistas semiestruturadas realizadas no 4.º dia pós-operatório, complementadas com questionários preenchidos pelas participantes dois meses após a intervenção cirúrgica.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Da análise da informação emergiram oito constituintes essenciais: sexualidade feminina; simbolismos do útero; reações emocionais; repercussões da histerectomia na sexualidade; alterações corporais; necessidades de informação/formação; intervenção de enfermagem; experiências após o regresso a casa. Estes oito constituintes essenciais foram representados numa esquematização do fenómeno (Figura 1).

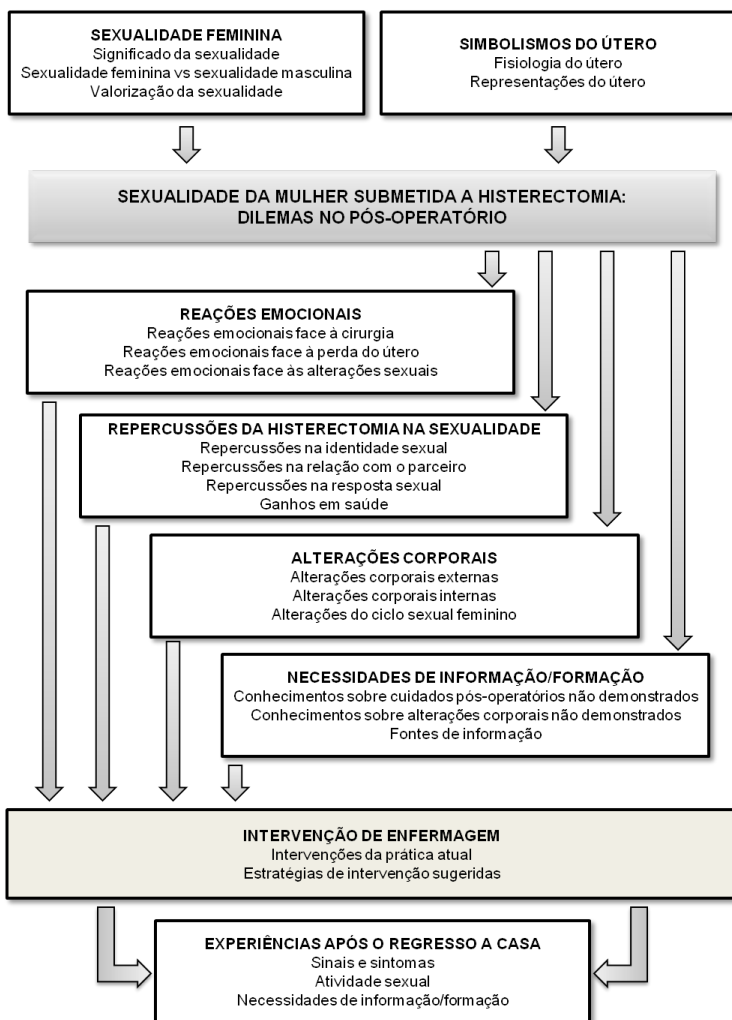


Figura 1. Esquematização do fenómeno: Sexualidade da mulher submetida a histerectomia: dilemas no pós-operatório.

Esta investigação evidenciou que os dilemas da mulher submetida a histerectomia no período pós-operatório são influenciados por dois importantes aspetos: a sua conceção da sexualidade feminina e o simbolismo atribuído ao útero. A sexualidade é definida como um aspeto complexo e multidimensional, complementado por várias vertentes: emocional, afetiva, sexual e relacional. É uma forma de expressão e comunicação, influencia a personalidade do ser humano e manifesta-se de forma diferente ao longo da vida. Esta interpretação complexa e multifatorial vem de encontro ao conceito da sexualidade definido pela Organização Mundial de Saúde.

Para definir sexualidade feminina, algumas participantes recorreram à comparação entre sexualidade feminina e sexualidade masculina. Os aspetos da sexualidade que mais valorizam são os afetos, a partilha, a comunicação, a cumplicidade, a amizade, o companheirismo, o respeito e o bem-estar interpessoal. Valorizam também a sedução, o prazer, a exploração corporal e a relação sexual, mas atribuem maior importância aos aspetos anteriores.

Fisiologicamente, algumas participantes acreditam que o útero tem influência no desejo sexual feminino e é responsável pela lubrificação vaginal. Para além das funções fisiológicas, o útero é um importante símbolo feminino que completa a mulher, representa a feminilidade, a conceção, a fertilidade, a maternidade e a juventude. Estes achados são comuns aos resultados de vários estudos que se dedicaram aos significados da perda do útero.

A realização da histerectomia provoca diferentes reações emocionais. Para além das reações emocionais face à cirurgia, surgem reações emocionais face à perda do útero. Enquanto para algumas mulheres, a perda do útero não lhes causa impacto emocional, para outras a perda deste órgão é encarada como uma mutilação que não é visível e como um sinal de envelhecimento. Sentem-se mulheres incompletas. Emergem ainda as reações emocionais face às alterações sexuais decorrentes da histerectomia: preocupação e medo do surgimento de alterações na vida sexual e de disfunções sexuais. Estas reações emocionais são também encontradas noutros estudos e devem ser compreendidas tendo em conta o significado da sexualidade, o simbolismo do útero, o conhecimento do corpo feminino e o número de filhos.

Na perspetiva das participantes deste estudo, a histerectomia terá repercussões a vários níveis. Se para algumas mulheres a histerectomia não terá impacto na sua identidade sexual, para outras ela influenciará a sua identidade feminina. Na relação com o parceiro, algumas participantes consideram que a cirurgia não afetará a sua relação conjugal, no entanto, outras admitem que a relação poderá ser afetada caso ocorram alterações na sua vida sexual. Algumas participantes acreditam que o útero influencia a resposta sexual da mulher e por isso a histerectomia acarretará repercussões na resposta sexual: diminuição da lubrificação vaginal; diminuição do prazer, desejo e apetite sexual; dificuldade na penetração; dispareunia e evitamento das relações sexuais. Apesar destas repercussões algumas participantes esperam obter ganhos em saúde com a histerectomia. Outros estudos demonstraram que as repercussões da histerectomia dependem da idade da mulher, do desejo de futuras gestações, da reação do companheiro e da análise dos efeitos benéficos e adversos da histerectomia no bem-estar sexual.

A principal alteração corporal externa decorrente da histerectomia é a cicatriz cirúrgica abdominal, no entanto ela não tem um grande impacto na imagem corporal da mulher, principalmente quando já existem outras cicatrizes e sobretudo devido ao tipo e localização da incisão cirúrgica. Em relação às alterações corporais internas, as participantes pressupõem que

após a cirurgia ocorra uma reorganização da anatomia pélvica, no entanto, a perda do útero sugere-lhes a ideia de vazio, buraco, ficar oca. À semelhança dos resultados deste estudo, vários autores defendem que a histerectomia pode representar uma perda que deixa a mulher mutilada, incompleta, vazia, oca e fria sexualmente.

As alterações corporais decorrentes da histerectomia incluem ainda alterações do ciclo sexual feminino, nomeadamente a cessação do ciclo menstrual. Nas mulheres submetidas também a anexectomia, surgem alterações no equilíbrio hormonal sexual e sintomatologia decorrente da menopausa cirúrgica.

No momento do regresso a casa, a mulher submetida a histerectomia vê-se confrontada com necessidades de informação/formação no âmbito dos cuidados pós-operatórios (sinais de complicações, prevenção de complicações, atividade física, regime medicamentoso, cuidados com a ferida cirúrgica, atividade sexual e vigilância pós-operatória) e das alterações corporais (alterações hormonais, sintomatologia decorrente da menopausa cirúrgica, reorganização da anatomia pélvica, alterações estruturais de alguns órgãos e influência das alterações corporais na sexualidade). Estas necessidades de informação também foram descritas noutras investigações.

Durante o internamento, algumas participantes referiram que receberam informações dos médicos e enfermeiras. Contudo, para esclarecer dúvidas, várias participantes recorreram a outras fontes de informação: internet, testemunhos de outras mulheres submetidas a histerectomia e livros. Considera-se que a enfermeira deve ser a principal fonte de informação para a mulher, de modo a aumentar a sua literacia em saúde e promover a transição deste processo, baseada em informação verdadeira, concreta e oportuna.

No contexto onde foi realizada esta investigação, a intervenção de enfermagem na preparação para o regresso a casa da mulher histerectomizada não é sistematizada nem vai ao encontro das necessidades individuais de cada mulher. Este facto também é descrito na literatura. Katz (2005) refere que a sexualidade raramente é avaliada ou documentada sistematicamente como parte integrante da prática de enfermagem à mulher submetida a histerectomia.

As participantes sugerem estratégias de intervenção, tais como: explicação e justificação das informações fornecidas; adequação das informações às necessidades individuais; exploração e esclarecimento de dúvidas; estabelecimento do diálogo informal no momento do regresso a casa; personalização dos cuidados; atitudes de empatia e disponibilidade. Coelho (2003) defende que é essencial disponibilizar um espaço de problematização e escuta, que permita à mulher expressar as suas dificuldades mais íntimas.

Na preparação do regresso a casa, o desenvolvimento de estratégias que visem a humanização dos cuidados e facilitem este processo de transição ajudará a mulher a gerir os sinais e sintomas pós-operatórios, e a retomar a sua atividade sexual livre de mitos, medos e preocupações, promovendo assim a vivência de uma sexualidade humanamente gratificante.

CONCLUSÃO

Esta investigação evidencia que a histerectomia pode implicar várias repercussões no processo de viver da mulher, que se relacionam com as suas vivências, conceitos, representações e expectativas. Conclui-se que a experiência de ser submetida a histerectomia é complexa e a

intervenção de enfermagem na preparação da mulher para o regresso a casa deve ser holística, personalizada e sistematizada, considerando as vertentes biológica, sexual, psicológica e sociocultural.

O Modelo *Permission, Limited Information, Specific Suggestion, Intensive Therapy* (PLISSIT) parece ser uma ferramenta útil e fácil de implementar na abordagem da sexualidade à mulher histerectomizada (Katz, 2003). Este modelo compreende quatro níveis hierárquicos de intervenção: permissão, informação limitada, sugestões específicas e terapêutica intensiva. Na prática de enfermagem são normalmente implementadas estratégias dos três primeiros níveis.

Esta investigação evidenciou que a abordagem da sexualidade da mulher submetida a histerectomia, no contexto onde se desenvolveu o estudo, é muito limitada. A mulher submetida a histerectomia vivencia uma transição de saúde/doença e a enfermeira deve ser capaz de facilitar este processo (Meleis, Sawyer, Im, Messias, & Schumacher, 2000). Existe portanto a necessidade de implementar mudanças e capacitar a equipa de enfermagem com habilidades para dar resposta às necessidades destas mulheres.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Coelho, M. L. (2003). Sexualidade e fertilidade no doente oncológico. *Mundo Médico*, 5(28), 60-62.
- Giorgi, A., & Sousa, D. (2010). *Método fenomenológico de investigação em psicologia*. Lisboa, Portugal: Fim de Século.
- Katz, A. (2003). Sexuality after hysterectomy: A review of the literature and discussion of nurses' role. *Journal of Advanced Nursing*, 42(3), 297-303. doi: 10.1046/j.1365-2648.2003.02619.x
- Katz, A. (2005). Sexuality and hysterectomy: Finding the right words: Responding to patients' concerns about the potential effects of surgery. *American Journal of Nursing*, 105(12), 65-68.
- Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Im, E. O., Messias, D. K., & Schumacher, K. L. (2000). Experiencing transitions: An emerging middle-range theory. *Advances in Nursing Science*, 23(1), 12-28. doi: 10.1097/00012272-200009000-00006

ADESÃO AO REGIME TERAPÊUTICO EM PESSOAS COM DIABETES MELLITUS TIPO 2: IMPORTÂNCIA DOS CONHECIMENTOS E DA MOTIVAÇÃO

MARTA NEVES
ISABEL MARIA PINHEIRO BORGES MOREIRA

INTRODUÇÃO

A diabetes mellitus (DM) é uma doença metabólica crónica que se caracteriza por um aumento da glicémia capilar. A sua incidência e prevalência têm vindo a aumentar consideravelmente nos últimos anos, o que constitui um sério problema em termos de saúde pública mundial pela sua morbidade e redução da esperança de vida (Correia et al., 2013).

O seu tratamento visa essencialmente um bom controlo metabólico que é fundamental para prevenir as complicações. Este é multifacetado e complexo já que envolve não só a administração de terapêutica farmacológica mas também a mudança nos hábitos de vida com a finalidade de integrar atividades de autocuidado (International Diabetes Federation, 2012).

A adesão ao regime terapêutico (ART) corresponde ao grau ou extensão em que os comportamentos dos indivíduos vão ao encontro do que lhes é recomendado pelos profissionais de saúde. Os doentes com patologia crónica são os que menos aderem à terapêutica, estimando-se que apenas metade cumprem o tratamento planeado e combinado com os profissionais de saúde (Dias et al., 2011).

Os conhecimentos que o diabético tem acerca da sua patologia assumem particular importância. A capacitação da pessoa é considerada uma estratégia fundamental na ART. Neste sentido, o reforço das atitudes adequadas e um processo contínuo de motivação são fundamentais no processo de mudança de comportamentos e atitudes. Torna-se, por isso, essencial educar estes indivíduos dando-lhes as ferramentas necessárias para que consigam gerir a sua doença.

A ART implica, por parte do diabético, uma atitude ativa que vise a mudança de comportamento e, neste âmbito, o estudo sobre o que motiva o doente a adotar determinados tipos de comportamentos é fundamental para uma melhor compreensão deste fenómeno.

OBJETIVOS

O objetivo geral deste estudo foi medir o autocuidado com a diabetes, através da consecução de objetivos específicos: avaliar os conhecimentos sobre a diabetes; avaliar a motivação para o

tratamento; avaliar a relação existente entre os conhecimentos sobre a diabetes e a motivação (intrínseca e extrínseca) para o tratamento; avaliar a relação existente entre a idade, o sexo, as habilitações literárias e os conhecimentos sobre a diabetes e avaliar a relação existente entre a idade, o sexo, as habilitações literárias e a motivação para o tratamento em pessoas com diabetes.

METODOLOGIA

O estudo realizado é do tipo transversal, não experimental e de natureza descritivo-correlacional. Decorreu na consulta de enfermagem de diabetes do Centro Hospitalar do Oeste – Caldas da Rainha, entre setembro e dezembro de 2013, sendo que a amostra foi selecionada a partir da população de diabéticos que obedeceram aos critérios de inclusão/exclusão. Foram considerados critérios de exclusão: ter diagnóstico de diabetes gestacional ou tipo 1, ter perturbações do estado de consciência, não compreender nem falar a língua portuguesa e possuir elevada dependência funcional que comprometesse os comportamentos de autocuidado.

A amostra foi constituída por 127 participantes com idades compreendidas entre os 36 e os 89 anos de idade ($M=63,6$; $DP=11,38$). São maioritariamente do sexo feminino (55,9%), casados (73,2%), estão reformados (63,8%), residem com o cônjuge/companheiro (51,2%) e possuem baixa escolaridade.

O instrumento de colheita de dados utilizado foi um questionário constituído por quatro partes. O questionário para caracterização sociodemográfica e clínica é constituído por questões que visam caracterizar os participantes relativamente à idade, sexo, estado civil, atividade profissional/ocupação, escolaridade/habilitações literárias, com quem vive, duração da diabetes, tipo de medicação instituído e presença/ausência de complicações.

A Escala de Autocuidado com a Diabetes (SDSCA) encontra-se traduzida e validada para a população portuguesa e mede a ART (através dos níveis de autocuidado), permitindo conhecer os níveis de adesão global e dos principais componentes do regime terapêutico (RT): alimentação geral, alimentação específica, atividade física, medicação, monitorização da glicémia, cuidados com os pés e hábitos tabágicos.

O Questionário de Conhecimentos sobre a Diabetes (DKQ-24) foi traduzido e validado para a população portuguesa e é constituído por 24 itens que abordam os principais aspetos recomendados em termos de educação do diabético (causa, RT, produção de insulina, sintomatologia de hipo e hiperglicémia, complicações, entre outros).

A Escala de Motivação para o Tratamento (EMT) encontra-se traduzida e validada para a população portuguesa e visa medir as motivações autónomas e controladas no que respeita à adoção de estilos de vida saudáveis relacionados com o tratamento da diabetes. É uma escala de *Likert* constituída por de 19 itens (13 avaliam a motivação intrínseca e seis avaliam a motivação extrínseca).

Para a realização desta investigação foi solicitada autorização ao presidente do Conselho de Administração do Centro Hospitalar do Oeste. Os respondentes foram informados sobre a natureza do estudo e da sua participação e esclarecidos que em qualquer momento da participação, podiam recusar continuar. O preenchimento dos questionários foi feito após o preenchimento do consentimento informado.

Para proceder à análise de dados recorreu-se à estatística descritiva (média, desvio-padrão, valores máximos e mínimos) e à estatística inferencial (utilizou-se o coeficiente de correlação de *Spearman* para medir a intensidade da relação entre variáveis ordinais, o teste U de *Mann-Whitney* para testar a diferença nas classificações dos *scores* em duas variáveis num mesmo grupo e o teste *Kruskal-Wallis* para testar a diferença nas classificações dos *scores* de três ou mais grupos independentes). A interpretação dos dados estatísticos foi realizada com base num nível de significância de 95% ($p < ,05$).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A média de tempo de diagnóstico da diabetes dos participantes situa-se nos 15,2 anos ($DP=8,7$), sendo que o tempo mínimo de diagnóstico é de 2 anos e o máximo de 40 anos.

A maioria dos participantes tem um RT misto com antidiabéticos orais (ADO) e insulina (66,9%). Estes resultados são semelhantes aos de estudos realizados em meio hospitalar e divergentes dos de estudos realizados em cuidados de saúde primários, em que a maioria dos diabéticos é tratada exclusivamente com ADO (Correia, 2007; Gomes, 2011).

Uma percentagem elevada dos participantes (72%) afirma ter ou já ter tido complicações. Das complicações agudas destaca-se a hipoglicémia (35,4%), já que esta é uma das mais temidas complicações por originar perda progressiva das funções neurológicas (American Diabetes Association, 2014), pelo que é imperativo educar o diabético para a prevenção e tratamento desta complicação.

Relativamente às complicações tardias, 18,9% dos participantes mencionam ser hipertensos, 29,9% apresentam retinopatia diabética, 3,9% nefropatia, 6,3% neuropatia e 7,1% pé diabético. É ainda importante acrescentar que 12,6% e 2,4% dos participantes já tiveram pelo menos um acidente vascular cerebral ou enfarte agudo do miocárdio, respetivamente.

Relativamente à ART, a dimensão medicação é a que tem melhor nível de adesão ($M=6,73$ dias por semana; $DP=0,84$), seguindo-se a monitorização da glicémia ($M=6,35$ dias por semana; $DP=1,6$), a alimentação ($M=5,32$ dias por semana; $DP=2,43$) e os cuidados com os pés ($M=4,54$ dias por semana; $DP=2,87$) e a atividade física ($M=2,10$ dias por semana; $DP=2,68$). Diversos estudos mostram que as intervenções educativas parecem melhorar a ART, e a hemoglobina glicada A1c (Sousa & McIntyre, 2008; Wint et al., 2006).

Da aplicação do Questionário de Conhecimentos sobre a Diabetes, os participantes obtiveram 77% de respostas corretas. Estes resultados são superiores em relação aos obtidos por Bastos (2004) e ligeiramente inferiores aos de Gomes (2011). Os participantes revelam défices de conhecimento relacionados com a identidade da doença, o seu controlo e consequências. Ter consciência do nível de (des)conhecimento desta amostra, permitirá traçar estratégias de intervenção/educação, com enfoque naquilo que são as lacunas existentes em termos do conhecimento.

Os participantes apresentam níveis elevados de motivação para o tratamento – 5,65 (considerando os limites de resposta 1 a 7). Isto significa que existe por parte dos participantes um grau de motivação elevado no que respeita à manutenção e melhoria do seu estado de saúde (Apóstolo, Viveiros, Nunes, & Domingues, 2007). Os valores da motivação intrínseca são superiores aos da motivação extrínseca, 6,20 e 4,46, respetivamente. Elevados níveis de motivação intrínseca são um bom preditor para a manutenção de comportamentos adequados.

Existe uma relação fraca, negativa e altamente significativa entre os conhecimentos sobre a diabetes e a motivação extrínseca para o tratamento, pelo que são os participantes com mais conhecimentos sobre a diabetes que se sentem menos motivados extrinsecamente para cumprir o tratamento combinado com os profissionais de saúde.

Existe uma relação, fraca, negativa e estatisticamente significativa entre a idade e os conhecimentos sobre a diabetes, o que indica que, quanto maior é a idade, menores são os seus conhecimentos dos participantes sobre a diabetes. É fundamental dar particular atenção aos diabéticos com idade mais avançada e menor escolaridade, sendo que nesses deve-se envolver a família.

Ao analisar a relação existente entre a idade, sexo e habilitações literárias e a motivação para o tratamento dos participantes, a única relação estatisticamente significativa existente é uma relação fraca e positiva entre a idade e a motivação extrínseca, o que significa que quanto maior a idade dos indivíduos, maior a sua motivação extrínseca para o tratamento.

CONCLUSÃO

A diabetes é considerada um grave problema de saúde pública, tornando-se fundamental que diabéticos e comunidade em geral sejam educados e motivados para adoção de comportamentos e estilos de vida saudáveis. Neste sentido, os achados anteriormente explorados permitem compreender melhor os comportamentos de adesão aos diversos componentes da ART, os conhecimentos sobre a diabetes e a motivação para o tratamento, sendo que este pode ser um ponto de partida para melhorar e/ou adequar as intervenções dirigidas a esta população e para estudos futuros em que se apliquem intervenções/estratégias que facilitem a ART e, dessa forma, seja possível otimizar indicadores biológicos, o efeito do RT e a qualidade de vida do diabético.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American Diabetes Association. (2014). Standards of medical care in diabetes: 2014. *Diabetes Care*, 37(Suppl. 1), S14-S80. doi: 10.2337/dc14-S014
- Apóstolo, J. L., Viveiros, C. S., Nunes, H. I., & Domingues, H. R. (2007). Incerteza na doença e motivação para o tratamento em diabéticos tipo 2. *Revista Latino Americana de Enfermagem*, 15(4), 575-582. doi: 10.1590/S0104-11692007000400009
- Bastos, F. (2004). *Adesão e gestão do regime terapêutico do diabético tipo 2: Participação das esposas no plano educacional* (Tese de mestrado). Universidade do Porto, Portugal. <https://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/9654?locale=pt>
- Correia, C. (2007). *Adesão e gestão do regime terapêutico em diabéticos tipo 2: O papel do suporte social e da satisfação com os cuidados de enfermagem* (Tese de mestrado). Universidade Aberta, Lisboa, Portugal. Recuperado de <https://repositorioaberto.uab.pt/handle/10400.2/707>
- Correia, L. G., Boavida, J. M., Almeida, J. P., Cardoso, S. M., Dores, J., Duarte, J. S.,... Raposo, J. (2013). *Diabetes: Factos e números 2013: Relatório anual do observatório nacional da diabetes*. Lisboa, Portugal: Sociedade Portuguesa de Diabetes. Recuperado de <https://www.dgs.pt/paginaRegisto.aspx?back=1&id=25163>

Dias, A. M., Cunha, M., Santos, A., Neves, A., Pinto, A., Silva, A., & Castro, S. (2011). Adesão ao regime terapêutico na doença crónica: Revisão da literatura. *Millenium*, 40, 201-219. Recuperado de <http://www.ipv.pt/millenium/Millenium40/14.pdf>

Gomes, S. C. (2011). *A diabetes mellitus como determinante em saúde e envelhecimento: O conhecimento do diabético e a presença de complicações da doença* (Tese de mestrado). Universidade Nova de Lisboa, Faculdade de Ciências Médicas, Portugal. Recuperado de <http://run.unl.pt/bitstream/10362/5740/1/Gomes%20S%C3%B3nia%20TM%202011.pdf>

International Diabetes Federation. (2012). *Global guideline for type 2 diabetes*. Recuperado de <http://www.idf.org/sites/default/files/IDF-Guideline-for-Type-2-Diabetes.pdf>.

VIVÊNCIAS DA PESSOA APÓS REJEIÇÃO DE TRANSPLANTE RENAL

MÉCIA MARIA NICOLAU CALADO
MARIA NAZARÉ RIBEIRO CEREJO

INTRODUÇÃO

A doença renal crónica (DRC) é uma doença cuja incidência vem aumentando significativamente nos últimos anos. Também designada como falência renal ou DRC terminal, caracteriza-se pela perda de função renal irreversível devido ao declínio da taxa de filtração glomerular com subsequente retenção de produtos tóxicos no sangue, normalmente excretados pelos rins. O que perturba o equilíbrio hidroeletrólítico e a homeostasia ácido-base do organismo, comprometendo a capacidade vital e exigindo tratamento substitutivo através da hemodiálise, diálise peritoneal ou transplante renal, como condição única para manutenção da vida.

Como enfermeira prestadora de cuidados a pessoas em tratamento dialítico numa unidade de hemodiálise, surgiu o interesse na realização deste estudo, a fim de compreender a pessoa de diferentes realidades socioculturais e diferentes faixas etárias com rejeição do transplante renal, que reinicia tratamento dialítico.

De acordo com Ballone (2007), as vivências são experiências subjetivas acerca do que cada um vive e valoriza atribuindo-lhe a importância inerente ao momento em que acontece.

Da problemática identificada e das manifestações que as pessoas neste contexto evidenciam, emergiu a questão base do estudo: Quais as vivências da pessoa em tratamento dialítico após rejeição de transplante renal?

OBJETIVOS

Definiu-se como objetivo principal:

- Identificar as vivências da pessoa em hemodiálise após rejeição de transplante renal.

Os objetivos específicos definidos foram:

- Identificar as vivências da pessoa, associadas à notícia de transplante e aos fatores que lhe estão aliados;
- Identificar as vivências manifestadas pela pessoa que sofreu rejeição do enxerto renal e que reiniciou hemodiálise.

METODOLOGIA

Tendo como propósito estudar a experiência vivida pelas pessoas em hemodiálise após rejeição do transplante renal e analisar a sua percepção face à mesma, optou-se por um estudo qualitativo, do tipo exploratório-descritivo e transversal. Os participantes foram sete pessoas com riqueza de experiência vivenciada no processo de transplante, que efetuavam diálise numa clínica, da região centro do país. Todos sofreram perda de enxerto renal por rejeição crónica e reiniciaram hemodiálise há menos de 5 anos.

Para a colheita de dados optou-se por uma entrevista semiestruturada. As entrevistas foram gravadas em registo áudio e complementadas com anotações manuscritas. Ao longo do processo houve observância dos procedimentos legais e éticos.

Após a transcrição das entrevistas fez-se análise de conteúdo, segundo o método de Bardin (2011), tendo emergido duas dimensões e destas, diferentes categorias, que originaram subcategorias, conforme se apresenta na Tabela 1. As citações que se apresentam na Tabela 1 resultam da transcrição das entrevistas, que aconteceram entre julho a setembro de 2011.

Tabela 1

Matriz de análise das entrevistas

DIMENSÃO	CATEGORIA	SUBCATEGORIA
TRANSPLENTE	Emoções Primárias Associadas ao momento da Notícia de Transplante	Surpresa
		Felicidade / Alegria
		Medo / Receio
		Liberdade
		Transição para uma vida normal
	Ser Transplantado: Reações Vivenciais	Bem-estar pessoal e social
		Bem-estar profissional
		Desamparo após cirurgia
		Sinais de Alerta
		Conhecimento
HEMODIÁLISE	Respostas em Situação de Falência de Enxerto	Sofrimento
		Confirmação
		Esperança
		Aceitação
		Tristeza/ angústia
	Readaptação à hemodiálise: vivências	Mal-estar pessoal e social
		Mal-estar profissional
		Depressão
		Dependência de uma máquina
		Privação de liberdade

ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Os participantes do estudo (sete) eram na maioria do sexo masculino, situação similar aos dados revelados pela Sociedade Portuguesa de Nefrologia (SPN), onde se constata que a população em tratamento dialítico é maioritariamente do sexo masculino. As idades variaram entre 37 e 59 anos, sendo este resultado contrário ao apresentado pela SPN (Macário, 2015) em que os doentes submetidos a hemodiálise têm uma idade média de 67,17 anos, claramente superior aos resultados deste estudo. A etiologia da DRC em Portugal é maioritariamente associada à diabetes mellitus tipo 2, HTA e à doença do rim poliquístico, o que permite compreender esta média etária. Os participantes deste estudo são maioritariamente casados (cinco) e os restantes viúvos (dois). Quanto ao nível de escolaridade, a maioria (quatro) tem a 4ª classe. No que respeita à situação laboral, quatro trabalham e três estão reformados.

O tempo médio de transplante ronda os 12 anos, tendo como mínimo 1 ano e oito meses e o máximo de 19 anos. O espaço temporal médio de transplante está diretamente relacionado com a idade das pessoas em diálise e consequentemente a idade de transplante e a etiologia da doença.

Da análise das entrevistas, salienta-se que a dimensão transplante engloba as vivências da pessoa desde que recebe a notícia que irá ser transplantada, enquanto transplantada, e até ao momento da confirmação da falência do enxerto. Quando a pessoa recebe a notícia de que irá realizar o transplante renal, atinge o fim de um capítulo da sua vida, que durou meses ou anos, sempre na expectativa de um telefonema, as emoções associadas são predominantemente positivas desde a surpresa, felicidade/alegria, embora, após o estado de êxtase surja o medo/receio: “Naquela coisa de saí-me o euro milhões. E foi uma surpresa, foi um impacto grande”. E5 L10-11 (2011); “Sei lá, fiquei doido. Chorei, gritei, fiz trinta por uma linha. Telefonei para as pessoas todas minhas amigas. Eu sei lá o que é que eu fiz.” E3 L7-9 (2011). No entanto nesta fase, também o medo é uma emoção presente, como revelam as afirmações: “Por mais medo que tivesse é pegar e ir, abalar”. E2 L6-7 (2011); “A minha família é que ficou assim um bocadinho a tremer, os miúdos não, que até nem deram por nada, mas a minha mulher, a minha mãe, os meus irmãos, penso que era uma coisa nova, não é?” E5 L15-17 (2011). Denota-se em simultâneo a expectativa, o fim da angústia e ansiedade da busca de algo que acreditam ser melhor para as suas vidas.

Durante o tempo em que permanecem transplantados, salientam-se as reações vivenciadas de liberdade, bem-estar pessoal e social e bem-estar profissional: “Tinha muita liberdade.” E2 L24 (2011); “E depois de fazer o transplante eu fazia aquilo que queria, ia para todo o lado”. E3 L23-24 (2011); “E depois de transplantado entrei prá escala, porque eu era maquinista, entrei prá escala normal, fazia todo o serviço. Entrei prá escala geral ia para todo o lado, pronto, deixei de ter era uma pessoa normal no meu serviço”. E4 L17-20 (2011).

Para os participantes, ter uma vida normal, representou ter o estilo de vida que auferiam antes dos constrangimentos e condicionalismos associados à terapêutica hemodialítica: “Portanto, a minha vida foi completamente diferente. Eu fazia a vida que fazia antes de fazer o transplante e antes de fazer a diálise” E3 L20-21 (2011). O transplante é vivenciado como a libertação da máquina, poder desenvolver atividades associadas a uma vida normal, como trabalhar passear, alimentar-se. É a restituição da sensação de satisfação, autonomia e autocontrolo das suas vidas.

A falência do enxerto desencadeia grande sofrimento, porque tratando-se de rejeição crônica, como é o caso dos doentes em análise, esta foi-se manifestando através de vários sinais e sintomas, a qualidade de vida deteriorou-se pelos efeitos secundários dos imunossuppressores, hospitalizações, alteração da autoimagem, entre outros. A consciência da inevitabilidade da falência do enxerto conduziu à aceitação e à reconciliação com as suas circunstâncias de saúde.

Após a falência do enxerto, a esperança numa nova transplantação é descrita: "À espera de outro transplante, que pronto, como já tive um, vamos lá ver o segundo." E1 L27 (2011). Um estudo realizado por Quелlette, Achille, e Vachon (2006) confirmou que cerca de 30% dos transplantados renais experienciam a rejeição do órgão, no entanto, a maioria gostaria de ser novamente transplantada.

Na categoria readaptação à hemodiálise, identificaram-se sentimentos de tristeza, mal-estar pessoal, social e profissional, depressão, privação de liberdade, no entanto, também foi notório que os participantes aceitam e compreendem a necessidade da retoma do tratamento dialítico como a única forma de prolongar as suas vidas. A pessoa em hemodiálise tem conhecimento da importância da máquina, símbolo da terapia, mas não deixa de experimentar emoções ambíguas como a raiva porque depende deste método e gratidão porque ele a mantém viva.

CONCLUSÕES

A readaptação à hemodiálise revela que a pessoa, apesar de triste e angustiada, aceita e está consciente da necessidade da terapia hemodialítica para viver. Sente-se obrigada a modificar novamente as suas rotinas, o seu modo de vida, factos indispensáveis às limitações e condicionantes da técnica, introduzindo alterações negativas no âmbito emocional, profissional, pessoal e social.

Relativamente ao transplante renal as reações vivenciais são predominantemente positivas, descritas como liberdade, mudança para uma vida normal, bem-estar pessoal, social e profissional, é um garante de qualidade de vida e independência. Esta situação implica uma cirurgia, relatado como uma fase menos positiva com sentimentos de desamparo.

As vivências positivas associadas ao transplante, concorrem para que, quando há rejeição, a esperança de um novo transplante seja um fator de motivação e resiliência para enfrentar novamente o tratamento dialítico e as suas restrições. As causas da rejeição crônica foram variadas e constatou-se que todos os participantes estavam esclarecidos sobre a inevitabilidade desse acontecimento.

Sugere-se a realização de estudos que permitam, avaliar a perceção que a pessoa com DRCT tem dos cuidados de enfermagem, em relação ao acolhimento no reinício do tratamento dialítico.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Ballone, G. J. (2007). Da Emoção à Lesão. Um guia de Medicina Psicossomática; os efeitos orgânicos causados pelas emoções e vice-versa. *Psiquweb*. Recuperado de <http://www.psiqweb.med.br/site/?area=NO/LerNoticia&idNoticia=25>

Bardin, L. (2011). *Análise de Conteúdo*. Coimbra: Edições 70.

Macário, F. (2015). *Relatório do Gabinete de Registo da Sociedade Portuguesa de Nefrologia: Tratamentos Substitutivo Renal da Doença Renal Crónica em Estadio V em Portugal*. Trabalho apresentado no Encontro Renal 2015, Vilamoura.

Quellete, A., Achille, M., & Vachon, M. (2006). Evaluation for re-transplantation. Psychological Impact of Kidney Graft Failure and Implications for the Psychological Evaluation of Re-Transplant Candidates. *Dialysis & Transplantation*, 35(6): 354-361

A MASSAGEM NO ALÍVIO DA DOR NO PÓS-OPERATÓRIO DAS DOENTES SUBMETIDAS A CIRURGIA MAMÁRIA

ODETE CRISTINA FERNANDES FERREIRA COELHO
MARIA DA CONCEIÇÃO PINTO MADANELO DOS SANTOS RÔXO
LUÍS LEITÃO SARNADAS

INTRODUÇÃO

O cancro suscita em todo o Ser Humano fatores emocionais influenciados pelo medo e ansiedade, que a própria doença provoca na sociedade em geral. Conduz a um vasto leque de potenciais interrupções na vida, tais como: alterações psicológicas, mudanças permanentes no funcionamento corporal e na aparência física da pessoa. Continua a ser a primeira causa de morte nas mulheres entre os 35/55 anos e a segunda entre as mulheres de todas as idades (Alto Comissariado da Saúde, 2009).

Um dos tratamentos mais frequentes para o cancro da mama é a cirurgia, que geralmente implica a remoção completa da mama. A mastectomia é considerada um tratamento mutilante que provoca grandes alterações ao nível físico, psicológico e social na mulher. As mulheres vivem momentos de angústia e de luto perante a nova realidade com que se deparam, levando-as à necessidade de readaptação ao nível funcional e relacional. A avaliação da dor de forma sistemática, e em especial, às doentes submetidas a cirurgia da mama é um fator que se pretendeu realçar neste trabalho.

A dor, e em particular a dor nos doentes do foro oncológico, deve ser encarada não como sintoma mas como um problema mais desmoralizante do que a patologia que lhe deu origem (Regateiro et al., 2004). Saliencia-se a importância da dor ser hoje avaliada como um sinal vital. O 5º sinal vital. Ao cuidar de um doente com dor o enfermeiro deve ter como foco da sua atenção o doente com dor e não a dor daquele doente, assim, a postura e a atitude face àquela situação, são completamente diferentes. Com o desenvolvimento do Plano Nacional de Luta Contra a Dor, surgiu o interesse por realizar o presente estudo a massagem no alívio da dor no pós-operatório das doentes submetidas a cirurgia mamária, por considerarmos que esta área pode contribuir para a visibilidade da autonomia, responsabilidade e qualificação no processo de cuidar do doente com dor.

O interesse por esta temática também se prendeu com razões de ordem prática, que dizem respeito ao facto dos investigadores conhecerem a realidade de um serviço de ginecologia,

onde são efetuadas cirurgias mamárias (mastectomias e tumorectomias) a mulheres com diagnóstico de cancro da mama.

“Ainda sinto o calor das suas mãos depois daquela massagem” (R1, 2010), esta frase foi dita por uma doente e soou como um apelo, o que nos fez refletir dia após dia sobre a importância da massagem. Assim, temos a possibilidade de usar a massagem como tratamento, além de ser um meio de comunicação.

“Quando as coisas são feitas com amor é que o doente nota, com carinho tem valor. Isso é o prazer da massagem” (R2, 2010), referiu uma doente após a realização da massagem. Quem usufrui desse momento consegue transmiti-lo de uma maneira profundamente clara e tocante. Para além do que visualizamos durante a sua realização, uma profunda quietude, leveza e paz de espírito por parte do outro, chegando muitas vezes a traduzir-se num sono profundo, as palavras proferidas por esses são de um valor e de um sentimento inexplicável.

OBJETIVOS

Quanto aos objetivos do estudo foram: realizar sessões de massagem com avaliação da dor antes e após a realização da massagem; e avaliar os efeitos verbalizados pela doente submetida à massagem como intervenção autónoma de enfermagem no combate à dor.

METODOLOGIA

A pesquisa em enfermagem consiste numa investigação sistemática que utiliza métodos para responder às questões ou resolver os problemas. A meta final da pesquisa é alargar, aperfeiçoar e expandir o corpo de conhecimentos. Os investigadores têm realizado estudos em áreas que são fundamentais para prestação de cuidados, com o objetivo de desenvolver os conhecimentos sobre os temas que incidem sobre a prática, o ensino e a administração (Polit, Beck, & Hungler, 2004).

É esperado que os enfermeiros adotem a prática baseada na pesquisa, usando os resultados da mesma para fundamentar as suas decisões, ações e interações com os doentes. É importante basear as ações e as decisões de enfermagem em evidências que indiquem que as mesmas são clinicamente apropriadas, e que trazem resultados positivos para o doente. Com a finalidade de estudar uma temática que tenha evidências práticas, o nosso estudo incidiu sobre a massagem no alívio da dor no pós-operatório das doentes submetidas a cirurgia mamária. Deste modo realizou-se um estudo exploratório-descritivo, onde foi aplicada a massagem a dez doentes submetidas a cirurgia mamária. Este estudo, por sua vez, faz parte de um projeto de serviço com o tema aplicação da massagem de relaxamento às doentes submetidas a cirurgia mamária no pós-operatório, com o qual se pretende a implementação da massagem pela equipa de enfermagem. Com esta investigação pretendemos encontrar soluções para problemas da prática de enfermagem através da execução de mudanças nos métodos e procedimentos adotados no exercício da profissão. Desta forma, os investigadores optaram por compreender os efeitos da aplicação da massagem a um grupo de doentes, para posteriormente instituir a aplicação da mesma por todos os elementos da equipa às doentes de cirurgia mamária no pós-operatório. No nosso estudo exploratório-descritivo, optámos pela metodologia qualitativa para

a compreensão do fenômeno em causa, pois segundo Pope e Mays (2005) a sua característica central não é procurar respostas quantificadas para as questões de investigação, mas permitir aprimorar como ocorreram as mudanças.

Foi elaborado um instrumento de colheita de dados constituído: por questões relacionadas com os dados sociodemográficos; pelo registo da avaliação de sinais vitais antes e após a aplicação da massagem e por uma questão aberta sobre os efeitos verbalizados pela doente. A população em estudo abrangeu as doentes internadas no serviço de ginecologia de um hospital central, submetidas a cirurgia mamária no período de pós-operatório até às 72 horas, às quais foi aplicada a massagem (executada em três momentos diferentes). A seleção das participantes foi feita de forma intencional até obtermos a saturação de dados. Esta atividade decorreu nos meses de setembro e outubro do ano de 2010.

RESULTADOS

Decorrente dos dados obtidos, consideramos importante realçar alguns deles para dar visibilidade ao efeito da massagem nos sinais vitais avaliados:

O doente 1 apresentou um valor de tensão arterial (TA)=117/66 mmHg; Frequência Cardíaca (FC)=76 p/m; Frequência Respiratória (FR)=16 ciclos/m; Dor=0; Temperatura (T)=36°C antes da massagem e após a massagem de 105/63mmhg; FC= 70p/m; FR=12 ciclos/m; Dor=0; T= 36,5°C.

