

PERCURSOS



janeiro – junho
2022

FICHA TÉCNICA

Publicação Periódica
com periodicidade Semestral
Ano 2022, Nº 51
ISSN 1646-5067

Editor
António Freitas
antonio.freitas@ess.ips.pt

Coordenação Científica
Lucília Nunes
lucilia.nunes@ess.ips.pt

Os artigos, aprovados para esta edição são
da exclusiva responsabilidade dos seus
autores.

INDICE

Transporte de Crianças em Ambulâncias: Práticas de Corporações de Bombeiros numa Região de Portugal	5
Ana Rocha; Ana Ramos	
Diagnósticos de Enfermagem no Pós-Operatório Imediato de Cirurgia Cardíaca: um Estudo de Caso	16
Cátia Machado; Mariana Pereira	
Intervenções Psicoterapêuticas Eficazes no Autocontrole da Ansiedade em Doentes com Patologia Mental.....	25
Ana Melissa Madeiras; Lino Ramos	
O Cuidar Especializado do Enfermeiro na Alimentação Entérica no Doente Critico em Posição Prone: uma Scoping Review	33
Ana M. Miranda; Hugo Franco	
Intervenções de Enfermagem na Prevenção de Úlcera por Pressão na Face da Pessoa Submetida a VNI, no Serviço de Urgência: Revisão de Escopo	43
Catarina Rosário; Alice Ruivo; Ana Cristina Pereira; Anabela Soares	
Conhecer para Prevenir - Promoção da Literacia sobre o Cancro Colon Retal	53
Gilberto Martins; Luís Pacheco; Ana Paula Gato	
Prevalência de Excesso de Peso e Obesidade entre as Pessoas com mais de 18 anos: Revisão Integrativa da Literatura	60
Sofia Matias; Edgar Canais	
Comemorações do Dia Internacional do Enfermeiro, 2022	70
Lucília Nunes, Guida Amaral, Rui Inês, Andreia Ferreri Cerqueira	

Página deixada em branco intencionalmente

TRANSPORTE DE CRIANÇAS EM AMBULÂNCIAS: PRÁTICAS DE CORPORAÇÕES DE BOMBEIROS NUMA REGIÃO DE PORTUGAL

Transporting children in ambulances:
practices of fire corporations in a region of Portugal

Autor: Ana Rocha¹, Ana Ramos²

Resumo

Introdução: O transporte de crianças em ambulâncias é frequente e uma das principais causas de mortalidade infantil, dada a escassez de informação sobre a forma correta e segura de efetuar este tipo de transporte.

Objetivos: Analisar as práticas das corporações de bombeiros relacionadas com o transporte de crianças em ambulância e a existência de adequados sistemas de retenção para crianças.

Métodos: Estudo quantitativo, exploratório e descritivo. Aplicação de questionário a 14 corporações de bombeiros, entre novembro e dezembro de 2019. Foram seguidas as diretrizes STROBE.

Resultados: A taxa de resposta foi de 100%. Das corporações de bombeiros participantes, 69,2% relatou transportar de forma correta na ambulância as crianças em maca e 77% em banco. Apenas 46,2% e 34,6% destas corporações refere possuir sistemas de retenção para crianças adequados ao transporte em maca e em banco de ambulância, respetivamente. O transporte correto em maca de crianças na faixa etária 8-12 anos foi o que alcançou maior percentagem (100%) contrapondo a faixa etária 1-3 anos onde a segurança é claramente mais baixa (46,2%). Quanto ao transporte correto em banco, crianças entre 0-12 meses são transportadas com maior segurança (92,3%) comparativamente às crianças com 8-12 anos (53,8%).

Conclusão: Na amostra estudada, a utilização dos sistemas de retenção de forma correta e segura para o transporte de crianças, de diferentes faixas etárias, em ambulâncias é ainda insuficiente e as corporações de bombeiros não possuem esses sistemas para realizar estes transportes.

Relevância para a prática clínica: Incentivar a adoção de comportamentos e práticas corretas para o transporte de crianças em ambulâncias, maximizando a segurança da criança como passageira.

Palavras-chave: Sistemas de retenção para crianças, transporte de pacientes, criança, ambulâncias, segurança

Abstract

Background: Transporting children in ambulances is common and one of the leading causes of mortality of children, although there is a lack of information on the correct and safe way to perform this type of transport.

Objectives: To analyse the practices of the fire corporations related to the transport of children and the existence of adequate child restraint systems in ambulances.

Methods: Quantitative, exploratory and descriptive study. Application of a questionnaire to 14 fire corporations, between November and December 2019. The STROBE guidelines were followed.

Results: The response rate was 100%. Of the participating fire corporations, 69.2% reported correctly transporting children on a stretcher in the ambulance and 77% in a seat. Of these

¹ Mestre em Enfermagem. Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica no Serviço de Urgência Pediátrica do Hospital do Espírito Santo de Évora, E.P.E. anarocha@hotmail.com

² Doutora em Enfermagem. Mestre em Saúde Pública. Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Professora Adjunta, Escola Superior de Saúde, Instituto Politécnico de Setúbal. Membro integrado na unidade de investigação NURSE IN – UIESI. ana.amos@ess.ips.pt

corporations, only 46.2% and 34.6% reported having child restraint systems suitable for transportation on stretchers and in an ambulance seat, respectively. The correct transport on stretchers of children aged 8-12 years was the one that reached the highest percentage (100%) compared to the age group 1-3 years where safety is lower (46.2%). As for the correct transport in a seat, children aged 0-12 months are transported with more excellent safety (92.3%) than children aged 8-12 years (53.8%).

Conclusion: In the sample studied, the use of restraint systems correctly and safely to transport children, of different age groups, in ambulances is still insufficient, and the fire corporations do not have enough child restraint systems to carry out these transports.

Relevance to clinical practice: To encourage the adoption of correct behavior and practices for the transport of children in ambulances, maximizing the safety of the child as a passenger.

Keywords: Child restraint systems (MeSH), transportation of patients (MeSH), child (MeSH), ambulances (MeSH), safety (MeSH)

Introdução

O transporte de crianças em ambulâncias, independentemente da sua finalidade, trajeto e distância, é bastante frequente (O'Neil et al., 2014; Fidacaro et al., 2018). Da evidência científica analisada, surge a problemática da escassez de informação referente à forma como devem ser transportadas as crianças em ambulâncias para que estas viajem de forma correta e segura.

Nos Estados Unidos da América, anualmente são transportadas em ambulâncias cerca de 6 milhões de crianças e ocorrem cerca de 1000 acidentes nestes veículos envolvendo estes passageiros (Foxhall, 2010).

Em Portugal, embora não sejam conhecidos dados estatísticos de acidentes rodoviários envolvendo ambulâncias, os mesmos são uma das principais causas de morte de crianças e jovens, representando dois terços do total de mortes na infância e na adolescência (WHO, 2011; DGS, 2012), constituindo um grave problema de saúde pública (Lee et al., 2018) com elevado impacto ao nível da qualidade de vida do indivíduo, família e comunidade. Para além da carga social, económica e ambiental que representam para o país também sobrecarregam os serviços de saúde (WHO, 2011).

A ambulância representa um veículo com algumas peculiaridades. Se por um lado, vantajosa pela disponibilidade de utilização, ativação imediata e baixos custos de manutenção (Schvartsmn et al., 2005); por outro, perigosa dado os riscos inerentes ao

transporte de emergência: acelerações, desacelerações, movimentos bruscos agravados pela velocidade na condução, aumentando assim a probabilidade de se envolver num acidente (Levick et al., 2005; Johnson et al., 2006; OM, 2008). Em caso de acidente, o compartimento traseiro da ambulância é o local mais afetado, atingindo maioritariamente os passageiros que viajem indevidamente restringidos (Bull et al., 2001; Johnson et al., 2006). As crianças estão sujeitas a um maior risco de morte e lesões graves comparativamente com os adultos. Por este motivo, torna-se imprescindível assegurar que as crianças viajem devidamente colocadas em sistemas de retenção apropriados, garantindo a sua segurança durante o transporte (Wilson, 2007; Ballesteros et al., 2014; Woods et al., 2017).