O doente 9 apresentou um valor de TA= 117/62 mmHg; FC= 64 p/m; FR=16 ciclos/m; Dor=0; T= 36,9°C antes da massagem e após a massagem de 96/40mmhg; FC= 61p/m; FR=14 ciclos/m; Dor=0; T= 37,2°C.

Observámos a diminuição dos valores de TA da FC, da FR e o aumento da temperatura após aplicação da massagem. Uma das doentes (doente nove) que apresentou um valor de tensão arterial sistólica superior após a massagem, mas antes da massagem tinha referido tonturas e que não se sentia bem. Após a massagem a doente adormeceu.

Da análise de conteúdo da informação colhida percebemos que, todas as doentes referem sensações de bem-estar, de relaxamento, de melhoria do sono, de conforto, de carinho, de esperança e de melhoria/alívio ou até desaparecimento da dor. Todas elas agradeceram a massagem e reconheceram a importância desta ação na sua recuperação pós-operatória.

CONCLUSÃO

A aplicação da massagem associada ao alívio da dor é um aspeto que nos suscitou interesse e fascínio. Assim, foi esse o ponto de partida para a elaboração do presente trabalho de investigação.

Com a realização deste estudo observámos os efeitos da aplicação da massagem no alívio da dor no pós-operatório das doentes submetidas a cirurgia mamária (primeira etapa), avaliando os sinais vitais antes e após a aplicação da massagem e obtendo a opinião da doente após a realização dos três momentos da mesma. O propósito do nosso trabalho, investigar a influência da massagem no alívio da dor no pós-operatório das doentes submetidas a cirurgia mamária,

foi atingido. Consideramos que obtivemos a resposta às questões de investigação, pois todas as doentes na quantificação da dor apresentaram uma redução ou desaparecimento da mesma após aplicação da massagem. Nenhuma doente com um nível de dor zero manifestou ter ficado com dor após a massagem. As doentes responderam à questão colocada dando ênfase ao bem-estar, ao relaxamento, ao carinho, a dormirem melhor e à atenção e disponibilidade dispensada.

Estamos convictos que para as doentes que participaram no estudo, foi uma mais-valia a oportunidade de experienciarem connosco este momento, pois algumas verbalizaram-nos isso, tal como demonstraram o seu agradecimento.

Concluindo, no mundo contemporâneo é urgente que tentemos resgatar o tocar no próximo. Recuperar o simples, a mão que toca cuidando, um gesto que nos é próximo e cada vez mais distante. Num mundo de contactos sem tato, o momento do ciberespaço, o táctil converte-se em digital, o teclado substitui a pele e o rato toma o lugar da mão (LeBreton, 2006).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alto Comissariado da Saúde. (2009). *Indicadores e metas do ONS: Mortalidade por cancro da mama feminino antes dos 65 anos*. Lisboa, Portugal: Autor.

LeBreton, D. (2006). *A sociologia do corpo*. Petrópolis, Brasil: Vozes.

Polit, D., Beck, C., & Hungler, B. (2004). *Fundamentos de pesquisa em enfermagem*. Porto Alegre, Brasil: Artes Médicas.

Pope, C., & Mays, N., (2005). *Pesquisa qualitativa na atenção em saúde*. Porto Alegre, Brasil: Artmed.

Regateiro, F., Bilro, M., Assunção, A., Monteiro, Nunes, R., N., Rodrigues, J., ... Loff, A. (2004). *Enfermagem oncológica*. Coimbra, Portugal: Formasau.

AS COMPETÊNCIAS RELACIONAIS DE AJUDA E OS CONTEXTOS PROFISSIONAIS DOS ENFERMEIROS

PAULA CRISTINA CABELEIRA BRITES
JOSÉ CARLOS AMADO MARTINS

INTRODUÇÃO

A enfermagem é uma disciplina complexa que encontra a expressão da sua atividade central na articulação das diversas competências exigidas aos profissionais de enfermagem aos quais é pedido a harmonização das componentes técnicas, científicas e relacionais.

Sendo a profissão de enfermagem dirigida para o ser humano, o desenvolvimento da técnica e da ciência que alimenta novas abordagens dos cuidados de enfermagem, não pode caminhar senão aliado ao desenvolvimento de competências humanistas e relacionais mantendo assim a enfermagem o seu verdadeiro sentido, o do bem-estar da pessoa. As características marcadamente técnicas de alguns contextos profissionais em que os enfermeiros exercem a sua atividade profissional influenciam a conceptualização dos cuidados por parte dos enfermeiros que centram a sua atividade na execução de tarefas (Hesbeen, 2000).

No decorrer da nossa atividade profissional em serviços de medicina e de cirurgia, a interação estabelecida com o doente permitiu-nos reconhecer a importância que os cuidados relacionais adquiriam para o doente e simultaneamente para nós. Em contexto de serviço de medicina os cuidados de enfermagem são, como refere Collière (1999, 2001), maioritariamente os de manutenção da vida e em contexto de serviço de cirurgia, os de reparação, levando os enfermeiros a centrarem a atenção dos cuidados no tratamento da doença e não na pessoa que está doente. O testemunho de situações que evidenciavam a complexidade das relações enfermeiro-doente e a dificuldade de alguns enfermeiros estabelecerem relação empática, e entenderem a condição particular do doente, condicionava o decorrer do processo terapêutico. Em simultâneo a prioridade dada ao cumprimento de tarefas e rotinas pelos enfermeiros conduzia o doente a um estado de fechamento em si próprio, não procurando ajuda. Phaneuf (2002) refere que a pessoa (e sua família) que fica internada num serviço de saúde vive sentimentos de ansiedade e expectativa no que se refere às pessoas que ali trabalham. Se o enfermeiro estabelece um acolhimento caloroso e compreensivo cria um vínculo positivo gerador de confiança, mas se pelo contrário o primeiro contacto com a pessoa é desagradável, este sentimento perdura durante o internamento (Morrison, 1994).

Este olhar consciencializou-nos para a importância que esta temática adquire no processo de cuidar, questionando-nos sobre a possibilidade de os contextos profissionais em que os enfermeiros exercem a sua atividade profissional influenciarem as suas competências relacionais de ajuda.

OBJETIVOS

Definimos como objetivos deste estudo:

- Avaliar as competências relacionais de ajuda dos enfermeiros que trabalham em contextos profissionais de cuidados em especialidades médicas, cirúrgicas e de psiquiatria;
- Identificar se os contextos profissionais de cuidados em especialidades médicas, cirúrgicas e de psiquiatria influenciam as competências relacionais de ajuda dos enfermeiros;
- Determinar se fatores como o sexo, a idade, a formação académica e profissional, o tempo de exercício profissional e o tempo de exercício profissional no atual serviço influenciam as competências relacionais de ajuda dos enfermeiros que trabalham em contextos profissionais em especialidades médicas, cirúrgicas e de psiquiatria.

METODOLOGIA

Trata-se de uma investigação de natureza quantitativa, sendo um estudo descritivo-correlacional, de natureza transversal. A amostra é do tipo consecutivo, não probabilística. Para a recolha de dados foi aplicado um questionário a 244 enfermeiros que exercem funções em serviços de especialidades médicas, cirúrgicas e de psiquiatria, que aceitaram participar no estudo. O instrumento de colheita de dados é composto, pelo questionário de dados pessoais, pelo Inventário de Competências Relacionais de Ajuda (ICRA) e ainda pelo termo de consentimento informado.

RESULTADOS

Dos resultados encontrados apontamos os seguintes, que consideramos mais evidentes e significativos:

- Os enfermeiros, na totalidade da amostra, apresentam uma média de competências relacionais de ajuda de 278,61 pontos (podendo esta variar entre 51 e 357 pontos) e desvio padrão de 30,27 pontos. Verificam-se os melhores resultados nas competências genéricas com uma média de 116,96 pontos e desvio padrão de 11,87 pontos e as competências de contacto apresentam a média mais baixa com 44,03 pontos e desvio padrão de 8,58 pontos;
- As médias encontradas em cada contexto de trabalho dos enfermeiros evidenciam médias aproximadas sendo que para o total do ICRA os enfermeiros que exercem a sua atividade em serviços de especialidades médicas apresentam média de 279,12 pontos e desvio padrão de 20,21 pontos, em serviços de especialidade cirúrgica apresentam média de 276,69 pontos e desvio padrão de 32,77 pontos e em serviços de psiquiatria apresentam média de 280,80 pontos e desvio padrão de 31,83 pontos. Os melhores resultados verificam-se, em cada grupo de enfermeiros, nas competências genéricas com as médias mais elevadas e os valores mais baixos encontram-se nas competências de contacto;

- O contexto em que os enfermeiros desenvolvem a sua profissão não influencia, de modo estatisticamente significativo, as competências relacionais de ajuda;
- Não se verifica diferença estatisticamente significativa entre as competências relacionais de ajuda dos enfermeiros a exercerem em serviços de especialidades médicas, cirúrgicas e de psiquiatria e o sexo;
- Não se verifica relação estatisticamente significativa entre as competências relacionais de ajuda dos enfermeiros que trabalham na especialidade médica e na especialidade de psiquiatria e a idade;
- Existe uma relação baixa entre a idade dos enfermeiros que trabalham em especialidade cirúrgica e as competências genéricas e competências empáticas;
- Não se verifica relação estatisticamente significativa entre as competências relacionais de ajuda dos enfermeiros a exercerem em serviços de especialidades médicas, cirúrgicas e de psiquiatria e a formação académica. No entanto, verifica-se que para a dimensão competências de contacto, os enfermeiros com pós-licenciatura e outras, têm em média mais competências de contacto;
- Não se verifica relação estatisticamente significativa entre as competências relacionais de ajuda dos enfermeiros que trabalham na especialidade médica e na especialidade de psiquiatria e o tempo de exercício profissional e o tempo de exercício profissional no atual serviço dos enfermeiros;
- Verifica-se existirem relações estatisticamente significativas entre o tempo de exercício profissional e as competências empáticas e relações perto da significância estatística com as competências genéricas nos enfermeiros que trabalham em especialidades cirúrgicas;
- Verifica-se relações perto da significância estatística entre o tempo de exercício profissional no atual serviço e as competências relacionais de ajuda nos enfermeiros que exercem a sua atividade profissional em especialidades cirúrgicas.

DISCUSSÃO E CONCLUSÃO

Na perspetiva de refletir sobre as principais conclusões parece-nos pertinente tecer algumas considerações que derivam dos resultados encontrados. Os enfermeiros apresentam médias elevadas no total das competências relacionais de ajuda. Constatamos que em função do contexto de trabalho dos enfermeiros nas especialidades médicas, cirúrgicas e de psiquiatria, as médias se mantêm elevadas. Para cada um dos contextos de trabalho dos enfermeiros são as competências genéricas que apresentam médias mais elevadas e as competências de contacto as médias mais baixas. Verifica-se que nos enfermeiros que trabalham em especialidades cirúrgicas existe relação entre a sua idade, o tempo de exercício profissional e o tempo de exercício profissional no atual serviço e as competências relacionais de ajuda. A formação académica e profissional dos enfermeiros não influencia de forma estatisticamente significativa as competências relacionais de ajuda, no entanto os enfermeiros que possuem uma pós-licenciatura e outras (entenda-se os enfermeiros que possuem curso de especialização em enfermagem e curso de mestrado) apresentam mais desenvolvidas as competências de contacto.

Sendo a prática de enfermagem de qualidade baseada na atenção especial dispensada a cada pessoa que necessita de cuidados de enfermagem, no que à gestão de cuidados diz respeito, sugerimos a implementação de algumas medidas nos contextos de trabalho dos enfermeiros: envolvimento dos enfermeiros na avaliação de desempenho de forma a identificar necessidades de formação específica para desenvolvimento das competências relacionais de ajuda; envolvimento dos enfermeiros chefes na promoção de formação em serviço direcionada para o desenvolvimento de competências relacionais de ajuda; reconhecimento por parte dos enfermeiros chefes dos serviços, dos cuidados que cada elemento da equipa de enfermagem desenvolve e do esforço pessoal que cada elemento desenvolve para contrariar a rotinização dos cuidados de enfermagem; reconhecimento por parte dos enfermeiros chefes da importância da integração das competências relacionais de ajuda na prática diária dos cuidados de enfermagem; considerar na gestão dos recursos humanos, espaço para o desenvolvimento diário de competências relacionais de ajuda.

A complexidade das relações interpessoais que se estabelecem entre os enfermeiros e as pessoas que necessitam de cuidados de enfermagem implica o desenvolvimento humano de ambos os atores. Num contexto em que a tecnologia parece ocupar o lugar da presença humana, os enfermeiros podem tomar a seu cargo a responsabilidade de manter e acentuar as nuances humanas nos diferentes contextos de cuidados. Assim os espaços dos serviços de internamento não seriam locais esvaziados de emoções e afetos, mas antes locais de desenvolvimento pessoal no sentido da obtenção da autonomia da pessoa e do crescimento dos profissionais de enfermagem.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Collière, M. F. (1999). *Promover a vida: Da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem* (4ª ed.). Lisboa, Portugal: Lidel.
- Collière, M. F. (2001). *Cuidar...: A primeira arte da vida* (2ª ed.). Loures, Portugal: Lusociência.
- Hesbeen, W. (2000). *Cuidar neste mundo*. Loures, Portugal: Lusociência.
- Morrison, P. (1994). *Para compreender os doentes*. Lisboa, Portugal: Climepsi.
- Phaneuf, M. (2002). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures, Portugal: Lusociência.

A FUNÇÃO SEXUAL DA PESSOA COM TRANSPLANTE RENAL: AVALIAÇÃO E EDUCAÇÃO TERAPÊUTICA

PEDRO RICARDO COELHO GONÇALVES
LUÍS MANUEL DE JESUS LOUREIRO
MARIA ISABEL DOMINGUES FERNANDES

INTRODUÇÃO

A doença renal crónica terminal (DRCT) tem, de acordo com a literatura científica, um forte impacto no funcionamento sexual quer do homem quer da mulher, afetando claramente a sua qualidade de vida (Raggi et al., 2012). Assim, a função sexual da pessoa após transplante renal é um aspeto a exigir avaliação e intervenção por parte dos profissionais de saúde. Há evidência que o transplante renal melhora a função sexual, em consequência da normalização metabólica e hormonal e da melhoria dos problemas psicológicos (Filocamo et al., 2009). No entanto, a prevalência de disfunção sexual após o transplante renal mantém-se elevada, em comparação com a população geral (Raggi et al., 2012).

Face à importância da sexualidade na qualidade de vida da pessoa com transplante renal, tornou-se relevante conhecer em maior profundidade a sua perceção sobre a função sexual no pós-transplante. É da competência dos profissionais de saúde, além da avaliação da função sexual da pessoa, a preparação da pessoa para a vivência da sexualidade após o transplante através da educação terapêutica.

OBJETIVOS

Os objetivos deste estudo foram caracterizar a função sexual da pessoa com transplante e analisar o processo de educação terapêutica para o bem-estar associado à saúde sexual no pós-transplante.

METODOLOGIA

Realizou-se um estudo correlacional (nível III) e descritivo, inserido numa abordagem quantitativa. O instrumento de colheita de dados foi constituído por uma ficha de dados para

caracterização sociodemográfica, clínica e do processo formativo da pessoa, pelo Índice Internacional de Função Erétil (Nobre, 2003) e de Funcionamento Sexual Feminino (Pechorro, 2006) e pelo Inventário Depressivo de Beck (Chilcot, Spencer, Maple, & Mamode, 2014). Os dados foram colhidos entre agosto e outubro de 2014 na consulta externa de uma unidade de transplantação renal, numa amostra de 139 pessoas transplantadas renais (98 homens e 41 mulheres). A média de idades destas pessoas era de 49 anos, a maioria era casada (61,6%), tinha o 12.º ano (28,6%) e estava reformada (48,9%).

A análise de dados numéricos foi realizada com o software estatístico IBM-SPSS, versão 22 e, na análise das respostas às questões abertas, seguiram-se os princípios propostos por Bardin (2013).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Quanto à caracterização clínica, a maior parte das pessoas apresenta hipertensão arterial (HTA; 66,2%), tabagismo (16,5%), dislipidémia (12,2%), pré-obesidade ou obesidade (51,1%) e não apresenta sintomatologia depressiva significativa (73,4%).

A principal causa da DRCT foi a HTA (34,4%), seguida da causa indeterminada (27,5%) e da doença renal poliquística (15,3%).

Os resultados obtidos permitem verificar que a taxa de prevalência de disfunção sexual na pessoa com transplante renal é elevada (94,9% e 96,8%, respetivamente nos homens e nas mulheres), sendo a dimensão desejo sexual a mais afetada. São valores elevados quando comparados com os da população portuguesa, que aponta uma prevalência de disfunção sexual na população masculina entre 24% e 52% e para a população feminina entre 56% e 76,7% (Nobre, 2003; Vendeira, Pereira, Serrano, & Carvalheira, 2011; Vendeira, Pereira, Tomada, & Carvalho, 2011). É de realçar que 29 pessoas (20,9%) referem não ter tido atividade sexual.

Tendo presente que a causa da disfunção sexual é multifatorial, seguidamente serão analisados alguns fatores. Na relação da idade com o funcionamento sexual verifica-se que à medida que se envelhece diminui o desejo sexual, a função erétil e a satisfação geral no homem. Na mulher diminui a lubrificação, o desejo/excitação, o orgasmo e a satisfação. A dor agrava-se.

A American Psychiatric Association (2014) considera que existe um forte aumento da prevalência e da incidência de problemas com a ereção relacionados com a idade, enquanto Pechorro (2006) diz que existe uma tendência para que as mulheres mais velhas reportem mais dificuldades sexuais.

Em relação ao índice de massa corporal (IMC) não se confirma a hipótese de que as pessoas com valor elevado de IMC apresentam índices mais baixos de funcionamento sexual. São resultados não expectáveis dado que outras investigações identificam que melhorias significativas no IMC interferem na função erétil de forma positiva.

Também não se confirma haver associação entre exercício físico e funcionamento sexual, o que também está em oposição a outros resultados que identificam melhoria na função erétil pelo exercício, reforçando as evidências que associam a prática de exercício físico a uma atividade sexual mais satisfatória.

Não se confirma a hipótese do tempo de tratamento dialítico influenciar o funcionamento sexual. Seria previsível que a exposição prolongada do organismo às toxinas urêmicas prejudicasse a função sexual.

Verifica-se que a sintomatologia depressiva diminuiu o funcionamento sexual nas dimensões desejo sexual, função erétil e satisfação geral no homem e na lubrificação, no desejo/excitação e satisfação na mulher. Noohi et al. (2007) concluíram que a ansiedade e a depressão contribuíram para uma maior morbidade entre os transplantados renais, uma má qualidade de vida, uma pobre relação conjugal, função sexual e qualidade do sono, e Chilcot et al. (2014) afirmaram que a redução de sintomas depressivos poderá contribuir para um melhor funcionamento sexual.

A presença de ciclo menstrual melhora o funcionamento sexual feminino nas dimensões: lubrificação, desejo/excitação e orgasmo. Os resultados reforçam os de Filocamo et al. (2009) quando identificam os efeitos positivos do transplante no ciclo menstrual e a perda da libido e incapacidade para atingir o orgasmo produzida pela amenorreia nas mulheres submetidas a técnicas dialíticas.

Comparando a qualidade de vida sexual antes e após o transplante renal, verifica-se um aumento da qualidade após o transplante, o que poderá ser justificado pela percepção de bem-estar associado à melhoria da parte física, à imagem corporal e à qualidade de vida.

Da análise de conteúdo em que a temática central é o processo formativo da pessoa com transplante renal sobre a sexualidade, identificaram-se nas respostas apresentadas dois temas: processo formativo e comunicação profissional de saúde-pessoa. Em cada um dos temas foi identificado um conjunto de categorias e subcategorias (Figura 1).

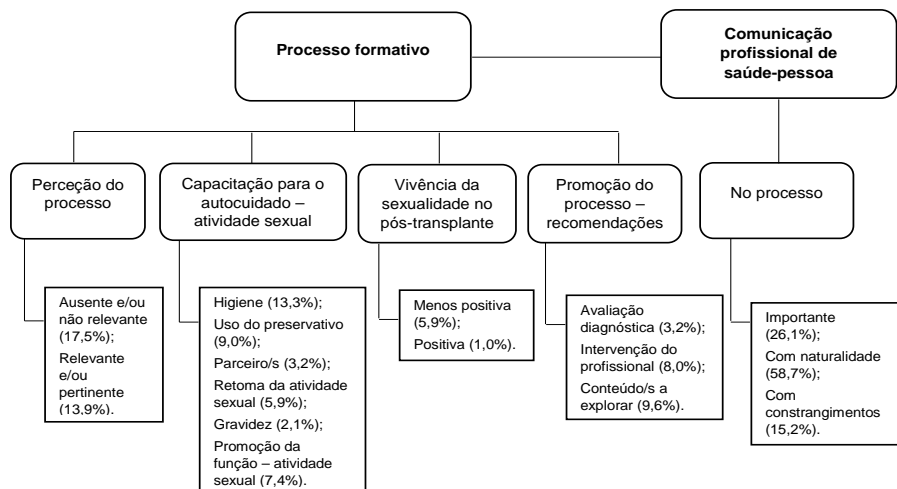


Figura 1. Esquema da análise de conteúdo relativa ao processo formativo.

O processo formativo, quando ocorre num ambiente de comunicação profissional de saúde-pessoa adequado, é entendido como significativo para a recuperação da sua saúde e bem-estar e capacita

para o autocuidado pelos conhecimentos potencialmente fomentadores de uma atividade sexual segura. Contudo, também deixou perceber alguns constrangimentos no processo formativo – não ser realizado com todas as pessoas, falta de sistematização nos conteúdos, por vezes informação contraditória ou suscetível a interpretações díspares, por parte dos profissionais de saúde – a exigirem um trabalho de análise das práticas.

CONCLUSÃO

A sexualidade é uma necessidade humana básica exigindo-se uma abordagem sem tabus e preconceitos. No estudo a taxa de prevalência da disfunção sexual foi de 94,9% e 96,8%, respetivamente nos homens e nas mulheres, sendo a dimensão mais afetada o desejo sexual. A função sexual é influenciada pela idade, estados depressivos e presença de ciclo menstrual. O IMC, a prática de exercício físico e o tempo de diálise pré-transplante não revelaram significância estatística.

Tendo em conta que na prática profissional os enfermeiros integram os resultados da investigação e face à elevada taxa de prevalência da disfunção sexual é importante que os problemas sexuais sejam identificados numa fase inicial. Assim, o enfermeiro terá de: questionar a pessoa sobre a sua função sexual; promover a continuidade de cuidados; trabalhar com a equipa de enfermagem uma forma estruturada de intervenção formativa; equacionar medidas a adotar para promover o processo formativo; e avaliar continuamente os resultados da intervenção formativa e a evolução das respostas da pessoa, competindo-lhe o encaminhamento para terapia especializada, sempre que necessário.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American Psychiatric Association. (2014). *Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais: DSM-5TM* (5ª ed.). Lisboa, Portugal: Climepsi.
- Bardin, L., (2013). *Análise de Conteúdo*. Lisboa, Portugal: Edições 70.
- Chilcot, J., Spencer, B. W., Maple, H., & Mamode, N. (2014). Depression and kidney transplantation. *Transplantation*, 97(7), 717-721. doi: 10.1097/01.TP.0000438212.72960.ae
- Filocamo, M. T., Zanazzi, M., Li Marzi, V., Lombardi, G., Del Popolo, G., Mancini, G., ... Nicita, G. (2009). Sexual dysfunction in women during dialysis and after renal transplantation. *Journal of Sexual Medicine*, 6(3), 3125-3131. doi: 10.1111/j.1743-6109.2009.01400.x
- Nobre, P. J. (2003). *Disfunções sexuais: Contributos para a construção de um modelo compreensivo baseado na teoria cognitiva* (Tese de doutoramento). Recuperado de <http://hdl.handle.net/10316/981>.
- Noohi, S., Khaghani-Zadeh, M., Javadipour, M., Assari, S., Najafi, M., Ebrahiminia, M., & Pourfarziani, V. (2007). Anxiety and depression are correlated with higher morbidity after kidney transplantation. *Transplantation Proceedings*, 39(4), 1074-1078. doi: 10.1016/j.transproceed.2007.04.002.
- Pechorro, P. F. (2006). *Funcionamento sexual e ciclo-de-vida em mulheres portuguesas* (Dissertação de mestrado). Recuperado de <http://hdl.handle.net/10400.12/766>

- Raggi, M. C., Siebert, S. B., Friess, H., Schremmer-Danninger, E., Thorban, S., & Dinkel, A. (2012). Sexual and relationship functioning before and after renal transplantation: A descriptive study with patients and partners. *Scandinavian Journal of Urology and Nephrology*, 46(6), 431-436. doi: 10.3109/00365599.2012.693132
- Vendeira, P., Pereira, N. M., Serrano, F., & Carvalheira, A. A. (2011). Estudo EPISEX-PT/Feminino: Prevalência das disfunções sexuais femininas em Portugal. *Cadernos de Sexologia*, 4, 7-14.
- Vendeira, P., Pereira, N. M., Tomada, N., & Carvalho, L. (2011). Estudo EPISEX-PT/Masculino: Prevalência das disfunções sexuais masculinas em Portugal. *Cadernos de Sexologia*, 4, 15-22.

A INFLUÊNCIA DO TOQUE (MASSAGEM) NA DIMINUIÇÃO DA DOR NO DOENTE ONCOLÓGICO

REGINA SOFIA SIMÕES SECO
JOSÉ REIS DOS SANTOS RÔXO

INTRODUÇÃO

A doença oncológica acarreta um conjunto enorme de dúvidas e incertezas quanto ao futuro da pessoa doente, já que muitas vezes não existe cura ou sequer tratamento. Alguns estudos desenvolvidos com doentes oncológicos demonstram que a dor, para além de ser o sintoma mais relatado, é também o mais temido, sendo este sentimento desagradável tão antigo como a humanidade. Enquanto fenómeno é puramente subjetivo, sendo difícil concretizar em razão da sua complexidade e por ser influenciada por fatores físicos, sociais e espirituais. Este é um dos problemas com que os enfermeiros se deparam diariamente, havendo a noção da possibilidade de sobrevivência com a dor. Contudo esta interfere com a relação dos doentes com o mundo e logo, na sua qualidade de vida.

Ao cuidar do doente oncológico, lidando com toda a sua vulnerabilidade pretende-se ir de encontro às suas necessidades, tendo este trabalho sido desenvolvido sobre esta temática por trabalhar com doentes deste foro. Este estudo tem o intuito de verificar a influência do toque (massagem) na diminuição da dor nestes doentes, através de uma avaliação objetiva e subjetiva dos mesmos.

OBJETIVOS

Objetivo geral: avaliar a influência do toque (massagem) na diminuição da dor no doente oncológico.

Objetivos específicos: verificar se o toque (massagem) interfere com a avaliação subjetiva e intensidade da dor no doente oncológico; e verificar se o toque (massagem) influencia a avaliação objetiva da dor, frequência cardíaca (FC), frequência respiratória (FR) e tensão arterial (TA) no doente oncológico.

METODOLOGIA

Estudo quantitativo, de âmbito pré-experimental.

Foi utilizado formulário, constituído por perguntas fechadas e a escala numérica para avaliação da dor, recomendada na circular normativa nº9 de 2003 (Direcção-Geral da Saúde, 2003).

Para além dos dados objetivos (clínicos) e da avaliação da dor, avaliaram-se outras variáveis, nomeadamente as de atributo (sociodemográficas), que permitiram caracterizar a população e as estranhas (variáveis clínicas), possibilitando uma avaliação clínica de cada doente. O formulário foi sujeito a um pré-teste no sentido da sua validação.

A colheita de dados decorreu no Instituto Português de Oncologia de Coimbra – Francisco Gentil, Entidade pública empresarial (EPE), às terças-feiras, nos meses de julho a outubro de 2010, através do preenchimento de 25 formulários. A colheita de dados referentes à avaliação da dor processou-se em dois períodos: imediatamente antes e após a sessão.

Foi elaborado um guião de toque (massagem) para as sessões que decorreram durante o estudo, com o intuito de uniformizar as mesmas em colaboração com os elementos constituintes deste grupo. As sessões tiveram uma duração de 45 minutos cada.

A participação no estudo foi livre, garantindo-se o anonimato e a confidencialidade das respostas. Utilizado termo de consentimento livre e informado.

O estudo foi autorizado pela Administração do Instituto Português de Oncologia de Coimbra - Francisco Gentil, EPE após parecer favorável da Comissão de Ética.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

No que respeita a idade, constatámos que a média é de 60,48 anos com um desvio padrão de 12,90. Sabemos que a maioria dos cancros predomina em indivíduos idosos, aumentando a sua incidência a partir dos 60 anos.

Relativamente ao género, desta amostra fez parte apenas um elemento masculino, correspondendo a 4%. O grupo de massagem intervém quando a dor é difícil de debelar, partindo da iniciativa (queixa) dos doentes, sendo vários os estudos a salientar que as mulheres ficam mais à vontade para verbalizar a dor, o que pode justificar que apenas um homem tenha sido incluído.

No que respeita ao estado civil a amostra foi constituída maioritariamente (64%) por casados, em termos sociais e antropológicos, facto devido à geração em que se inserem.

A amostra foi constituída essencialmente por pessoas com o 4ºano de instrução escolar (56%), o que corresponde à conjuntura social e política da época, pautada por dificuldades financeiras impeditivas do investimento na instrução.

Das características clínicas ainda fazia parte a questão se a pessoa tinha tido experiências dolorosas anteriores, sendo que 84% da amostra respondeu afirmativamente e destes 81% referiram que isso os ajudava a encarar de forma positiva a sua situação atual.

Em função da patologia associada, 60% reportou patologia osteoarticular, 12% outras, 8% patologia pulmonar e 20% não possuíam nenhuma patologia associada.

O grupo de massagem intervém quando a dor é difícil de controlar, sendo o toque (massagem) um frequente complemento à medicação. Desta forma é razoável que cerca de 80% da amostra

administrasse de forma contínua medicação analgésica e 20% não o fizesse de forma permanente. Dos elementos constituintes da amostra que fazem medicação contínua, 50% utilizam opióides fortes, 30% medicação não-opióide, 10% opióides fracos e a mesma percentagem não-opióide em associação com opióides. No entanto, no que respeita a medicação administrada, revela-se que o nível de intensidade referida é bastante elevado, podendo situar-se entre 6 e 10 segundo a escala analógica preconizada pela Organização Mundial de Saúde. Apesar da administração de medicação antiálgica ser efetuada de forma contínua, muitas vezes é difícil debelar a dor e cerca de 88% recorre a administração de medicação analgésica esporádica. Destes, 59,1% administram medicação opióide e 40,9% opióides fortes.

No respeitante à hipótese formulada no estudo, pretendeu-se confirmar a diminuição da intensidade (avaliação subjetiva) da dor e a diminuição objetiva constituída por parâmetros fisiológicos (TA, FC e FR) após a aplicação do toque massagem durante um período de 45 minutos.

Independentemente da medicação analgésica administrada, os elementos constituintes da amostra quantificaram a intensidade imediatamente antes da sessão entre 0 e 8, sendo a média de 4,84 com um desvio padrão de 2,17 pontos. Antes do início da sessão, 75% das pessoas apresentou uma dor classificada até um score de 7,0 apesar do valor máximo alcançado ser de 8.

Os resultados imediatamente após a sessão demonstram uma variação do nível de intensidade entre 0 e 5, sendo que a média é de 2,24 com um desvio padrão de 1,67 pontos. Após a sessão, 75% das pessoas classificou a sua dor até um score de 3,5 sendo o valor máximo alcançado de 5.

Quando se procedeu à avaliação objetiva da dor, consideraram-se alguns parâmetros vitais (TA, FC, FR), tendo acontecido a *normalização* destes parâmetros vitais de forma estatisticamente significativa ($p < 0,05$). Foi assim evidente que o toque massagem produziu efeitos significativos na redução da TA, da FR e da FC.

Vastos estudos corroboram os dados obtidos. Não pode deixar de salientar-se que ao cuidar de doentes oncológicos, há que o encarar na sua totalidade, centrando-nos essencialmente no seu ser. Os enfermeiros pretendem proporcionar cuidados de qualidade. Para tal, é fundamental respeitar o ser humano na sua individualidade, desenvolver o espírito de cuidar e contribuir para a criação de uma atmosfera de humanidade e centralidade em cada pessoa, promovendo o seu bem-estar (Fernandes, 2007).

Este estudo demonstrou alguns benefícios do toque (massagem) em doentes portadores de doença oncológica cuja dor é difícil de debelar, podendo mesmo representar um caminho para a sua abordagem e para a humanização dos cuidados.

Não podemos deixar de referir algumas limitações, nomeadamente a amostra ser do tipo probabilístico e como critério de seleção terem sido selecionados todos os indivíduos que durante esse período acederam às sessões de massagem, alertando-se que em trabalhos futuros seria pertinente partir de uma amostra de maior dimensão. Outra limitação prendeu-se com a manipulação, já que esta deveria ter sido realizada por um único elemento, pois embora seja seguido um guião para uniformizar a sessão cada indivíduo é único.

CONCLUSÃO

Sendo este um estudo pré-experimental, analisaram-se dados recolhidos junto de 25 doentes do foro oncológico no Gabinete de Massagem, o que permitiu concluir que após a administração de toque (massagem) durante 45 minutos, a intensidade da dor, a frequência cardíaca, a frequência respiratória e a tensão arterial sistólica e diastólica diminuíram significativamente.

Como é do conhecimento geral, o toque é uma necessidade essencial ao ser humano e perante a premissa do *to cure* para o *to care*, é de extrema importância que os profissionais de saúde retenham a necessidade da humanização de cuidados na prestação de cuidados de excelência. Este estudo demonstra a importância do toque para quem sente dor, ansiedade, incerteza no futuro, uma panóplia de emoções por vezes muito difícil de transmitir por palavras, e este tipo de toque traduz-se em benefícios inquantificáveis proporcionando bem-estar àquele que sofre.

Em estudos futuros seria pertinente realizar uma avaliação de todos os parâmetros vitais, bem como utilizar escalas de avaliação de ansiedade.

Em jeito de conclusão, há que vincar que o toque é uma técnica cuja aplicabilidade é pouco dispendiosa, e sem dúvida traduz uma mais valia para a prática de enfermagem.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Direcção-Geral da Saúde. (2003). *A dor como 5º sinal vital: Registo sistemático da intensidade da dor* (Circular normativa nº9/DGCG de 14/06/2003). Lisboa, Portugal: Autor.

Fernandes, I. M. (2007). *Factores influenciadores da percepção do cuidar dos enfermeiros*. Coimbra, Portugal: Formasau.

VIVÊNCIAS DO DOENTE SUBMETIDO A PROSTATECTOMIA RADICAL

RICARDO MANUEL BARROCAS SIMÕES
JOSÉ REIS DOS SANTOS ROXO

INTRODUÇÃO

A transição saúde-doença é considerada como um período de mudança na vida do indivíduo e das pessoas que o rodeiam, portanto é importante que a atenção dos enfermeiros seja dirigida para estes e para as suas respostas aos problemas de saúde.

Matos e Pereira (2005) referem que, muitas vezes, os efeitos colaterais do tratamento do cancro são percebidos pelos doentes como mais agressivos do que a própria doença. No doente submetido a prostatectomia radical a cirurgia não só irá trazer alterações da sexualidade como também nas atividades de vida diária.

Assim, é fundamental que os enfermeiros conheçam como estes doentes vivenciam este processo, identificando os pontos vulneráveis e os mecanismos de *coping* de adaptação à doença, permitindo assim, prestar cuidados de uma forma holística e ao encontro das suas reais necessidades

OBJETIVO GERAL

Descrever as vivências dos doentes submetidos a prostatectomia radical.

METODOLOGIA

Este estudo inseriu-se nos estudos qualitativos de nível I, recorreu-se a uma abordagem fenomenológica, uma vez que se pretendeu estudar o fenómeno tal como foi vivenciado.

Para a colheita de dados recorreu-se a uma amostra intencional por casos tipo, tendo-se como instrumento de colheita de informação a entrevista semiestruturada efetuada a 10 doentes submetidos a prostatectomia radical, no serviço de urologia dos Hospitais da Universidade de Coimbra, Entidade pública empresarial (EPE).

A informação recolhida foi organizada através do programa informático NVivo8 e a análise dos dados foi efetuada segundo o método proposto por Giorgi.

RESULTADOS

Com base na fundamentação teórica, e após o processo de análise e interpretação das entrevistas obteve-se uma estrutura que assenta em quatro estruturas essenciais/temas: vivências enquanto aguardam pela cirurgia; vivências no pré e pós-operatório; alterações físicas e psicológicas decorrentes da cirurgia; e papel dos enfermeiros nas vivências.

DISCUSSÃO

Ao tentar conhecer as *vivências enquanto aguardam pela cirurgia* ficou evidente que o momento do diagnóstico é um momento chave, em que a relação médico/doente assumiu uma relevante importância, onde afloram diversos sentimentos em relação ao cancro.

Tendo em conta a faixa etária dos participantes e a sua profissão constatou-se que, a maioria destes, ainda se encontravam profissionalmente ativos, sendo a possibilidade de ficarem incontinentes um dos principais receios. Viu-se, igualmente, que a maioria eram casados e sexualmente ativos, existindo um receio em relação à disfunção erétil. Ficou notório que o apoio social foi valorizado, em muito, pelos participantes deste estudo.

As *vivências no pré e pós-operatório* assumiram especial relevo, uma vez que nos relatos dos participantes surgiram uma diversidade de sentimentos, entre eles: sentimentos em relação à cirurgia; sentimentos vivenciados durante o internamento; sentimentos vivenciados ao acordar da cirurgia. A dor e o apoio social também foram destacados neste período.

Relativamente aos *sentimentos em relação à cirurgia*, para alguns existiu um sentimento de dúvida em relação à sua eficácia. Para outros, o medo de morrer na cirurgia. Houve casos em que existiu o medo de ter dores no pós-operatório.

No que diz respeito aos *sentimentos vivenciados durante o internamento*, ficou evidente que existiram dois momentos marcantes: o primeiro dia de internamento e o dia da alta, despertando por isso alguns sentimentos como angústia e insegurança em regressar a casa.

Vários participantes verbalizaram *sentimentos vivenciados ao acordar da cirurgia*. O alívio foi um sentimento presente em diferentes vertentes como: alívio por estar vivo, alívio por ter ultrapassado uma etapa fundamental para a sua cura; e o alívio por não ter dores.

A *dor* foi algo que marcou alguns dos participantes, sendo a dor no pós-operatório, um dos aspetos evidenciados nas entrevistas. Dale (1995) refere ser uma dor aguda, causando alterações fisiológicas e reações psicológicas. O cuidar da pessoa com dor aguda no pós-operatório é fundamental, no sentido em que permite reduzir as complicações da cirurgia e minimizar o seu próprio sofrimento.

O *apoio social* foi um aspeto muito valorizado, os participantes destacaram, sobretudo, a interação com outros doentes que iam ser operados e o papel da família na sua recuperação.

Relativamente às *alterações físicas e psicológicas decorrentes da cirurgia* constatou-se que estas podem ser agrupadas em duas dimensões: física e psicológica, uma vez que, o carcinoma da próstata “assume especial significado por gerar impactos físicos e psíquicos, particularmente no homem da terceira idade” (Macêdo, 2008, p. 23). Nesse sentido, é importante o conhecimento e compreensão dessas alterações, a fim de se poder cuidar destes doentes de uma forma holística.

No que diz respeito à dimensão física, verificou-se que os aspetos relacionados com a alteração da autoimagem e o desconforto físico, decorrente da recuperação após a cirurgia, foram aspetos que os marcaram. Quanto aos aspetos relacionados com a dimensão psicológica, ficou evidente que perante as alterações físicas decorrentes da cirurgia, como por exemplo a incontínência, alguns deles, criaram mecanismos de *coping* para as enfrentar.

De facto, estas duas dimensões estão interligadas não sendo possível haver uma fronteira distinta entre as duas. Por vezes as alterações físicas, como a incontínência e a disfunção eréctil, provocam alterações significativas a nível psicológico, que por sua vez, não facilitam a recuperação em termos físicos. Nesse sentido, qualquer que seja a intervenção do enfermeiro a nível das alterações decorrentes da cirurgia, este tem de estar ciente que não pode atuar ao nível da dimensão física e descurar a dimensão psicológica ou vice-versa.

No que diz respeito ao *papel dos enfermeiros nas vivências* dos doentes submetidos a prostatectomia radical, verificou-se que estas estiveram ligadas com as vivências no pré e pós-operatório.

Os doentes valorizaram mais os aspetos relacionais e o apoio emocional dos enfermeiros, valorizando sobretudo a forma como foram recebidos, a empatia da equipa e a dedicação demonstrada ao longo do tempo que estiveram internados. O que vai ao encontro do que refere Hesbeen (2000) "cada pessoa, seja qual for a sua doença, necessita de uma atenção personalizada e das acções específicas que lhes são inerentes" (p.19).

De uma forma geral, sentiram que foram bem preparados para regressar a casa, dando especial valor ao *guia* que receberam com informações úteis acerca da sua recuperação, havendo um sentimento generalizado de que esse documento lhes aumentou a segurança quando regressaram a casa. Facto que vai ao encontro do que referem Meleis, Sawyer, Im, Messias, e Schumacher (2000), ao afirmarem que os enfermeiros devem ser prestadores de cuidados que preparem os indivíduos para transições difíceis e que facilitem o processo de aprendizagem de novas capacidades relacionadas com experiências de saúde e de doença.

CONCLUSÃO

Como conclusões salienta-se a importância do momento em que os doentes recebem a notícia do diagnóstico. A *relação médico/doente* é de cabal importância para estes, apoiando-se no médico para a gestão da doença e para a elucidação sobre o diagnóstico. Para os doentes a humanização dos cuidados assume também um papel relevante.