Em Portugal, contrariamente ao transporte de crianças em automóveis que dispõe de diretrizes e legislação bem definidas, o transporte de crianças em ambulâncias carece de regulamentação específica (Johnson, 2006; Sampedro et al., 2016).

As diferenças anatómicas e antropométricas entre crianças e adultos são evidentes e significativas e as macas não são projetadas para transportar crianças de forma adequada e segura, pois não são adaptadas ao seu peso, tamanho e idade (Ballesteros et al., 2014; O'Neil et al., 2014; Woods et al., 2017).

A National Highway Traffic Safety Administration [NHTSA] e o Departamento de Transportes dos Estados Unidos da América elaboraram recomendações de boas práticas sobre o transporte seguro de crianças em ambulâncias, especificando o uso de sistemas de retenção para crianças

[SRC] adequados e projetados para a maca da ambulância (NHTSA, 2010; O'Neil et al., 2014). Atualmente, existem alguns dispositivos que se podem adaptar às macas de ambulâncias para efetuar o transporte de crianças de forma segura, evitando que as mesmas se soltem da maca em caso de acidente.

O equipamento mínimo obrigatório varia consoante o tipo de ambulância (Ministérios da Administração Interna e da Saúde, 2001), no entanto, SRC não estão incluídos em nenhum tipo.

SRC é definido como “(...) o conjunto de componentes, que pode incluir uma combinação de precintas ou componentes flexíveis como uma fivela de aperto, dispositivo de regulação, acessórios e, nalguns casos, uma cadeira adicional e ou um escudo contra impactes, capaz de ser fixado a um automóvel, sendo concebido de modo a diminuir o risco de ferimentos do utilizador em caso de colisão ou desaceleração do veículo através da limitação da mobilidade do seu corpo.” (Ministério da Administração Interna, 2005, p. 2614-2618).

Caso a criança viaje no banco da ambulância, deverá ser utilizado o SRC adequado de acordo com o peso, tamanho e idade da criança usado para o banco do automóvel (Figura 1).

Grupo	Peso	Idade	Comprimento/Altura	Posição do SRC*
0	Até 10 kg	Até 12 meses	Até 60 cm	Virado de lado
0+	Até 13 kg	Até 12-18 meses	Até 75 cm	Virado para a retaguarda
I	9-18 kg	1-3/4 anos	Até 105 cm	
II	15-25 kg	3-7 anos	Até 105 cm	Virado para a frente
III	22-36 kg	8/9-12 anos	–	

Figura 1 – Classificação dos SRC de acordo com o peso, idade e tamanho da criança
*sistema de retenção para criança

Apesar dos riscos inerentes a uma viagem de automóvel, se a criança for transportada utilizando um SRC adequado, o risco de lesões corporais em caso de incidentes diminui pois evita que a criança embata no interior do automóvel ou seja projetada para o exterior, protegendo a cabeça, o pescoço e a coluna vertebral (Levick et al., 2001; Johnson et al., 2006; O'Neil et al., 2014). Deste modo, os sistemas de retenção constituem uma forma eficaz de proteção e diminuição das taxas de mortalidade e

morbilidade infantojuvenil (Bull et al., 2001; Levick et al., 2007; DGS, 2012; ANSR, 2014).

O transporte de crianças para o hospital é feito principalmente por corporações de bombeiros.

A gestão da segurança no transporte de crianças em ambulâncias constitui um motivo de preocupação para os profissionais que realizam esses transportes (Bull et al., 2001; Wilson, 2007), devido à inexistência de orientações e/ou legislação, podendo implicar um transporte inseguro (Fidacaro et al., 2018).

Este estudo surge com os seguintes objetivos: analisar as práticas das corporações de bombeiros de uma região específica no transporte de crianças em ambulâncias e a existência de SRC adequados.

Métodos

Realizou-se um estudo quantitativo, exploratório e descritivo, com a construção e aplicação de um questionário.

Elaborou-se um questionário de autopreenchimento tendo por base estudos com objetivos semelhantes. Posteriormente, os comandantes das 14 corporações de bombeiros (que correspondiam a todas as corporações de bombeiros da região que participaram no estudo) foram contactados via e-mail e solicitados a responder ao

questionário. As respostas foram obtidas pela mesma via de contacto, durante os meses de novembro e dezembro de 2019.

A participação foi voluntária, salvaguardando o anonimato dos participantes. Foi obtido consentimento informado, livre e esclarecido por escrito de todos os participantes.

Os dados foram analisados em relação: às práticas das corporações de bombeiros relacionadas com o transporte de crianças em maca e em banco de ambulância; e a existência de SRC para maca e para banco

de ambulância, considerando quatro faixas etárias distintas (0-12 meses; 1-3 anos; 4-7 anos; 8-12 anos).

73,1% das corporações de bombeiros participantes transporta corretamente crianças na ambulância, com base nos

Faixa etária	Principais erros no transporte de crianças em ambulâncias
0-12 meses	SR* inadequado: Deitado diretamente na maca com cinto de segurança sem SRC** Sem SRC**: No colo da/o mãe/pai
1-3 anos	Sem SRC**: No colo da/o mãe/pai SR* inadequado: Sentado diretamente no banco com cinto de segurança sem SRC** SRC** virado para a frente no sentido da marcha
4-7 anos	SR* inadequado: Deitado diretamente na maca com cinto de segurança sem SRC** SR* inadequado: Sentado diretamente no banco com cinto de segurança sem SRC**
8-12 anos	SR* inadequado: Sentado diretamente no banco com cinto de segurança sem SRC** Colocação incorreta do cinto de segurança do automóvel

Figura 2 – Principais erros no transporte de crianças em ambulâncias

*sistema de retenção

**sistema de retenção para criança

Para a análise das práticas relatadas, no que respeita ao transporte de crianças em maca de ambulância foram utilizadas como padrão as recomendações da NHTSA. Para o transporte em banco, tomaram-se como referência as orientações estipuladas nas regulamentações nacionais para a utilização de acessórios de segurança.

As respostas obtidas foram registadas no programa Microsoft Office Word® e para análise estatística descritiva dos dados foi utilizado o software Microsoft Office Excel®.

Resultados

A amostra integrou as respostas obtidas nos questionários aplicados, num total de 14 questionários aos comandantes das

padrões e dispositivos de segurança adequados, atualmente em vigor. Os erros mais frequentes relacionados com o transporte de crianças e sistemas de retenção nas diferentes faixas etárias são apresentados na Figura 2.

Em média, 69,2% das corporações de bombeiros participantes transporta corretamente crianças de diferentes faixas etárias em maca e, em média, 77% transporta corretamente em banco (Figura 3).

Apenas 46,2% e 34,6% das corporações de bombeiros em estudo possui SRC adequados para maca e para banco, respetivamente, para transporte de crianças, de diferentes faixas etárias, em ambulância (Figura 4). Analisando os resultados obtidos neste

Faixa etária	0-12 meses	1-3 anos	4-7 anos	8-12 anos
Transporte em maca				
<u>Correto</u>	76,9%	46,2%	53,8%	100%
<u>Incorreto</u>	23,1%	53,8%	46,2%	0%
Transporte em banco				
<u>Correto</u>	92,3%	84,6%	76,9%	53,8%
<u>Incorreto</u>	7,7%	15,4%	23,1%	46,2%

Figura 3 – Análise das práticas das corporações de bombeiros da região no transporte de crianças em ambulâncias

corporações de bombeiros participantes (14/14). Todos os questionários preenchidos foram considerados válidos.