Outro sentimento, que emergiu, em relação à cirurgia, foi o *medo de ter dores no pós-operatório*. Sendo este aspeto referenciado por muitos dos participantes.

Neste estudo, ficou claro que o internamento do doente é marcado por diferentes sentimentos. Relativamente aos *sentimentos vivenciados durante o internamento*, pôde-se considerar dois momentos marcantes: o primeiro dia de internamento e o regresso a casa.

Os participantes valorizaram a importância do *acolhimento*, sobretudo a empatia de quem os recebeu, dando maior destaque às *informações pertinentes*, não só sobre a preparação para a cirurgia, mas também, sobre a evolução da situação, cuidados prestados e esclarecimento de dúvidas.

No momento em que os doentes tiveram alta, emergiram sentimentos contraditórios. Se por um lado houve a satisfação pelo regresso ao lar, por outro, houve o medo acompanhado de *insegurança em regressar a casa*, em parte, devido a uma valorização dos cuidados de enfermagem no hospital em detrimento dos cuidados de saúde primários. Desta forma, a preparação para a alta assume um papel de cabal importância.

O papel do enfermeiro é fulcral, no sentido de tentar conhecer o meio sociocultural em que o doente está inserido e dissipar medos e mitos, de forma a diminuir-lhe a ansiedade através do apoio emocional e com o esclarecimento das dúvidas existentes. Além do mais, fica evidente que a família não pode ser dissociada do doente e deve fazer parte do processo de cuidados. O que faz com que seja necessário que a equipa de saúde valorize as relações existentes entre a família/doente/amigos de forma a minimizar os efeitos adversos do internamento.

Relativamente aos cuidados de enfermagem, estes doentes valorizam, sobretudo, os aspetos relacionados com a *disponibilidade*, a *empatia* e a *dedicação* dos enfermeiros.

O *apoio emocional* foi também um dos aspetos que sobressaiu da análise das entrevistas, sendo notório como esse apoio influenciou pela positiva as vivências dos doentes, desde o primeiro dia até ao momento da alta.

Estas informações veem confirmar o que, há muito, está descrito na literatura, ou seja, para os doentes os aspetos relacionados com a técnica não são valorizados enquanto os relacionais são muito valorizados, assim como, o apoio emocional e a forma como são acolhidos e preparados para regressarem a casa. Estes constituem um pilar fundamental para a prática de enfermagem.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Dale, F. (1995). Dor no pós-operatório do doente cirúrgico programado. *Nursing*, 8(85), 16-21.
- Hesbeen, W. (2000). *Cuidar no hospital: Enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspectiva de cuidar*. Loures, Portugal: Lusociência.
- Macêdo, S. R. (2008). *O significado da vivência do paciente em tratamento de câncer de próstata* (Dissertação de mestrado). Universidade de Fortaleza, Brasil. Recuperado de http://www.unifor.br/tede//tde_busca/arquivo.php?codArquivo=809311
- Matos, P., & Pereira, M. G. (2005). Áreas de intervenção na doença oncológica. In M. G. Pereira & C. Lopes (Eds), *O doente oncológico e a sua família* (pp. 15-25). Lisboa, Portugal: Climepsi.
- Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Im, E.-O., Messias, D. K., & Schumacher, K. (2000). Experiencing transitions: An emerging middle-range theory. *Advances in Nursing Science*, 23(1), 12-28.

HIGIENE ORAL NA PESSOA COM DOENÇA HEMATO-ONCOLÓGICA A REALIZAR QUIMIOTERAPIA

SÍLVIA MAGDA SANTOS PEREIRA DOS REIS
ISABEL MARIA HENRIQUES SIMÕES

INTRODUÇÃO

A mucosite oral é um dos principais efeitos secundários da administração de quimioterapia, com impacto a nível da qualidade de vida. A higiene oral é a principal forma de a prevenir e/ou de a minimizar. Considera-se uma correta higiene oral quando se verifica o conjunto de 4 comportamentos: vezes por dia (duas ou mais vezes), produtos utilizados (escova de dentes macia ou escova de esponja, pasta de dentes e antisséptico oral), tempo de escovagem (escovagem igual ou superior a um minuto e meio) e zonas higienizadas (todas as estruturas da boca; Bhatt, Vendrell, Nau, Crumb, & Roy, 2010; Huskinson & Lloyd, 2009).

Existem ainda outras medidas que devem ser adotadas para prevenir e/ou minimizar a mucosite oral, nomeadamente evitar alimentos e o consumo de produtos irritantes da mucosa oral e hidratação dos lábios com hidratante hidrossolúvel (Bhatt et al., 2010; Huskinson e Lloyd, 2009).

OBJETIVOS

Identificar a importância atribuída aos cuidados de higiene oral; identificar a importância atribuída aos ensinamentos realizados pelos enfermeiros sobre higiene oral; analisar os hábitos de higiene oral anteriores à situação de doença e atuais; e, conhecer outros comportamentos adotados para prevenir e/ou minimizar a mucosite oral.

METODOLOGIA

A amostra foi constituída por 58 participantes com doença hemato-oncológica a realizar quimioterapia, internados num serviço de um hospital central, entre os meses de fevereiro e maio de 2011. A colheita de dados foi realizada em doentes que tinham terminado a infusão do ciclo de quimioterapia e com capacidade física para a realização do autocuidado higiene oral.

A amostra apresentou uma ligeira predominância do gênero masculino, com idades entre os 18 anos e os 65 anos, com média de idades de 42,16 anos.

O instrumento de colheita de dados foi construído pelas autoras, dividindo-se em duas partes. Uma primeira parte, relativa aos dados sociodemográficos e clínicos e uma segunda parte, direcionada aos comportamentos de higiene oral e ensinos recebidos.

RESULTADOS

A totalidade dos participantes da amostra atribuiu importância à higiene oral, sendo que 75,9% atribuí-lhe muita importância (Tabela 1).

Dos 58 inquiridos que participaram no estudo apenas 56,9% referiram ter recebido ensinos. Dos participantes que referiram ter recebido ensinos, todos lhe atribuíram importância e, 78,8% considera-os mesmo muito importantes.

Tabela 1

Distribuição dos elementos da amostra em função da importância atribuída à higiene oral e aos ensinos

	Importância atribuída à higiene oral (N=58)		Importância atribuída aos ensinos (N=33)	
	n	%	n	%
Nada importante	0	0	0	0
Pouco importante	0	0	0	0
Indiferente	0	0	0	0
Importante	14	24,1	7	21,2
Muito importante	44	75,9	26	78,8
Total	58	100	33	100

Quando inquiridos sobre a forma como realizavam a higiene oral durante a situação de doença apenas um elemento da amostra referiu realizar os quatro comportamentos, assumidos como correta higiene oral. A maioria dos inquiridos realiza apenas dois dos quatro comportamentos considerados corretos, quer antes como durante a situação de doença. No entanto, durante a situação de doença há alterações positivas na forma como os participantes do estudo realizavam a higiene oral, designadamente diminuição do número de inquiridos que realizava nenhum ou apenas um comportamento correto e aumento da frequência de três e quatro comportamentos corretos.

Quando comparados os comportamentos de higiene oral antes e durante a situação de doença (Figura 1), a grande maioria dos participantes realizava higiene oral duas ou mais vezes ao dia, assinalando-se, no entanto, que durante a situação de doença houve um ligeiro aumento, de 84,5% para 91,4%, dos inquiridos que afirmam fazê-lo.

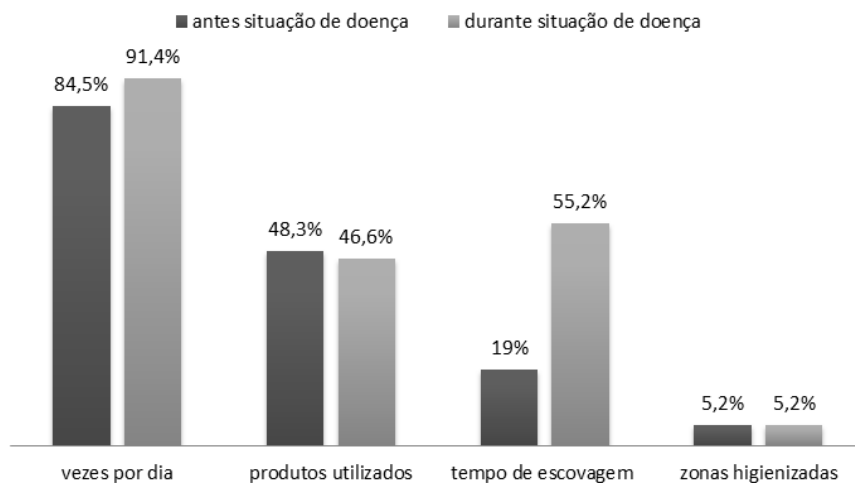


Figura 1. Representação dos elementos da amostra em função dos comportamentos corretos de higiene oral, antes e durante a sua situação de doença (N=58).

Relativamente aos produtos utilizados para a lavagem da boca verifica-se que menos de metade da amostra recorre aos produtos recomendados, havendo mesmo um ligeiro decréscimo na sua utilização durante a situação de doença, de 48,3% para 46,6%.

Já no que respeita ao tempo de escovagem houve uma melhoria franca durante a situação de doença, sendo este o aspeto onde as alterações foram mais marcadas no que concerne à realização da correta higiene oral.

Salienta-se que só um pequeno número de participantes (5,2%) higienizava todas as estruturas da boca, nomeadamente dentes, gengivas, língua, palato e mucosa jugal.

Quando analisados os outros comportamentos saudáveis de prevenção e/ou atenuação da mucosite oral, constata-se que mais de metade dos participantes (55,2%) referenciou não evitar qualquer tipo de alimentos ou bebidas (Figura 2).

Relativamente à hidratação dos lábios metade da amostra refere hidratar os lábios. Já no que respeita ao consumo de tabaco, a quase totalidade dos participantes (96,6%) referem não serem fumadores.

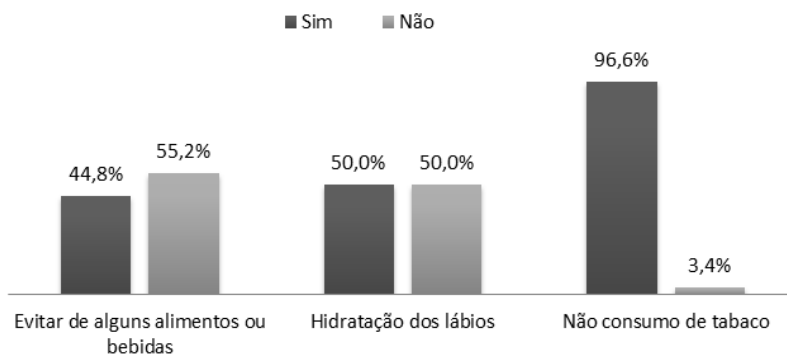


Figura 2. Representação dos elementos da amostra em função da adoção de comportamentos saudáveis de prevenção e/ou atenuação da mucosite oral (N=58).

DISCUSSÃO E CONCLUSÃO

A higiene oral e os ensinamentos feitos pelos enfermeiros sobre este cuidado foram considerados importantes ou mesmo muito importantes por todos os elementos da amostra. Soderhamn (2000) e Eilers (2004) consideram-nos recursos fundamentais para a realização do autocuidado de higiene oral.

Apesar de se terem verificado melhorias significativas nos cuidados à boca, entre o que era feito antes do diagnóstico da doença e após, continua-se longe do que é considerado uma correta higiene oral, principalmente no que diz respeito aos produtos utilizados, ao tempo de escovagem e às zonas higienizadas.

No que respeita a outras medidas saudáveis, nomeadamente o evitar alguns alimentos e bebidas, hidratação dos lábios e não-consumo de tabaco, também aqui a amostra evidencia a realização de poucos comportamentos considerados adequados.

Os enfermeiros devem assumir a responsabilidade na capacitação da pessoa para a realização do autocuidado de higiene oral e na adoção de outras medidas preventivas ou de minimização da mucosite. Importa, também, refletir a forma como são realizados os ensinamentos e como são validados. Sabemos que ensinar é muito mais que a simples transmissão de informação, envolvendo, também, a aquisição e desenvolvimento de novos conhecimentos e competências e treino de habilidades.

Este estudo permitiu desenvolver conhecimento numa área de intervenção autónoma de enfermagem ainda pouco estudada. Com estes resultados foi possível identificar as necessidades de ensino da pessoa na doença hemato-oncológica a realizar quimioterapia, com ou em risco de vir a desenvolver mucosite, permitindo assim uma intervenção de enfermagem orientada para as reais necessidades formativas nesta área.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bhatt, V., Vendrell, N., Nau, K., Crumb D., & Roy, V. (2010). Implementation of a standardized protocol for prevention and management of oral mucositis in patients undergoing hematopoietic cell transplantation. *Journal Oncology Pharmacy Practice*, 16(3), 195-204.
- Eilers, J. (2004). Nursing interventions and supportive care for the prevention and treatment of oral mucositis associated with cancer treatment. *Oncology Nursing Forum*, 31(4), 13-23.
- Huskinson, W., & Lloyd, H. (2009). Oral health in hospitalized patients: Assessment and hygiene. *Nursing Standard*, 23(36), 43-47.
- Soderhamn, O. (2000). Self-care activity as a structure: A phenomenological approach. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 7, 183-189.

RESUMOS ALARGADOS

**AMBIENTE DE PRESTAÇÃO DE
CUIDADOS**

CULTURA DE SEGURANÇA NOS CUIDADOS PERIOPERATÓRIOS: IMPACTO NO INTRAOPERATÓRIO

ANA MARIA AFONSO
MARIA DA NAZARÉ RIBEIRO CEREJO
JOSÉ REIS DOS SANTOS ROXO

INTRODUÇÃO

A Cultura de Segurança do Doente (CSD) no bloco operatório é um elemento-chave na qualidade dos cuidados de saúde, assegurando um decréscimo efetivo dos acidentes, erros e eventos adversos. A Organização Mundial de Saúde (OMS) tem tomado medidas em relação à segurança do doente cirúrgico e reconhece-a como um importante problema de saúde pública (OMS, 2009).

O trabalho em equipa, a comunicação, a liderança, a organização do trabalho por turnos, a dotação de recursos humanos e o desempenho individual e profissional dos enfermeiros perioperatórios são fatores que influenciam a prestação de cuidados e a segurança do doente cirúrgico (Fragata, 2011; Needleman et al., 2011). As distrações, o aumento da carga de trabalho, as mudanças de turno com registos incorretos, a comunicação confusa entre profissionais e o conhecimento insuficiente têm sido apontados como fatores contribuintes para o erro.

OBJETIVOS

Constituem objetivos desta investigação compreender a relevância que os enfermeiros perioperatórios conferem à implementação da CSD na prestação de cuidados, identificar procedimentos passíveis de causar danos e a adesão dos enfermeiros no preenchimento da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica.

METODOLOGIA

Estudo descritivo de natureza quantitativa, realizado a partir do questionário *Hospital Survey on Patient Safety Culture* implementado pela *Agency on Healthcare Research and Quality* (APHD), para avaliar a CSD das organizações de saúde. O questionário é constituído por 42

itens que estão organizados em 12 dimensões (D) da CSD. Para melhorar a eficácia na análise e interpretação dos resultados obtidos e pretendendo seguir a metodologia proposta pelos autores do questionário, procedeu-se à recodificação da escala, tal como representado na Figura 1. A análise descritiva e inferencial realizou-se com recurso a programa estatístico.

Discordo fortemente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo fortemente	Código base
Nunca	Raramente	Por vezes	Maioria das vezes	Sempre	
Negativo		Neutro	Positivo		Recodificação

Figura 1. Recodificação da escala. Adaptado da APDH, avaliação da cultura de segurança, Direção Geral da Saúde (DGS), 2011.

RESULTADOS

A população deste estudo corresponde a 77 enfermeiros perioperatórios e é maioritariamente feminina, sendo composta por 55 enfermeiras (71,43%). Dos 77 enfermeiros, 39 (50,65%) situam-se no grupo etário dos 41 aos 50 anos, sendo que a maioria dos enfermeiros (63,63%) possui mais de 13 anos de experiência profissional no bloco operatório. Os 42 itens avaliados pelo questionário estão organizados e distribuídos em 12 dimensões. Numa avaliação global dos itens, apenas quatro se afiguram fortes na avaliação da CSD, indicando que os profissionais se entretajudam, estão a trabalhar ativamente para a melhoria da segurança do doente e o superior hierárquico dá elevada atenção aos problemas relacionados com a segurança, não permitindo o uso de atalhos sempre que existe pressão. Pela análise das 12 dimensões da CSD (Figura 2), oito apresentam-se como fatores críticos/problemáticos na avaliação da CSD, evidenciando percentagens abaixo dos 50% e quatro dimensões como aspetos não-críticos, mas com necessidade de melhoria. Como fatores críticos/problemáticos, temos o trabalho em equipa no serviço (D1), a perceção sobre segurança do doente (D3), a resposta não-punitiva (D5), a comunicação aberta (D6), o apoio da gestão hospitalar (D9), a frequência de notificação de eventos (D10), o trabalho em equipa/cooperação entre serviços (D11) e as passagens de turno e transferência de doentes (D12). A aprendizagem organizacional e melhoria contínua (D2), os recursos humanos (D4), a comunicação sobre erros (D7) e as expectativas e ações da chefia (D8) são considerados aspetos não-críticos mas a necessitar de melhoria.

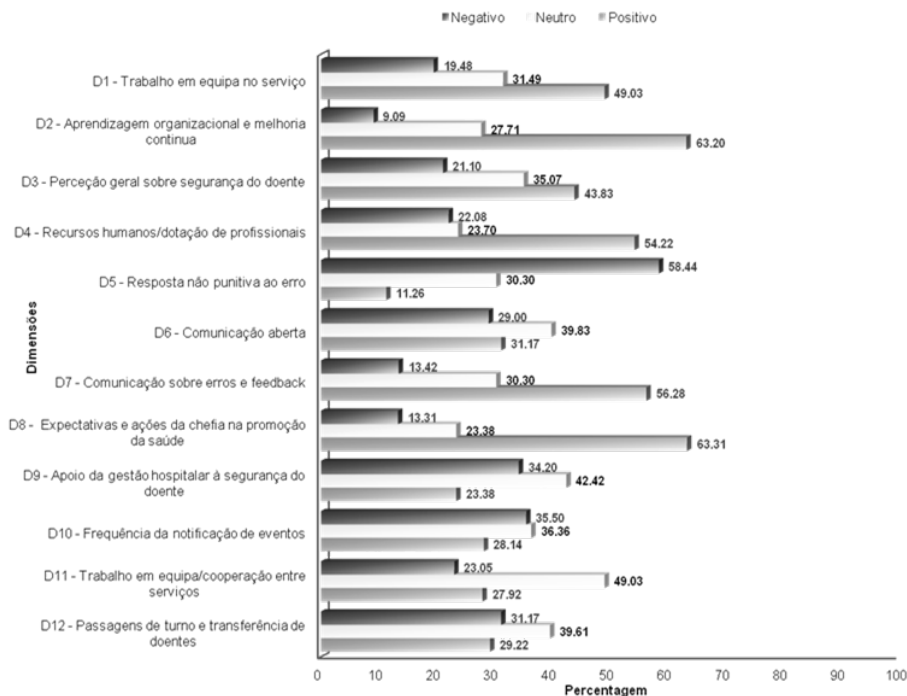


Figura 2. Percentagem da distribuição das respostas negativas, neutras e positivas dos enfermeiros nas 12 dimensões de avaliação da CSD (n = 77).

DISCUSSÃO

Analisámos respostas de 77 enfermeiros, os quais correspondem a 96,25% da população total (80 enfermeiros), constituindo uma amostra representativa. Considerando a faixa etária e experiência profissional dos enfermeiros incluídos no estudo, podemos constatar que estamos perante um grupo profissional perito, quanto à experiência no bloco operatório. A este propósito é compreensível a maturidade e a combinação de competências que, segundo Benner (2001) e Martins (2009), estão relacionadas com a experiência profissional dos enfermeiros. Estes fatores estão associados a melhores resultados nos cuidados prestados aos doentes. Ao longo do tempo os profissionais de enfermagem adquirem experiência e conhecimento clínico, resultante do desenvolvimento dos conhecimentos práticos e teóricos. Na opinião de Martins (2009) “o saber, por si só, não faz a perícia . . . a enfermagem, como outras disciplinas da saúde, precisa de outro componente: o ‘saber fazer’, ou seja, competências” (p.180). Para o mesmo autor, o caminho para a perícia requer capacidade para realizar algo, treino constante, mobilização e aplicação de conhecimentos baseados em evidências científicas, para atingir a excelência no exercício.

Os profissionais constroem os seus saberes através da aplicação do conhecimento e da prática reflexiva no contexto da prestação de cuidados. É certo que as características individuais como a personalidade, motivação e imprevisibilidade influenciam o desempenho profissional. Verificamos também, pelos resultados obtidos, que as competências comunicacionais (comunicação aberta para reportar ou notificar erros/eventos adversos) se degradam com o aumento da idade, o que vai ao encontro das afirmações de Santos, Grilo, Andrade, Guimarães, e Gomes (2010). Também os enfermeiros com experiência profissional superior a 13 anos no mesmo serviço valorizam melhor a perceção sobre segurança do que os menos experientes.

O trabalho em equipa é um fator determinante e fundamental na prestação de cuidados perioperatórios seguros, estando caracterizado no estudo como um fator crítico/problemático, contrariamente aos estudos de Fernandes (2009) e DGS (2011). Também como fator crítico temos a perceção geral sobre segurança, onde é referenciado que o excesso de trabalho e a sobrecarga do trabalho por turnos são fatores que potenciam o aumento dos erros.

As passagens de turno constituem um momento de reflexão e aprendizagem organizacional. No entanto, o aumento da carga de trabalho, a fadiga e o trabalho por turnos podem colocar em risco a segurança do doente, a comunicação durante as passagens de turno, a comunicação aberta dos erros e a notificação dos mesmos. De igual modo, é incontestável a evidência de que o trabalho por turnos é prejudicial à saúde dos profissionais, com impacto no seu desempenho e produtividade, pondo em risco a segurança dos profissionais e dos doentes.

Quanto à aprendizagem organizacional e melhoria contínua, os resultados indicam que não existe uma cultura de aprendizagem com os erros. Esta análise salienta alguma controvérsia relativamente a estudos publicados, os quais referem uma cultura de aprendizagem organizacional em detrimento de uma cultura de culpabilização.

A mudança da cultura punitiva e de culpabilização para uma cultura de aprendizagem, estimula os profissionais a notificar os erros, a identificar causas e a prevenir incidentes, o que conduz à melhoria de uma CSD.

CONCLUSÃO

A CSD no bloco operatório é caracterizada pela maioria dos enfermeiros como aceitável, afigurando-se como um fator crítico na qualidade dos cuidados prestados. A construção de uma cultura de segurança nos serviços de saúde requer a implementação de listas de verificação de segurança cirúrgica ou *checklists*, protocolos padronizados, melhoria da comunicação, trabalho em equipa, qualificação profissional e práticas baseadas na evidência científica. O empenho dos líderes das equipas e dirigentes hospitalares é igualmente crucial na implementação. Só assim podemos contribuir para a melhoria da qualidade e da excelência dos cuidados perioperatórios. A cultura de qualidade dos cuidados, resultante da interação entre a humanização dos cuidados e a excelência técnica na aplicação das boas práticas é indubitavelmente o desafio e o caminho a percorrer pelos enfermeiros perioperatórios.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito: Excelência e poder na prática clínica de enfermagem*. Coimbra, Portugal: Quarteto.
- Direção Geral da Saúde. (2011). *Estudo piloto: Avaliação da cultura de segurança do doente em hospitais portugueses*. Lisboa, Portugal: Autor.
- Fernandes, A. (2009). *Validação confirmatória do "hospital survey on patient safety culture" através de um estudo preliminar da cultura de segurança dos doentes em quatro hospitais distritais/nível 1 portugueses*. Léon, Espanha: Departamento de Ciências Biomédicas da Universidade de Léon.
- Fragata, J. (2011). *Segurança dos doentes: Uma abordagem prática*. Lisboa, Portugal: Lidel.
- Martins, J. (2009). Atuação do enfermeiro no setor de urgências: Gestão para o desenvolvimento de competências. In W. Malagutti & K. Caetano (Eds.), *Gestão do serviço de enfermagem no mundo globalizado*. Rio de Janeiro, Brasil: Rubio.
- Needleman, J., Buerhaus, P., Pankratz, V. S., Leibson, C. L., Stevens, S. R., & Harris, M. (2011). Nurse staffing and inpatient hospital mortality. *The New England Journal of Medicine*, 364(11), 1037-1045. doi: 10.1056/NEJMsa1001025
- Organização Mundial de Saúde. (2009). *Orientações da OMS para a cirurgia segura 2009: Cirurgia segura salva vidas*. Geneva, Suíça: Autor.
- Santos, M., Grilo, A., Andrade, G., Guimarães, T., & Gomes, A. (2010). Comunicação em saúde e a segurança do doente: Problemas e desafios. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 10, 47-57.

ERRO DE MEDICAÇÃO: CIRCUNSTÂNCIAS DA SUA OCORRÊNCIA NA PERSPETIVA DO ENFERMEIRO

ANA SOFIA DA SILVA PEREIRA
AMÉLIA FILOMENA DE OLIVEIRA MENDES CASTILHO

INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas tem-se assistido a uma vertiginosa evolução tecnológica, particularmente na área da saúde, proporcionando ganhos em saúde e aumentando as expectativas dos utilizadores dos cuidados de saúde. Na complexa interação Homem e tecnologia que ocorre durante a prestação de cuidados existe o risco associado que poderá levar à ocorrência de erros em saúde e, neste caso, os cuidados de saúde não só não trarão os esperados benefícios para o doente como poderão provocar o dano (Fragata & Martins, 2004). Assim, o tema da segurança dos doentes, principalmente o erro em saúde, ganha importância dentro do sector da saúde.

O erro relacionado com a medicação é considerado uma das principais causas de morte e incapacidade, falecendo mais pessoas devido a erros de medicação do que a acidentes de trabalho (Khon, Corrigan, & Donaldson, 2000). Embora a gestão da medicação envolva múltiplos profissionais, os enfermeiros assumem, neste contexto, um papel central na promoção da segurança dos doentes, quer na deteção de falhas ocorridas anteriormente com o doente, quer na prevenção de falhas durante as fases do processo em que intervêm diretamente (Catela, 2008). No sentido de reduzir os eventos adversos relacionados com a medicação é essencial adotar uma postura de compreensão do erro, dos fatores precipitantes e circunstanciais do mesmo. Esta postura será o primeiro passo para sua prevenção. Porém, reconhece-se que existe subnotificação dos eventos adversos, nomeadamente os relacionados com a medicação, o que tem dificultado o conhecimento desta realidade.

OBJETIVOS

Compreender as circunstâncias associadas ao erro de medicação e sensibilizar a equipa de enfermagem para a importância do relato do erro de medicação.

METODOLOGIA

O presente estudo procura dar resposta à questão de investigação: Quais as circunstâncias que envolvem a ocorrência dos erros de medicação, vivenciados pelos enfermeiros, num serviço

de internamento de um hospital central? Nesse sentido desenhou-se um estudo transversal, descritivo, exploratório, numa abordagem qualitativa, que permitisse a compreensão do fenómeno.

Foram convidados a participar no estudo os enfermeiros que trabalhavam num serviço de internamento de um hospital central. Cumpridos os critérios de inclusão, aceitaram participar 11 informantes. Optou-se pela técnica de entrevista semiestruturada. Os participantes foram convidados a relatar uma situação de erro de medicação vivenciado ou observado. A fim de facilitar o relato dos participantes, o guião de entrevista seguiu o modelo *Patient Safety Event Taxonomy* (PSET) da *Joint Commission Accreditation Health Organization* (JCAHO), adaptado por Castilho e Parreira (2012) para o estudo de eventos relacionados com a prática de enfermagem, permitindo organizar a informação em torno de cinco eixos temáticos: tipo de evento, impacto, domínio, causa, mitigação e prevenção do dano e notificação.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os enfermeiros relatam essencialmente situações incidentes com a medicação vivenciados por si e reconhecem situações *near miss* como precursor de um possível evento adverso. Os eventos adversos ocorrem principalmente na fase de administração e envolvem sobretudo situações de troca de doentes. No que concerne ao impacto que estes eventos adversos podem provocar no doente verifica-se que existe uma tendência geral para a sua desvalorização, considerando os profissionais que não houve impacto negativo ou este foi mínimo. Associam este resultado ao predomínio de medicação oral.

Relativamente ao impacto para a organização, identificamos uma tendência de não-valorização. No entanto, alguns enfermeiros identificam os gastos materiais, em recursos humanos (novas preparações e aumento da vigilância) e na imagem, quer junto do doente quer da família. Nas consequências para o enfermeiro valorizam sobretudo o impacto negativo (culpa, vergonha, ansiedade), identificando também a oportunidade de aprendizagem.

A análise das causas permite evidenciar que os erros acontecem em resultado do entrelaçar de vários fatores humanos e sistémicos que contribuem para a sua ocorrência. As pessoas falham, violam métodos de trabalho preconizados e regras de segurança que conhecem, esquecem-se, enganam-se e confundem-se. As situações de erro são justificadas pelos enfermeiros pela existência de um ambiente que é propiciador da ocorrência destas situações, que favorece a distração, a desconcentração e promove a violação do método individual de trabalho, numa tentativa de contornar o elevado volume de trabalho para dar resposta em tempo útil às necessidades dos doentes. Na sua maioria, os enfermeiros, quando referiram como causa uma distração, souberam atribuir a causa dessa mesma distração e não a aceitaram apenas por si só.

Foram identificados como fatores que dificultam o trabalho dos enfermeiros e potenciam a ocorrência do erro: o elevado volume de trabalho; as múltiplas interrupções a que são sujeitos aquando da preparação e administração de fármacos; a confusão, a agitação e elevado número de pessoas (utentes e visitas) a circular no serviço e na zona de preparação de fármacos aquando da preparação; a ausência de material atualizado e ajustado a uma preparação e administração segura; e condições arquitetónicas da zona de preparação pouco adequadas. Foram ainda referidas a inadequação do aplicativo informático, o sistema de registo de medicação não dispor de mecanismos seguros para evitar os erros e o facto de nem todas as camas disporem de rampas de oxigénio.

Ainda que os enfermeiros tenham identificado falhas humanas e sistêmicas na ocorrência do erro, defenderam que na sua maioria são propiciadas por um sistema frágil e propiciador dessas mesmas falhas. Os enfermeiros vivenciam o erro com responsabilidade, adotando de imediato estratégias de redução do dano, nomeadamente aumentando a vigilância, a certificação de ausência de alergia e aumento da pesquisa sobre o fármaco

A oportunidade de refletir sobre as circunstâncias que envolveram o erro de medicação deu origem a várias sugestões de melhoria no serviço: o aumento da dotação de profissionais; a existência de um armário com sistema de unidose; o cumprimento do método individual de trabalho em especial no que concerne à gestão do medicamento; a otimização do aplicativo informático de gestão do medicamento; a otimização na identificação do doente em cada unidade; maior concentração aquando da preparação e administração dos medicamentos; a existência de um espaço físico exclusivo para a preparação da medicação; a existência de rampas de oxigénio em todas as unidades; e a criação de momentos de partilha em equipa a fim de estimular a aprendizagem com erro.

Os profissionais reconhecem a importância da notificação e da aprendizagem com o erro, sobretudo nos casos graves. Identificam como fatores que contribuem para a não-notificação o medo de penalização, assim como o desconhecimento da forma como proceder para notificar o evento adverso. Perante tais achados sugere-se, tal como preconizam Chiang e Pepper (2006), que será importante trabalhar juntamente com estes enfermeiros no sentido de os formar e informar sobre onde e como notificar, reforçar a extrema importância de notificar desmitificando o receio da punição individual, estimulando a cultura de aprendizagem com o erro em detrimento de uma culpabilização individual.

CONCLUSÃO

A segurança do doente apresenta-se como uma questão incontornável da qualidade em saúde, reconhecendo-se que, apesar dos avanços tecnológicos e científicos, continuam a ocorrer erros nas práticas profissionais, nomeadamente erros de medicação, suscetíveis de causar dano ao doente. Os profissionais reconhecem que este são frequentemente evitáveis e identificam diferentes fatores humanos e sistémicos que intervêm na sua ocorrência. Os enfermeiros apresentaram diversas medidas preventivas de erros de medicação. Os resultados desta investigação foram apresentados e discutidos em equipa sendo assim criado um espaço de reflexão. Espera-se com este trabalho estimular a reflexão em equipa sobre esta temática, contribuir para a redução do erro de medicação e fomentar uma cultura de notificação de eventos adversos. É fundamental incutir nos profissionais e nas organizações uma verdadeira cultura de segurança, que proceda à gestão do risco clínico. Tal como Fragata (2010), consideramos que a segurança dos doentes será tanto mais eficaz quanto mais robusto for o sistema.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Castilho, A., & Parreira, P. (2012). Construção e avaliação das propriedades psicométricas de uma escala de eventos adversos associado às práticas de enfermagem. *Revista Sinais Vitais*, 2(1), 1, 59-73.

- Catela, A. I. (2008). Erro de medicação nas unidades de cuidados intensivos. *Revista Enfermagem*, 2(49-50), 18-22.
- Chiang, H. I., & Pepper, G. A. (2006). Barriers to nurses' reporting of medication administration errors in Taiwan. *Journal of Nursing Scholarship*, 38(4), 392-399.
- Fragata, J. (2010). Segurança dos doentes: Indicador de qualidade em saúde. *Revista Portuguesa Clinica Geral*, 26, 564-570.
- Fragata, J. & Martins, L. (2004). *O erro em medicina*. Coimbra: Almedina.
- Khon, L., Corrigan, J., & Donaldson, M. (2000). *To err is human: building a safer health system*. Washington DC: National Academy Press.

HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS PELOS ENFERMEIROS NUM SERVIÇO DE MEDICINA DE UM HOSPITAL CENTRAL

ANABELA ROSA COIMBRA
LUÍS MIGUEL NUNES OLIVEIRA

INTRODUÇÃO

Atualmente o problema da segurança dos doentes tem merecido redobrada atenção, nomeadamente os efeitos adversos dos medicamentos, as quedas de doentes e as infeções associadas aos cuidados de saúde (IACS). Estas são as três áreas onde se verificam mais erros clínicos em todo o mundo (Direção Geral da Saúde [DGS], 2010).

Martins (2001) refere que as IACS representam uma importante causa de morbilidade, mortalidade e aumento de custos socioeconómicos. A DGS (2010) acrescenta ainda o aumento do tempo de internamento e o facto de afetar um grande número de doentes constituindo, por isso, uma problemática de relevante preocupação a nível mundial. Sendo a taxa de prevalência das IACS um indicador da qualidade dos cuidados prestados por estar relacionada a práticas inadequadas, acarretando custos quer institucionais, quer para os doentes e seus familiares ou mesmo para a sociedade, esta surge como uma temática emergente na práxis dos serviços de saúde.

A infeção associada aos cuidados de saúde é, como referimos, um indicador da qualidade em saúde. Cerca de 30% são consideradas preveníveis por medidas simples, sendo a lavagem correta das mãos pelos profissionais de saúde a mais simples e a mais efetiva.

Com este estudo pretende-se obter respostas para as seguintes questões de investigação:

- Qual a adesão dos enfermeiros num serviço de medicina de um hospital central à higienização das mãos e com que índice de cumprimento é realizada?
- Quais as alterações observadas na execução da higienização das mãos pelos enfermeiros num serviço de medicina de um hospital central após o programa formativo sobre a higienização das mãos?

OBJETIVOS

Os objetivos do estudo são: identificar a adesão dos enfermeiros à higienização das mãos antes e depois de formação específica; identificar o índice de cumprimento da higienização das mãos

realizada por enfermeiros antes e depois de formação específica; e relacionar a higienização das mãos antes e depois de formação específica com as variáveis de caracterização e independentes da amostra.

METODOLOGIA

Optou-se por um estudo descritivo correlacional, com uma metodologia mista do tipo investigação-ação com um estudo quantitativo. A amostra foi constituída pelos 20 enfermeiros. Os dados foram colhidos através da observação direta e por um formulário.

RESULTADOS

No que concerne a adesão à higienização das mãos verificou-se que, para o procedimento punção venosa periférica, antes da formação 80,00% dos enfermeiros realizavam este procedimento e depois da formação aumentou para 92,00%; relativamente aos cuidados de higiene verificou-se que antes da formação 76,66% dos enfermeiros higienizavam as mãos e depois da formação 86,66% o faziam. Quanto ao índice de cumprimento de 100% na higienização das mãos antes do procedimento punção venosa, cumpriu-se em 16,66% das higienizações antes da formação e em 65,00% depois da mesma. Para os cuidados de higiene, constatou-se em 16,66% das higienizações antes da formação e em 58,33% depois.

Os motivos apontados para a não-adesão foram a carga de trabalho elevada, porque tinha calçado luvas e por esquecimento ocasional. Os motivos apontados para adesão foram porque é uma das formas de prevenir as IACS e por ser um dos cinco momentos preconizados pela OMS.

CONCLUSÕES/SUGESTÕES

Concluiu-se que as etapas que mais falham na higienização das mãos quer com água e sabão quer com solução antisséptica de base alcoólica (SABA) são esfregar o polegar esquerdo em sentido rotativo entrelaçado na palma direita e vice-versa, e esfregar rotativamente para trás e para a frente os dedos da mão direita na palma da mão esquerda e vice-versa.

A higienização das mãos com recurso a SABA aumentou depois da formação, no procedimento punção venosa periférica, antes da formação foi de 8,33% e depois da formação foi de 41,67%. No procedimento cuidados de higiene, antes da formação foi de 6,67% e depois da mesma, 36,67%. Em relação aos pré-requisitos, o índice de cumprimento de 100% observou-se em 74,58% das oportunidades. No final das observações, conferiu-se que as etapas que mais falham relativamente aos pré-requisitos são: mantém as unhas naturais cortadas e não usa unhas artificiais.

Relativamente às hipóteses formuladas constatou-se não haver evidência estatística suficiente que permita inferir na existência da relação entre a higienização das mãos pelos enfermeiros do serviço antes e depois da formação e a idade, as habilitações académicas, a formação profissional e a antiguidade no serviço. No que se refere à carga de trabalho e ao índice de cumprimento dos pré-requisitos não existe evidência estatística suficiente para se aceitar esta correlação. Em relação ao índice de cumprimento na higienização das mãos e a carga de

trabalho houve evidência estatística para a existência de correlação, pelo que se aferiu que quanto maior a carga de trabalho menor o índice de cumprimento da higienização das mãos.

Com base nos resultados, apresentam-se algumas sugestões que entendemos pertinentes, no sentido de aumentar a adesão à correta higienização das mãos:

- Adequação das estruturas físicas, dos recursos humanos, de materiais e equipamentos;
- Os gestores institucionais devem ter em linha de conta a importância do reforço positivo para o aumento da motivação, através de um reconhecimento ou louvor, como forma de consideração da organização pelo seu desempenho;
- Com o apoio dos gestores implementar estratégias multifacetadas com consagração de tempo para reflexão, análise e compreensão de situações de trabalho e para elaboração dos projetos de intervenção, sua aplicação e avaliação dos seus resultados acerca da higienização das mãos e da prevenção das IACS;
- Com o desenvolvimento de indicadores de qualidade de estrutura (ações de formação e treino para a higiene das mãos, incluindo estratégias de mudança de comportamentos, dispensadores de sabão líquido estão operacionais), de processo (adesão dos profissionais aos cinco momentos, desempenho dos profissionais em relação à técnica correta durante a higiene das mãos) e de resultado (monitorização das taxas de infeção).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Direção Geral da Saúde. (2010). *Orientação de boa prática para a higiene das mãos nas unidades de saúde: Circular normativa nº 13/DQS/DSD*. Lisboa, Portugal: Autor. Recuperado de <http://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/circular-normativa-n-13dqsd-ds-de-14062010.aspx>

Martins, M. A. (2001). *Manual de infecção hospitalar: Epidemiologia, prevenção e controle* (2ª ed.). Rio de Janeiro, Brasil: Medsi.

CUIDAR COM SEGURANÇA NA ADMINISTRAÇÃO DE COMPONENTES SANGUÍNEOS

MARIA CLARA DE MATOS PINA
JOSÉ CARLOS AMADO MARTINS

INTRODUÇÃO

A transfusão de componentes sanguíneos constitui uma medida terapêutica não isenta de riscos, podendo ocorrer complicações severas, durante e/ou após a transfusão pelo que se por um lado pode salvar uma vida, a ocorrência de um erro neste processo, pode comprometê-la. O seu potencial para causar danos advém do facto do sangue ser um produto biológico, de origem humana.

Na sua atividade profissional diária, os enfermeiros são confrontados com doentes que, pela sua patologia, necessitam de ser submetidos a transfusão de componentes sanguíneos. Sendo estes profissionais os responsáveis pela sua administração, a segurança e eficácia desta medida terapêutica depende de fatores como o conhecimento e habilidades que estes intervenientes no processo possuem. Más práticas podem traduzir-se em complicações, potencialmente fatais para o doente.

Neste contexto, o Conselho da Europa publicou a Recomendação 18 (Conseil de l'Europe, 2004), relativa ao ensino de Medicina Transfusional para Enfermeiros, onde considera que:

- A segurança transfusional depende, em grande parte, dos enfermeiros envolvidos no processo;
- A maioria das reações e eventos adversos graves associados à transfusão têm origem em erros humanos e podem ocorrer a qualquer nível da cadeia transfusional;
- A formação adequada dos enfermeiros é um fator determinante para garantir a segurança, eficácia e qualidade da transfusão sanguínea.