estudo conclui-se que, em todas as faixas etárias consideradas, o transporte de crianças em maca de ambulância não é, totalmente, realizado de acordo com a recomendação da

NHTSA. No entanto, este transporte é efetuado por mais de metade das corporações de bombeiros da região de acordo com as recomendações da NHTSA quando o ‘ideal não é prático ou realizável’, ao mesmo tempo que atende aos padrões de segurança. No que diz respeito ao transporte de crianças sentadas no banco de ambulância, em todas as faixas etárias, mais de metade das corporações de bombeiros da região realiza-o de acordo com as normas e diretrizes nacionais de segurança.

conformidade com o Regulamento 44 da Comissão Económica das Nações Unidas para a Europa (Wilson, 2007), embora de acordo com as recomendações da NHTSA, caso não seja possível transportar crianças de acordo com as recomendações 'ideais', é aceitável que sejam transportadas desta forma (Foxhall, 2010).

Seja qual for a circunstância, mesmo em caso de emergência, a criança nunca deve viajar no colo. Essa forma de transporte representa perigo para a criança e demais

Faixa etária	0-12 meses	1-3 anos	4-7 anos	8-12 anos
<u>Sistema de retenção para crianças para maca</u>				
<u>Existe</u>	46,2%	46,2%	46,2%	46,2%
<u>Não existe</u>	53,8%	53,8%	53,8%	53,8%
<u>Sistema de retenção para crianças para banco</u>				
<u>Existe</u>	38,5%	38,5%	30,8%	30,8%
<u>Não existe</u>	61,5%	61,5%	69,2%	69,2%

Figura 4 – Análise dos sistemas de retenção para crianças nas corporações de bombeiros da região

Discussão

Existe insegurança no transporte de crianças e qualquer acidente que envolva uma criança é uma situação potencialmente dramática. Os resultados deste estudo evidenciam lacunas de segurança no transporte de crianças em ambulâncias, nas diferentes situações de transporte analisadas, pelas corporações de bombeiros participantes.

De acordo com as recomendações da NHTSA, qualquer criança que necessite ser transportada em maca deve ser colocada num SRC adequado ao seu tamanho, peso e idade, apropriado e devidamente fixado à maca da ambulância que prenda o tronco da criança impedindo o seu movimento para frente ou a sua ejeção em caso de acidente (NHTSA, 2010). Esta prática ocorre apenas em 46,2% das corporações de bombeiros participantes por possuírem este SRC. Um dispositivo de retenção com alça sobre o ombro reduz a probabilidade de ejeção da criança em caso de colisão (Levick, 2006). É prática da maioria das corporações de bombeiros desta região (61,5%) transportar crianças com idade entre os 0 a 12 meses fixando na maca o sistema de retenção do grupo 0+, utilizado para o banco do automóvel. Esta prática não está em

passageiros (Wilson, 2007), prática relatada por 23,1% dos comandantes das corporações de bombeiros participantes.

É de acordo com as diretrizes portuguesas que 77% das corporações de bombeiros desta região efetua estes transportes, embora apenas 34,7% destas corporações tenham estes SRC como equipamento próprio. A grande maioria refere utilizar os SRC pertencentes à criança.

A partir dos 12 anos e 135 cm de altura, se a criança tiver que ser transportada em maca, basta colocar os cintos de segurança da maca (Ballesteros et al., 2014) para viajar com segurança. Se tiver que ser transportada em banco, não precisa de banco elevatório e pode ser restringida apenas com o cinto de segurança do banco da ambulância. O uso do cinto de segurança reduz o risco de morte ou lesões graves em 50 a 70% (Öberg et al., 2015). Porém, para conferir proteção eficaz, devem estar bem ajustados ao corpo da criança, sem folgas e sem torções (DGS, 2010).