A mesma Recomendação veio determinar a implementação de medidas que permitam garantir que:

- Todos os Enfermeiros recebem formação específica na área da terapêutica transfusional e desenvolvem competências específicas na mesma;
- Só os enfermeiros com formação específica em Medicina Transfusional são autorizados a praticar a mesma;

- São implementados programas de formação contínua, com o objetivo de melhorar a qualidade e a segurança transfusional.

OBJETIVOS

São objetivos deste estudo:

- Analisar a perceção dos enfermeiros sobre os próprios conhecimentos relativos aos cuidados na administração de componentes sanguíneos pré, per e pós-transfusão;
- Analisar os conhecimentos dos enfermeiros relativos às possíveis complicações e efeitos adversos da transfusão de componentes sanguíneos;
- Analisar a aplicação das recomendações constantes nos *flyers* relativos aos cuidados gerais na administração de componentes sanguíneos e aos cuidados específicos na administração de cada componente;
- Conhecer a opinião dos enfermeiros sobre a pertinência de implementar programas de formação contínua, com o objetivo de melhorar a qualidade e a segurança transfusional.

METODOLOGIA

Realizou-se um estudo descritivo, analítico, exploratório. A amostragem foi não-probabilística, intencional, tendo a seleção dos participantes incidido sobre os enfermeiros de seis serviços do Polo dos Hospitais da Universidade de Coimbra (HUC): os enfermeiros dos dois serviços que mais transfundem (Medicina Intensiva [SMI] e de Hematologia), os enfermeiros de dois serviços onde é realizado um número intermédio de transfusões (Cardiologia B e de Gastroenterologia Mulheres) e os enfermeiros dos dois serviços que menos transfundem (Neurologia B e de Psiquiatria Homens), num total de 110.

Foi utilizado um questionário elaborado especificamente para o estudo. Foram cumpridos todos os requisitos formais e éticos exigidos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A maioria dos participantes (87,3%) é do sexo feminino, com idade a variar entre os 26 e os 56 anos e tempo de serviço entre os 2 e os 28 anos.

A maioria dos enfermeiros (63,6%) refere ter realizado formação específica na área da segurança transfusional e sobre a intervenção do enfermeiro na administração de componentes sanguíneos. Foram os enfermeiros dos serviços que mais transfundem que mais referiram terem tido formação nesta área. Não deixa de ser preocupante o facto de haver uma percentagem significativa de enfermeiros (34,5%) que atuam na área sem nunca terem frequentado formação específica.

Os programas de formação contínua sobre medicina transfusional para enfermeiros são considerados *totalmente importante* (45,5%) e *muito importante* (44,5%).

A maioria considera que os seus conhecimentos relativos à intervenção do enfermeiro na administração de componentes sanguíneos são *adequados* (49,1%) ou *muito adequados*

(36,4%). Relativamente aos diferentes tipos de reações adversas à transfusão, consideraram os seus conhecimentos *adequados* (50%) e *muito adequados* (35,5%). Os enfermeiros dos serviços que mais transfundem foram os que revelaram maior nível de conhecimentos.

Relativamente aos sinais e sintomas que caracterizam cada tipo de reação adversa à transfusão, os conhecimentos foram considerados *adequados* (48,2%) ou *muito adequados* (34,5%). Os enfermeiros dos serviços que mais transfundem revelaram maior nível de conhecimentos.

Ainda no âmbito das reações transfusionais foi colocada uma questão relativa ao próprio nível de conhecimentos sobre como atuar nos diferentes tipos de reações transfusionais. A maioria dos inquiridos consideraram que o seu nível de conhecimentos era *adequado* (50,9%) e muito adequado (36,4%). Também nesta questão foram os enfermeiros dos serviços que mais transfundem que referiram maior nível de conhecimentos (*totalmente adequado*: 13,4%; *muito adequado*: 43,4%).

Uma percentagem de 68,2% dos participantes conhece os *flyers* elaborados por profissionais do SSMT e disponibilizados aos enfermeiros de todos os serviços, relativos aos cuidados de enfermagem na administração de componentes sanguíneos. E 84% refere já ter utilizado a informação contida nesses *flyers* para o esclarecimento de dúvidas. Foram os enfermeiros dos serviços que menos transfundem que atribuíram maior nível de importância a essa informação (41,7%).

A maioria identifica *sempre* (62,73%) ou *quase sempre* (25,5%) os tubos junto do doente, depois de confirmar a sua identificação (identificação positiva) e imediatamente antes de fazerem a colheita. É preocupante haver enfermeiros que não cumprem sempre estes requisitos, fundamentais para a segurança transfusional.

A maioria *sempre* (82,7%) ou *quase sempre* (12,7%) questiona o doente sobre a sua identificação e/ou confirma a identificação do doente como a constante no processo clínico e confirma com a informação que consta na etiqueta do componente a transfundir.

A maioria avalia *sempre* (66,4%) ou *quase sempre* (18,2%) os parâmetros vitais do doente, antes de iniciar a transfusão. Foram os enfermeiros dos serviços que mais transfundem que menos referiram avaliar *sempre* os parâmetros vitais pré-transfusão (43,3%).

Mantêm a vigilância nos primeiros 5 a 15 minutos após o início da transfusão *sempre* (75,5%) ou *quase sempre* (19,1%). Foram os enfermeiros dos serviços onde é realizado um número médio de transfusões que com maior frequência realizam este procedimento.

A maioria volta a avaliar os parâmetros vitais 15 minutos após o início da transfusão e quando esta termina *sempre* (51,8%) ou *quase sempre* (26,4%). Foram os enfermeiros dos serviços onde se realiza um número intermédio de transfusões que referiram efetuar este procedimento com maior frequência.

CONCLUSÃO

Apesar dos avanços científicos, que conferem um elevado nível de segurança a todo o processo transfusional, a possibilidade de ocorrência de erros humanos subsiste, nomeadamente em procedimentos simples, mas cruciais para a segurança transfusional, como a não-confirmação da identificação do doente à cabeceira, imediatamente antes da colheita de amostras para testes pré-transfusionais e antes de se iniciar a sua transfusão.

Deste modo, sendo da responsabilidade dos enfermeiros, a administração dos componentes sanguíneos, a segurança e eficácia desta medida terapêutica depende de fatores como o conhecimento e competência dos enfermeiros envolvidos neste processo.

Atendendo a que a prática profissional de enfermagem necessita de ser sustentada por evidências científicas, obtidas através da investigação, este estudo permitiu refletir sobre as práticas dos enfermeiros, no cuidar da pessoa doente submetida a transfusão de componentes sanguíneos. Os resultados obtidos revelaram-se muito gratificantes, pois demonstraram que a maioria dos enfermeiros: detêm formação específica na área; consideram muito e totalmente importante o desenvolvimento de programas de formação sobre medicina transfusional para enfermeiros; consideram ter um nível de conhecimentos adequado e muito adequado sobre a intervenção do enfermeiro na administração de componentes sanguíneos; consideram muito e totalmente importante a informação dos flyers; cumprem sempre e quase sempre as recomendações dos flyers; e consideram ter um nível de conhecimentos adequado e muito adequado sobre reações transfusionais.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Conseil de l'Europe (2004). *Recommandation Rec (2004) 18 du Comité des Ministres aux Etats membres relative á l'enseignement de la médecine transfusionnelle au personnel infirmier*. Recuperado de <http://www.ipsangue.org/UserFiles/File/Rec%282004%2918.pdf>.

HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS: CONHECIMENTOS E PRÁTICAS DOS ENFERMEIROS DO HOSPITAL AGOSTINHO NETO

EDITE LOPES DA SILVA
MARIA DA NAZARÉ RIBEIRO CEREJO

INTRODUÇÃO

Ao longo da história do processo saúde-doença, as infecções desafiam os avanços científicos e tecnológicos, mobilizando a atenção dos profissionais, investigadores e gestores na área da saúde num âmbito mundial. Neste contexto as infecções continuam a constituir uma séria ameaça para a segurança especialmente dos doentes hospitalizados. De acordo com a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa, n.d.), as infecções associadas aos cuidados de saúde (IACS) são uma importante causa de morbilidade e mortalidade, dificultam o tratamento dos doentes e obrigam ao consumo acrescido de recursos.

A atenção com a segurança do doente, enfatizando o tema higienização das mãos tem sido tratada como prioridade, a exemplo da *Aliança Mundial para Segurança do Paciente* que realça o facto da segurança do doente ser reconhecida como uma questão global. As mãos são as principais ferramentas dos profissionais que atuam nos serviços de saúde e são também as principais vias de transmissão dos microrganismos durante a prestação de cuidados.

A higienização das mãos é uma medida de higiene pessoal e universal ensinada e transmitida ao longo das gerações. Esta higienização das mãos, nos profissionais de saúde agrega cientificamente e historicamente uma das precauções básicas comprovada pela sua pertinência na prevenção das IACS, sendo considerada medida básica contra a disseminação dos microrganismos no contexto hospitalar e em outras estruturas da saúde (Guedes, Miranda, Maziero, Cauduro, & Cruz 2012).

Contudo, apesar das evidências científicas, nota-se que grande parte dos profissionais de saúde ainda não segue as orientações recomendadas pelas organizações internacionais, verificando-se taxas de aderência em média de 40% (Anvisa, n.d.). Em Portugal, segundo dados da Direção Geral da Saúde (2010), a adesão à prática da higiene das mãos continua a ser subvalorizada, raramente excedendo os 50%.

A Organização Mundial da Saúde (OMS; World Health Organization, 2010) estima que entre 5% e 10% dos doentes admitidos em hospitais dos países desenvolvidos adquirem uma

infecção relacionada com os cuidados da saúde e que nos países em desenvolvimento esta percentagem oscila entre os 25 e os 40% de acordo com a mesma organização.

As IACS são um dos eventos adversos mais frequentes em contexto hospitalar e a higiene das mãos é claramente a medida mais eficaz na sua prevenção (Senna, 2010).

A importância do tema tornou-se mais relevante quando diversas recomendações e manuais internacionais, elaborados por associações profissionais ou órgãos governamentais foram direcionados para a higienização das mãos, reconhecendo o valor desta prática como uma ação básica de controlo (Direção Geral da Saúde, 2010).

A preocupação com a transmissão das infeções aflige diversos investigadores, levando à realização de estudos direcionados para a monitorização da aderência dos profissionais de saúde às práticas de higienização das mãos, tendo como desafio a implementação de estratégias que incentivem maior anuência a esta prática e manutenção dos níveis ideais desta recomendação. O controlo das IACS por meio de uma higienização cuidadosa e frequente das mãos atende às exigências legais e éticas, promove a segurança e a qualidade do cuidado prestado ao doente.

Tal procedimento, representando a principal medida preventiva e de controlo de infeções hospitalares, é usado de forma inadequada pelos profissionais da saúde, o que implica uma baixa taxa de adesão (Guedes et al., 2012).

A escolha do tema da investigação surgiu, por se tratar de um tema pouco estudado no contexto de saúde em Cabo Verde. Por outro lado a nossa opção por realizar este estudo prende-se com o facto de atualmente permanecer uma das grandes preocupações dentro das instituições hospitalares.

METODOLOGIA

Realizou-se um estudo exploratório-descritivo quase experimental entre dois grupos, centrado nos seguintes objetivos: avaliar a perceção e os conhecimentos que os enfermeiros têm sobre a higienização das mãos e analisar a eficácia de um programa de formação sobre a higienização das mãos, aplicado aos enfermeiros dos serviços de urgência do Hospital Agostinho Neto.

Com este estudo pretendemos obter resposta para as seguintes questões de investigação: Quais os conhecimentos dos enfermeiros dos serviços de urgências do Hospital Agostinho Neto sobre a higienização das mãos? Será que um programa de formação associado à implementação de um protocolo sobre higienização das mãos interfere nos conhecimentos e práticas dos enfermeiros dos serviços de urgência do Hospital Agostinho Neto?

Decorrente das questões de investigação, foram definidas como variável dependente os conhecimentos e práticas dos enfermeiros do Hospital Agostinho Neto sobre a higienização das mãos e independentes o protocolo da higienização das mãos, a formação dos enfermeiros, o tempo de serviço, o local de trabalho e a técnica utilizada para a higienização das mãos. Ainda foram tidos em atenção as variáveis sociodemográficas, o género, a idade e a categoria profissional.

Com a finalidade de obter os dados necessários à continuidade do trabalho, foram selecionados todos os enfermeiros que trabalham no Hospital Agostinho Neto, cidade da Praia, ilha de Santiago – Cabo Verde. A amostra foi constituída por 76 enfermeiros, 38 em cada um dos

grupos, de controlo e experimental. O grupo de controlo constituído pelos enfermeiros dos serviços de internamento e o experimental pelos enfermeiros dos serviços de urgência.

Seleccionámos como instrumento de recolha dos dados, um questionário constituído por três partes. A primeira inclui questões sobre as variáveis sociodemográficas, a segunda, dados relativos ao serviço, sendo a terceira e última parte dedicada aos conhecimentos e percepções dos enfermeiros sobre as IACS e higienização das mãos. A aplicação do questionário foi efetuada em dois momentos distintos. No primeiro foi feita a distribuição dos questionários nos serviços aos enfermeiros do grupo experimental e do grupo de controlo. Seguiu-se um programa de formação sobre higienização das mãos aos enfermeiros dos serviços de urgência. O segundo momento de aplicação do questionário decorreu 3 meses depois, aos enfermeiros dos dois grupos de forma individualizada e personalizada nos respetivos serviços. Para o tratamento dos dados obtidos recorremos ao programa estatístico Statistical Package for the Social Sciences, versão 17.0.

No desenvolvimento de uma investigação, as questões éticas-legais são algo que deve ser previsível, tornando-se necessário proteger os direitos e liberdades dos indivíduos que participam no estudo. Assim, foram salvaguardados todos os direitos fundamentais dos participantes, determinados pelo código de ética de investigação, como a autodeterminação, a intimidade, anonimato e a confidencialidade.

ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Ao analisar os resultados identificámos que 78% dos enfermeiros são do sexo feminino. No que se refere à faixa etária, a maior frequência ocorreu no grupo de 36 a 45 anos com 44,7% e 31,6% no primeiro e no segundo momento da colheita dos dados respetivamente. Dentro as categorias profissionais, 78,9%, são enfermeiros gerais, 19,8% são graduados e 1,3% são especialistas. Quanto ao tempo de serviço revelou-se que, 89,5% dos enfermeiros estão em exercício profissional há mais de 6 anos. Quanto ao grau académico, a maioria dos enfermeiros (70%) são bacharéis. Dos inquiridos, 22,2% e 19,7%, consoante se trate do 1º ou do 2º momento de avaliação, trabalham no serviço urgência de adulto e os restantes estão distribuídos pelos serviços de internamento. No que diz respeito aos conhecimentos dos enfermeiros sobre a higienização das mãos, os resultados apontaram necessidades de mudança e busca de estratégias de intervenção capazes de favorecer o conhecimento e melhorar esta prática dos enfermeiros.

Os resultados do estudo sugerem que na grande maioria dos aspetos associados à higienização das mãos, os enfermeiros demonstram ter conhecimentos, no entanto existem ainda alguns itens em que estes se revelam reduzidos.

É de salientar, que os enfermeiros não garantem no seu desempenho a realização dos cinco momentos recomendados pela OMS. Verificamos que ao responder às opções sobre os cinco momentos da higienização das mãos, relativamente à opção “antes de abrir a porta da unidade do doente”, a maioria dos enfermeiros respondeu errado. Com isto constatamos o desconhecimento por parte dos enfermeiros sobre as indicações de quando é necessária a realização do ato, revelando que a adesão à higienização das mãos é realizada mais como medida de proteção individual.

CONCLUSÕES

Os resultados obtidos permitiram-nos avaliar a percepção e os conhecimentos que os enfermeiros do Hospital Agostinho Neto têm sobre a higienização das mãos. O programa de formação influenciou o conhecimento dos enfermeiros do primeiro para o segundo momento.

Apesar da implementação do protocolo e das estratégias sobre a técnica da higienização das mãos, verificou-se que não houve uma melhoria significativa na realização do procedimento, visto que os enfermeiros, embora tenham demonstrado os conhecimentos sobre a prática da higienização das mãos, não respeitaram os critérios para uma prática adequada de acordo com os cinco momentos preconizados pela OMS.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Agência Nacional de Vigilância Sanitária. (n.d.). *Segurança do paciente - Higienização das mãos*. Brasília, Brasil: Autor.
- Direção Geral da Saúde. (2010). *Orientações de boa prática para a higiene das mãos nas unidades da saúde: Circular Normativa nº 13 DQS/DSD*. Lisboa, Portugal: Autor. Recuperado de <http://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/circular-normativa-n-13dqsd-ds-de-14062010.aspx>
- Guedes, M., Miranda, F. M., Maziero, E. C., Cauduro, F. L., & Cruz, E. D. (2012). Adesão dos profissionais de enfermagem à higienização das mãos: Uma análise segundo o modelo de crenças em saúde. *Cogitare Enfermagem*, 17(2), 304-309. doi: 10.5380/ce.v17i2.27886
- Senna, K. M. (2010). *Conhecimentos, atitudes e práticas dos profissionais de saúde relacionados à higiene de mãos* (Dissertação de mestrado). Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Brasil. Recuperado de <http://www2.unirio.br/unirio/ccbs/ppgenf/arquivos/dissertacoes-arquivo/dissertacoes-2010/katia-marie-simoes-e-senna>
- World Health Organization. (2010). *My 5 moments for hands hygiene*. Geneva, Switzerland: Author.

AUTOUIDADO HIGIENE: LAVAGEM DAS MÃOS NA PESSOA COM DOENÇA HEMATONCOLÓGICA E IMUNODEPRIMIDA

ELISABETE ALEXANDRA RODRIGUES FERREIRA
LUÍS MIGUEL NUNES OLIVEIRA

INTRODUÇÃO

As Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS) não sendo um problema novo, assumem cada vez maior importância, quer nos países subdesenvolvidos ou em vias de desenvolvimento, quer nos países desenvolvidos. Estas infeções encontram-se entre as principais causas de morte nas pessoas hospitalizadas, aumentando também entre estas a taxa de morbilidade (Gómez, 2011).

Na história da prevenção da infeção nunca se havia desenvolvido uma campanha a nível mundial como a que foi lançada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em 2005 sobre a higiene das mãos *Clean Care is Safer Care* com o objetivo de melhorar a saúde de milhões de pessoas, promovendo junto dos profissionais de saúde ações concertadas para tornar os cuidados de saúde limpos e seguros através de práticas simples e essenciais como a higiene das mãos (Direção-Geral da Saúde, 2010; Gómez, 2011). Nesta perspetiva e, indo ao encontro dos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem definidos pela Ordem dos Enfermeiros (OE) e dos quais emerge, entre outros, o enunciado descritivo que tem a ver com a prevenção de complicações. Pretendemos num futuro próximo, decorrente da nossa categoria profissional de enfermeiro especialista, apresentar uma postura pró-ativa de forma a contribuir para a prevenção da infeção resultante da hospitalização da pessoa (OE, 2001).

Vários estudos, envolvendo profissionais de saúde, têm surgido no âmbito da prevenção da infeção hospitalar direcionados, em grande parte, para a higienização das mãos. Porém, verificamos que diretamente relacionados com a higiene das mãos da pessoa doente existem poucos estudos de investigação.

OBJETIVOS

Assim, o nosso estudo teve como objetivos:

- Determinar a importância que a pessoa com doença hematológica e imunodeprimida, internada num hospital, atribui à lavagem das mãos;

- Perceber se a pessoa com doença hematológica e imunodeprimida, internada num hospital, considera importante receber ensinamentos sobre a lavagem das mãos;
- Analisar os hábitos de lavagem das mãos da pessoa com doença hematológica e imunodeprimida, internada num hospital, fora do contexto hospitalar e dentro do contexto hospitalar;
- Analisar se existe diferença na importância que a pessoa com doença hematológica e imunodeprimida, internada num hospital, atribui à lavagem das mãos em função das variáveis de caracterização e independentes da amostra.

METODOLOGIA

Neste sentido, desenvolvemos um estudo de caráter quantitativo descritivo-correlacional e transversal, para dar resposta aos objetivos, questões e hipóteses de investigação formuladas. Este estudo foi realizado no Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra – Hospital da Universidade de Coimbra (CHUC – HUC) por ser a instituição onde exercemos funções, o que facilita a acessibilidade na colheita dos dados. Esta escolha efetuou-se, acima de tudo, para promover a melhoria da qualidade dos cuidados à pessoa com doença hematológica e imunodeprimida fundamentada em evidências científicas decorrentes deste estudo.

A amostra do nosso estudo foi constituída por 30 pessoas com doença hematológica e imunodeprimidas, pós-tratamento de quimioterapia. Utilizámos como instrumento de colheita de dados um formulário elaborado por nós e constituído por três partes com o qual procurámos dar resposta aos objetivos, questões e hipóteses de investigação definidos.

A primeira parte do formulário é constituída por dados de caracterização sociodemográfica. Recolhemos ainda informação relativa aos dados clínicos, tais como: tempo de diagnóstico, dias de internamento, internamentos anteriores e diagnóstico. A questão relativa ao diagnóstico foi preenchida por nós através da consulta do processo clínico. A segunda parte do instrumento de recolha de dados pretende caracterizar os participantes no estudo relativamente ao hábito de lavar as mãos, situações em que lava, produtos utilizados, tempo de lavagem, zonas que lava e forma de secagem das mãos, fora e dentro do contexto hospitalar. Na terceira parte as questões eram relativas à importância que as pessoas atribuem à atividade de lavagem das mãos, às consequências de não lavar as mãos, aos ensinamentos realizados pelos enfermeiros sobre a lavagem das mãos e à importância que atribuem aos ensinamentos recebidos.

RESULTADOS

Os nossos resultados evidenciam que todos os participantes dão importância à lavagem das mãos. Por outro lado, apenas nove (30,0%) dos participantes afirmaram que foram efetuados ensinamentos por parte dos enfermeiros, e dos que referenciaram ter recebido ensinamentos apenas quatro (44,4%) referiram ter alterado os seus hábitos de lavagem das mãos. No que diz respeito aos hábitos de lavagem das mãos todos os participantes afirmaram que lavam as mãos tanto fora como dentro do contexto hospitalar. Contudo, os resultados obtidos demonstram-nos que a lavagem das mãos que executam fora do contexto hospitalar e que continuam a praticar durante a hospitalização é incorreta. Verificámos, ainda, que nenhuma das variáveis de caracterização e independentes

da amostra apresentaram diferenças estatisticamente significativas em função da importância atribuída à lavagem das mãos. Apesar dos nossos resultados não poderem ser inferidos para a população, cremos que o nosso estudo é uma mais-valia no contexto da nossa prática de cuidados, pois irá permitir-nos desenvolver de forma interativa planos de educação para a saúde.

DISCUSSÃO E CONCLUSÃO

O período de neutropenia pós-quimioterapia, dependendo da gravidade e duração, na pessoa com doença hematológica, apresenta-se como sendo uma situação que a torna mais suscetível de adquirir infeção, conduzindo-a a situações de não só grande intolerância à atividade física, mas também, por vezes, a infeções graves que em última análise a podem levar à morte por sépsis.

Uma das formas de prevenir a infeção é através do autocuidado higiene: lavagem das mãos considerando esta atividade como um foco de atenção da nossa prática diária. É então aqui que surge a nossa intervenção, junto da pessoa com doença hematológica e imunodeprimida, por forma a perceber se esta dá importância à lavagem das mãos; perceber se considera importante receber ensinamentos sobre a lavagem das mãos; analisar os hábitos de lavagem das mãos fora e dentro do contexto hospitalar; e analisar se existe diferença na importância que a pessoa atribui à lavagem das mãos em função das variáveis de caracterização e independentes da amostra.

Decorrente do nosso estudo verificou-se que todos os participantes atribuem importância à lavagem das mãos e aos ensinamentos efetuados pelos enfermeiros. No que diz respeito a ter recebido ensinamentos apenas um pequeno número de inquiridos refere ter recebido ensinamentos e, destes, somente uma pequena percentagem afirma ter modificado os seus hábitos de lavagem das mãos. No que se refere ao hábito de lavar as mãos todos os participantes afirmam que lavam as mãos quer fora, quer dentro do contexto hospitalar. Contudo, analisando os hábitos de lavagem das mãos em função do número de comportamentos corretos e em função dos comportamentos corretos, em ambos os contextos constatamos que se apresentam em percentagens reduzidas embora com um ligeiro aumento percentual dentro do contexto hospitalar. Referindo-nos à importância atribuída à lavagem das mãos e às possíveis relações com as variáveis de caracterização e independentes da amostra verificamos que não existem diferenças estatisticamente significativas, pelo que a importância atribuída à lavagem das mãos, na pessoa com doença hematológica e imunodeprimida, não é influenciada por aquelas variáveis.

Parece-nos então pertinente implementar uma conduta de educação para a saúde com enfoque nos ensinamentos sobre a correta lavagem das mãos. Na gestão de cuidados pretendemos intervir de forma independente na prevenção e minimização das infeções durante o período de internamento por forma a diminuir o tempo de internamento da pessoa e obter ganhos em saúde. Queremos salientar a necessidade de realização de mais estudos de investigação sobre esta problemática, da lavagem das mãos da pessoa doente, sugerindo futuros estudos em contextos de trabalho distintos ou até no nosso contexto de trabalho.

Enquanto enfermeiros especialistas possuidores de um conjunto de competências clínicas especializadas, no domínio das aprendizagens profissionais e com o objetivo de propormos uma melhoria nos cuidados prestados à pessoa com doença hematológica e imunodeprimida, internada no nosso contexto de trabalho, parece-nos pertinente implementar uma conduta de

educação para a saúde bem planeada e organizada, com enfoque nos ensinamentos sobre a correta lavagem das mãos, pois a função de educar na saúde é inerente ao conteúdo funcional de todos os enfermeiros durante o seu processo de cuidar (Carvalho & Carvalho, 2006; Regulamento nº 122/2011 de 18 de Fevereiro, 2011).

Na gestão de cuidados e tendo por base as competências inerentes à função de enfermeiro especialista pretendemos intervir de forma interdependente na prevenção e minimização das infeções durante o período de internamento por forma a diminuir o tempo de internamento da pessoa e obter ganhos em saúde (Regulamento nº 122/2011 de 18 de Fevereiro).

Queremos salientar a necessidade de realização de mais estudos de investigação sobre esta problemática, da lavagem das mãos da pessoa doente, sugerindo futuros estudos em contextos de trabalho distintos ou até no nosso contexto de trabalho, mas em abordagens diferentes tais como a higienização das mãos com solução de base alcoólica ou até mesmo fazer a observação da higiene das mãos da pessoa doente. Neste sentido, esperamos que os resultados do nosso estudo sejam um estímulo para futuros investimentos pessoais e profissionais, traduzindo-se no desenvolvimento e melhoramento da nossa prática enquanto enfermeiros.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Carvalho, A., & Carvalho, G. (2006). *Educação para a saúde: Conceitos, práticas e necessidades de formação*. Loures, Portugal, Lisboa.
- Direção-Geral da Saúde. (2010). *Orientação de boa prática para a higiene das mãos nas unidades de saúde: Documento de apoio*. Lisboa, Portugal: Autor.
- Gómez, F. H. (2011). El lavado de manos. Prevención de infecciones transmisibles. *Gaceta Médica Espirituana*, 13(1). Recuperado de <http://revgmespirituana.sld.cu/index.php/gme/article/view/238/202>.
- Ordem Dos Enfermeiros. (2001). *Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem: Enquadramento conceptual/enunciados descritivos*. Recuperado de <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/divulgar%20-%20padroes%20de%20qualidade%20dos%20cuidados.pdf>
- Regulamento nº 122/2011 de 18 de Fevereiro. *Diário da República nº35/2011- II Série*. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa, Portugal. Recuperado de <http://www.aper.pt/Ficheiros/competencias%20comuns.pdf>

PERCEÇÕES E CONHECIMENTO SOBRE HIGIENE DAS MÃOS: EFICÁCIA DE UMA AÇÃO DE SENSIBILIZAÇÃO PARA ENFERMEIROS

ESTEFÂNIA NEVES ABREU
MARIA DA NAZARÉ RIBEIRO CEREJO

INTRODUÇÃO

As Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS) constituem um problema grave para a segurança dos doentes, sendo uma complicação dos cuidados que lhe são prestados (Barreto et al., 2009). Neste contexto, e conhecendo as suas repercussões para o doente e para a instituição, torna-se imperativo implementar medidas bem estruturadas e planeadas, que englobem estratégias de vigilância e prevenção, bem como, formação dos profissionais, que poderiam reduzir em cerca de um terço a incidência destas infeções. Uma das medidas mais eficaz reconhecida pela Organização Mundial de Saúde (OMS, 2009) é a Higiene das Mãos (HM). Logo, a implementação de estratégias de HM a nível nacional será a base mais segura para a promoção desta prática. A Direção Geral da Saúde (DGS, 2010) reconhece que a HM, quando integrada no conjunto das precauções básicas constitui a medida isolada mais eficaz no controlo de infeção.

A HM é um comportamento amplamente influenciado pelas perceções e conhecimento dos profissionais de saúde. Como tal, o recurso a estratégias com enfoque nestes determinantes podem influenciar positivamente a adesão dos profissionais a uma adequada HM.

OBJETIVOS

- Avaliar a eficácia de uma ação de sensibilização (AS) sobre HM nas perceções e conhecimento dos enfermeiros numa instituição de saúde privada;
- Avaliar as perceções e o conhecimento dos enfermeiros sobre a HM, antes e após a AS;
- Conhecer a perceção dos enfermeiros relativamente à AS.

METODOLOGIA

Estudo quantitativo, longitudinal, quase-experimental, com desenho antes-após (pré-teste/pós-teste). Aplicámos um questionário proposto pela OMS designado por "Perceção e

Conhecimentos dos Profissionais de Saúde sobre a Higiene das Mãos e suas implicações na Infecção Associada aos Cuidados de Saúde” em três momentos diferentes (antes da intervenção e 7 e 60 dias após a mesma) a todos os 26 enfermeiros prestadores de cuidados da instituição. A AS teve a duração de aproximadamente 1 hora. Esta foi desenvolvida por uma enfermeira com larga experiência e reconhecimento na área, pertencente à comissão de controlo da infeção do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra.

Obtido parecer favorável da Comissão de Ética da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra e autorização do Presidente do Conselho de Administração da instituição de saúde.

Aos participantes foi-lhes facultado o documento de consentimento informado, onde foram esclarecidos quanto ao carácter voluntário da sua participação.

RESULTADOS

A amostra em estudo é constituída por 26 enfermeiros, 21 (80,8%) do sexo feminino e 5 (19,2%) do sexo masculino. Estes exercem funções maioritariamente no serviço de internamento e no bloco operatório, 16 (61,5%) e 9 (34,6%) enfermeiros, respetivamente, e um elemento (3,9%) refere exercer funções noutra área que não as mencionadas. A média de idades é de 28,42 anos ($s=5,73$), sendo a idade mínima de 23 anos e a máxima de 51 anos.

De forma a analisar as respostas dos participantes relativas à percentagem de doentes internados que desenvolvem IACS, codificámos as respostas no intervalo de 5,0 a 10,0% como certas, e as restantes como erradas. Verificamos que é no momento 3 que os participantes têm uma maior percentagem de respostas certas (53,8%), comparando com 30,8% observadas no momento 1 e 2.

Relativamente à perceção dos enfermeiros acerca do impacto de uma IACS no prognóstico do doente, a maioria refere que terá um impacto *elevado* ($M^1=42,3\%$; $M^2=46,2\%$; $M^3=38,5\%$) ou *muito elevado* ($M^1=42,3\%$; $M^2=50,0\%$; $M^3=61,5\%$) no prognóstico, sendo que apenas 7,8% dos participantes referem, no primeiro momento, que a infeção teria *muito baixo* ou *baixo* impacto.

Ao analisarmos a perceção dos enfermeiros quanto ao impacto da eficácia da HM, os participantes foram ainda mais unânimes, tendo todos considerado que esta terá um impacto *elevado* ($M^1=34,6\%$; $M^2=15,4\%$; $M^3=34,6\%$) ou *muito elevado* ($M^1=65,4\%$; $M^2=84,6\%$; $M^3=65,4\%$) na prevenção das IACS.

Em todos os momentos, a maioria dos participantes considera que os Órgãos de Gestão da instituição dão *elevada* ($M^1=61,5\%$; $M^2=42,3\%$; $M^3=61,5$) ou *muito elevada* ($M^1=19,2\%$; $M^2=53,8\%$; $M^3=38,5\%$) prioridade à HM.

Quanto à principal via de transmissão de microrganismos entre doentes, todos os participantes, exceto um no segundo momento, responderam ser as mãos dos profissionais.

Quanto à fonte mais frequente de microrganismos responsáveis pelas IACS, as respostas dos enfermeiros, em todos os momentos, dividiram-se entre duas categorias: *doentes* (que seria a resposta correta; $M^1=53,8\%$; $M^2=53,8\%$; $M^3=46,2\%$) e *superfícies* ($M^1=42,3\%$; $M^2=42,3\%$; $M^3=38,5\%$). Ou seja, não se observaram grandes mudanças nas respostas entre os vários

momentos, sobretudo entre o 1.º e 2.º momento. No 3.º momento, existe uma percentagem considerável de enfermeiros a enunciar o ar como a principal fonte de microrganismos.

Ressalta a evolução no número de respostas corretas à questão relativa ao tempo mínimo necessário para a solução antisséptica de base alcoólica (SABA) reduzir a flora microbiana das mãos (20 segundos), sendo que no primeiro momento a percentagem foi de 53,8%, no segundo de 88,5% e no terceiro momento de 92,3%.

A maioria dos participantes considerou que a AS teve elevada importância na compreensão do risco de transmissão cruzada através das mãos, referindo que se refletiu na melhoria das suas práticas de HM. Com menor impacto mas ainda considerado útil foi a utilização de cartazes e folhetos educativos.

Outro ponto positivo decorrente da AS foi o facto de a maioria dos participantes considerar que a atenção para o seu papel na prevenção de IACS, bem como a melhoria da sua prática de HM, aumentou *bastante* durante a implementação do estudo.

Verificámos que a AS despoletou a discussão acerca da temática HM entre colegas, as conversas debruçaram-se sobretudo na importância da prevenção das IACS e nas práticas de HM. Por outro lado, a maioria dos participantes refere que não motivou a pesquisa através da internet ou livros.

A maioria dos enfermeiros refere que as suas práticas relativamente à HM se alteraram ligeiramente após a AS ($M^2=61,5\%$; $M^3=61,5\%$). Contudo, alguns enfermeiros revelam que a formação não contribuiu para modificarem as suas práticas ($M^2=19,2\%$; $M^3=11,5\%$).

DISCUSSÃO

Verificámos que a percepção dos enfermeiros relativamente às práticas de higiene das mãos sofreu diferenças estatisticamente significativas entre o momento antes da intervenção e os dois momentos de colheita de dados após a intervenção. O que significa que os enfermeiros demonstraram uma percepção mais positiva relativamente às práticas de HM após a AS. Também no estudo de Lee et al. (2014), com o intuito de compreender se a adesão à HM estaria relacionada com as percepções dos profissionais de saúde, através de uma estratégia multimodal, se verificou uma evolução positiva das percepções dos enfermeiros entre o momento antes e após a intervenção. Os autores verificaram, ainda, que esta evolução culminou num aumento à adesão da HM.

No nosso estudo, apesar de não ter sido possível aferir se ocorreu efetivamente um aumento da adesão à HM, a evolução positiva das percepções dos enfermeiros poderá traduzir-se, tal como no estudo de Lee et al. (2014), num aumento da motivação e, por conseguinte, num aumento da adesão à HM.

Verificámos que as taxas de adesão à HM referidas pelos enfermeiros se mantiveram semelhantes e bastante elevadas nos três momentos, idêntico ao verificado noutros estudos. A adesão elevada poderá estar relacionada com o facto de todos referirem a disponibilidade constante de SABA e de terem tido formação acerca da HM.

Por outro lado, os níveis elevados de percepção de adesão podem ter sido influenciados pelo método de colheita de dados. No presente estudo o método utilizado foi o questionário de

autopreenchimento em que os profissionais têm tendência para expressar números mais elevados do que aqueles que são observados na realidade (OMS, 2009).

Relativamente ao conhecimento este é sem dúvida um fator decisivo na adesão à HM. No presente estudo, não se observaram diferenças estatisticamente significativas relativamente ao conhecimento dos enfermeiros sobre as práticas de HM entre os três momentos, com exceção para o tempo mínimo de utilização de SABA e para o método de higiene mais apropriado antes de tocar no doente. Pelo contrário, num estudo multicêntrico envolvendo a implementação da estratégia multimodal da OMS em cinco países, verificou-se um aumento significativo do nível de conhecimento dos participantes após as sessões de educação.

CONCLUSÃO

A realização do presente estudo permitiu avaliar o impacto de uma ação de sensibilização em dois determinantes major da HM, nomeadamente as perceções e o conhecimento dos enfermeiros de uma instituição de saúde privada.

Concluímos que a AS teve um impacto significativo ao nível das perceções dos participantes, observando-se uma evolução positiva desde o momento 1 até ao momento 3, que se poderá traduzir num aumento da motivação para melhorar as práticas de higiene e consequentemente num aumento da adesão à HM.

Contudo, o mesmo não se verificou para o nível do conhecimento, não existindo diferenças estatisticamente significativas. O menor impacto da AS no conhecimento poderá ser explicado pelo elevado nível de conhecimento inicial, decorrente de outras formações e meios de informação, mas também pela realização de uma AS isolada em contraste com as campanhas multimodais preconizadas pela OMS (2009).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Barreto, R. A., Rocha, L. O., Souza, A. C., Tripple, A. F., Susuki, K., & Bisinoto, S. A. (2009). Higienização das mãos: A adesão entre os profissionais de enfermagem da sala de recuperação pós-anestésica. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 11(2), 334-340. Recuperado de <http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n2/v11n2a14.htm>
- Direção Geral da Saúde. (2010). Orientação de boa prática para a higiene das mãos nas unidades de saúde. Recuperado de <http://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/circular-normativa-n-13dqsd-d-14062010.aspx>
- Lee, S. S., Park, S. J., Chung, M. J., Lee, J. H., Kang, H. J., Lee, J., & Kim, Y. K. (2014). Improved hand hygiene compliance is associated with the change of perception toward hand hygiene among medical personnel. *Infection & chemotherapy*, 46(3), 165-171. doi: 10.3947/ic.2014.46.3.16
- Organização Mundial da Saúde. (2009). WHO guidelines on hand hygiene in health care: A summary. Recuperado de http://whqlibdoc.who.int/hq/2009/who_jer_psp_2009.07_eng.pdf

ADESÃO E PERCEÇÕES DOS ENFERMEIROS FACE ÀS PRECAUÇÕES PADRÃO

EUGÉNIA MARIA SIMÕES REIS FILIPE TEODÓSIO
AMÉLIA FILOMENA DE OLIVEIRA MENDES CASTILHO

INTRODUÇÃO

A Infeção Associada aos Cuidados de Saúde (IACS) assume cada vez mais importância em Portugal e no mundo, fundamentada pelos dados publicados baseados em inúmeros estudos epidemiológicos. De acordo com a Organização Mundial de Saúde, a prevalência de IACS é de 7,6% nos países desenvolvidos, afetando cerca de 4 milhões de doentes anualmente na Europa. Em Portugal, a prevalência estimada de IACS em 2012 foi de 10,6% (Pina, Paiva, Nogueira, & Silva, 2013).

Nem todas as IACS são evitáveis, todavia, uma proporção significativa pode ser prevenida se conseguirmos envolver os profissionais de saúde na adoção de boas práticas no contexto da prevenção e controlo de infeção. É crucial reconhecer que este problema resulta de múltiplos fatores, mas que pode ser minimizado, tal como preconiza a mensagem *Clean Care is Safer Care* e o “Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infeção Associada aos Cuidados de Saúde”, com estratégias simples, como a adesão dos profissionais de saúde às *precauções padrão (PP)*. Apesar das inúmeras estratégias implementadas no âmbito da prevenção da infeção, vários estudos, evidenciam que a adesão dos profissionais de saúde no seu cumprimento continua a ser inferior ao desejável (Direção Geral da Saúde [DGS], 2013), indiciando a necessidade de estudar os eventuais fatores que dificultam a adesão dos profissionais no cumprimento das normas preconizadas.

OBJETIVOS

Identificar o nível de adesão e as perceções dos enfermeiros que exercem funções na área de Gestão Integrada Cirúrgica I, face às PP. Assim, pretende-se analisar a relação entre a adesão e as perceções dos profissionais face às PP, bem como a influência de algumas características socioprofissionais. Procura-se identificar os fatores dificultadores e facilitadores na adesão a estas precauções.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo quantitativo, descritivo-correlacional, transversal.

A amostra é constituída por 142 enfermeiros que trabalham em unidades de internamento de cirurgia de um Hospital Central.

Foi utilizada uma versão modificada do questionário “Escala de Fatores Psicossociais e Organizacionais que Influenciam a Adesão às Precauções-Padrão” (Brevidelli & Cianciarullo, 2003, 2009), constituída por uma escala tipo *likert* de 13 itens, que avalia o nível de adesão dos participantes às PP e uma escala de 15 itens que avalia as percepções dos participantes face às PP. Foram introduzidas duas questões abertas, que permitem caracterizar os fatores facilitadores e dificultadores na adesão às PP.

Foram cumpridos os requisitos éticos e formais inerentes ao estudo.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os respondentes são maioritariamente do sexo masculino (72,5%), com idade média de 38,24 anos. Apenas 53,5% possuem formação prévia na área das PP.

No que respeita à adesão às PP, constatámos que os enfermeiros apresentam um nível intermédio de adesão às normas ($\bar{X}=4$), observando-se diferenças em função do tipo de recomendação. Assim, verificámos que os comportamentos com maior nível de adesão são os relacionados com a manipulação de materiais corto-perfurantes ($\bar{X}=4,93$). Quanto aos equipamentos de proteção individual verificámos que os enfermeiros apresentam um nível de adesão elevado para as luvas perante a possibilidade de contacto com sangue ou outras secreções ($\bar{X}=4,48$) e têm uma baixa adesão ($\bar{X}=3,15$) no uso de luvas para a realização de punções endovenosas. A adesão é intermédia no uso de avental protetor ($\bar{X}=4,21$) e máscara ($\bar{X}=3,73$) e baixa para a utilização de óculos protetores ($\bar{X}=2,02$). Constatámos, ainda, que a recapsulação das agulhas tem uma adesão intermédia ($\bar{X}=3,51$).

No sentido de compreender o que influencia a adesão destes profissionais debruçámo-nos sobre as percepções dos enfermeiros face às PP e verificámos que o valor médio global da escala é ligeiramente inferior ao da escala de adesão, com uma média de 3,89, o que corresponderá a intermédio. Observamos que os profissionais apresentam uma percepção moderada dos obstáculos para seguir as PP ($\bar{X}=3,62$), destacando-se como principais barreiras à utilização das PP a acumulação de atividades diárias ($\bar{X}=2,89$) e a falta de tempo para a sua utilização ($\bar{X}=3,24$).

Quanto à percepção do risco, está é moderada ($\bar{X}=3,99$), indiciando que os enfermeiros não estão cientes de todos os riscos que correm durante a prestação de cuidados, o que pode comprometer a sua adesão às medidas preventivas. Uma maior percepção do risco por parte dos profissionais implica um conhecimento elevado dos modos de transmissão de microrganismos e das IACS, culminando numa maior adesão às PP (Pereira, Malaguti-Toffano, Silva, Canini, & Gir, 2013)

Relativamente à percepção da eficácia da prevenção com recurso aos equipamentos de proteção individual (EPI) observámos que os enfermeiros têm uma percepção elevada de que podem diminuir o risco de se contaminar com sangue e fluidos orgânicos no trabalho se seguirem as PP ($\bar{X}=4,65$). No que respeita à percepção do feedback de práticas seguras, verificámos que os enfermeiros têm uma percepção intermédia de que a sua adesão faz parte da avaliação de desempenho ($\bar{X}=4,07$), de que são chamados à atenção quando não seguem as PP ($\bar{X}=3,71$) e de que o seu superior hierárquico o apoia no uso das PP ($\bar{X}=4,46$).

Não verificámos associações significativas entre as características pessoais (sexo e idade), enquadramento profissional (categoria profissional e anos de exercício profissional) e formação prévia e as percepções e adesão dos enfermeiros às PP.

A análise inferencial permitiu verificar que percepções mais positivas, face às PP, estão significativamente associadas a uma maior adesão às PP. Além disso, os enfermeiros com menor percepção dos obstáculos e com uma maior percepção do risco para aderir às PP apresentam um nível mais elevado de adesão às normas de PP.

No que concerne aos fatores facilitadores da adesão às PP, os enfermeiros consideram que a existência de recursos humanos e materiais adequados à lotação e às necessidades do serviço são imprescindíveis para aumentar a adesão às normas, bem como, uma correta organização do espaço físico e do trabalho. Além disso, consideram que a supervisão e monitorização hierárquica, de reforço positivo, de incentivo e de motivação por parte dos superiores relativamente às PP, são fatores facilitadores da sua adesão.

Como fatores dificultadores os enfermeiros mencionam que associam a utilização de EPI a algo que por vezes complica a realização de determinadas atividades, como por exemplo a interferência das luvas na colheita de sangue. Realçam ainda a não-organização do trabalho (como a sobrecarga de atividades em determinados horários), a inadequação ou a indisponibilidade de recursos materiais, a disparidade entre os recursos humanos existentes e as necessidades no momento, a inadequação do espaço físico às necessidades de doentes em isolamento e aos profissionais que lhes prestam cuidados, a falta de formação e a falta de confiança.

CONCLUSÃO

Concluímos que o nível de adesão dos participantes às PP se encontra aquém do preconizado, sendo influenciada pela sua percepção dos obstáculos e percepção do risco.

Os resultados permitem salientar áreas críticas e orientam para projetos de melhoria a desenvolver. Seria crucial dinamizar formações contínuas sobre IACS, que incorporem componente prática. No estudo de Felix, Victor, Malaguti, e Gir (2013), os enfermeiros que receberam formação sobre PP na instituição apresentavam 34,63% mais probabilidades de aderir às PP do que os profissionais que não tinham recebido. Os enfermeiros manifestam um desfasamento entre o número de profissionais necessários e as necessidades de cuidados, o que condiciona a sua adesão às normas e recomendações de PP. Nesta matéria, as dotações seguras de enfermeiros são uma matéria cada vez mais importante. É necessário maior envolvimento das chefias no incentivo, motivação dos enfermeiros e melhoria das condições de trabalho.

Espera-se que a divulgação dos resultados suscite maior discussão e reflexão sobre este problema na procura conjunta de soluções que potenciem maior adesão dos profissionais no cumprimento das PP, que todos reconhecem ter um papel fundamental na redução das IACS.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Brevidelli, M., & Cianciarullo, T. (2003). *Modelo explicativo da adesão às precauções-padrão: Construção e aplicação* (Tese de doutoramento). Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, Brasil.

- Brevidelli, M., & Cianciarullo, T. (2009). Factores psicossociais e organizacionais na adesão às precauções-padrão. *Revista de Saúde Pública*, 43(6), 907-916.
- Direção Geral da Saúde. (2013). *Programa de prevenção e controlo de infeções e resistências aos antimicrobianos orientações programáticas*. Lisboa, Portugal: Autor. Recuperado de <http://www.dgs.pt/programas-de-saude-prioritarios.aspx>
- Felix, A. M., Victor, E. S., Malaguti, S. E., & Gir, E. (2013). Fatores individuais, laborais e organizacionais associados à adesão às precauções padrão. *Journal of Infection Control*, 2(2), 106-111. Recuperado de <http://jic.abih.net.br/index.php/jic/article/view/34>>
- Pereira, F. M., Malaguti-Toffano, S. E., Silva, A. M., Canini, S. R., & Gir, E. (2013). Adesão às precauções-padrão por profissionais de enfermagem que atuam em terapia intensiva em um hospital universitário. *Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo*, 47(3), 686-693. doi: 10.1590/S0080-623420130000300023
- Pina, E., Paiva, J. A., Nogueira, P., & Silva, M.G. (2013). *Prevalência de infeção adquirida no hospital e do uso de antimicrobianos nos hospitais portugueses*. Recuperado de <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i019020.pdf>

CONTAMINAÇÃO AMBIENTAL NUM HOSPITAL POR *PSEUDOMONAS AERUGINOSA*, *KLEBSIELLA SPP*, *MYCOBACTERIUM NÃO-TUBERCULOSIS* E OUTROS MICRORGANISMOS OPORTUNISTAS

FERNANDO JOSÉ GAMA COSTA
PAULA MARIA DE MELIM E VASCONCELOS DE VITORINO MORAIS
JOSÉ CARLOS AMADO MARTINS

INTRODUÇÃO

A prevenção das infeções associadas aos cuidados de saúde (IACS) é um aspeto fulcral na obtenção de ganhos em saúde, sendo mesmo um indicador da qualidade dos cuidados prestados. A diminuição das IACS conduz a um menor gasto em antibioterapia, menor tempo de internamento, conseqüentemente menores custos associados aos cuidados. Esta temática deve preocupar os enfermeiros, mas também toda a equipa multidisciplinar que lida com o doente. Contudo, estando os enfermeiros em contacto permanente com o doente são talvez os profissionais que mais facilmente evitam ou contribuem para o aparecimento de IACS.

Sabe-se que quando coincidem alguns fatores como um meio húmido, temperatura propícia, uso de antibióticos e deficiente ou inadequada higienização das superfícies, tal pode conduzir ao desenvolvimento de microrganismos multirresistentes em ambiente hospitalar.

Importa, pois, determinar quais os microrganismos multirresistentes presentes no ambiente hospitalar num determinado período de tempo e perceber se essas estirpes estão também presentes nas culturas de espécimes dos doentes internados nessa mesma unidade de saúde, no mesmo período de tempo.

Pretende-se com este trabalho, utilizando como objeto de estudo o Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, em Coimbra, determinar o grau de contaminação ambiental e a prevalência de *Pseudomonas aeruginosa* (*P. aeruginosa*), *Klebsiella spp* e *Micobacterium não-tuberculosis* (MNT) e a sua variabilidade genética em doentes internados neste hospital e também no ambiente hospitalar.

Não é objetivo deste estudo fazer comparação entre serviços, mas sim poder encontrar pontos onde é necessário melhorar, contribuindo desta forma para prevenir as IACS e os custos sociais

e económicos que delas advêm. O estudo terá então um impacto social (saúde pública) e económico positivo, e terá benefícios científicos e técnicos.

OBJETIVOS

- Avaliar a presença de estirpes patogénicas oportunistas de *P. aeruginosa*, *Klebsiella spp* e de MNT, em material e locais hospitalares;
- Relacionar a presença de *P. aeruginosa*, *Klebsiella spp* e de MNT com o nível de contaminação microbiológica dos materiais da unidade hospitalar;
- Determinar o perfil de resistência/multiresistência a antibióticos e relacionar com a persistência da(s) estirpe(s) na unidade hospitalar, no ambiente, ou em material clínico;
- Relacionar a estrutura clonal das estirpes encontradas no hospital e das estirpes encontradas nos doentes.

MATERIAIS E MÉTODOS

A recolha das amostras ambientais em equipamentos e materiais não-críticos húmidos e secos foi realizada através de zaragatoa com cotonete esterilizado, numa área de 10x10cm durante 3 meses consecutivos e em três unidades de internamento diferentes.

As amostras foram inoculadas por espalhamento em placas de Petri com meios de cultura seletivos para os microrganismos em estudo. O laboratório de microbiologia do hospital cedeu as amostras clínicas e respetivo perfil de sensibilidade a antibióticos para posterior comparação.

O nível de contaminação dos equipamentos foi dividido em três classes de acordo com o número de colónias recuperadas.

A sequenciação do gene que codifica o rRNA 16S foi usada para a identificação das estirpes presuntivas de *P. aeruginosa*, *Klebsiella spp* e MNT.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O meio PANTA foi aquele que permitiu a recuperação de um maior número de bactérias. Neste meio as amostras estão uniformemente distribuídas pelas três classes de contaminação, com exceção na segunda amostragem em que não se observaram amostras com um grau de contaminação intermédio. Na primeira amostragem observámos 18 amostras com um grau de contaminação alto e nas restantes, cerca de 13. Este resultado poder-se-á dever ao facto de o mês de novembro ter sido mais seco que os seguintes em que decorreram as colheitas, aumentando assim a humidade das superfícies e do ambiente. Este meio permitiu ainda o isolamento de vários fungos no decurso das três amostragens.

As amostras quando inoculadas em meio PIA apresentaram quase sempre um grau de contaminação nas classes baixo e alto. Apenas na terceira amostragem se observou uma amostra com um grau de contaminação que se insere na classe intermédia. O número de amostras com grau de contaminação alto em meio PIA foi semelhante em todas as amostragens, sendo de 12 na primeira, 13 na segunda e 10 na terceira.

Em meio MacConkey, o número de amostras em cada uma das classes não sofreu oscilações significativas no decurso da investigação, com uma média de 8 amostras na classe alto, 3 na classe médio e as restantes na classe baixo.

As torneiras e os chuveiros foram os locais cujas amostras revelaram um maior número de microrganismos, independentemente do meio de cultura utilizado na avaliação ou da amostragem. Estes são focos de contaminação a ter em conta, aspeto que vem ao encontro do estudo realizado por Aumeran et al. (2007) numa unidade pediátrica, em que 8 crianças apresentavam *P. aeruginosa* e *Pseudomonas putida* em amostras colhidas em cateteres centrais. Nesse trabalho foi provado que a infeção tinha origem na água dos chuveiros e das torneiras. Este problema foi ultrapassado com a adição de cloro na água e com a colocação de filtros nas torneiras e chuveiros com uma durabilidade de 7 dias (Aumeran et al., 2007).

No presente estudo foi apenas identificada uma estirpe de *P. aeruginosa*, a partir da amostra colhida numa torneira da sala de terapêutica, no serviço B, na terceira amostragem. A identificação de um reduzido número de *P. aeruginosa* vem contrariar outros estudos que referem um elevado nível de contaminação do ambiente e equipamentos hospitalares com *P. aeruginosa* (Caetano, Lima, Miranda, Serufo, & Ponte, 2011; Moreira, 2002). Em outro estudo realizado num hospital central entre 2010 e 2011, o qual faz parte do projeto onde este trabalho também se insere, foram registadas 18% das amostras ambientais positivas para *P. aeruginosa* (Abreu, Santos, Paiva, Almeida, & Morais, 2011).

Relativamente ao género *Klebsiella spp* não se detetaram estirpes deste género no ambiente através da metodologia utilizada para a sua deteção.

O fato de não se ter detetado nenhuma estirpe do género *Klebsiella* no ambiente e equipamentos clínicos pode significar: 1) a necessidade de utilização de um outro meio de cultura que seja mais direcionado para a recuperação apenas de estirpes de *Klebsiella*, 2) pode ser indiciador de que a fonte de origem das estirpes de *Klebsiella* não está no ambiente ou equipamentos estudados, mas noutra local ou equipamentos.

No período em que decorreu a investigação, num total de 26 isolados clínicos, 18 deles pertenciam ao género *Klebsiella*, ou seja 69% do total. Dentro desse conjunto de isolados, 17 eram *Klebsiella pneumoniae* (65%) e 1 *Klebsiella oxytoca* (4%), aspeto que vem ao encontro dos estudos referenciadas por Murray, Rosenthal, Kobayashi, e Pfaller (2006).

Relativamente às MNT foram identificadas 3 estirpes de *Mycobacterium gordonae* no ambiente. Dentro das MNT esta é a espécie mais frequentemente isolada a partir de amostras colhidas em água de rios, piscinas e torneiras (Lee, Lee, Han, & Ka, 2008).

Trata-se de uma micobactéria de crescimento lento, que infecta doentes imunodeprimidos, causando infeções pulmonares (Asija, Prasad, & Eskridje, 2011).

No decorrer da investigação foram isolados do ambiente, microrganismos de outros grupos taxonómicos que não eram alvo do estudo, mas que cresceram nos meios utilizados. Entendeu-se destacar alguns, pelo seu potencial patogénico, pela sua prevalência e/ou pela sua persistência no ambiente e equipamentos amostrados. Dentro desse conjunto de isolados ambientais destaca-se *Pseudomonas plecoglossicida*, *Staphylococcus haemolyticus*, *Staphylococcus hominis sub esp. novobiosepticus* e *Stenotrophomonas maltophilia* e outros microrganismos potencialmente patogénicos para o Homem, alguns deles com provável origem clonal.

Relativamente aos objetivos inicialmente traçados para esta investigação nem todos foram atingidos na sua totalidade, para que tal aconteça será necessário o prolongamento deste estudo por um período mais longo de tempo.

CONCLUSÕES

Este trabalho permitirá ter uma perceção dos equipamentos e locais biologicamente inseguros para os doentes e profissionais. Permite à Comissão de Controle de Infecção, como órgão que depende do Conselho de Administração da instituição, identificar aspetos onde deve incidir a sua ação, nomeadamente no estabelecimento de normas para a manutenção de torneiras e chuveiros, pois são nitidamente os locais mais problemáticos em termos de foco de contaminação.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abreu, P., Santos, S. S., Paiva, G., Almeida, A., & Morais, P. (2011). Occurrence of environmental pseudomonas aeruginosa and other associated species in hospital de faro. Trabalho apresentado em Microbiotec'11, Braga. Resumo recuperado de <http://microbiotec11.files.wordpress.com/2011/12/e-microbiotec11.pdf>
- Asija, A., Prasad, A., & Eskridje, E. (2011). Disseminated mycobacterium gordonae infection in an immunocompetent host. *American Journal of Therapeutics*, 18(3), 75-77.
- Aumeran, C., Paillard, C., Robin, F., Kanold, J., Baud, O., Bonnet, R., ... Traore, O. (2007). Pseudomonas aeruginosa and pseudomonas putida outbreak associated with contaminated water outlets in an oncohaematology paediatric unit. *The Journal of Hospital Infection*, 65(1), 47-53.
- Caetano, J., Lima, M., Miranda, M., Serufo, J., & Ponte, P. (2011). Identificação de contaminação bacteriana no sabão líquido de uso hospitalar. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 45(1), 153-160. Recuperado de http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342011000100021&script=sci_arttext
- Lee, E., Lee, M., Han, S., & Ka, J. (2008). Occurrence and molecular differentiation of environmental mycobacteria in surface waters. *Journal of Microbiology and Biotechnology*. 18(7), 1207-1215.
- Moreira, L. (2002). *Bancadas hospitalares: Superfícies e porosidades como fontes Potenciais de Infecção* (Tese de mestrado). Universidade do Vale do Paraíba, Brasil. Recuperado de <http://biblioteca.univap.br/dados/000001/00000134.PDF>
- Murray, P., Rosenthal, K., Kobayashi, G., & Pfaller, M. (2006). *Microbiologia médica* (5ª ed.). Rio de Janeiro, Brasil: Elsevier.

EVENTOS ADVERSOS ASSOCIADOS ÀS INTERVENÇÕES DOS ENFERMEIROS NA PREPARAÇÃO E ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAÇÃO EM UNIDADES CIRÚRGICAS

GONÇALO ALEXANDRE DOS SANTOS GERALDO
AMÉLIA FILOMENA DE OLIVEIRA MENDES CASTILHO

INTRODUÇÃO

A preocupação com os eventos adversos decorrentes dos cuidados de saúde tem gerado, a nível mundial uma preocupação em criar métodos de trabalho e práticas mais seguras. Contudo, dada a complexidade dos processos, as tecnologias e a natureza humana, associados à maioria das intervenções, existe o risco de efeitos adversos (Tang, Sheu, Wei, & Chen, 2007). O erro de medicação em doentes hospitalizados, segundo Batista (2008), é responsável pela morte de sete mil portugueses por ano.

Os erros que acontecem na área da saúde não podem ser totalmente eliminados, mas têm de contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados, isto é, devemos aprender com os erros e uma forma de o fazer é estudá-los recorrendo à investigação.

OBJETIVOS

Identificar a perceção dos enfermeiros sobre os erros de medicação e os processos envolvidos na ocorrência dos mesmos; caracterizar os erros de medicação observados ou experienciados pelos enfermeiros de unidades cirúrgicas.

METODOLOGIA

Estudo transversal exploratório-descritivo, quantitativo.

Na colheita de dados utilizou-se uma versão adaptada do questionário autopreenchido de Miasso e Cassiani (2000), composto por questões fechadas e abertas.

A análise dos dados, colhidos numa amostra composta por 70 enfermeiros que exercem funções no Departamento Cirúrgico, foi efetuada recorrendo à estatística descritiva e à análise de conteúdo.

RESULTADOS

Da análise das respostas à questão “Como define um erro de medicação?”, emergiram três categorias ligadas a falhas de processo, nomeadamente: falhas no cumprimento de regras de segurança, falhas nas políticas e procedimentos, falhas por negligência e uma categoria que define o erro numa perspectiva de resultado, identificando-o com as consequências.

Os enfermeiros têm a percepção de que raramente (68,6%) ocorrem erros de medicação e que se cumprem maioritariamente (95,7%) as regras de segurança na preparação e administração de medicação, apesar de existir por vezes (51,4%) o risco da ocorrência de erros. Fatores como: falhas de concentração, presença de um motivo de distração e sobrecarga de trabalho, originam erros de: dosagem (32,9%), administração de medicação não prescrita (28,6%), omissão da administração (24,3%), horário incorreto (21,4%), identificação da medicação preparada (20%) e transcrição do fármaco (21,46%). As medidas a implementar para a diminuição dos mesmos, incidem nos aspetos organizacionais, individuais e ambientais. A maioria dos enfermeiros (72,9%) já praticou ou presenciou o erro de medicação, detetado pelo próprio ou por outro enfermeiro durante alguma das etapas do processo de administração de medicação, ou através da sintomatologia originada ou pela apresentação do medicamento. Contudo a maioria dos enfermeiros considera que a notificação dos erros de medicação, raramente é efetuada.

DISCUSSÃO

Os conhecimentos que os enfermeiros detêm no âmbito da administração de terapêutica, incluem a conceptualização do erro ligado à preparação e administração de medicação, definindo o erro de medicação como uma falha no cumprimento das regras de segurança e nas políticas e procedimentos, ou como resultado de negligência que poderá acarretar consequências para o doente.

A percepção sobre a ocorrência de erros, e cumprimento das regras de segurança na preparação e administração de medicação traduz-se numa posição inequívoca de que raramente ocorrem erros de medicação, apesar de considerarem existir o risco de ocorrência dos mesmos. Esta noção deve-se provavelmente ao facto de existir a consciência de que os enfermeiros cumprem maioritariamente as regras de segurança preconizadas pelo National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention (2007).

As causas/fatores apontadas pelos enfermeiros como contributos importantes para a ocorrência de erros são as interrupções, a falta de atenção, a falha de comunicação médico/enfermeiro sobre a alteração da prescrição, a fadiga, a sobrecarga de trabalho, o ruído, a falta de pessoal e a situação de urgência/emergência, indiciando que o erro de medicação envolve uma multiplicidade de fatores na sua maioria relacionados com falhas de concentração, presença de um motivo de distração e sobrecarga de trabalho.

Apesar dos enfermeiros terem a percepção que os erros de medicação ocorrem com pouca frequência, consideram que por vezes podem ocorrer certos tipos de erros nomeadamente: erro na prescrição do fármaco, dose/dosagem errada, administração de medicação não prescrita/fármaco errado, omissão da administração, horário incorreto, erros de identificação da medicação preparada e erros na transcrição do fármaco. Estes resultados são concordantes com o referido pela Ordem dos Enfermeiros (2005).

A maioria dos enfermeiros considera que a notificação dos erros de medicação raramente é efetuada reconhecendo maior frequência de notificação nos casos de potenciais consequências para o doente.

Perante a prática de um erro de medicação, a grande parte dos enfermeiros raramente ou nunca colocam a hipótese de efetuar a notificação do erro e a maioria também não o faz se presenciarem. A subnotificação deve-se porventura ao facto do erro de medicação ser encarado como assunto tabu, envolto em medos e receios, nomeadamente penais no caso de processo judicial, sentimentos de culpa, medo, angústia, vergonha e conotação de incompetência por parte do doente, família e restante equipa de saúde.

Estes dados alertam para a necessidade de um verdadeiro sistema de notificação do erro, visto que o mesmo deve ser efetuado de forma voluntária, anónima e confidencial, não-punitivo e justo de forma a motivar os profissionais para a notificação, como recomenda o National Patient Safety Agency (2009).

Os enfermeiros que praticaram/presenciaram erros de medicação referem que se trataram na maioria dos casos de erros de administração de medicação não prescrita/fármaco errado, administração de medicação ao doente errado, erro de dose/dosagem, erro de prescrição do fármaco e horário incorreto.

Apesar de os enfermeiros considerarem que raramente ocorrem erros de medicação, a grande maioria (77,14%) sugeriu medidas a implementar para a sua redução, com incidência nos aspetos ao nível da organização, ao nível individual e medidas ambientais.

Genericamente a caracterização dos erros de medicação observados ou experienciados pelos enfermeiros coincide com a perceção destes. No entanto, pode dizer-se que a principal diferença reside no facto dos enfermeiros terem a falsa perceção de que raramente ocorrem erros, embora considerem a possibilidade e o risco da sua ocorrência na prática.

CONCLUSÃO

A noção de erro de medicação, por parte dos enfermeiros, está de acordo com a definição consultada na bibliografia. Sendo que estes profissionais têm a perceção de que raramente ocorrem erros de medicação, provavelmente pelo facto de existir a consciência de que os enfermeiros cumprem maioritariamente as regras de segurança na preparação e administração de medicação. No entanto, os enfermeiros consideram existir o risco de ocorrência de erros e apontam medidas a implementar para diminuição dos mesmos, com incidência nos aspetos ao nível da organização, ao nível individual e ao nível de medidas ambientais.

Os enfermeiros percecionam que o erro de medicação envolve uma multiplicidade de fatores sistematizados em três aspetos fulcrais, que são: as falhas de concentração, a presença de um motivo de distração e a sobrecarga de trabalho.

Os tipos de erros que os enfermeiros percecionam como mais frequentes são: erro na prescrição do fármaco, dose/dosagem errada, a administração de medicação não prescrita/fármaco errado, a omissão da administração, horário incorreto, erros de identificação da medicação preparada e erros na transcrição do fármaco.

A esmagadora maioria dos enfermeiros admite ter praticado ou presenciado algum tipo de erro de medicação, detetado pelo próprio ou por outro enfermeiro durante alguma das etapas do processo de prescrição, transcrição, preparação e administração, ou através da sintomatologia ocasionada no doente ou ainda pela apresentação do medicamento. Contudo a maioria dos enfermeiros considera que a notificação dos erros de medicação, em qualquer circunstância, raramente é efetuada.

Os erros de medicação conhecidos são apenas a ponta de um iceberg, a subnotificação dos mesmos e a inexistência de comunicação e divulgação de informação constitui um entrave para que se conheça melhor este problema, de modo a reduzir os incidentes relacionados com os fármacos.

Para além da consciencialização e notificação do erro, é necessário que os profissionais de saúde sejam estimulados a participar em sistemas voluntários de comunicação de erros, como fator preponderante do seu compromisso com a segurança do doente.

Esta temática é uma porta aberta à investigação, por isso sugerimos a realização de outros estudos nesta área.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Batista, A. (2008). *TSF Rádio Notícias*. Recuperado de <http://www.tsf.pt/portugal/saude/interior/erros-de-medicacao-matam-sete-mil-pessoas-por-ano-em-portugal-1034260.html>
- Miasso, A. I., & Cassiani, S. H. B. (2000). Erros na administração de medicamentos: Divulgação de conhecimentos e identificação do paciente como aspectos relevantes. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 34(1), 16-25.
- National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention. (2007). *Reducing medication errors associated with at-risk behaviors by healthcare professionals*. Recuperado de <http://www.nccmerp.org/council/council2007-06-08.html>
- National Patient Safety Agency. (2009). *Seven steps to patient safety in general practice*. London, England: Author. Recuperado de <http://www.nrls.npsa.nhs.uk/resources/collections/seven-steps-to-patient-safety/?entryid45=61598>
- Ordem dos Enfermeiros. (2005). A enfermagem conta: Erros de medicação. *Revista da Ordem dos Enfermeiros*, 17, 44-46.
- Tang, F. I., Sheu, S. J., Wei, I. L., & Chen, C. H. (2007). Nurses relate the contributing factors involved in medication errors. *Journal of Clinical Nursing*, 16, 447-457.

SEGURANÇA DE DOENTES E EVENTOS ADVERSOS ASSOCIADOS À PRÁTICA DE ENFERMAGEM EM CUIDADOS INTENSIVOS

MANUEL FILIPE RODRIGUES PEDREIRA
AMÉLIA FILOMENA DE OLIVEIRA MENDES CASTILHO

INTRODUÇÃO

A segurança de doentes (SD), temática emergente da gestão da saúde é considerada um dos pilares da qualidade dos cuidados de saúde, dizendo respeito a todos os intervenientes.

A segurança de doentes, hoje consagrada por diretiva europeia um direito de todos é definida pela Direcção-Geral da Saúde (DGS; 2011) como “a redução do risco de danos desnecessários relacionados com os cuidados de saúde, para um mínimo aceitável” (p. 14). Diversos autores apontam para taxas de incidência de eventos adversos (EAs) em hospitais que variam entre 3,5% e 17%, sendo cerca de metade considerados evitáveis. Nas unidades de cuidados intensivos (UCIs) as taxas de EAs revelam-se ainda mais preocupantes (Rothschild et al., 2005; Valentin et al., 2009). Mais de 20% dos doentes em UCI sofreram pelo menos um EA. Os enfermeiros são os profissionais que permanecem mais tempo e mais atos realizam junto dos doentes, assumindo um papel crucial na prática de cuidados seguros. Nesse sentido, a investigação pretende obter resposta para a seguinte questão orientadora: Qual a perceção dos enfermeiros de cuidados intensivos do Hospital β relativa à segurança nos doentes críticos?

OBJETIVOS

Conhecer a perceção dos enfermeiros de UCIs, sobre a cultura de segurança e sobre o risco e a ocorrência de EAs associados às suas práticas, analisar a relação entre estas variáveis e o tempo de exercício profissional, o tempo de exercício em UCI e o nível de formação profissional dos enfermeiros.

METODOLOGIA

A investigação tem natureza descritiva e correlacional. A amostra é constituída por enfermeiros de UCIs do Hospital β . Foram definidos como critérios de inclusão no estudo ter mais de 6

meses de tempo de serviço em UCI, estar em funções no período do estudo e aceitar participar voluntariamente no estudo.

Utilizou-se um questionário, constituído por um bloco de questões de caracterização sociodemográfica e profissional, pela versão portuguesa do questionário *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (Sorra & Nieva, 2004) constituído por 42 itens que permitem avaliar 12 dimensões da cultura de segurança, e pela escala Eventos Adversos Associados às Práticas de Enfermagem (Castilho & Parreira, 2012), constituída por 54 itens, que permitem avaliar a perspetiva de processo (12 dimensões de práticas de enfermagem) e a perspetiva de resultado (seis dimensões de EAs). Para análise dos dados recorreu-se à estatística descritiva e inferencial. Foram cumpridos os requisitos éticos e formais inerentes ao estudo.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Participaram voluntariamente 37 enfermeiros, o que constituiu 82,22% da população alvo (elementos das equipas de UCIs do Hospital β). O tempo médio de exercício profissional dos participantes é de 13,14 anos ($\pm 7,37$ anos). O tempo médio de serviço em UCIs é de 9,10 anos ($\pm 6,18$ anos). Os resultados conferem heterogeneidade de maturidade e de experiência, 61,1% (22) dos inquiridos têm licenciatura em enfermagem, 13,9% (cinco) têm uma pós-graduação e os restantes 25% (nove) têm mestrado e/ou curso de especialidade em enfermagem.

É perceptível que os enfermeiros têm noção que os EAs acontecem, mesmo quando adotam práticas preventivas fortes, revelando consciência do problema. Cerca de 25% dos enfermeiros percecionam risco para ocorrência de EAs, e cerca de metade assume que estes poderiam ser evitados, indiciando que os profissionais reconhecem que mais pode ser feito em prole da SD.

Estudada a cultura de segurança, evidenciam-se áreas fortes, com taxas de resposta positivas superiores 75%: trabalho em equipa (91,9%); aprendizagem organizacional - melhoria contínua (77,5%) e perceções gerais sobre a segurança do doente (76,4%), contudo apenas 64,9% afirmam que “Os nossos procedimentos e sistemas são eficazes na prevenção dos erros que possam ocorrer”, sugerindo necessidade de otimizar os procedimentos e sistemas adotados para prevenir a ocorrência de EAs.

Embora se observe 81,1% de respostas positivas no item “Avaliação geral sobre o grau de segurança do doente” identificam-se dimensões que carecem de atenção prioritária, por valores de resposta positiva baixos (inferiores a 50%), nomeadamente: “Apoio à segurança do doente pela gestão” (26,1%), “Resposta não-punitiva ao erro” (28,9%), pois 19,1% refere que se preocupa se os erros que cometem são registados no seu processo pessoal, transparecendo receio de penalização/culpabilização.

Na frequência da notificação (34%), fica patente a subnotificação de EAs, limitativo da adoção de medidas preventivas por desconhecimento da existência de determinado EA. Na dotação de profissionais (41,5%), fica-se com a perceção de não existirem as dotações adequadas de enfermeiros, que faz com que estes trabalhem muitas vezes em modo crise. Na comunicação e feedback acerca do erro, percebe-se que só 37,9% dos enfermeiros corroboram a afirmação “É-nos fornecida informação acerca das mudanças efetuadas, em função dos relatórios de eventos”

Quanto aos EAs associados às práticas de enfermagem constata-se como dimensões de práticas preventivas fortes, a vigilância, as práticas de privacidade e confidencialidade (97,3% de respostas positivas), a higienização das mãos (94,6%), práticas preventivas de úlceras por pressão (91,5%). Contudo, em alguns indicadores, identifica-se espaço para melhoria, pois nem sempre “O suporte nutricional é ajustado às necessidades”, bem como nem sempre se verificam “práticas preventivas de úlceras por pressão ajustadas aos fatores de risco”.

Nas práticas de enfermagem foram observados resultados mais críticos nas dimensões advocacia dos doentes (64% de respostas positivas); preparação da medicação (69,7%), particularmente o indicador “O enfermeiro ser interrompido durante a atividade”; e prevenção de quedas (70,2% respostas positivas). Salienta-se que vários enfermeiros afirmam nunca avaliar o risco de quedas.

Constata-se uma perceção de 89,6% nas práticas preventivas de falhas de administração de medicação, contudo identificam-se taxas relevantes de “Falhas na comunicação entre médico e equipe de enfermagem sobre alteração da prescrição médica”.

Ainda que a percentagem de respostas positivas possa ser considerada globalmente elevada, não se ignora que seria desejável adotar práticas preventivas de ocorrência de EAs com taxas de resposta positivas próximo dos 100%.

Nos EAs estudados os resultados são particularmente críticos na dimensão risco de quedas e úlceras de pressão (43% respostas positivas) e risco e ocorrência de infeções associadas aos cuidados de saúde (28,35%).

A análise inferencial permitiu evidenciar que não existe relação entre a cultura de segurança e as características individuais dos inquiridos, nomeadamente tempo de exercício profissional e formação académica.

A perceção dos inquiridos face aos EAs associados às práticas de enfermagem, quer nas práticas preventivas quer no risco e ocorrência de EAs, não difere tendo em conta o tempo de experiência profissional, e o nível de formação académica. Estes resultados sugerem que a perceção dos profissionais é relativamente homogênea, não variando em função das características individuais.

CONCLUSÃO

A análise das correlações das várias dimensões de cultura de segurança com os EAs associados às práticas de enfermagem permitiu verificar que a cultura de segurança se correlaciona negativa e moderadamente com os EAs e positiva e moderadamente com as práticas de enfermagem. As correlações são mais fortes no que concerne às práticas preventivas de enfermagem, indiciando que a melhoria dos resultados (redução dos EAs) passa também pela melhoria das práticas profissionais.

Dos resultados obtidos ressalta a necessidade de uma Política de Segurança no Hospital, a disseminar pelos colaboradores, através dos canais de comunicação institucional, formações em serviço, na presença de elementos da Direção, onde ficaria expresso o interesse desta sobre a SD. Importa adotar e difundir uma cultura de erro não-punitiva, mediante uma liderança que fomente a notificação de EAs e a formação em SD.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Castilho, A., & Parreira, P. M. (2012). Construção e avaliação das propriedades psicométricas de uma escala de eventos adversos associados às práticas de enfermagem. *Revista de Investigação em Enfermagem*, 2(1), 59-73.
- Direção-Geral da Saúde. (2011). *Estrutura concetual da classificação internacional sobre segurança do doente: Relatório técnico final*. Recuperado de <https://www.google.pt/url?url=https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/classificacao-internacional-sobre-seguranca-do-doente-png.aspx&rct=j&frm=1&q=&esrc=s&sa=U&ved=0ahUKEwi6y9S1l6fKAhXJ6xQKHRRgB-YQFggVMAA&usg=AFQjCNGTSeuf3X08z4u8lXwn7vBZRIg9hQ>
- Rothschild, J. M., Landrigan, C. P., Cronin, J. W., Kaushal, R., Lockley, S. W., Burdick, E., ... Bates, D. W. (2005). The Critical Care Safety Study: The incidence and nature of adverse events and serious medical errors in intensive care. *Critical Care Medicine*, 33(8), 1694-1700. doi: 10.1097/01.CCM.0000171609.91035.BD
- Sorra, J., & Nieva, V. (2004). Hospital survey on patient safety culture (AHRQ Publication No. 04-0041). Recuperado de <http://www.ahrq.gov/sites/default/files/wysiwyg/professionals/quality-patient-safety/patientsafetyculture/hospital/resources/hospcult.pdf>
- Valentin, A., Capuzzo, M., Guidet, B., Moreno, R., Metnitz, B., Bauer, P., & Metnitz, P. (2009). Errors in administration of parenteral drugs in intensive care units: Multinational prospective study. *British Medical Journal*, 338(b814), 1-8. doi: 10.1136/Bmj.B814

STRESSE DOS ENFERMEIROS DO BLOCO OPERATÓRIO: ESTUDO DE ALGUNS FATORES

MARGARIDA HORTA SILVARES DA LUZ
MARIA HELENA BRÍSIO MARTINS

INTRODUÇÃO

Sabemos ser inerente ao homem o desejo e a necessidade de se ultrapassar sucessivamente a si próprio na busca do que considera bom e belo. Para este desafio autoimposto que o mobiliza, precisa de encontrar respostas que o tranquilizem e satisfaçam, para poder avançar para algo novo que o agite e motive.

Este processo constante de querer agir em consequência, esta caminhada pela vida que impulsiona o homem de meta em meta, não se faz sem desgaste, sem custos e emoções, esta caminhada constitui-se na *onda de* stresse necessária e inevitável à vida. É algo que nos desestabiliza, que nos desafia e ameaça, que promove a procura de soluções reequilibradas, mas transitórias e inevitáveis.

Os profissionais de saúde constituem um grupo de risco pela complexidade de fatores ambientais e psicossociais associados ao seu trabalho, sendo os enfermeiros e particularmente os que exercem funções no Bloco Operatório, dos grupos profissionais mais estudados quanto a esta problemática nos últimos anos.

A enfermagem perioperatória é uma profissão de risco e de rápido desgaste, existindo dificuldade em quantificar o grau de resiliência dos enfermeiros (Pinheiro, Tróccoli, & Tamayo, 2003). A prevenção desses riscos passa, antes de mais, pela consciencialização de que existem, são reais.

Enquanto prestadores de cuidados no Bloco Operatório, conscientes de que a equipa de enfermagem do Bloco Operatório se encontra exposta a vários fatores geradores de stresse, quando confrontada com as mais diversas situações de emergência no serviço, colocou-se-nos a seguinte questão de partida: Existe ou não stresse nos enfermeiros do Bloco Operatório do Hospital de Santarém e quais serão os fatores associados?

Com este estudo pretendemos perceber se existem situações consideradas stressantes pelos enfermeiros do Bloco Operatório do Hospital de Santarém, EPE e quais os possíveis fatores associados. Utilizámos para tal a escala de stresse (NSS global) de Pamela Gray-Toft e James Anderson (1981), na versão portuguesa adaptada por Santos e Teixeira (2008)

OBJETIVOS

Definimos como objetivos de investigação: identificar a ocorrência de situações stressantes experienciadas pelos enfermeiros do Bloco Operatório e avaliar a frequência das mesmas; verificar se a idade e o tempo de exercício de funções no Bloco Operatório estão relacionados com a frequência de situações stressantes experienciadas; verificar se há diferença na frequência experienciada de situações stressantes segundo a formação dos enfermeiros na área da emergência e ainda, identificar as estratégias de *coping* que os enfermeiros utilizam perante situações de stress no Bloco Operatório.

METODOLOGIA

Estudo quantitativo, descritivo e analítico correlacional.

A população estudada foi constituída por todos os enfermeiros do Bloco Operatório do Hospital de Santarém, EPE, tendo sido constituída uma amostra por 34 enfermeiros que no momento da recolha de dados se encontravam a prestar cuidados no Bloco Operatório, representando 87,18% da população alvo. A recolha de dados foi feita através de um questionário autopreenchido e anónimo aplicado no período de 1 a 15 de Junho de 2010.

Para o teste de hipóteses, utilizámos testes paramétricos, uma vez que os resultados obtidos da aplicação dos testes de normalidade revelaram uma distribuição normal da amostra ($p > 0,05$).

No tratamento das questões abertas utilizámos o método de análise qualitativa de conteúdo de Bardin.

RESULTADOS

Neste estudo descritivo correlacional sobre o stress dos enfermeiros do Bloco Operatório foram estudados 34 enfermeiros, selecionados pelo método de amostragem semi-intencional.

A média de idades da amostra era de 40,09 anos. Dos 34 enfermeiros inquiridos, 23 eram do género feminino (67,6%). No que se refere à categoria profissional dos enfermeiros, verificámos que 76,5% (26) eram enfermeiros graduados. De salientar que existiam apenas 2 enfermeiros especialistas (5,9%).

Caracterizando a amostra verificámos que 21 enfermeiros (60,9%) tinham um tempo de exercício de funções entre 11-20 anos. A moda situa-se na classe modal 11-20, o que nos permite perceber que o grupo de enfermeiros que exercia funções há 15 anos era o mais frequente.

Quanto ao tempo de exercício de funções no Bloco Operatório, a maior percentagem de enfermeiros 47,10% (16) trabalhavam há mais de 11 anos e há menos de 20 anos. A média era de 12,62 anos e a moda de 15 anos. Estes dados levam-nos a deduzir que os inquiridos tenham iniciado a sua atividade profissional por este serviço, uma vez que a moda é coincidente com a do tempo de exercício na profissão.

Relativamente à formação dos enfermeiros na área da reanimação, verificámos que 14 dos inquiridos (41,2%), não fizeram nenhuma formação na área da reanimação enquanto que 19 possuem os cursos de Suporte Básico de Vida (SBV) e Suporte Avançado de Vida (SAV) atualizados.

Os dados obtidos pelas respostas dos enfermeiros a esta questão permitem-nos perceber que é necessário haver formação de toda a equipa na área da reanimação de forma a contribuir para minimizar os fatores de stresse na mesma e otimizar os cuidados de enfermagem ao doente em contexto de emergência.

Neste estudo, não se confirmou a existência de relação entre a frequência de situações stressantes experienciadas pelos enfermeiros e a idade e o tempo de exercício de funções no Bloco Operatório, nem se confirmou a diferença de frequência experienciada de situações stressantes segundo a formação dos enfermeiros na área da emergência. Estes resultados parecem-nos estar relacionados com o facto de, em termos globais para este grupo de enfermeiros, a frequência de situações stressantes ser *ocasionalmente* experienciada e as estratégias de *coping* mais utilizadas serem o autocontrole e o confronto.

Quanto às estratégias a adotar no serviço para minimizar o stresse perante situações de emergência, foram referidas: formação em serviço, protocolos de atuação, comunicação, liderança, estratégias de *coping*, apoio de outros técnicos e ambiente seguro.

Embora tenhamos verificado estatisticamente que a frequência de situações stressantes vivenciadas não é muito elevada, é perceptível, através da análise das respostas onde os enfermeiros sugerem estratégias para minimizar o stress, que ele está presente. Nesse sentido, parece-nos que é possível criar condições no serviço de forma a minimizar o stresse na equipa.

Na nossa prática diária, constatamos que as características físicas do Bloco Operatório são fatores indutores de stresse nos enfermeiros: luz artificial, temperatura, isolamento, farda despensalante, ventilação forçada, excesso de pessoas na sala e ruído dos equipamentos. Verificamos também que a gestão de recursos materiais é um processo stressante que envolve a equipa multidisciplinar.

Pensamos que é viável melhorar as condições físicas (espaço físico e ambiente), os recursos materiais (disponíveis e acessíveis) e a formação da equipa em várias áreas, nomeadamente na área da emergência.

É importante conhecer os fenómenos associados ao stresse e quais as suas manifestações, mas é emergente desenvolver medidas que visem a promoção da saúde psicológica dos profissionais que diariamente desempenham funções em equipas interdependentes, em serviços, como o Bloco Operatório, onde a vida e a morte se cruzam. Estes profissionais também são humanos e trabalhar nestes contextos não lhes cria imunidade ao sofrimento, à doença e à morte. Porque cuidar dos doentes, também incluiu saber cuidar de si próprio.

A prevenção e a redução do stresse dos enfermeiros do Bloco Operatório, não pode ser uma missão solitária, devendo-se contemplar ações conjuntas entre estes profissionais e a Instituição.

CONCLUSÃO

Stresse é um termo ao qual habitualmente associamos fadiga mental, sofrimento, medo, depressão, insatisfação e outros sintomas de natureza fisiológica, psicológica e comportamental.

Atualmente o stresse no trabalho é considerado um problema de saúde pública, uma vez que é responsável por danos consideráveis a nível da saúde e da qualidade de vida dos indivíduos e por prejuízos elevados nos gastos globais com a saúde e na produtividade.

É importante conhecer os fenômenos associados ao stresse e quais as suas manifestações, mas é emergente desenvolver medidas que visem a promoção da saúde psicológica dos profissionais que diariamente desempenham funções em equipas interdependentes, em serviços, como o Bloco Operatório, onde a vida e a morte se cruzam. Estes profissionais também são humanos e trabalhar nestes contextos não lhes cria imunidade ao sofrimento, à doença e à morte. Porque cuidar dos doentes, também incluiu saber cuidar de si próprio.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Gray-Toft, P., & Anderson, J. G. (1981). The Nursing Stress Scale: Development of an instrument. *Journal of Behavioral Assessment*, 3(1), 11-23. doi: 10.1007/BF01321348
- Pinheiro, F. A., Tróccoli, B. C., & Tamayo, M. R. (2003). Mensuração de coping no ambiente ocupacional. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 19(2), 153-158. doi: 10.1590/S0102-37722003000200007.
- Santos, J. M., & Teixeira, Z. (2008). The Nursing Stress Scale: Desenvolvimento da versão portuguesa da escala. *Revista Investigação em Enfermagem*, 18, 29-40.

PREVENÇÃO DA INFECÇÃO RELACIONADA COM O CATETER VENOSO CENTRAL: PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM

MARGARIDA MARIA DUARTE SILVA
MARIA NAZARÉ RIBEIRO CEREJO

INTRODUÇÃO

Estudos internacionais revelam que cerca de um terço das infecções associadas aos cuidados de saúde são seguramente evitáveis (Association for Professionals in Infection Control and Epidemiology [APIC], 2009; O' Grady & Chertow, 2011). Atendendo que nos inquéritos de prevalência da infecção, a bacteriemia relacionada com a presença de cateter venoso central (CVC) se apresenta elevada, reconhecemos a necessidade de questionar os enfermeiros sobre a sua prática e os seus conhecimentos na manutenção e manipulação de CVC.

OBJETIVOS

Os objetivos deste estudo foram os seguintes:

- Identificar quais os procedimentos que os enfermeiros realizam na manipulação e manutenção do CVC;
- Avaliar se os enfermeiros conhecem os procedimentos preconizados para a manutenção do CVC;
- Avaliar se as práticas são coincidentes com os conhecimentos demonstrados;
- Analisar se os fatores idade, experiência profissional, contexto de trabalho e a frequência de formação na área de prevenção da infecção influenciam a prática dos enfermeiros na manutenção e manipulação do CVC.

METODOLOGIA

Realizou-se um estudo de natureza quantitativa, exploratório, descritivo correlacional.

A amostra foi constituída por 73 enfermeiros provenientes de um serviço de medicina especializada, uma unidade de cuidados intensivos e um serviço de cirurgia de um hospital central. Recorreu-se a uma amostra probabilística aleatória simples.

O instrumento de recolha de dados foi um questionário elaborado pelas autoras com base no desenvolvido por Graça (2011). Pretendeu avaliar os conhecimentos dos participantes relativamente a realização do penso e acerca da manutenção e manipulação do cateter venoso central e dispositivos, assim como a frequência com que realizavam esses procedimentos. A avaliação teve por base uma escala do tipo Likert e, para melhor eficácia na interpretação dos resultados obtidos, foi recodificada após o que considerámos a percentagem de respostas positivas específicas em cada item, o principal indicador de análise das respostas dos enfermeiros. Classificámos os resultados acima dos 75% como de bom nível e acima de 90% de muito bom nível. Os resultados entre 50% e 75%, representaram procedimentos a necessitar de melhoria, embora não sejam problemáticos. Quanto aos inferiores a 50%, foram considerados negativos, que se constituem como procedimentos críticos/problemáticos.

RESULTADOS

Quanto à caracterização da amostra verificámos que 82,2% dos participantes era do sexo feminino, a maioria com idades compreendidas entre os 40 e os 49 anos, casados e com mais de 11 anos de profissão.

No tocante ao contexto de trabalho dos participantes, 38,4% exerciam funções no serviço de cirurgia, 31,5% no de medicina especializada e 30,1% nos cuidados intensivos. Constatámos que a maioria dos participantes tinha mais de 5 anos de exercício profissional no atual contexto de trabalho. Verificámos que 26% dos participantes referiram que não tinham formação na área de prevenção da infeção.

Acerca da existência de uma norma de serviço sobre a manutenção e manipulação do CVC, constatámos que nos mesmos contextos profissionais uns participantes assinalaram a resposta positiva e outros a negativa.

Os resultados encontrados apontam que no conjunto, os enfermeiros revelaram bom desempenho no exercício da prática clínica e bons níveis de conhecimentos teóricos sobre a mesma. No entanto, existem procedimentos que necessitam de ser melhorados ou mesmo corrigidos, conforme irá ser exposto nos principais resultados apurados.

Na higienização das mãos para a realização do penso os enfermeiros apresentaram bons resultados. Contudo, o uso de verniz nas unhas e a execução na prática da higienização das mãos imediatamente antes da realização do penso, bem como o seu nível de discordância com o facto do uso de anéis em mãos protegidas por luvas não contribuir para o aumento do risco de infeção, são procedimentos nos quais os enfermeiros precisam melhorar.

Quanto aos registos, à utilização de clorhexidina a 2% na antisepsia na realização do penso e à suspensão das torneiras de modo a não tocarem em superfícies como medida de prevenção da infeção, os enfermeiros obtiveram bons resultados tanto na prática como a nível dos conhecimentos.

No que respeita à substituição do penso, constatámos que a execução do penso 24h após a colocação do CVC e a sua realização de 2 em 2 dias quando aplicada compressa, como recomendado (Center for Disease Control and Prevention [CDC], 2011), devem ser procedimentos a melhorar, tanto a nível da prática como a nível dos conhecimentos. Como procedimento problemático, identificámos a realização do penso uma vez por semana com película semipermeável, tanto na vertente prática como a nível dos conhecimentos.

No que concerne à lateralização da cabeça do doente para o lado oposto, ou colocar-lhe máscara enquanto se realiza o penso no local do CVC inserido na subclávia, os enfermeiros apresentaram bons conhecimentos, mas nas respostas relativas à sua prática, apesar dos resultados serem positivos, revelou-se um procedimento a melhorar.

Constatámos também que os profissionais, apesar de apresentarem bons níveis de conhecimento quanto ao uso de máscara durante a realização do penso, para proteger os doentes da exposição aos agentes infecciosos da sua boca e nariz (Administração Central do Sistema de Saúde [ACSS], 2011), devem mudar a prática uma vez que este procedimento foi identificado como problemático.

Na higienização das mãos na manutenção e manipulação dos lúmens do CVC e dispositivos, os participantes apresentaram muito bons resultados ao nível dos conhecimentos e no que se refere à prática.

Também na desinfecção de acessos e torneiras antes da sua manipulação, apresentaram bons resultados relativamente à prática e aos conhecimentos. No entanto, a indicação para desinfetar o bocal dos frascos e deixar secar antes de introduzir os sistemas, mostrou-se um procedimento no qual os enfermeiros devem melhorar, tanto a nível da prática como dos conhecimentos.

Em relação aos procedimentos na administração de soluções lipídicas e hemoderivados, os enfermeiros revelaram muito bons resultados a nível dos conhecimentos, com exceção da conexão direta dos sistemas de transfusão ao lúmen do CVC, no qual obtiveram bons resultados. Quanto à prática revelaram bons resultados em todos os itens.

Relativamente à substituição dos sistemas, os enfermeiros obtiveram muito bons resultados quer a nível de conhecimentos quer a nível da sua prática no que se refere à substituição dos sistemas de administração de soluções lipídicas ou devido à presença de sangue, sedimentos ou coágulos nas paredes da linha de perfusão. Evidenciaram ainda bons resultados, tanto a nível dos conhecimentos, como na prática, quanto à substituição dos sistemas de perfusão contínua que não contenham soluções lipídicas ou hemoderivados.

Da mesma forma, os resultados indicam que os enfermeiros têm muito bons conhecimentos sobre a importância da realização de lavagens com soro fisiológico após a realização de colheitas de sangue pelo lúmen do CVC, assim como após a administração de terapêutica, o que se reflete nos resultados muito bons que obtiveram sobre a sua prática.

Por outro lado, quanto à permeabilidade do CVC, os resultados indicam que os enfermeiros têm de adquirir mais conhecimentos sobre as medidas apresentadas de forma a poderem melhorar a prática no que se refere à realização de irrigações dos lúmens uma vez por turno e passarem a realizar manobra de sifão de modo a testar o refluxo de sangue, bem como deixarem de fazer manobras de desobstrução do CVC, procedimentos estes que identificamos como problemáticos para a prevenção da infecção relacionada com o CVC.

Apuramos ainda que os enfermeiros com mais idade apresentaram resultados médios superiores no que diz respeito à higienização das mãos para a realização do penso e apresentaram resultados inferiores na utilização de clorhexidina a 2% e no uso de máscara.

Os profissionais com menos experiência profissional apresentaram resultados médios superiores no uso de máscara e inferiores na utilização das vias do CVC para a administração de soluções lipídicas e hemoderivados.

Quanto ao contexto de trabalho, apurámos que os participantes do serviço de medicina especializada apresentaram resultados médios superiores nas dimensões clorohexidina a 2%, lateralização da cabeça, realização de lavagens do lúmen do CVC e torneiras e inferiores no que respeita à substituição do penso. Verificámos também que os participantes do serviço de cirurgia apresentaram resultados médios superiores nos registos e inferiores no uso de máscara.

No que se refere à formação na área de prevenção da infecção, constatamos que os participantes que mencionam ter frequentado, foram os que apresentaram resultados médios inferiores quanto à lateralização da cabeça e ao uso de máscara.

CONCLUSÕES

Os resultados apurados neste estudo devem contribuir para despertar os enfermeiros para o facto da prevenção da infecção relacionada com o CVC ser uma necessidade imperiosa no âmbito das práticas corretas, cabendo a cada um o dever de prestar cuidados seguros. Salientamos que é da responsabilidade do enfermeiro do ponto de vista ético, legal e deontológico a excelência do exercício da profissão, bem como o dever de manter a atualização contínua dos conhecimentos.

A educação dos profissionais de saúde é uma estratégia essencial para a prevenção e redução dos riscos de infecção, pelo que realçamos a importância da formação contínua, de modo a podermos atualizar os conhecimentos com a finalidade de assegurar que estamos a prestar cuidados de qualidade.

Por outro lado, equacionando os gastos em saúde que podem advir das infecções associadas aos cuidados de saúde, podemos afirmar que a sua prevenção poderá certamente trazer muitos benefícios para todos e ganhos em saúde.

Embora os resultados obtidos sejam apenas relativos a três serviços do hospital, impedindo generalizações e devendo ser interpretados com prudência, é um facto que a infecção relacionada com o CVC é frequente, uma das mais graves e também causa de elevada morbidade e mortalidade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Administração Central do Sistema de Saúde. (2011). *Manual de normas de enfermagem: Procedimentos técnicos*. Recuperado de http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/MANUAL%20ENFERMAGEM%2015_07_2011.Pdf

Association for Professionals in Infection Control and Epidemiology. (2009). *Guide to the elimination of catheter-related bloodstream infections*. Recuperado de http://www.apic.org/Resource_/EliminationGuideForm/259c0594-17b0-459d-b395-fb143321414a/File/APIC-CRBSI-Elimination-Guide.pdf

Center for Disease Control and Prevention. (2011). *Guidelines for the prevention of intravascular catheter-related infections*. Recuperado de <http://www.cdc.gov/hicpac/pdf/guidelines/bsi-guidelines-2011.pdf>

Graça, A. L. (2011). *Infeção associada ao catéter venoso central: Do conhecimento à prática* (Dissertação de mestrado). Universidade Católica Portuguesa, Lisboa, Portugal.

O' Grady, N. P., & Chertow, D. S (2011). Managing bloodstream infections in patients who have short-term central venous catheters. *Cleveland Clinic Journal of Medicine*, 78(1), 10-17.
Recuperado de http://www.segurancadopaciente.com/pbsp/img_up/01340803686.pdf

A GESTÃO DOS FATORES AMBIENTAIS NO CONTROLO DA DOR EM PÓS-OPERATÓRIO

MIGUEL HENRIQUE VIDAL DE SOUSA
MARIA ISABEL DOMINGUES FERNANDES

INTRODUÇÃO

A dor tem sido apontada como uma das principais causas do sofrimento humano, contribuindo para a diminuição da qualidade de vida, tanto a nível psicossocial como económico. É um fenómeno com fortes implicações sobre o ser humano, apresentando uma complexidade multidimensional, pois envolve aspetos físico-sensoriais e emocionais.

Na intervenção desenvolvida em unidades de cuidados pós-cirúrgicos, ao longo do nosso percurso profissional, constatou-se que a problemática da dor, aguda ou crónica, tem vindo a ganhar relevo no cuidado à pessoa, tornando-se um desafio para os profissionais de saúde envolvidos na sua avaliação, prevenção e tratamento. O ambiente físico da unidade de cuidados pós-cirúrgicos pode atuar como mais uma fonte de desconforto e assim contribuir para aumentar a complexidade da gestão da dor da pessoa alvo de cuidados. O enfermeiro no âmbito das suas competências profissionais encontra-se, assim, numa posição relevante para promover o bem-estar e conforto recorrendo a intervenções farmacológicas e não-farmacológicas para o seu controlo.

O controlo da dor no pós-operatório tem sido palco de investigação pela frequência do fenómeno e pelas consequências de sofrimento e riscos desnecessários para a pessoa que a sofre. Ao preocuparmo-nos com a qualidade e diferenciação dos cuidados no desenvolvimento da nossa atividade profissional junto da pessoa que está no período pós-cirúrgico imediato, temos vindo a questionar-nos sobre a influência das condições ambientais no seu conforto e sobre os comportamentos dos enfermeiros na gestão dessas condições. Desta forma emergiu a questão central de investigação: A gestão da iluminação e temperatura ambiente, pelos enfermeiros, na unidade pós-cirúrgica, influencia nas manifestações de dor da pessoa aí acolhida?

OBJETIVOS

Definiram-se como objetivos deste estudo:

- Analisar a influência da iluminação e da temperatura ambiente da unidade como estímulos nas manifestações de dor da pessoa em pós-operatório imediato;
- Analisar a gestão das condições ambientais por parte do enfermeiro.

METODOLOGIA

Foi realizado um estudo descritivo, exploratório, de natureza observacional.

A pesquisa foi realizada numa unidade de cuidados pós-cirúrgicos de uma unidade hospitalar da região centro de Portugal. Os dados foram colhidos em 64 observações de prestação de cuidados, realizadas por dez enfermeiros, nas primeiras quatro horas após a admissão da pessoa submetida a cirurgia. Foi efetuada observação estruturada, a partir de uma lista de verificação que inclui condições de temperatura e iluminação ambiente, grau de sedação, sinais vitais e indicadores não-verbais de dor.

Os dados a observar, indicadores não-verbais de dor, basearam-se na Escala de Indicadores Não-verbais de Feldt (2000), escala que foi previamente validada culturalmente. Com o uso da lista pretendeu-se, assim, detetar sinais indicadores da presença de dor.

A observação ocorreu: após o acolhimento da pessoa e assim que estivesse em repouso; hora a hora até perfazer quatro horas; e sempre que existiam manifestações ou verbalizações de dor. Em cada observação há registo das condições ambientais, intervenção do enfermeiro para o seu controlo, grau e manifestações de dor, frequência cardíaca e respiratória e tensão arterial.

RESULTADOS

A maioria das pessoas em situação pós-operatória à entrada na unidade apresentava-se cooperativa, orientada e tranquila (grau de sedação 2 na escala de Ramsay [Ramsay, Savege, Simpson, & Goodwin, 1974]). O tipo de iluminação na unidade do doente mais frequente é a iluminação artificial indireta. Verificou-se que em 54 das 64 observações os enfermeiros atuaram no sentido de gerir a iluminação artificial de modo a que esta não estivesse a incidir diretamente sobre a pessoa. Por outro lado, e quanto à iluminação natural, observamos que a intervenção dos enfermeiros aconteceu em 24 das 44 situações em que a iluminação natural era intensa, controlando a sua presença por recurso à gestão de estores e ou cortinados de modo a diminuir a sua intensidade.

Registaram-se 24 episódios de dor, sendo 11 com valor 4, nove com 3 e quatro com 5 na escala numérica de dor, contudo maioritariamente (16) apresentavam três indicadores não-verbais de presença de dor na lista de Feldt (2000). Comparando as observações efetuadas nos momentos em que há manifestações de dor com aqueles em que não, verifica-se que o uso da iluminação artificial em ambas as situações é maioritariamente indireta, não podendo assim realizar-se comparações entre as duas situações.

Quanto à iluminação natural, verifica-se que nos episódios de dor, em 54,2% dos casos existia uma iluminação indireta intensa, ou seja, luz natural intensa na sala mas não incidindo diretamente na pessoa. Por outro lado, no acolhimento das pessoas que não apresentaram dor ao longo da observação verificou-se que em 47% dos casos existia uma iluminação indireta reduzida controlada, ou seja, a luz natural na sala não era muito intensa devido à intervenção realizada pelos enfermeiros.

Não se registou no acolhimento da pessoa intervenção para aquecer o seu leito em metade das observações, tendo este número aumentado progressivamente para à 3ª hora não se registar aquecimento suplementar em todos os leitos. Desta forma, e comparando novamente

as observações efetuadas nos momentos em que há e em que não há manifestações de dor, verifica-se que, na primeira situação, apenas 25% das pessoas tinham sido aquecidas. Pelo contrário o aquecimento estava presente em 55% dos casos das que não apresentaram dor.

DISCUSSÃO

Os resultados obtidos indiciam que a pessoa em situação pós-cirúrgica que se encontra num ambiente em que a iluminação natural e a temperatura estão mais controladas ou ausentes apresenta um número de episódios de dor menor do que aquela que se encontra num ambiente com iluminação intensa ou ambiente térmico não controlado. Este pode ser explicado à luz do que Coelho (2009) refere quando considera que a luz mais intensa interfere na diminuição da produção da melatonina e conseqüentemente pode alterar a preparação e manutenção de um período de sono e repouso. O ambiente de frio, exige que o organismo acione diferentes meios de regulação, entre os quais, o aumento de sobrecarga metabólica que tem como consequência o aumento do tônus muscular o que pode atuar como estímulo para o despertar da pessoa e aumento do nível de dor desencadeando mais manifestações de dor (Miguel, 2002).

Estes resultados estão de acordo com as considerações apresentadas por Wilson e Kolcaba (2004) e Carvalho e Bianchi (2007) quando referem que a gestão das condições do contexto ambiental, tais como, a temperatura e a iluminação, inseridas numa intervenção holística, são promotoras de bem-estar e conforto da pessoa operada, melhorando a sua recuperação.

Verificou-se que houve recurso quase exclusivo à terapêutica farmacológica para o controlo da dor da pessoa em situação pós-cirúrgica (em 22 dos 24 episódios de dor registados). Numa grande percentagem das observações, não se observam comportamentos intencionais de controlo das condições de iluminação natural e temperatura da unidade nas primeiras horas de pós-operatório. Assim e, de acordo com Wilson e Kolcaba (2004) e Carvalho e Bianchi (2007), a gestão das condições do contexto ambiental, tais com, a temperatura e a iluminação, inseridas numa intervenção holística, são promotoras de bem-estar e conforto da pessoa operada, melhorando a sua recuperação. Uma intervenção intencional na gestão dos fatores ambientais para o conforto da pessoa poderá conduzir a que estas não relatem experiências de dor tão relevantes nem recordem o ambiente da unidade de forma tão desagradável como Allvin, Ehnfors, Rawal, e Idvall (2008) descrevem nos resultados de um estudo qualitativo que desenvolveram sobre as experiências no processo pós-operatório.

CONCLUSÃO

Dos principais resultados obtidos no estudo, salienta-se que: A pessoa em situação pós-cirúrgica que se encontra num ambiente em que a iluminação natural está controlada/ausente ou a temperatura do leito está controlada, apresenta menos episódios de dor do que aquela que se encontra num ambiente em que não há controlo desses fatores; a ausência da gestão dos fatores ambientais poderá ter influenciado a presença de dor, não se evidenciando diferenças relevantes entre a ausência da gestão da luminosidade e a ausência da gestão da temperatura ambiente; nos momentos de dor existe uma subida estatisticamente significativa em todas as médias dos sinais vitais em relação ao momento do acolhimento; no controlo da dor os enfermeiros utilizam quase exclusivamente terapêutica farmacológica.

Os resultados parecem indicar que a gestão de fatores ambientais tais como a luminosidade e o ambiente térmico é importante para a homeostasia corporal e conforto da pessoa em situação pós-cirúrgica. Os enfermeiros devem, assim, assumir a gestão dos fatores ambientais como uma intervenção autónoma para a melhoria do bem-estar da pessoa operada e, como uma atitude complementar as técnicas farmacológicas na prevenção e alívio da dor.

Ao longo da investigação foram reveladas algumas limitações podendo ter influenciado o seu processo e resultados, exigindo-se prudência nas conclusões retiradas mas, simultaneamente, desafiando ao desenvolvimento de outras investigações neste domínio temático. Contudo, pelos resultados obtidos, pode seguramente afirmar-se que foi dado um contributo para o debate da temática da dor e um estímulo para o aparecimento de estudos em contextos de cuidados similares.

A maior consciencialização da equipa de enfermagem participante no estudo e o reforço da necessidade de uma constante atualização sobre a temática da dor serão os principais contributos da investigação. Propondo-se assim, a realização de ações de formação e debates sobre técnicas não-farmacológicas no controlo da dor, incluindo a gestão do ambiente físico, de modo a serem criadas orientações para a prática no acolhimento e cuidado à pessoa em situação pós-cirúrgica a fim de prevenir ou minimizar episódios de dor, promovendo-se o seu bem-estar e conforto.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Allvin, R., Ehnfors, M., Rawal, N., & Idvall, E. (2008). Experiences of the postoperative recovery process: An interview study. *The Open Nursing Journal*, 2, 1-7. doi:10.2174/1874434600802010001
- Carvalho, R., & Bianchi, E. (2007). *Enfermagem em centro cirúrgico e recuperação*. São Paulo, Brasil: Manole.
- Coelho, S. (2009). *Sono-vigília na criança: Conhecimento dos educadores* (Dissertação de mestrado). Universidade de Aveiro, Portugal.
- Feldt, K. (2000). The checklist of nonverbal pain indicators. *Pain Management Nursing*, 1(1), 13-21. doi:10.1053/jpmn.2000.5831
- Miguel, A. S. (2002). *Manual de higiene e segurança do trabalho* (6ª ed). Porto, Portugal: Porto Editora.
- Ramsay, M., Savege, T., Simpson, B., & Goodwin, R. (1974). Controlled Sedation with Alphaxalone-Alphadolone. *British Medical Journal*, 2(5920), 656-659.
- Wilson, L., & Kolaba, K. (2004). Practical application of comfort theory in the perianesthesia setting. *Journal of Perianesthesia Nursing*, 19(3), 164-173. doi:10.1016/j.jopan.2004.03.006

ERRO ASSOCIADO À GESTÃO DA TERAPÊUTICA PELO ENFERMEIRO: PERCEÇÃO DOS ENFERMEIROS DE UM HOSPITAL DA SUB-REGIÃO DE SAÚDE DE LISBOA E VALE DO TEJO

ANA PAULA CHAVES GONÇALVES PRATAS ABREU
JOSÉ CARLOS AMADO MARTINS

INTRODUÇÃO

A qualidade deve ser compreendida como um produto final de uma rede de trabalho, onde existem vários trabalhadores, com diferentes níveis de formação, contribuindo todos para o mesmo objetivo. Sendo transversal a todas as organizações e serviços.

Hoje, qualquer instituição de saúde tem como principal finalidade a garantia de cuidados globais de qualidade. A qualidade em saúde é uma tarefa multiprofissional e os enfermeiros são os maiores responsáveis pela qualidade dos cuidados, por serem um dos grupos profissionais, que mais tempo passa junto do doente.

É consensual que a segurança do doente assume principal importância na qualidade nos cuidados de saúde, tornando-se num grande desafio dos cuidados de saúde no séc. XXI. São os enfermeiros que interagem mais de perto e durante mais tempo com os doentes, havendo assim, uma relação direta entre a excelência do cuidar e uma cultura de segurança.

Toda a atividade mediada pelo Homem tem sempre associada a possibilidade de ocorrência de erros, por isso errar é humano. Neste sentido, os profissionais de saúde, independente da sua categoria e qualificação, cometem erros, mesmo sendo pessoas conscientes e com elevado padrão de qualificação profissional.

Os erros nos cuidados de saúde quando causam dano para o doente são denominados eventos adversos (EA; Fragata & Martins, 2008), podendo ser cometidos por qualquer elemento da equipa de saúde independentemente da sua categoria e qualificação. É prioritário conhecer os EA, antecipá-los, preveni-los e quando ocorrem devemos notificar, discutir, partilhar e aprender com os mesmos.

Um dos EA mais frequentes em meio hospitalar são os erros de medicação (EM). Segundo Cassiani (2005), durante o internamento hospitalar são administrados aos doentes cerca de

17 medicamentos por dia. Os EM, correspondem a um terço de todos os EA em saúde e pelo menos 5% de todos os doentes internados no hospital sofrem um EM (Wachter, 2010).

No processo de administração de terapêutica, os EM podem acontecer nas diversas etapas e serem cometidos por todos os seus intervenientes. São múltiplos os fatores que contribuem para a ocorrência dos EM, existindo estratégias para minimizar a sua ocorrência (Cohen, 2007a; Cohen, 2007b).

Os enfermeiros são os últimos intervenientes no processo de administração de terapêutica, intervindo na sua etapa final, determinante para que muitos dos erros cometidos e não identificados no princípio ou no meio do processo sejam imputados aos enfermeiros (Fragata & Martins, 2008). Assim, a equipa de enfermagem é o derradeiro obstáculo para deter e evitar os EM, tornando-se numa das últimas e maiores barreiras de prevenção dos mesmos.

Prevenir os EM é um grande desafio, já que é um assunto que os profissionais de saúde, principalmente os enfermeiros gostam pouco de comentar, pois o objetivo maior da arte do cuidar, é prestar cuidados ao doente isentos de riscos e erros, compromisso assumido aquando da formação profissional. É neste panorama tão atual, que se justifica esta investigação, pretendendo-se contribuir para a produção de conhecimento a nível dos EM em contexto hospitalar, para o desenvolvimento de medidas para prevenir ou minimizar o erro e que os enfermeiros possam ter um atitude diferente face ao mesmo.

OBJETIVO

O objetivo deste estudo foi analisar a incidência e tipos de erros associados à gestão de terapêutica percebidos pelos enfermeiros das unidades de internamento de adultos de uma unidade hospitalar da Sub-Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo.

METODOLOGIA

Realizou-se um estudo exploratório, descritivo, e transversal, inserido no paradigma quantitativo. Foi utilizado um questionário elaborado pelos investigadores, com base na revisão bibliográfica e submetido previamente a um pré-teste.

O processo de colheita de dados decorreu entre 22 de julho e 22 de agosto de 2011. Amostra não-probabilística acidental, de 181 enfermeiros a exercerem funções em 12 unidades de internamento de adultos (60,53% da nossa população alvo).

Foram cumpridos os preceitos éticos e formais relacionados com a investigação em seres humanos. O estudo foi autorizado pelo Presidente do Conselho de Administração da instituição envolvida após parecer favorável da Comissão de Ética.

RESULTADOS

Os participantes têm uma média de idades de 35,92 anos e são maioritariamente do sexo feminino (82,3%). Quanto à forma como se processa a prescrição de terapêutica, 137 enfermeiros (75,7%) referiram que a terapêutica é prescrita de forma eletrónica.

No que respeita à reposição da terapêutica, 90 enfermeiros (49,7%) referem que a reposição da medicação é executada por distribuição diária individual em dose unitária (DDIU). Com o intuito de saber quais os tipos de erros associados à gestão de terapêutica mais frequentes que os enfermeiros inquiridos percecionam, apresentamos de seguida a Tabela 1 com os respetivos resultados.

Tabela 1
Erros de medicação percebidos pelos enfermeiros

TIPOS DE ERROS DE MEDICAÇÃO	A PERCEÇÃO DOS ERROS DE MEDICAÇÃO PELOS ENFERMEIROS		
	Que nunca acontecem	Que são pouco frequentes	Que acontecem como alguma frequência
Falta de prescrição de um medicamento			39,8%
Transcrição mal feita		53,0%	
Distribuição inadequada		75,7%	
Não-administração de um medicamento		72,9%	
Dose errada		68,5%	
Frequência de administração errada		66,3%	
Forma farmacêutica errada		63,5%	
Armazenamento inadequado		54,7%	
Erro na preparação, manipulação e/ou acondicionamento		68,0%	
Técnica de administração errada		51,4%	
Ritmo de administração errada		66,3%	
Hora de administração errada		66,3%	
Duração de tratamento errada		52,5%	
Falta de adesão ao regime de terapêutica errada		39,2%	
Monitorização insuficiente do medicamento errada		59,7%	
Via de administração	54,7%		
Doente errado	56,4%		
Medicamento deteriorado	51,4%		

DISCUSSÃO

Quase todos os nossos resultados foram corroborados com estudos internacionais. Dando ênfase aos aspetos mais significativos, que emergiram dos resultados mais relevantes, podemos

mencionar que a maioria dos nossos resultados é justificada com:

- O processo de prescrição de terapêutica existente nos serviços onde os enfermeiros inquiridos exercem funções a prescrição eletrónica, pois é uma das estratégias sugeridas por diversas organizações internacionais, para minimizar a ocorrência de EM;
- A forma de reposição de terapêutica, que é sistema de DDIU, sendo mais uma ferramenta na prevenção dos EM;
- A formação académica e a formação contínua dos enfermeiros sobre a temática, que também podem diminuir a ocorrência de determinados EM, nomeadamente técnica de administração errada, duração de tratamento errado e monitorização insuficiente do tratamento;
- A aplicação dos cinco certos, por parte dos enfermeiros, regra que é uma ótima estratégia para evitar EM como a via de administração errada, dose errada, hora de administração errada e doente errado;
- Com o facto de os enfermeiros, serem os profissionais da equipa de saúde que conseguem estabelecer uma comunicação eficiente e construir uma relação empática com os mesmos, situação, que contribui também para minimizar a ocorrência dos EM.

CONCLUSÃO

Finalmente impõe-se algumas reflexões/conclusões sobre a temática. Errar faz parte da essência humana e os erros também ocorrem nos cuidados de saúde, com mais incidência em meio hospitalar, pois os riscos são mais elevados e potencialmente mais graves.

Um dos erros mais patentes nos hospitais são os EM. Estes são considerados uns dos principais fatores associados à morbilidade e mortalidade dos serviços de saúde e encarados como um problema mundial de saúde pública; podem acontecer em todas as etapas do processo de administração de terapêutica; podem ser cometidos por qualquer um dos elementos da equipa multidisciplinar que participam no processo; as suas causas são incertas, multifatoriais e complexas, mas é fundamental identificá-las para se pode intervir de forma preventiva e corretiva; devem ser abordados de forma sistémica, onde o erro é visto como uma consequência e não como uma causa; é consensual, que resultam de falhas do sistema e não unicamente de falhas individuais.

A identificação correta dos doentes, a verificação dos cinco certos e a notificação dos erros, são três das ferramentas que a equipa de enfermagem dispõe para prevenir os EM.

Esta última é utilizada pelas instituições de saúde de todo o mundo, com a finalidade de reduzir os índices de EM, através de uma prevenção efetiva. No entanto, muitos dos EM não são notificados. Nesta perspetiva, nas organizações de saúde deve ser criada uma cultura de notificação, substituindo uma cultura de culpa, medo e punição, por uma cultura de vigilância e cooperação, tornando o sistema de notificação voluntário, anónimo e confidencial, garantindo a proteção dos profissionais.

A enfermagem é decisiva na prática segura da administração de medicação, sendo relevante a contextualização dos EM na prática dos cuidados. Tendo em conta a excelência no cuidar, os

enfermeiros têm de se consciencializar, que os erros são intrínsecos à condição humana, que a possibilidade de errar estará sempre presente na sua prática diária e que os erros resultam de uma responsabilidade partilhada e não apenas de falhas individuais. Só desta forma, é que a equipa de enfermagem consegue efetivar as mudanças necessárias sobre esta temática. Compete ainda aos enfermeiros, agir perante este assunto, de acordo com o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE) e o Código Deontológico da profissão.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Cassiani, S. H. (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
- Cohen, M. (2007a). Causes of medication errors. In M. Cohen (Ed.), *Medication errors* (2ª ed., pp. 55-66). Washington, WA: American Pharmacists Association.
- Cohen, M. (2007b). Preventing errors. In M. Cohen (Ed.), *Medication errors* (2ª ed., pp 175-204). Washington, WA: American Pharmacists Association.
- Fragata, J., & Martins, L. (2008). *O erro em medicina: Perspectivas do individuo, da organização e da sociedade* (3ª ed.). Coimbra, Portugal: Almedina.
- Wachter, R. M. (2010). *A segurança do doente*. Porto Alegre, Brasil: Artmed.

HIGIENIZAÇÃO DIÁRIA DE SUPERFÍCIES ALTAS DA UNIDADE DO DOENTE PELO ASSISTENTE OPERACIONAL

PEDRO JORGE DE SOUSA MATOS
MARIA HELENA BRÍSIO MARTINS

INTRODUÇÃO

O meio ambiente hospitalar guarda uma estreita relação com as Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS), podendo proporcionar focos de contacto e de propagação. A transmissão cruzada de infeção induzida pelas pessoas e as suas práticas assumem um papel preponderante no contexto do aparecimento destas infeções. A higienização do ambiente hospitalar é uma das medidas eficazes de prevenção e controlo para quebrar a cadeia epidemiológica das IACS, sendo reconhecida como uma das formas de manter o ambiente hospitalar biologicamente seguro.

OBJETIVOS

- Verificar a adequação das práticas do Assistente Operacional (AO) de um serviço de cirurgia homens dos Hospitais da Universidade de Coimbra (HUC) na higienização diária de superfícies altas da unidade do doente;
- Analisar a influência de alguns fatores na referida higienização.

METODOLOGIA

Estudo descritivo-correlacional.

Elaborou-se um instrumento de colheita de dados que inclui um questionário e uma grelha de observação com 24 itens. No estudo foram envolvidos oito AO aos quais foram efetuadas 80 observações. A colheita de dados decorreu de março a maio de 2010, no serviço referido. Cada um dos AO foi observado de forma aleatória e o mesmo número de vezes.

A grelha foi elaborada tendo como referência a Grelha de Observação organizada pela Comissão de Controlo de Higiene Hospitalar (CCIH) dos HUC. Desta grelha foram selecionados

os itens referentes à higienização diária de superfícies altas da unidade do doente (19 itens) e foram adicionados 2 itens referentes à utilização do equipamento de proteção individual (EPI; colocação de avental e luvas de *ménage*), bem como 3 itens relativos a mobiliários e equipamentos (candeeiro, suporte de soros e manivela da cama), por poderem fazer parte integrante das unidades onde foram realizadas as observações, resultando numa grelha de observação com 24 itens.

Para quantificarmos a adequação da higienização diária das superfícies altas da unidade do doente teve-se por base os registos realizados na grelha de observação, relativos aos procedimentos observáveis efetuados (Sim), não efetuados (Não) e não aplicáveis (NA), sendo os resultados obtidos através da aplicação da fórmula seguinte:

$$\text{Pontuação} = \frac{\text{N}^\circ \text{ de procedimentos executados}}{\text{N}^\circ \text{ total de procedimentos} - \text{N}^\circ \text{ de procedimentos não aplicáveis}} \times 100$$

Deste modo, as pontuações ou resultados foram expressos numa escala contínua compreendida entre 0 e 100 pontos. Assim a pontuação 0 corresponde ao *totalmente inadequado* e 100 ao *totalmente adequado*.

RESULTADOS

As idades dos AO que foram observados variaram entre 40 e 60 anos, com uma média de 48,25 anos e desvio padrão 6,30 anos. Metade dos AO tinha mais de 46,50 anos.

Tinham entre 1 e 24 anos de tempo de serviço, com uma média de 16,50 anos e desvio padrão de 8,91 anos, sendo que 50,0% tinham, pelo menos, 20 anos de serviço.

A maioria dos AO (87,5%) respondeu ter participado em formação específica na área das IACS, nos últimos 3 anos. Esta formação aconteceu maioritariamente (71,4%) no próprio serviço.

O número de unidades a higienizar pelos AO observados situou-se entre 5 e 13, sendo que em 48,7% das observações, os AO tiveram entre 7 e 8 unidades. Nas 80 observações efetuadas, o número médio de unidades a higienizar situou-se próximo de sete.

Os AO tiveram que colaborar na prestação de cuidados a um ou dois doentes totalmente dependentes na maioria das observações (62,5%). Em 45,0% das observações existiam um ou dois doentes semidependentes, seguidas de 30,0% em que existiam três ou quatro doentes nestas condições.

O facto de os AO observados terem o início da higienização da enfermaria pelas superfícies altas como um dos procedimentos realizados com maior frequência vai de encontro ao preconizado na literatura consultada.

Também a realização dos procedimentos de higienização da mesa-de-cabeceira, da mesa de apoio e da cama executados pela maioria dos AO observados, estão de acordo com as boas práticas recomendadas para a higienização do ambiente nas unidades de saúde.

Da análise dos dados e resultados apresentados na tabela 1, pode-se constatar quais os procedimentos mais e menos desenvolvidos durante o processo de higienização.

Tabela 1

Resultados descritivos referentes aos procedimentos de higienização

Procedimentos observáveis	n	Execução		
		% ⁽¹⁾	\bar{x}	s
01. Coloca avental	29	36,3	0,36	0,48
02. Coloca luvas de <i>ménage</i>	59	73,8	0,74	0,44
03. Usa água e detergente diluído em recipiente	8	10,0	0,10	0,30
04. Usa pano multiusos	69	86,3	0,86	0,35
05. Inicia higienização da enfermaria pelas superfícies altas	70	87,5	0,88	0,33
06. Higieniza a campainha	36	45,0	0,45	0,50
07. Higieniza almofada de som	1	1,30	0,01	0,11
08. Higieniza a cama	67	83,8	0,84	0,37
09. Higieniza a manivela da cama	11	13,8	0,14	0,35
10. Higieniza as grades de segurança	1	10,0	0,10	0,32
11. Higieniza a pega de apoio	1	14,3	0,14	0,38
12. Higieniza o suporte de soros	10	27,0	0,27	0,45
13. Higieniza a mesa-de-cabeceira	70	87,5	0,88	0,33
14. Higieniza a mesa de apoio	70	87,5	0,88	0,33
15. Higieniza a cadeira	18	22,5	0,23	0,42
16. Higieniza o armário	7	8,80	0,09	0,28
17. Higieniza a proteção de parede	24	30,0	0,30	0,46
18. Higieniza o candeeiro	46	57,5	0,57	0,50
19. Higieniza os interruptores junto à cama	55	68,8	0,69	0,47
20. Higieniza os interruptores do quarto	27	33,8	0,34	0,48
21. Higieniza o puxador da porta do quarto	23	28,8	0,29	0,46
22. Higieniza o puxador da porta do WC	23	28,8	0,29	0,46
23. Usa luvas de palhaço para tocar os pertences do doente	12	15,0	0,15	0,36
24. Higieniza o pano entre unidades de doentes	45	56,3	0,56	0,50

⁽¹⁾ Percentagens calculadas com base no número de procedimentos aplicáveis

DISCUSSÃO

O procedimento de limpeza, da forma como tem vindo a ser realizado, apenas desloca a sujidade e/ou contaminação de um ponto para outro (Andrade, Angerami, & Padovani, 2000).

Os valores expressos de conhecimento adquirido sobre as medidas de precaução padrão e da adesão a esse conhecimento na prática diária são, frequentemente, fracos e a capacidade

para o trabalho, entre os trabalhadores de higiene e limpeza hospitalar, é moderado a baixo (Andrade & Monteiro, 2007).

Para os trabalhadores de higiene e limpeza hospitalar de mais idade, é sugestivo pensar na perda de capacidade para o trabalho relacionada com as condições de trabalho e com os efeitos do processo de envelhecimento (Andrade & Monteiro, 2007). E também é relevante pensar que quanto mais antigo for o funcionário mais difícil pode ser a mudança de comportamento, devido à incorporação de um modo de fazer que já foi repetido inúmeras vezes e as tarefas passam a ser executadas automaticamente (Turrini & Lacerda, 2004).

A verdade é que as AO que frequentaram formação na área das IACS tendem a proceder a uma higienização mais eficiente das superfícies altas da unidade do doente. Nos dias atuais, não é aceitável, dentro dos padrões éticos estabelecidos, dos paradigmas da qualidade da assistência e da qualidade de vida, que qualquer profissional na área da saúde possa exercer a sua função, sem ter uma base sobre prevenção e controlo de infeção, sem ter preparação técnica específica (Tipple, Pereira, Hayashida, Moriya, & Souza, 2003).

De modo a explicitar a relevância do presente estudo, relembra-se que a higienização é uma medida fundamental de controlo da qualidade do ambiente hospitalar. O controlo ambiental e a sua relação com o risco de infeção dependem de diversos fatores, entre os quais o comportamento dos profissionais.

Por tudo o que foi exposto deduz-se o quão complicado é prevenir e controlar as IACS. E como prova deste facto temos que os AO higienizaram de forma inadequada as superfícies altas da unidade do doente. E perante este facto é vantajoso enfatizar que qualquer omissão ou procedimento incorreto colocam em risco não só o doente, como também os profissionais.

CONCLUSÃO

Uma das preocupações que permanece nos ambientes hospitalares são as IACS. Estas decorrem de diversos fatores como a presença, em âmbito hospitalar, de microrganismos, doentes, profissionais e das interações realizadas entre a instituição e o meio ambiente.

A segurança e o bem-estar dos doentes durante o internamento são aspetos essenciais da atenção de todos os profissionais de saúde. Para o controlo da qualidade do ambiente hospitalar são medidas importantes a limpeza e manutenção das superfícies estruturais desse ambiente, nas quais os AO têm um papel fundamental.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Andrade, D., Angerami, E., & Padovani, C. R. (2000). Condição microbiológica dos leitos hospitalares antes e depois de sua limpeza. *Revista de Saúde Pública, 34*(2). Recuperado de http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102000000200010&script=sci_arttext
- Andrade, C. B., & Monteiro, M. I. (2007). Envelhecimento e capacidade para o trabalho dos trabalhadores de higiene e limpeza hospitalar. *Revista da Escola de Enfermagem da USP, 41*(2). Recuperado de http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342007000200009&script=sci_arttext

- Tipple, A. F., Pereira, M. S., Hayashida, M., Moriya, T. M., & Souza, A. C. (2003). O ensino do controle de infecção: Um ensaio teórico-prático. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 11(2), 245-250. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v11n2/v11n2a17.pdf>
- Turrini, R. N., & Lacerda, R. A. (2004). Capacitação de recursos humanos para a implementação do programa de controle de infecção. *Texto & Contexto em Enfermagem*, 13, 25-33. Recuperado de <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/714/71409803.pdf>

EVENTOS ADVERSOS ASSOCIADOS ÀS PRÁTICAS DE ENFERMAGEM: CONTRIBUTOS PARA A SEGURANÇA DO DOENTE

RAQUEL MARIA SOARES AMADO
MARIA DA NAZARÉ RIBEIRO CEREJO

INTRODUÇÃO

As questões relacionadas com a segurança do doente têm-se tornado numa prioridade por parte das organizações de saúde, uma vez que a sua negligência acarreta graves consequências para os doentes, para os profissionais e para as instituições. Equacionando que a existência de eventos adversos em contexto hospitalar é uma realidade, torna-se necessário descobrir não só os vetores que lhes dão origem, bem como as ações preventivas que se podem empreender, para uma prestação de cuidados de enfermagem de qualidade.

OBJETIVOS

- Analisar a percepção dos enfermeiros sobre a frequência de práticas preventivas e falhas de segurança nos cuidados;
- Identificar a relação entre a percepção dos enfermeiros sobre a frequência de práticas preventivas e falhas de segurança nos cuidados e algumas variáveis socioprofissionais;
- Analisar a percepção dos enfermeiros sobre o risco de ocorrência de eventos adversos associados às práticas de enfermagem;
- Identificar a relação entre a percepção dos enfermeiros sobre o risco de ocorrência de eventos adversos associados às práticas de enfermagem e algumas variáveis socioprofissionais;
- Identificar a relação entre a percepção dos enfermeiros sobre a frequência de práticas preventivas e falhas de segurança nos cuidados e a percepção sobre o risco de ocorrência de eventos adversos associados às práticas de enfermagem.

METODOLOGIA

Realizou-se um estudo de carácter quantitativo, descritivo e correlacional.

Fazem parte da população todos os enfermeiros que exercem funções em serviços de internamento no Instituto Português de Oncologia de Coimbra (IPOC), tendo sido utilizada uma amostra acidental de 117 enfermeiros dos sete serviços do IPOC.

Foi utilizado questionário sociodemográfico e a Escala de Eventos Adversos Associados às Práticas de Enfermagem (EAAPE) de Castilho e Parreira (2011). Esta escala é formada por duas subescalas:

- Práticas de Enfermagem, composta por dez dimensões: vigilância; advocacia; privacidade e confidencialidade; prevenção de quedas; prevenção de úlceras de pressão; falhas na preparação de medicação; falhas na administração de medicação; falhas na vigilância de medicação; higienização das mãos; cuidados com equipamentos de proteção individual e ambiental.
- Eventos Adversos, composta por sete dimensões: risco de agravamento por défice de vigilância e julgamento clínico; risco de agravamento por delegação inapropriada e défice de advocacia; risco de quedas e de úlceras de pressão; ocorrência de quedas; ocorrência de úlceras de pressão; erros de medicação; Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS).

Foi obtida autorização formal da investigadora que desenvolveu a EAAPE e autorização do Presidente do Conselho de Administração do IPOC.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Na amostra, predominou o sexo feminino (78,6%), e o grupo etário dos 30-40 anos (43,6%). A maioria dos enfermeiros tem o grau académico de licenciado (72,8%) e 14,5% tem formação pós-graduada ou curso de especialidade. O maior número (48,7%) pertence à categoria de enfermeiro graduado, tem uma experiência profissional entre 5 e 10 anos (30,8%) e trabalha no atual serviço (32,5%) e na área de oncologia há menos de 5 anos (24,8%). A maioria trabalha por turnos (91,5%), não exerce duplo emprego (76,1%) e tem um vínculo à instituição por nomeação por tempo indeterminado (60,7%).

Quanto à perceção dos enfermeiros relativamente à frequência de práticas preventivas e falhas de segurança nos cuidados, esta revelou ser bastante boa, manifestando que as suas práticas são seguras. Do ponto de vista deontológico os enfermeiros têm o dever de cumprir as regras profissionais, tendo como referência os conhecimentos técnico-científicos adquiridos, protegendo o doente de modo a garantir a qualidade dos cuidados prestados (Nunes, Amaral, & Gonçalves, 2005).

Os enfermeiros percebem o risco de ocorrência de eventos adversos associados às práticas de enfermagem como sendo baixo. Sousa, Silva, Bezerra, Freitas, e Miasso (2013) referem que as equipas de enfermagem devem possuir conhecimentos sobre eventos adversos de forma a poderem identificar possíveis riscos e situações que possam desencadear a sua ocorrência, procurando alternativas para minimizar as falhas e adotar estratégias para garantir a qualidade dos cuidados.

Verificou-se existir uma correlação positiva e estatisticamente significativa entre a idade e a perceção dos enfermeiros sobre a frequência de práticas preventivas e falhas de segurança nos cuidados e verificou-se também correlação entre a idade e as dimensões vigilância, falhas na vigilância de medicação e cuidados com equipamentos de proteção individual e higiene ambiental.

Constatou-se uma correlação positiva, estatisticamente significativa, entre os tempos de exercício profissional em estudo e a percepção que os enfermeiros têm sobre a frequência de práticas preventivas e falhas de segurança nos cuidados. Destacam-se as dimensões vigilância e falhas na vigilância de medicação para os três tempos em estudo. A dimensão cuidados com equipamentos de proteção individual e higiene ambiental, apenas é estatisticamente significativa para o tempo de exercício profissional e para o tempo no atual serviço. Existe correlação estatisticamente significativa, entre as dimensões risco de agravamento por déficit de vigilância e julgamento clínico e risco de agravamento por delegação inapropriada e déficit de advocacia e o tempo de exercício profissional na área de oncologia.

Os enfermeiros que não têm duplo emprego, percebem a frequência de práticas preventivas e falhas de segurança nos cuidados, como melhores. As dimensões falhas na administração de medicação, falhas na vigilância de medicação e higienização das mãos também se apresentam como estatisticamente significativas.

Não existe relação estatisticamente significativa entre o facto de praticar ou não duplo emprego e a percepção dos enfermeiros sobre o risco de ocorrência de eventos adversos associados às práticas de enfermagem.

O regime de trabalho não influencia a percepção sobre o risco de ocorrência de eventos adversos associados às práticas de enfermagem.

Foi encontrada correlação inversa e estatisticamente significativa entre a percepção dos enfermeiros sobre a frequência de práticas preventivas e falhas de segurança nos cuidados e a percepção dos enfermeiros sobre o risco de ocorrência de eventos adversos associados às práticas de enfermagem. Existe evidência clara de que cuidados seguros promovem a diminuição de eventos adversos (Beccaria, Pereira, Contrin, Lobo, & Traajno, 2009; Bohomol & Tartali, 2013; Ordem dos Enfermeiros [OE], 2006; Sousa et al., 2013).

CONCLUSÃO

Para uma assistência de qualidade é necessário o desenvolvimento de políticas de segurança que assentem no conhecimento, na competência e numa formação permanente de todos os intervenientes da instituição, sendo que só deste modo se pode garantir a segurança do doente.

A prevenção de eventos adversos é um dos principais desafios e uma das metas a ser cumprida pelos prestadores de cuidados, pelo que é imprescindível a existência de uma cultura de não-punição e de incentivo à notificação dos eventos, levando a que medidas preventivas possam ser colocadas em prática. Assim, pretende-se que o erro seja percecionado como oportunidade para aprendizagem, desenvolvimento e melhoria, uma vez que a sua identificação e a reflexão sobre os comportamentos que o proporcionaram, deverá motivar a coordenação de esforços para impedir que se repita.

Após a conclusão deste estudo, torna-se pertinente expor algumas sugestões:

- Propõe-se um maior envolvimento dos gestores do risco, para o incentivo a uma cultura de relato e notificação de ocorrências por parte dos profissionais de saúde, para que deste modo seja fomentada uma verdadeira cultura de segurança na instituição. O relato tem o

objetivo de aumentar a sensibilidade dos profissionais para a realidade do erro e através da sua identificação poder colher informação e prevenir novas ocorrências. Torna-se importante salientar que a análise das causas não deve estar centrada no profissional com caráter punitivo, mas sim nos fatores que contribuíram para tal e nas possíveis falhas do sistema.

- Sugere-se um plano de formação transversal a toda a instituição em que seja abordada a temática da ocorrência de eventos adversos em saúde, bem como a sua pertinência no contexto da segurança do doente e na qualidade dos cuidados prestados. Todos os enfermeiros devem possuir conhecimentos sobre eventos adversos para poderem identificar os riscos e situações que podem propiciar a sua ocorrência, de modo a adotar estratégias para minimizar as possíveis falhas e garantir a segurança do doente e a qualidade.
- Sugere-se a replicação do estudo em diferentes contextos clínicos, direcionando a outras populações e conjugando novas variáveis, podendo desta forma extrair outras conclusões acerca do tema.

A prática baseada na evidência contribui para cuidados seguros e a investigação em enfermagem é fundamental para a excelência no cuidar e para o desenvolvimento profissional.

Sendo o enfermeiro especialista um agente de mudança que se afirma através de competências técnicas e científicas, esta foi uma oportunidade para realizar algo de relevante para a referida instituição, procurando fomentar noções da segurança dos doentes, e a sua implicação na qualidade dos cuidados.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bohomol, E., & Tartali, J. (2013). Eventos adversos em pacientes cirúrgicos: Conhecimento dos profissionais de enfermagem. *Acta Paulista de Enfermagem*, 26(4), 373-381.
- Beccaria, L., Pereira, R., Contrin, L., Lobo, S., & Traajno, D. (2009). Nursing care adverse events at na intensive care unit. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 21(3), 276-282.
- Castilho, A., & Parreira, P. (2011). Construção e análise das propriedades psicométricas de uma escala de eventos adversos associados às práticas de enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência*, 3(4 supl.), 540.
- Nunes, L., Amaral, M., & Gonçalves, R. (2015). *Código deontológico do enfermeiro: Dos comentários à análise de casos*. Lisboa, Portugal: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2006). *Tomada de posição sobre a segurança do cliente*. Recuperado de http://www.ordemenfermeiros.pt/tomadasposicao/Documents/TomadaPosicao_2Maio2006.pdf
- Sousa, M., Silva, A., Bezerra, A., Freitas, J., & Miasso, A. (2013). Eventos adversos em hemodiálise: Relatos de profissionais de enfermagem. *Revista da Escola de Enfermagem USP*, 47(1), 76-83. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v47n1/a10v47n1.pdf>

PERCEÇÃO DOS ENFERMEIROS CIRCULANTES SOBRE AS MEDIDAS DE SEGURANÇA UTILIZADAS NA MANUTENÇÃO DO AMBIENTE SEGURO NO BLOCO OPERATÓRIO

RAQUEL MARGARIDA ALEIXO DE OLIVEIRA GUEIFÃO
MARIA DA CONCEIÇÃO PINTO MADANELO DOS SANTOS RÔXO
MARIA DA NAZARÉ RIBEIRO CEREJO

INTRODUÇÃO

Os cuidados de enfermagem no bloco operatório constituem-se por um conjunto de intervenções de enfermagem necessárias à avaliação das necessidades do doente cirúrgico e à sua resolução, sempre em interação com a atuação dos outros profissionais que ali desenvolvem a sua atividade. Assim, os enfermeiros do bloco operatório utilizam conhecimentos técnicos e científicos que lhes permitem identificar as necessidades do doente, planejar e desenvolver cuidados e avaliar os resultados. A avaliação dos resultados práticos das intervenções efetuadas faz parte da sua componente de desempenho profissional, o que permite avaliar o desenho das ações, facilitando assim, entender o nível de sucesso.

O desempenho do enfermeiro perioperatório deve ser realizado de acordo com o que é reconhecido cientificamente, visando sempre o bem-estar e a segurança do doente. Para isso é fundamental garantir todas as medidas necessárias à manutenção de um ambiente seguro, dado que o indivíduo com necessidade de uma intervenção cirúrgica está inteiramente dependente dos cuidados prestados por uma equipa multidisciplinar, que tem o dever profissional de desenvolver as intervenções necessárias em condições excelentes, sem qualquer prejuízo para o doente (Associação de Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses [AESOP], 2006).

A problemática da segurança e da segurança cirúrgica em particular é uma preocupação atual da Organização Mundial de Saúde (OMS), porque, de acordo com estudos realizados, se verificou haver evidência crescente de falhas de comunicação entre os membros da equipa, sendo consequência de erros clínicos e/ou eventos adversos. A segurança do doente cirúrgico constitui, de acordo com a World Health Organization (WHO, 2009), um problema de saúde pública, no qual é indispensável o investimento das instituições, promovendo a formação e condições de trabalho para as equipas multidisciplinares.

Preocupada com esta temática, a OMS desenvolveu um programa designado *Safety Surgery Saves Lives*, o qual tem como objetivo, através de medidas simples aplicáveis em qualquer contexto cirúrgico, diminuir a ocorrência de eventos adversos durante o ato cirúrgico. O referido programa é operacionalizado através de uma *checklist*, considerada uma ferramenta de partilha de informação na equipa (WHO, 2009).

OBJETIVOS

- Identificar a perceção dos enfermeiros circulantes acerca das medidas de segurança usadas no intraoperatório, na manutenção do ambiente seguro.

Deste objetivo geral emergiu a necessidade de elaborar outros mais específicos:

- Identificar os fatores de risco relativos à manutenção do ambiente seguro;
- Identificar fatores facilitadores/dificultadores na manutenção do ambiente seguro.

METODOLOGIA

Efetuámos um estudo exploratório, descritivo, de abordagem qualitativa.

Foram realizadas quatro entrevistas a enfermeiros. Houve a preocupação de seleccionar aqueles com mais anos de experiência na área em estudo. Como critérios de inclusão consideramos: possuir experiência profissional na prática de enfermagem no bloco operatório; desempenhar competências na prestação direta de cuidados no bloco operatório; ter pelo menos cinco anos de experiência profissional na área de enfermeiro circulante no bloco operatório; praticar horário rotativo; desempenhar ou ter desempenhado competências de chefe de equipa.

Todos os participantes exerciam, entre outras, a função de enfermeiro circulante no bloco operatório do hospital distrital em estudo, uma Entidade pública empresarial (EPE) da região centro do país.

O guião de entrevista incluía quatro questões abertas sobre o tema em estudo:

- Qual a importância que atribui à manutenção do ambiente seguro para o doente no intraoperatório, tendo em conta as diferentes competências do enfermeiro circulante?
- Como perceciona o seu desempenho na garantia do ambiente seguro para o doente no intraoperatório?
- Na sua opinião quais são os fatores dificultadores e facilitadores que influenciam a sua prestação de cuidados na manutenção do ambiente seguro ao doente no intraoperatório?
- Tendo em conta a *checklist* proposta pela OMS no âmbito do Programa *Safe Surgery Saves Lives*, qual a sua opinião acerca da aplicação deste instrumento e qual a sua importância e objetivo?

Os dados foram analisados de acordo com Bardin (2009).

Foram respeitados os princípios formais e éticos inerentes à investigação.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Em relação às competências do enfermeiro circulante, apurou-se que os participantes têm conhecimento das suas competências e respondem globalmente às necessidades do doente

submetido a intervenção cirúrgica, assegurando a continuidade dos cuidados prestados nos três tempos operatórios. No que diz respeito às competências do enfermeiro circulante na atividade de vida manter ambiente seguro, preparação do material para a intervenção, os entrevistados referiram que efetuam essa preparação de forma similar à defendida pela AESOP. Quanto à percepção que os enfermeiros têm do seu desempenho na manutenção de um ambiente seguro, constatamos a preocupação na verificação dos equipamentos na sala cirúrgica, sendo esta descrita de forma coincidente com a preconizada pela União dos Enfermeiros de Bloco Operatório com Diploma de Estado (UNAIBODE, 2001), pelo que consideramos que existe a preocupação pela manutenção de ambiente seguro. Também a preparação da pessoa para a intervenção cirúrgica é descrita de forma idêntica às posições defendidas por Fuller (2000), e pela UNAIBODE (2001), adequando os procedimentos à segurança necessária.

Os ruídos ambientais e a disciplina da equipa de saúde foram referidos de forma idêntica ao que Fuller (2000) e UNAIBODE (2001) defendem, atribuindo-lhes um relevo especial na prevenção de riscos e no contributo para a existência de maior segurança no intraoperatório.

No âmbito da prevenção de acidentes cirúrgicos, o que foi enunciado coincide com o preconizado por Fuller (2000).

Por último, no que concerne ao envio de produtos para análise, a realização de registos de enfermagem e a segurança na transferência do doente, estes foram referenciados de forma equivalente ao que Fuller (2000) e AESOP (2006) consideram como práticas corretas.

Na atuação do enfermeiro circulante foram considerados fatores facilitadores a eficaz estruturação do serviço e a existência de normas e protocolos. Estes aspetos são também reconhecidos pela AESOP (2006) e pela Association of periOperative Registered Nurses (AORN, 2009).

Quanto ao relacionamento favorável da equipa, existência de formação em serviço e de satisfação profissional, os entrevistados defenderam posições semelhantes às que Chiavenato (2008) enunciou como fatores facilitadores dos ambientes de trabalho e, consequentemente, existência de um ambiente seguro.

Por outro lado, os fatores que dificultam a manutenção do ambiente seguro são identificados pelos entrevistados, o que permite a sua minimização. Dentro destes enunciaram a insuficiência de recursos materiais e/ou humanos, a funcionalidade e organização limitada pela conceção arquitetónica do serviço, o stresse dos profissionais, a insuficiente formação em serviço e a insuficiente informação acerca da pessoa a intervir o que vai ao encontro do defendido por Fuller (2000) e UNAIBODE (2001).

Já a relação interpessoal, aqui entendida como a que se estabelece entre os elementos da equipa de saúde, pode funcionar como um fator que também pode contribuir para a dificuldade da manutenção da segurança, o que está de acordo com o que é defendido por Chiavenato (2008).

Outro dos aspetos que emergiu desta investigação foi a necessidade da implementação da *Checklist* da OMS no bloco operatório onde se realizou o estudo. Assumimos que os entrevistados estão conscientes da importância da sua implementação, visto que a consideram como um reforço da sua atuação para a manutenção do ambiente seguro no intraoperatório. Esta opinião vai ao encontro do que é preconizado pela OMS, em relação ao objetivo da *checklist*.

CONCLUSÕES

O enfermeiro circulante possui uma percepção bastante clara da sua intervenção na manutenção de ambiente seguro no intraoperatório. Pode também afirmar-se que o enfermeiro circulante consegue identificar, em grau elevado, quais os fatores que podem influenciar, negativa ou positivamente, a manutenção desse ambiente.

Sendo assim, a percepção do enfermeiro circulante sobre a sua intervenção na atividade de vida manter ambiente seguro no intraoperatório, é a mais ajustada às práticas corretas de enfermagem, uma vez que este consegue identificar e desenvolver as ações de enfermagem mais adequadas para um exato desempenho profissional.

Em síntese e face ao estudo que concluímos, preconizamos como recomendação a realização de pesquisas nesta área tão sensível da segurança dos doentes no intraoperatório, visto que é uma preocupação a nível mundial. Todos os profissionais de bloco operatório podem e devem contribuir com o seu conhecimento para alcançar uma cultura de segurança que promova a qualidade de vida do doente cirúrgico.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Associação de Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses. (2006). *Enfermagem perioperatória: Da filosofia à prática dos cuidados*. Lisboa, Portugal: Lusodidacta.
- Association of periOperative Registered Nurses (2009). *AORN position statement on perioperative advanced practice nurse. Perioperative standarts and recommended practices*. Denver, CO: autor.
- Bardin, L. (2009). *Análise de conteúdo*. Lisboa, Portugal: Edições 70.
- Chiavenato, I. (2008). *Recursos humanos* (8ª ed.). São Paulo, Brasil: Atlas.
- Fuller, J. R. (2000). *Tecnologia cirúrgica princípios e prática* (3ª ed.). Rio de Janeiro, Brasil: Guanabara Koogan.
- União dos Enfermeiros de Bloco Operatório com Diploma de Estado. (2001). *Práticas e referências de enfermagem de bloco operatório: Desenvolver uma cultura da qualidade*. Loures, Portugal: Lusodidacta.
- World Health Organization. (2009). *Checklist helps reduce surgical complications, deaths: Patient safety challenge: Safe surgery saves lives*. Recuperado de http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2009/safe_surgery_20090114/en/.

CULTURA DE SEGURANÇA DO DOENTE E LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA: PERCEÇÃO DOS PROFISSIONAIS DO BLOCO OPERATÓRIO

ANA SOFIA DE CARVALHO MOTA
AMÉLIA FILOMENA OLIVEIRA MENDES CASTILHO

INTRODUÇÃO

A segurança do doente (SD) constitui uma preocupação crescente das organizações de saúde e dos *stakeholders* deste sector. Neste desígnio, a Organização Mundial de Saúde (OMS) assumiu a segurança cirúrgica como o segundo desafio global para a SD, através do programa "Cirurgia Segura, Salva Vidas", com a implementação da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica (LVSC) como uma das estratégias (Haynes et al., 2009; OMS, 2009). Reconhece-se que o sucesso do programa depende da Cultura de Segurança do Doente (CSD) e da valorização dos pressupostos da LVSC pelos profissionais implicados na sua implementação.

OBJETIVOS

Caracterizar a CSD percebida pelos profissionais do bloco operatório (BO) dos hospitais em estudo, caracterizar a percepção dos profissionais sobre o contributo da LVSC para a SD, verificar se a percepção de CSD e do contributo da LVSC para a SD é influenciada por características socioprofissionais dos participantes e analisar a relação entre a CSD e o contributo da LVSC para a SD.

METODOLOGIA

Estudo descritivo-correlacional, realizado em dois blocos operatórios da zona centro de Portugal (Mota, 2014). Utilizámos a versão portuguesa do questionário *Hospital Survey on Patient Safety Culture* desenvolvido por Sorra e Nieva (2004), que avalia doze dimensões da CSD, e um questionário sobre o contributo da LVSC para a SD. Este foi desenvolvido no presente estudo com base nos objetivos da OMS para Cirurgia Segura e na LVSC (OMS, 2009). Na construção da escala, seguimos o referencial metodológico para elaboração de instrumentos proposto

por Pasquali (1999) e Moreira (2009). Esta é constituída por 24 itens agrupados em quatro dimensões (perceção geral da LVSC, antes da indução anestésica, antes da incisão da pele, antes do doente sair da sala de operações) e dois itens únicos. A amostra em estudo (n=117) é constituída por 57 enfermeiros, 33 cirurgiões e 27 anestesistas.

RESULTADOS

Destacam-se como bons resultados as dimensões da CSD trabalho em equipa (71,80% de respostas positivas) e aprendizagem organizacional - melhoria contínua (70,30%). A CSD revela fragilidades importantes ao nível das dimensões relacionadas com a notificação de incidentes (resposta ao erro não-punitiva [30,80% de respostas positivas], frequência da notificação [37,63%] e comunicação e feedback acerca do erro [44,10%]) assim como na dimensão dotação de profissionais (43,03%). Observam-se diferenças estatisticamente significativas na perceção da CSD em função do grupo profissional em quatro dimensões. Os cirurgiões revelam uma perceção mais positiva nas dimensões: abertura na comunicação; comunicação e feedback e informação sobre erros; e trabalho em equipa. Os enfermeiros manifestam uma perceção mais positiva sobre as Expectativas do supervisor/gestor e ações que promovam a segurança do doente e mais negativa sobre o *trabalho em equipa*. Os anestesistas têm uma perceção mais negativa em três destas dimensões. A maioria dos profissionais avalia positivamente as quatro dimensões que avaliam o contributo da LVSC para a SD. Consideram que a LVSC contribui para a SD, e que os itens da LVSC são adequados para a garantir a SD. Dos inquiridos, 77,60% referem que gostariam que a LVSC fosse utilizada no caso de serem operados. No entanto, identificam dificuldades na sua aplicação e apontam a necessidade de serem introduzidas alterações na LVSC. As verificações da LVSC mais valorizadas relacionam-se com o contributo para a redução do risco de operar o local errado, o doente errado e realizar o procedimento errado (respetivamente, 86,30%, 85,50% e 83,80%). As verificações menos valorizadas relacionam-se com a promoção da continuidade dos cuidados e com a diminuição do risco de infeção do local cirúrgico (55,60% e 57,30% de respostas positivas). Não se verificam diferenças ou associações estatisticamente significativas na perceção do contributo da LVSC para a SD, em função das características socioprofissionais estudadas, refletindo uma visão homogénea desta estratégia.

Verificam-se correlações positivas entre as dimensões da CSD e as dimensões do contributo da LVSC para a SD, ou seja, uma melhor perceção da CSD está associada a uma melhor perceção do contributo da LVSC para a SD.

DISCUSSÃO

Os participantes referem existir um clima de trabalho positivo, onde os elementos das equipas se entreadujam e trabalham juntos com o objetivo de prestar os melhores cuidados aos doentes. No entanto, a coordenação entre os diferentes serviços constitui um aspeto crítico a melhorar, devendo ser investidos sistematicamente esforços para que o trabalho em equipa constitua um aspeto forte da CSD. Os profissionais consideram estar a trabalhar ativamente para a melhoria da SD, têm a perceção que o serviço não tem problemas com a SD e dispõem de procedimentos eficazes na prevenção dos erros, o que revela que estes valorizam a SD. Apenas 5,10% dos profissionais classificaram negativamente a *avaliação geral da SD*. Contudo, esta

investigação reflete a existência de uma cultura de ocultação e culpabilização, que não promove a aprendizagem a partir do erro, existindo uma subnotificação importante, em que a maioria dos profissionais não procedeu a nenhuma notificação, sendo fundamental que sejam movidos esforços por parte das organizações no âmbito da melhoria dos processos de notificação. Os profissionais consideram que existem meios humanos para responder ao trabalho solicitado, mas percebem que trabalham mais horas do que seria desejável, sendo desta forma essencial que na gestão das equipas se deva ter em conta os fatores individuais e organizacionais relacionados com as dotações seguras. As diferenças estatisticamente significativas na perceção da CSD em função do grupo profissional refletem diferentes crenças, perceções e valores dos profissionais em relação à segurança. O facto de os cirurgiões manifestarem uma visão mais positiva na maioria das dimensões poderá dever-se ao facto de assumirem o papel de líderes na equipa multiprofissional e, conseqüentemente, terem uma posição privilegiada no que se refere à acessibilidade da informação, bem como poderão não perceber tão negativamente as questões hierárquicas, e terem uma perceção da qualidade do trabalho em equipa e da comunicação mais positiva que os restantes grupos profissionais. O facto de o grupo profissional dos anestesistas ser aquele que tem uma visão mais negativa provavelmente deve-se ao facto de a anestesia ser considerada a área mais segura da medicina, o que poderá levar a que este grupo profissional tenha uma cultura profissional mais sensível às questões da segurança, levando a que identifiquem mais problemas que possam por em causa a SD.

Os resultados obtidos com o Questionário de Avaliação do Contributo da LVSC para a SD revelam um reconhecimento positivo do impacto da LVSC na SD por parte dos profissionais. Este aspeto é considerado determinante para a adesão dos profissionais a esta estratégia, revelando assim um potencial de sucesso na sua implementação que deve ser tido em conta pelas organizações. Todavia mais de metade dos profissionais percebe a existência de dificuldades na aplicação da LVSC. Verifica-se também que mais de metade dos profissionais manifesta a necessidade de introduzir alterações nos itens da LVSC, parecendo ser um contrassenso, uma vez que a maioria dos inquiridos refere que considera que os itens são adequados no sentido de garantirem a SD. Como hipótese explicativa poderemos supor que os inquiridos se referem à necessidade de inclusão de novos itens, para além dos já existentes. Este aspeto poderá ser indicativo da necessidade de desenvolver um processo de adaptação da LVSC aos contextos locais das organizações envolvidas no estudo, tal como recomendado pela OMS (2009). Os profissionais valorizam mais os itens da LVSC relacionados com os eventos sentinela, possivelmente pelo seu potencial de causar grave dano físico, psicológico ou mesmo a morte ao doente. As verificações da LVSC menos valorizadas pelos profissionais constituem aquelas sobre as quais deve ser implicado um maior investimento no sentido de se desenvolver uma CSD. Salientamos neste âmbito, como oportunidade de melhoria, a sensibilização dos profissionais para a importância do rigor do horário de administração do antibiótico na prevenção da infeção do local cirúrgico (ILC).

CONCLUSÕES

Os resultados indicam a necessidade de promover estratégias de desenvolvimento da CSD, principalmente ao nível das dimensões menos valorizadas pelos profissionais. No âmbito da LVSC, a divulgação de informação e formação no âmbito do programa "Cirurgia Segura, Salva

Vidas” são fundamentais, devendo existir um investimento significativo sobre as verificações da LVSC menos valorizadas pelos profissionais nesta investigação. É igualmente essencial adaptar a LVSC às necessidades locais e avaliar as dificuldades inerentes à aplicação da LVSC, para que a sua implementação alcance resultados efetivos no âmbito da SD cirúrgico.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Haynes, A. B., Weiser, T. G., Berry, W. R., Lipsitz, S. R., Breizat, A. S., Dellinger E. P., & Gawande, A. A. (2009). A surgical safety checklist to reduce morbidity and mortality in a global population. *The New England Journal of Medicine*, 360(5), 491-499.
- Moreira, J. M. (2009). *Questionários: Teoria e prática*. Coimbra, Portugal: Almedina.
- Mota, A. S. (2014). *Cultura de segurança do doente e lista de verificação de segurança cirúrgica: Perceção dos profissionais do bloco operatório* (Tese de mestrado). Coimbra, Portugal: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.
- Organização Mundial de Saúde. (2009). *Orientações da OMS para cirurgia segura 2009: Cirurgia segura salva vidas*. Lisboa, Portugal: Direção Geral da Saúde.
- Pasquali, L. (org.). (1999). *Instrumentos psicológicos: Manual prático de elaboração*. Brasília, Brasil: IBAPP.
- Sorra, J., & Nieva, V. (2004). *Hospital survey on patient safety culture: Surveys user's guide*. Rockville, USA: Agency for Healthcare Research and Quality. Recuperado de <http://www.ahrq.gov/sites/default/files/wysiwyg/professionals/quality-patient-safety/patientsafetyculture/hospital/resources/hospcult.pdf>

SEGURANÇA DO DOENTE NO BLOCO OPERATÓRIO

SÓNIA MARIA DOS SANTOS REGADAS SOARES REBELO
JOSÉ REIS DOS SANTOS ROXO

INTRODUÇÃO

A Segurança do Doente (SD), enquanto componente chave da qualidade dos cuidados de saúde, assumiu grande importância nos últimos anos, quer para os utentes, que se querem sentir seguros e confiantes, quer para os profissionais, que devem prestar cuidados com elevado nível de efetividade, eficiência e baseados na melhor evidência. Assim, as questões relacionadas com a SD e com a ocorrência de eventos adversos têm constituído uma crescente preocupação para as organizações de saúde, para os seus profissionais e utentes e para os decisores políticos (Sousa, Uva, & Serranheira, 2010).

Neste contexto, a Direção Geral da Saúde (2010) emitiu a circular normativa n.º 16/2010, que determinou a implementação do programa “Cirurgia Segura Salva Vidas”, estabelecido pela Organização Mundial de Saúde (OMS), em todos os blocos operatórios (BO) do Sistema Nacional de Saúde português, do qual faz parte o preenchimento da lista de verificação de segurança cirúrgica (LVSC), com o objetivo de reforçar as práticas de segurança e promover uma melhor comunicação e trabalho da equipa multidisciplinar.

É pois, neste âmbito, que surge a questão central: quais as práticas dos enfermeiros do BO para garantirem a segurança dos seus doentes?

OBJETIVOS:

- Identificar as práticas de SD no BO, conhecidas pelos enfermeiros do serviço estudado;
- Conhecer as práticas de SD no BO, adotadas pelos enfermeiros do serviço estudado e quais estão consignadas na LVSC;
- Identificar outras práticas de SD que os enfermeiros do serviço estudado consideram ser necessárias implementar no serviço;
- Conhecer a opinião dos enfermeiros do serviço estudado sobre a LVSC;
- Conhecer a opinião dos enfermeiros do serviço estudado sobre a segurança dos cuidados que prestam.

METODOLOGIA

Estudo qualitativo, exploratório-descritivo, junto de amostra intencional (Flick, 2005). Os participantes no estudo foram, assim, cinco enfermeiros de um BO periférico de um hospital central.

A recolha de informação foi realizada através de uma entrevista semiestruturada, com posterior análise de conteúdo, e da observação aleatória direta das práticas, com preenchimento de uma grelha de observação, construída com base na LVSC.

Cumpridos os requisitos éticos inerentes à investigação com seres humanos. Obtido parecer favorável da Comissão de Ética e da autorização do Conselho de Administração, dos diretores de serviço e enfermeira-chefe.

APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS ACHADOS

Através da análise de conteúdo efetuada aos relatos dos participantes e da observação das suas práticas, procurámos destacar os achados que nos conduziram à consecução dos objetivos a que nos propusemos.

As práticas de SD no BO conhecidas pelos enfermeiros

Constatámos que os participantes detêm um conhecimento formal adequado, sobre esta problemática, tendo indicado várias práticas relacionadas com:

- Segurança psicossocial, das quais, a execução da visita pré-operatória de enfermagem (VPOE) e o estabelecimento de relação com o doente;
- Segurança física do doente, nomeadamente, prevenção de lesões por posicionamento, de retenção de objetos no doente, de alterações da temperatura, de queimaduras, de perda de fluidos corporais, de erros de identificação do doente, da cirurgia e do local a operar, com verificação do seu consentimento para a sua realização, de falhas com espécimes e amostras para análise e, ainda, de falhas com equipamentos e materiais;
- Segurança biológica, designadamente, cuidados a ter com material cirúrgico e com o doente, realização de controlo ambiental e comportamento adequado dos profissionais. De referir que, em relação aos diversos cuidados com o doente, apenas mencionaram a administração da profilaxia antibiótica;
- Segurança química e tóxica, especificamente, cuidados a ter como o doente, com os medicamentos e com os hemoderivados;
- Segurança física ambiental, nomeadamente, as relativas à segurança térmica e elétrica e medidas de controlo ambiental;
- Segurança cirúrgica, designadamente a aplicação da LVSC.

As práticas de SD no BO que os enfermeiros adotam/não adotam

Das práticas que referiram conhecer, os participantes relataram adotar quase todas. No entanto, apontaram algumas que não adotam, mas que concebem como essenciais à SD, tal como os

autores de diversos estudos e documentos, nomeadamente, práticas relacionadas com:

- Segurança psicossocial, não executando a VPOE;
- Segurança física do doente, não verificando sempre o consentimento do doente para a realização da cirurgia e não contabilizando os itens no final de todas as cirurgias. No entanto, a contabilização é efetuada nas cirurgias em que é mesmo necessário;
- Segurança biológica, não verificando, em todas as cirurgias, os indicadores de esterilização dos materiais;
- Segurança cirúrgica, não aplicando a LVSC.

No entanto, os achados do nosso estudo, permitem concluir que os enfermeiros cumprem, na sua atividade diária, muitos dos pressupostos inerentes aos cuidados de enfermagem contemplados na LVSC, o que corrobora a informação, já mencionada, de que, em muitos BO, a LVSC já foi adotada completamente, embora em outros serviços ainda não.

De facto, os resultados das observações que realizámos validam as informações dos participantes, tendo-nos permitido identificar que dos cuidados constantes da grelha, a verificação do consentimento, dos indicadores internos de esterilização e a contagem de itens são os que os enfermeiros, por vezes, negligenciam, sendo os outros parte integrante da sua prática.

Assim, apesar da lista não acrescentar práticas de SD, pode contribuir para a sistematização das que, por vezes, são negligenciadas, tal como descrito pelo participantes e defendido pela OMS.

Além dos cuidados mencionados, inscritos na LVSC, os enfermeiros efetuam outros para garantir a SD e que não estão, explicitamente, contemplados na lista.

As práticas de SD que os enfermeiros consideram necessárias implementar no serviço

Os enfermeiros referiram considerar necessário a adoção de algumas práticas, nomeadamente as que não adotam, e apontaram, também, medidas a adotar por parte da própria organização. Assim, as práticas que elencaram podem agrupar-se em medidas individuais e medidas organizacionais, sendo que as primeiras derivam da sua própria decisão e atuação e as outras da decisão dos gestores da instituição.

Como medidas individuais apontaram evitar a delegação de funções noutros profissionais, retomar a execução da VPOE, diminuir distrações, interrupções e ruído e verificar os indicadores de esterilização e o consentimento e contar os itens no final da cirurgia. Como medidas organizacionais referiram a prática de dotação segura de recursos humanos, a prevenção da sobrecarga horária e laboral, a adequação das pessoas ao cargo, a formação adequada às necessidades e a implementação da LVSC, o que implica um compromisso por parte da organização de dar prioridade à SD.

A opinião dos enfermeiros sobre a LVSC

Pelos relatos dos enfermeiros percebemos que existem opiniões mais favoráveis e outras menos favoráveis acerca da LVSC. Na sua opinião, a LVSC é um instrumento útil para a redução dos

riscos, importante para a reflexão, certificação e sistematização da execução de procedimentos essenciais para a SD, sendo assim eficaz na sua promoção. No entanto, além das qualidades reconhecidas, é redutora, não contemplando aspetos que consideram necessários, havendo a necessidade de ser melhorada.

A opinião dos enfermeiros sobre a segurança dos cuidados que prestam

Pelo relatado, pode concluir-se que os enfermeiros do serviço do nosso estudo adotam práticas de SD, que consideram garantir uma prestação segura de cuidados de qualidade, estando, no entanto, conscientes das fragilidades e lacunas existentes no serviço, apesar das suas condições favoráveis à promoção da SD. Contudo, alegaram não ter uma adequada dotação de enfermeiros, o que implica que estejam, por vezes, sujeitos a sobrecarga laboral e horária, o que é encarado por vários autores e organizações como uma condição desfavorável à segurança e qualidade dos cuidados. E, na opinião dos participantes, também, condiciona a adoção de algumas práticas de segurança, nomeadamente a execução da VPOE.

Assim, no sentido de continuar a promover a melhoria da segurança e da qualidade dos cuidados que prestam, os enfermeiros procuram soluções que lhes permitem ultrapassar essas fragilidades e preconizam adotar medidas no sentido de colmatar as lacunas.

CONCLUSÃO

Constatámos que os participantes detêm um conhecimento formal adequado sobre a problemática, tendo indicado várias práticas relacionadas com a SD. Destas práticas, referiram adotar quase todas, contudo, mencionaram não adotar algumas, como a realização da VPOE e a utilização da LVSC e reconhecem a necessidade de as implementar. Apesar de considerarem que os cuidados que prestam são seguros estão conscientes das fragilidades e lacunas existentes, pelo que tentam arranjar soluções e adotar medidas que lhes permitem ultrapassá-las.

De referir que as conclusões deste estudo não devem ser entendidas como passíveis de ser generalizadas, uma vez que são restritas ao universo dos participantes. No entanto, consideramos que os achados do estudo dão uma visão importante acerca da SD no BO, especificamente no serviço estudado e são corroborados por outros estudos.

Sugerimos a execução de estudos semelhantes noutros BO e, também, noutros hospitais, a fim de identificar as diferenças e semelhanças das diversas realidades, identificar áreas críticas de intervenção e efetuar estudos mais aprofundados sobre cada uma das diferentes componentes da SD no BO.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Direcção-Geral da Saúde. (2010). *Cirurgia segura salva vidas* (Circular Normativa nº16/DQS/DQCD). Lisboa, Portugal: Autor
- Flick, U. (2005). *Métodos qualitativos na investigação científica*. Lisboa, Portugal: Monitor.

Sousa, P., Uva, A., & Serranheira, F. (2010). Investigação e inovação em segurança do doente. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 10, 89-95. Recuperado de <https://www.ensp.unl.pt/dispositivos-de-apoio/cdi/cdi/sector-de-publicacoes/revista/2010/pdf/volume-tematico-seguranca-do-doente/10-Investigacao%20e%20inovacao%20em%20seguranca%20do%20doente.pdf>

SEGURANÇA DO DOENTE NO INTRAOPERATÓRIO COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO CIRCULANTE

SÓNIA VENTURA ÂNGELO
MARIA DA NAZARÉ RIBEIRO CEREJO

INTRODUÇÃO

A segurança do doente é uma temática que assumiu relevância crescente, junto da Organização Mundial de Saúde, traduzindo-se em preocupação na adoção de medidas simples e de carácter universal. Em áreas como o bloco operatório (BO) onde estão contabilizados 48% de eventos adversos, relacionados com anestesia e cirurgia, sendo evitáveis em 30% a 50% dos casos, torna-se evidente e fundamental um processo de transformação da cultura organizacional que vise o desenvolvimento da segurança para o doente cirúrgico (Fragata, 2010). Sendo o enfermeiro circulante considerado um profissional com funções específicas pela Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses (AESOP) na área da segurança e verificando a existência de uma preocupação diária por parte dos enfermeiros em contexto perioperatório na prestação de cuidados seguros ao doente cirúrgico, surge então a questão de partida para o estudo que desenvolvemos: Será que as práticas efetuadas pelos enfermeiros circulantes garantem a segurança do doente no intraoperatório?

OBJETIVOS

Os objetivos deste estudo foram os seguintes:

- Identificar a existência de uma cultura de segurança por parte dos enfermeiros circulantes dos blocos operatórios de um centro hospitalar;
- Observar os procedimentos dos enfermeiros circulantes no intraoperatório e se os mesmos cumprem as normas de segurança emanadas pelas entidades competentes;
- Identificar quais os procedimentos ou práticas realizadas pelos enfermeiros circulantes que podem causar dano ou risco ao doente.

METODOLOGIA

Foi realizado um estudo quantitativo, descritivo e correlacional. Foram aplicados dois instrumentos:

questionário onde as questões são agrupadas em cinco dimensões – trabalho em equipa, clima de segurança, satisfação profissional, perceção do stress e ainda a perceção das condições de trabalho no serviço e no hospital; e grelha de observação onde as unidades de observação se focalizavam em oito áreas de atuação do enfermeiro circulante – ambiente operatório, descontaminação da pele, manutenção de técnica asséptica cirúrgica, ordem na sala operatória, posicionamento, unidade de eletrocirurgia, garrote pneumático, contagem de compressas e materiais.

A amostra foi constituída por 50 enfermeiros circulantes, de um total de 69, dos blocos operatórios de um centro hospitalar da região centro do país. A amostragem foi não-probabilística por escolha racional.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A maioria dos participantes é do sexo feminino, casados, contratados por tempo indeterminado, licenciados e com uma média de 21 anos de serviço, sendo a média de idades dos participantes de 44 anos. Verificou-se também que 42% dos respondentes apresenta mais de 16 anos de experiência na área de perioperatório, o que permite afirmar tratar-se de uma equipa com muita experiência na área dos cuidados perioperatórios.

A cultura de segurança foi avaliada utilizando o questionário *Safety Attitudes Questionnaire*. No que concerne ao Trabalho em Equipa, 42% dos enfermeiros circulantes consideram o seu desempenho pouco valorizado, identificam dificuldades de comunicação e apoio de outros profissionais, obstaculizando a prestação de cuidados e a coordenação no trabalho. Quando correlacionamos esta dimensão com as restantes, verificamos que existe uma relação média o que permitiu confirmar a hipótese: Quanto maior a perceção da existência de trabalho em equipa, maior a perceção de segurança na prestação de cuidados pelo enfermeiro circulante.

Relativamente à forma como os enfermeiros percecionam o clima de segurança existente no serviço, uma percentagem de 37,2% considera que existem aspetos a melhorar, quer na discussão e notificação dos erros, quer na existência de protocolos de atuação relacionados com a segurança, quer no feedback do seu desempenho, quer ainda na cultura de aprendizagem com os erros. Quando correlacionamos esta dimensão com as demais verificamos uma correlação média, que nos permitiu confirmar a hipótese: Quanto maior a perceção da existência de clima de segurança no local de trabalho, maior a perceção da segurança na prestação de cuidados pelo enfermeiro circulante.

Constatamos que a literatura nesta área é unânime em considerar a importância da existência de protocolos relacionados com a segurança, o desenvolvimento de uma cultura justa e não-punitiva, a elaboração de listas de verificação de procedimentos, a existência de um momento formal para passagem de informações na mudança de turno, o incentivo à notificação de incidentes e mudanças na política de segurança no local de trabalho. O trabalho e o seu resultado financeiro não são suficientes para manter o trabalhador satisfeito, quanto mais satisfeito se encontrar o trabalhador mais se envolve e se compromete com a empresa. É uma realidade que, para a prestação de cuidados com qualidade, são essenciais colaboradores satisfeitos; criar e manter uma equipa de enfermagem assim, é um desafio para as organizações de saúde.

Os nossos resultados no que concerne à satisfação profissional vão ao encontro das conclusões dos estudos anteriores. A amostra, ainda que mediamente satisfeita em relação ao ser enfermeiro de bloco operatório (44%), encontra-se moralmente desmotivada (46%) e parcialmente insatisfeita (46%) em relação ao serviço. Admitimos que tal facto possa estar relacionado com as perspetivas atuais da carreira de enfermagem e a conjuntura política e social do país. Quando correlacionamos esta dimensão com as restantes, verificamos uma relação moderada confirmando a hipótese: Quanto maior a satisfação profissional, maior a perceção da segurança na prestação de cuidados pelo enfermeiro circulante.

O BO caracteriza-se por ser um contexto gerador de stresse. Existem neste espaço especificidades que se tornam fatores indutores de stresse nos profissionais: o nível de exigência é elevado; o contacto com situações urgentes/emergentes é frequente; as condições físicas/ambientais são adversas; os horários são alargados; a pressão do tempo face à complexidade das tarefas; as relações interpessoais, e consequentemente a comunicação, ocorrem várias vezes em contextos de crise, entre outros. No que se refere à perceção do stresse os enfermeiros circulantes encontram-se divididos ainda que 35,5% das respostas sejam no sentido que as situações de excesso de trabalho, tensas e com cansaço, prejudicam o seu desempenho. Por outro lado 26,5% dos enfermeiros circulantes discordam parcialmente e 21% manifestaram total discordância em relação a essa afirmação.

São fatores condicionantes da existência ou não de uma cultura de segurança no intraoperatório o tipo de liderança e a comunicação. As dificuldades na liderança de uma equipa de BO são diversas, nomeadamente, o facto de esta ser constituída por múltiplos estratos profissionais e diferentes níveis de hierarquia. Quanto maior se revelar a maturidade do líder, maior é a partilha da liderança com os restantes elementos da equipa; isto pressupõe conhecimentos e aptidões que o líder algumas vezes não possui (AESOP, 2006; Fragata, 2012). A comunicação é outro dos fatores que interfere no desempenho profissional e consequentemente na prestação de cuidados seguros ao doente, como referido no estudo realizado por Cvetic (2011).

A importância dos aspetos mencionados anteriormente é notória quando refletimos sobre os resultados que obtivemos no que concerne a perceção das condições de trabalho no serviço e no hospital. A maior parte dos enfermeiros circulantes identificam pontos fracos em relação à liderança, à gestão de conflitos, à comunicação entre o líder, os enfermeiros, outros profissionais e também no que se refere à integração de novos enfermeiros e estudantes. Quando correlacionamos esta dimensão com as restantes verificamos uma relação moderada e forte entre o trabalho em equipa, o clima de segurança e a satisfação profissional confirmando a hipótese: Quanto melhor for a perceção da existência de condições de trabalho no serviço e no hospital, maior a perceção da segurança na prestação de cuidados pelo enfermeiro circulante.

Em organizações complexas como o hospital, o erro que causa lesão ao doente raramente está isolado, o que acontece é que os erros penetram diversas camadas de proteção para poderem resultar num dano importante. Segundo a AESOP (2006), Fragata (2012) e Yang et al. (2012) são descritos como fatores predisponentes ao erro em BO, os fatores humanos, organizacionais e técnicos, sendo as três principais causas. Relacionados com fatores humanos e técnicos estão descritos erros como: doente errado; cirurgia errada; local cirúrgico errado; cirurgia não planeada de acordo com o consentimento; erros relacionados com a prática anestésica; erros no posicionamento e transporte do doente; quebra da assepsia cirúrgica; queimaduras; erros

na identificação de peças anatómicas e amostras; contagens de compressas e instrumentos incorretas; lesões provocadas por garrotes pneumáticos. Nos erros decorrentes de fatores organizacionais estão descritos: ausência de formação da equipa; falta de supervisão; falta de comunicação (Madeira, 2012).

Analisando os nossos resultados, na adoção de práticas seguras segundo as normas preconizadas pelas entidades competentes por parte dos enfermeiros circulantes, em cada unidade de observação, os resultados foram os seguintes: em relação ao ambiente operatório (89,5%); descontaminação da pele antes da desinfeção cirúrgica (76%); à manutenção de técnica asséptica cirúrgica (62%); manter ordem na sala operatória (42,6%) posicionamento (82%); unidade de eletrocirurgia (65%); garrotes pneumáticos (52%); contagem de compressas e materiais (52%).

CONCLUSÃO

Os enfermeiros circulantes identificam nas várias dimensões da cultura de segurança aspetos a melhorar, no sentido de não provocar danos no doente, como: a comunicação na equipa, notificação dos erros, feedback do seu desempenho, cultura de aprendizagem com os erros, liderança, comunicação entre o líder os enfermeiros e outros profissionais e ainda na integração de novos enfermeiros e estudantes.

Os adversos relacionados com o doente cirúrgico é uma preocupação dos enfermeiros que desempenham funções nos blocos operatórios do centro hospitalar onde decorreu o estudo, após três meses de observação. Verificamos perceção e conhecimento no desempenho de múltiplas competências, prevenindo possíveis erros e garantindo a segurança do doente e profissionais presentes no bloco operatório. No entanto, foram reconhecidas algumas fragilidades e lacunas a requerer intervenção, nomeadamente: mais cuidado na organização do espaço dentro da sala; mais rigor na descontaminação da pele na manutenção da técnica asséptica e utilização de garrote pneumático; promover um ambiente calmo, limitando o número de pessoas dentro da sala e corrigindo situações de ruído; cumprir os timings de contagem de compressas e a confirmação de instrumentos/cortoperfurantes; melhorar os registos de enfermagem no diz respeito ao tipo de posicionamento e utilização de garrote pneumático.

A partilha deste trabalho com a equipa de enfermeiros circulantes dos serviços estudados, aliado ao facto de se tratar de uma equipa rica em conhecimentos e experiência na área do perioperatório, constituirá por certo um contributo importante na construção de novos saberes, fundamentados em evidências científicas promovendo o aumento da segurança do doente cirúrgico e permitindo auferir ganhos em saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses. (2006). *Enfermagem perioperatória: Da filosofia à prática de cuidados*. Loures, Portugal: Lusodidacta.
- Cvetic, E. (2011). Communication in the perioperative setting. *Association of Operating Room Nurses journal*, 94(3), 261-270. doi: 10.1016/j.aorn.2011.01.017

- Fragata, J. (2010). Erros e acidentes no bloco operatório: Revisão do estado da arte. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 10, 17-26. Recuperado de <https://cms.ensp.unl.pt/www.ensp.unl.pt/dispositivos-de-apoio/cdi/cdi/sector-de-publicacoes/revista/2010/pdf/volume-tematico-seguranca-do-doente/3-Erros%20e%20acidentes%20no%20bloco%20operatorio.pdf>
- Fragata, J. (2012). *Segurança dos doentes: Uma abordagem prática*. Lousã, Portugal: Lidel.
- Madeira, A. (2012). *A Cultura de segurança no bloco operatório*. Lisboa, Portugal: Instituto Universitário de Lisboa.
- Yang, T., Henry, L., Dellinger, M., Yonish, K., Emerson, B., & Seifert, P. (2012). The circulating nurse's role in error recovery in the cardiovascular. *Association of Operating Room Nurses journal*, 95(6), 755-762. doi:10.1016/j.aorn.2011.09.022

PREVENÇÃO E CONTROLO DE INFECÇÃO NA PRÁTICA DOS ENFERMEIROS: CONTRIBUTOS DA FORMAÇÃO

SUSANA MARIA FILIPE GONÇALVES
MARIA HELENA BRÍSIO MARTINS
AMÉLIA FILOMENA DE OLIVEIRA MENDES CASTILHO

INTRODUÇÃO

Nem todas as infecções associadas aos cuidados de saúde são evitáveis, todavia, uma proporção significativa pode ser prevenida se conseguirmos envolver os profissionais de saúde na adoção de boas práticas no contexto da prevenção e controlo de infecção, nomeadamente as precauções padrão. Não obstante, e apesar da evidência científica, reconhece-se que ainda permanece como um desafio a identificação de mecanismos promotores da adesão dos profissionais às práticas recomendadas (Costa, Noriega, Fonseca, & Silva, 2010).

Considerando a importância da adesão dos enfermeiros às precauções padrão, pretendeu-se identificar o estado da arte numa unidade de saúde, os fatores que influenciam esta adesão e em que medida a formação desenvolvida se adequa às necessidades e expectativas dos profissionais.

OBJETIVOS

- Identificar os índices de adesão dos enfermeiros às práticas de prevenção e controlo de infecção à luz das precauções padrão;
- Identificar fatores que influenciam a adesão às boas práticas no contexto da prevenção e controlo de infecção;
- Identificar a adequação às expectativas e necessidades dos profissionais do programa formativo desenvolvido.

METODOLOGIA

Este estudo quali-quantitativo, desenvolvido sob o método da investigação-ação privilegiou a presença do investigador no contexto.

Começámos pelo diagnóstico de situação, cruzando informação decorrente da observação e conversas informais com os enfermeiros dos serviços de internamento com a taxa de formação em prevenção e controlo de infecção (27,7% a 31 de Dezembro de 2009). Segundo o Departamento de Formação Contínua, esta ação tinha pendente mais de 100 inscrições de enfermeiros. Em resposta às necessidades de formação manifestas pelos profissionais, durante o ano de 2010 desenvolvemos seis ações de formação subordinadas ao tema “Prevenção e Controlo de Infecção”. Em Dezembro de 2010, a taxa de formação de enfermeiros em prevenção e controlo de infecção passou a ser de 61,88%.

No plano formativo desenvolvido privilegiámos a metodologia ativa e introduzimos três workshops, subordinados ao tema da higiene das mãos, máscaras e respiradores, e luvas.

Sendo o público-alvo os enfermeiros dos serviços de internamento, seguiu-se a colheita de dados, com recurso à observação participante e à entrevista semiestruturada. Os dados obtidos foram tratados manualmente.

APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO

Os índices de adesão dos enfermeiros às precauções padrão foram categorizados de acordo com a seguinte escala: *adesão insatisfatória* – 0% a 25%; *razoável* – 26% a 50%; *satisfatória* – 51% a 75%; *muito satisfatória* – 76% a 100%.

No que respeita à higiene das mãos, o índice global de adesão foi de 18%, com diferenças significativas entre os vários momentos. Esta prática foi insatisfatória nos momentos “antes do contacto com o doente”, “após o contacto com o ambiente do doente” e “antes de procedimentos assépticos ou limpos”. No momento “após o risco de contacto com fluidos orgânicos” foi evidenciado o melhor índice de adesão (41%). À semelhança do estudo de Randle, Arthur, e Vaughan (2010), este momento é o que evidencia maior adesão por parte dos profissionais, sendo explicado em função da maior percepção do risco de exposição a fluidos orgânicos. No decorrer das entrevistas aos enfermeiros, os profissionais associam a baixa adesão em relação à higiene das mãos, à carência de estruturas adequadas (disponibilidade de lavatórios e localização dos dispensadores de soluto alcoólico, percebidos como insuficientes), o excesso de trabalho e a formação dos profissionais, mas não sobre a sua própria percepção do risco. O uso de luvas tem sido identificado como fator de não adesão à higiene das mãos em virtude do sentimento de falsa segurança que induz nos profissionais (Pittet, 2000; De Wandel, Maes, Labreau, Vereecken, & Blot, 2010). No contexto observado, este também poderá ser um fator com influência negativa, em particular no momento “antes do contacto com o doente”, uma vez que em 43% das situações observadas os enfermeiros usaram luvas.

Em relação ao equipamento de proteção individual (EPI), o índice de adesão foi de aproximadamente 56% (74% no uso de luvas, 43% nas máscaras e respiradores, 54% nas batas e aventais), iniciando tendência para a correta utilização das luvas. Contudo, este EPI é também sobreutilizado, nomeadamente em procedimentos que não implicam o seu uso (avaliação de tensão arterial ou o manuseamento de roupa limpa). Por outro lado, observou-se que os enfermeiros não usaram luvas na maioria dos procedimentos de colheita de sangue.

A conformidade de adesão às boas práticas na utilização de material corto-perfurante foi de aproximadamente 83%, assim como para a colocação de doentes.

Nas medidas de controlo ambiental, o índice de adesão foi de aproximadamente 67%. Mais baixo na gestão de derrames ou salpicos de matéria orgânica (32%) e maior no transporte de doentes (63%), na gestão de resíduos hospitalares (70%), no controlo de visitas (75%) e nos cuidados com a roupa hospitalar (próximo de 100%).

Apesar de nas entrevistas os enfermeiros identificarem a importância da prevenção e controlo de infecção para a segurança do doente, na observação das práticas evidenciou-se um cuidado maior na adesão às recomendações que nos protegem da exposição a fluidos orgânicos, e uma menor perceção do risco em procedimentos que efetivamente protegem o outro, tais como: a higiene das mãos antes de procedimentos assépticos ou limpos, luvas mudadas entre procedimentos no mesmo doente, o uso de máscara em procedimentos que exigem assepsia.

Nos cuidados no manuseamento e acondicionamento de corto-perfurantes verificámos a total adesão dos profissionais nos padrões “os profissionais não passam de mão em mão corto-perfurantes” e “os profissionais acondicionam todos os corto-perfurantes em contentores rígidos”. Não obstante, quando o contentor não se encontra na zona da prestação de cuidados, frequentemente os enfermeiros transportam o corto-perfurantes nas mãos para o contentor, habitualmente localizado nas salas de medicação.

No que respeita à colocação de doentes, a adesão foi muito satisfatória, sendo cumpridas as medidas de isolamento dos doentes com infecção identificada por microrganismo multirresistente. De certa forma, com este cuidado associa-se também o bom nível de adesão em relação à restrição de visitas.

Na gestão de derrames de matéria orgânica, os enfermeiros, delegam nos assistentes operacionais. Porém, enquanto responsável pela segurança do ambiente do doente, o enfermeiro deverá assumir um papel de orientador nesta prática.

Nos cuidados com o acondicionamento de resíduos hospitalares a avaliação global do nível de adesão dos profissionais é bom, não obstante, gostaríamos de lembrar que a conformidade com o preconizado implicaria a sua triagem junto ao local de produção. A não-adesão observada no que respeita às medidas de higiene respiratória/etiqueta da tosse, um conjunto de medidas simples e que fazem uma significativa diferença na transmissão da infecção respiratória, merece particular atenção e investimento.

De entre os fatores identificados pelos enfermeiros com influência na adesão às precauções padrão, estão as crenças pessoais, a formação, o excesso de trabalho e fatores estruturais.

O excesso de trabalho foi o fator mais referido pelos enfermeiros como influenciador na adesão às práticas, numa perspetiva limitativa. As dinâmicas de trabalho têm-se revelado como uma importante barreira a esta adesão, bem como as limitações estruturais da organização.

Finalmente, no que respeita à formação desenvolvida, os aspetos mais valorizados na experiência formativa dos profissionais foram as mesas de trabalho e as visitas do enfermeiro de controlo de infecção, percebidas como um complemento à formação. Apesar de as entrevistas evidenciarem um reflexo positivo da formação desenvolvida, quer seja na sensibilização dos profissionais para a prevenção e controlo de infecção, quer seja pelas mudanças nas práticas ou atitudes, os profissionais referiram a formação *in loco* e a continuidade do plano formativo como oportunidades de melhoria.

O estudo de Alves, Duarte, Paula, Moraes, e Coutinho (2007), corrobora a ideia que os comportamentos e atitudes dos profissionais não são compatíveis com o conhecimento que os profissionais possuem. Tal poderá ser reflexo de falhas no processo de formação dos profissionais que se agravam com as limitações de ordem estrutural e logística das unidades de saúde a que pertencem.

CONCLUSÃO

Pese embora uma adesão satisfatória dos enfermeiros às precauções padrão, e um processo de formação referido como importante e necessário, emerge a imprescindibilidade do desenvolvimento de novas estratégias. Promover informação de retorno aos profissionais acerca das práticas, adequar as estruturas e repensar estratégias formativas que estimulem a adesão às boas práticas e melhorar/desenvolver a cultura de prevenção, sob pena de compromisso da segurança do doente e do profissional.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alves, A. N. F., Duarte, C. A., Paula, M. P., Moraes, R. E., & Coutinho, R. M. C. (2007). Conhecimento da enfermagem na prevenção de infecção hospitalar. *Revista do Instituto de Ciências da Saúde*, 25(4), 365-372.
- Costa, A. C., Noriega, E., Fonseca, L. F., & Silva, M. G. (2010). *Inquérito nacional de prevalência de infecção: 25 de Março de 2009: Relatório*. Recuperado de <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i012628.pdf>
- De Wandel, D., Maes, L., Labreau, S., Vereecken, C., & Blot, S. (2010). Behavioral determinants of hand hygiene compliance in intensive care units. *American Journal of Critical Care*, 19(3), 230-239.
- Pittet, D. (2000). Improving compliance with hand hygiene in hospitals. *Infection Control and Hospital Epidemiology*, 21, 381-386.
- Randle, J., Arthur, a., & Vaughan, n. (2010). Twenty-four-hour observacional study of hand hygiene compliance. *Journal of Hospital Infection*, 76, 252-255.

NOTA FINAL

A elaboração da presente monografia surge como uma iniciativa dos docentes da Unidade Científico-Pedagógica de Enfermagem Médico-Cirúrgica (UCPEMC), pretendendo celebrar o número de 100 dissertações de mestrado e, em simultâneo, disponibilizar a presente obra à comunidade.

A obra, mais que mostrar o padrão ouro do conhecimento (não é de todo essa a intenção), vem apresentar percursos de investigação, onde se pode constatar evolução, maturidade crescente e, em muitos casos, a demonstração científica de realidades clínicas e pedagógicas.

Para a UCPEMC, estes cinco anos foram de intenso trabalho e crescimento. Consolidaram-se estratégias, saberes, e espírito de equipa. Conseguimos compatibilizar desenvolvimento individual com as exigências associadas ao desenvolvimento da escola e decorrentes dos próprios projetos em que nos envolvemos, destacando aqui o Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica (CMEMC) e o Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica (CPLEEMC).

Mas voltando à obra, não posso deixar de enfatizar e louvar a forma empenhada e dedicada como todos os docentes da UCPEMC se envolveram no projeto, contribuindo de forma ativa e proativa para o resultado final.

Este agradecimento aos docentes da UCPEMC, extensivo aos colegas jubilados, é ainda devido pelo contínuo esforço no acompanhamento e orientação dos projetos, indispensável para o resultado final. Para além da orientação, devo destacar o rigor, empenho e dedicação das colegas que coordenaram os cursos de que resultaram estas 100 dissertações, sobretudo a Professora Doutora Maria Isabel Fernandes, a quem coube a coordenação praticamente desde o início, mas sem esquecer as colegas jubiladas que a antecederam: Professora Doutora Maria da Conceição Madanelo Rôxo e Professora. Maria Helena Brísio. E não ficaria bem comigo se não recordasse aqui o grande impulsionador e mentor da formação avançada e especializada em enfermagem médico-cirúrgica, Professor Doutor José Rôxo.

Devo agradecer também a prontidão com que os enfermeiros que completaram o CMEMC aceitaram o desafio, demonstrando assim fazer parte de uma escola que quer aprender, crescer e celebrar as conquistas.

Não menos importante e a merecer um forte agradecimento, está a Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA: E), que forneceu todo o suporte e, através da sua competente equipa, garantiu todo o processo de revisão e organização geral. Dirijo, também, um forte agradecimento ao Centro de Documentação e Informação, pelo apoio na revisão das referências bibliográficas, e ao Gabinete de Apoio aos Projetos pela contribuição na presente obra e na organização do evento científico.

E por fim um agradecimento à Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, que sempre acredita e apoia os projetos que surgem no seio da UCPEMC.

Vemos assim que, para concretizar projetos ambiciosos, são necessárias pessoas. Pessoas que acreditam, que mobilizam sinergias, que criam redes e que trabalham em conjunto, transformando ideias em projetos e projetos em obras.

Os docentes da UCPEMC já estão a pensar e a trabalhar para os próximos 100!

Continuamos a contar com todos!

O Coordenador da UCPEMC,
José Carlos Amado Martins

POSFÁCIO

A Unidade de Investigação da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra no âmbito do seu eixo estratégico para a disseminação do conhecimento tem feito um trabalho continuado de edição científica, no sentido de colocar em relevo a produção científica resultante das atividades dos Projetos estruturantes inscritos.

A Edição dos Resumos alargados das dissertações de mestrado desenvolvidas no decurso temporal de 5 anos no contexto da área de especialidade medico-cirúrgica representa uma mais-valia para uso útil desses resultados em investigação futura assim como contributo para a ação pedagógica e clínica.

Os resumos foram organizados em grandes categorias temáticas com foco na Pessoa em múltiplos contextos (em situação crítica; em fim de vida; doença crónica; ambiente de prestação de cuidados).

A Ciência não explica mais que uma parte da realidade e exige muita prudência e método. Sabendo que estes trabalhos foram desenvolvidos por mestrandos no contexto do seu percurso académico, devem ser lidos e compreendidos neste âmbito preciso de aprendizagem e desenvolvimento de competências de investigação. Deste modo, os autores podem através destes registos exercer leitura de espelhamento, ao mesmo tempo que deixam aos leitores um espaço e meio de reflexão crítica construtiva.

É importante que estes resultados enriqueçam o estado d'arte e permitam ampliar a visão para novos estudos de maior alcance e aprofundamento. Estas investigações enquadram-se na rede de estudos associados de Projetos Estruturantes inscritos na Unidade de Investigação pelo que devem contribuir para o esforço de sustentabilidade desses mesmos projetos na produção de conhecimento útil.

Enquanto Coordenador Científico da Unidade de Investigação, agradeço o trabalho dos coordenadores científicos, dos autores e de todos os atores que cuidaram do tratamento técnico e trabalho de revisão, de forma a obter um resultado final válido e útil.

Manuel Alves Rodrigues

AUTORES

Alexandra Isabel Rebotim Azinhaga

Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica; Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica
Hospital Distrital de Santarém, EPE

Alexandra Josefina de Sousa e Santos Rodrigues

Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica; Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica
Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE

Amélia Filomena Mendes Castilho

Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica; Doutora em Ciências de Enfermagem
Professora Adjunta, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

Amélia do Sameiro da Silva Oliveira

Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica; Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica
ACES Pinhal Litoral, Administração Regional de Saúde do Centro

Amélia Patrícia Marques Esteves

Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica; Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica
Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE

Ana de Jesus Nunes Tavares

Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica; Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica
Hospital Distrital de Santarém, EPE

Ana Lúcia Batista da Rosa

Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica; Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica
Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE

Ana Margarida de Andrade Fernandes Tojal

Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica; Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica
Centro Hospitalar Tondela-Viseu, EPE

Ana Margarida Antunes Ventura

Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica; Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica
Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE

Ana Maria Fernandes Afonso

Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica; Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica
Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE

Ana Maria Tuna dos Santos Serra Jorge Pereira

Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica; Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica
Centro Hospitalar Médio Tejo, EPE

Ana Micaela Santos de Oliveira

Enfermeira; Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica.
Great Western Hospitals NHS, UK

Ana Paula Chaves Gonçalves Pratas de Abreu

Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica; Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica
Hospital Distrital de Santarém, EPE

Ana Rita Oliveira Marques

Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica; Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica
Centro Hospitalar de Leiria, EPE

Ana Sofia da Silva Pereira

Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica; Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica
Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE

Ana Sofia de Carvalho Mota

Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica; Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica
Intercir - Centro Cirúrgico de Coimbra, S.A.

Anabela Rosa Coimbra

Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica; Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica
Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE

Anáisa Ferreira Reveles

Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica; Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica
Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE

Andrea Susana Coimbra Pereira Antunes de Carvalho

Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica; Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica
Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE

Andreia Grilo Santos Bem

Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica; Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica
Centro Hospitalar do Oeste Norte

António José dos Santos Ferreira

Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica; Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica
Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE

António Pedro Lima Tojal

Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica; Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica
Centro Hospitalar Tondela-Viseu, EPE

Bráulio João Nunes de Sousa

Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica; Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica
Hospital Militar Regional N.º 2

Carina Isabel Fernandes Gomes

Hospital Militar Regional
Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE

Carina Raquel Valente Tavares

Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica; Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica
Centro Hospitalar Médio Tejo, EPE

Carla Alexandra Santos Gaspar

Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica; Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica
Centro Hospitalar de Leiria

Carlos Manuel Ferreira Morais

Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica; Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica
Centro Hospitalar Médio Tejo, EPE

Catarina Gonçalves Tavares

Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica; Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica
Hospital Central de Faro

Célia Deolinda da Luz Marques

Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica; Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica
Centro Hospitalar Médio Tejo, EPE

Cláudia Daniela Paralta Henriques Gomes

Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica; Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica
Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE

Cláudia Raquel Reis Piedade

Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica; Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica
Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE

Cristina Graças Martins

Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica; Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica
Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE

Dina Maria Carpinteiro Marques

Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica; Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica
Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE

Edite Lopes da Silva

Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica; Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica
Hospital Dr. Agostinho Neto, Cabo Verde

Élia Maria Gil Marques Chambel

Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica; Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica
Centro Hospitalar Médio Tejo, EPE

Elisabete Alexandra Rodrigues Ferreira

Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica; Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica
Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE

Estefânia Neves Abreu

Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica; Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica
Intercir - Centro Cirúrgico de Coimbra, S.A.

Eugénia Maria Simões Reis Filipe Teodósio

Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica; Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica
Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE

Fátima da Conceição Martins Luzio Ferreira

Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica; Mestre em Saúde Ocupacional
Professora Coordenadora Jubilada, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

Fernando José Gama Costa

Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica; Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica
Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE

Fernando Manuel Machado dos Santos

Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica; Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica
Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE

Filomena dos Santos Pereira Nôro

In memoriam

Frederico Manuel Gameiro Simões

Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica; Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica
Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE

Gonçalo Alexandre dos Santos Geraldo

Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica; Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica
Instituto Português de Oncologia de Coimbra Francisco Gentil, EPE

Helena Isabel Fernandes Martins

Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica; Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica
Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE

Irma da Silva Brito

Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Pública; Doutora em Enfermagem
Professora Adjunta, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

Isabel Cristina Costa Martins Ferreira Rolo Augusto

Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica; Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica
Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE

Isabel Maria de Matos Sousa Abreu

Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica; Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica
Centro Hospitalar de Leiria, EPE

Isabel Maria Henriques Simões

Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica; Mestre em Família e Sistemas Sociais
Professora Adjunta, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

Isabel Maria Pinheiro Borges Moreira

Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica; Doutora em Ciências de Enfermagem
Professora Coordenadora, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

Isabel Maria Pinto Lopes

Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica; Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica
Instituto Português de Oncologia de Coimbra Francisco Gentil, EPE

Isilda Maria Duarte Ferreira

Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica; Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica
Hospital Distrital de Santarém, EPE

Javier Barca Durán

Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica; Doutor em Medicina
Professor Titular, Universidad de Extremadura, Espanha

Jorge Miguel Dias Henriques

Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica; Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica
Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE

José Carlos Amado Martins

Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica; Doutor em Ciências de Enfermagem
Professor Coordenador, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

José Carlos Lopes Vieira

Enfermeiro; Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica.
Hospital Dr. Agostinho Neto, Cabo Verde

José Reis dos Santos Rôxo

Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica; Doutor em Desenvolvimento e
Intervenção Psicológica
Professor Coordenador Jubilado, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

Lara Daniela Matos Cunha

Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica; Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica
Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE

Liliana Marlene Ferreira da Cruz

Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica; Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica
Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE

Lioneta Manuela dos Reis Silva

Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica; Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica
Centro Hospitalar de Leiria, EPE

Lisete Maria de Medeiros Rodrigues

Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica; Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica
Unidade de Saúde da Ilha do Pico

Ludovina Maria de Oliveira Rodrigues

Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica; Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica
Centro Hospitalar Médio Tejo, EPE

Luís António Rodrigues Paiva

Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica; Mestre em Supervisão
Professor Adjunto, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

Luís Leitão Sarnadas

Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica; Doutor em Novos Contextos de Intervenção Psicológica em Saúde, Educação e Qualidade de Vida
Professor Adjunto, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

Luís Manuel de Jesus Loureiro

Doutor em Medicina
Professor Adjunto, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

Luís Miguel Nunes Oliveira

Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica; Doutor em Novos Contextos de Intervenção Psicológica em Saúde, Educação e Qualidade de Vida
Professor Adjunto, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

Luís Miguel Rodrigues Ferreira

Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica; Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica
Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE

Luísa Erse Marques Ribeiro de Carvalho

Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica; Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica
ACES Pinhal Litoral 1 – Centro de Saúde de Pombal

Luz de Fátima Fonseca Pereira

Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica; Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica
Centro Hospitalar de Leiria, EPE

Madalena Maria Alves da Cruz

Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica; Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica
Hospital Distrital de Santarém, EPE

Manuel Filipe Rodrigues Pedreira

Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica; Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica
Hospital Espírito Santo, EPE

Margarida Horta Silveiras da Luz

Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica; Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica
Hospital Distrital de Santarém, EPE

Margarida Maria Duarte Silva

Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica; Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica
Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE

Maria Arminda da Silva Tavares

Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica; Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica
Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE

Maria Clara de Matos Pina

Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica; Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica
Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE

Maria da Conceição Pinto Madanelo Rôxo

Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica; Doutora em Desenvolvimento e
Intervenção Psicológica
Professora Coordenadora Jubilada, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

Maria da Conceição Giestas Baía Saraiva

Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica; Mestre em Sociopsicologia da Saúde
Professora Adjunta, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

Maria da Nazaré Ribeiro Cerejo

Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica; Mestre em Saúde Pública
Professora Adjunta, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

Maria do Céu Mestre Carrageta

Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica; Mestre em Ciências da Educação –
orientação da aprendizagem
Professora Adjunta, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

Maria Helena Brísio Martins

Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica
Professora Coordenadora Jubilada, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

Maria Isabel Domingues Fernandes

Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica; Doutora em Didática
Professora Coordenadora, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

Maria Isabel Dourado Freitas

Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica; Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica
Hospital José Luciano de Castro - Anadia

Maria João Mendes de Matos Esperto

Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica; Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica
Centro Hospitalar Médio Tejo, EPE

Maria Marli Duarte Dantas

Enfermeira; Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica.
Santa Casa da Misericórdia de Guimarães

Maria Salomé Cordeiro Relvão Sacadura

Enfermeira Chefe
Centro Hospitalar Médio Tejo

Marisa Manuela Batista dos Santos

Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica; Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica
Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE

Marisa Sofia Monteiro Pereira

Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica; Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica
Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE

Marta Luísa Ferreira Campos Antunes

Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica; Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica
Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE

Marta Sofia Parrilha Neves

Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica; Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica
Centro Hospitalar Oeste Norte, EPE

Miguel Henrique Vidal de Sousa

Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica; Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica
Centro Hospitalar Médio Tejo, EPE

Mécia Maria Nicolau Calado

Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica; Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica
Centro Hospitalar Médio Tejo, EPE

Nuno José Magalhães Franco

Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica; Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica
Centro Hospitalar do Oeste Norte

Odete Cristina Fernandes Ferreira Coelho

Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica; Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica
Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE

Paula Cristina Cabeleira Brites

Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica; Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica
The London Clinic, UK

Paula Maria de Melim e Vasconcelos de Vitorino Moraes

Doutora em Microbiologia.
Professora Auxiliar, Faculdade de Ciências e Tecnologia da Universidade de Coimbra

Paulo José Martins Nobre

Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica; Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica
Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE

Paulo Alexandre Carvalho Ferreira

Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica; Doutor em Novos Contextos de Intervenção Psicológica em Saúde, Educação e Qualidade de Vida
Professor Adjunto, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

Paulo Alexandre Dinis Oliveira

Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica; Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica
Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE

Pedro Jorge de Sousa Matos

Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica; Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica
Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE

Paulo Jorge Coimbra Martins

Doutor em Ciências da Saúde
Professor Auxiliar, Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra e Assistente Graduado
Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE

Pedro Ricardo Coelho Gonçalves

Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica; Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica
Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE

Raquel Margarida Aleixo de Oliveira Gueifão

Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica; Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica
CUF Santarém Hospital

Raquel Maria Soares Amado

Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica; Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica
Instituto Português de Oncologia de Coimbra Francisco Gentil, EPE

Regina Sofia Simões Seco

Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica; Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica
Unidade de Saúde da Ilha das Flores

Ricardo Alexandre Rebelo de Almeida

Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica; Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica
Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE

Ricardo Manuel Barrocas Simões

Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica; Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica
Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE

Rita do Rosário de Jesus Antunes Fonseca

Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica; Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica
Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE

Rosa Margarida Guiné Martins Oliveira

Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica; Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica
New Cross Hospital, Royal Wolverhampton NHS Trust, UK

Rui Carlos Negrão Batista

Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica; Mestre em Sociopsicologia da Saúde
Professor Adjunto, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

Rui Filipe Lopes Gonçalves

Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica; Mestre em Toxicodependência e
Patologias Psicossociais
Professor Adjunto, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

Sandra Gaspar Marques

Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica; Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica
Hospital Distrital de Santarém, EPE

Sílvia Magda Santos Pereira dos Reis

Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica; Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica
Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE

Sílvia Maria Cordeiro Costa Fragoso

Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica; Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica
Hospital Distrital de Santarém, EPE

Sónia Maria dos Santos Regadas Soares Rebelo

Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica; Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica
Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE

Sónia Ventura Ângelo

Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica; Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica
Centro Hospitalar do Oeste Norte

Susana Margarida Miranda Rodrigues

Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica; Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica
Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE

Susana Maria Filipe Gonçalves

Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica; Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica
Hospital Distrital da Figueira da Foz, EPE

Teresa Margarida Oliveira Batista

Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica; Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica
Centro Hospitalar Médio Tejo, EPE

Tiago João Simões Flório

Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica; Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica
Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE

Verónica Rita Dias Coutinho

Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica
Professora Adjunta, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