Todas as corporações de bombeiros no estudo transportam crianças de 8 a 12 anos em maca corretamente de acordo com as recomendações da NHTSA. O mesmo não ocorre no transporte de crianças, nessa faixa etária, sentadas em banco, pois apenas

53,8% são realizados de forma correta de acordo com as diretrizes nacionais.

Outro aspeto de extrema importância é a posição em que as crianças viajam quando colocadas no SRC. A forma de transporte influencia o nível de lesões sofridas na ocorrência de acidentes (Wilson, 2007). Quando transportadas na maca da ambulância, as crianças viajam de frente para a traseira do veículo, alterando significativamente a dinâmica do suporte da cabeça e pescoço durante eventos de colisão, reduzindo o risco de lesões (O'Neil et al., 2014). Esta é a forma de transporte adotada por todas as corporações de bombeiros do estudo, constituindo a prática correta. As evidências existentes concluem que crianças até aos 18 meses de idade devem ser transportadas num SRC posicionado no sentido oposto ao movimento do veículo, dado o peso e tamanho da sua cabeça e a elasticidade das suas estruturas cervicais, demasiado frágeis para resistir à força resultante do embate (Lee et al., 2018; APSI, 2019). Assim, a cabeça, o pescoço e a região dorsal permanecem uniformemente apoiados em caso de acidente, protegendo até 90% de lesões e a probabilidade de morte em cerca de 75%, em comparação com aquelas que viajam no sentido da marcha (Tingvall, 1987). Por este motivo, recomenda-se que as crianças viajem no sentido inverso à marcha do veículo até o mais tarde possível, por volta de 3/4 anos (DGS, 2010; APSI, 2019).

Estudos constataram que o uso de sistemas de retenção adequados garante um transporte seguro e reduz a morbimortalidade infantil e juvenil em caso de acidente rodoviário (Kim et al., 2018). De acordo com o relatório anual de acidentes rodoviários, em 2018, 78,6% dos acidentes que envolveram crianças ocorreram dentro de localidades - percursos normalmente considerados mais seguros, supostamente de menor velocidade e trajetos mais curtos (ANSR, 2018).

Uma das barreiras ao transporte seguro de crianças em ambulâncias advém da ausência de normas e protocolos consistentes em Portugal, do desconhecimento dos profissionais sobre as práticas de segurança e da falta de dispositivos de retenção adequados ao peso, idade e tamanho da criança. Esta situação pode levar a técnicas de contenção incorretas e inadequadas no

transporte em ambulância, colocando em risco a segurança das crianças transportadas (Johnson et al., 2006; OM, 2008; NHTSA, 2010; O'Neil et al., 2014; Balbino & Cardoso, 2017; Woods et al., 2017; Fidacaro et al., 2018).

Em média, menos de metade das corporações de bombeiros analisadas possuem todos os equipamentos necessários para garantir a segurança das crianças transportadas em ambulâncias, apesar de ser da responsabilidade da corporação, conforme corroborado por Abecasis, "A equipa de transporte deve ser totalmente autónoma e não deve depender do hospital que referencia o doente em termos de material (...)" (Abecasis, 2008, p.S163).

Uma percentagem significativa de transportes de crianças em ambulâncias não é realizada corretamente, pois dispositivos de segurança, como os SRC, não existem ou nem sempre estão a ser utilizados de maneira correta, comprometendo a segurança e a vida da criança transportada e dos demais passageiros (Bull et al., 2001; Johnson et al., 2006; O'Neil et al., 2014; Öberg et al., 2015; Balbino & Cardoso, 2017). Porém, em geral, as percentagens de transportes corretos de crianças em ambulâncias, seja em maca ou em banco, não refletem totalmente esta falta devido ao uso do próprio SRC da criança na grande maioria dos transportes realizados ou na utilização de equipamentos pertencentes ao hospital que requer o transporte (Balbino & Cardoso, 2017).

É urgente identificar os equipamentos que as ambulâncias possuem atualmente para, posteriormente e caso seja necessário, adquirir equipamentos adequados para crianças, maximizando a segurança durante o transporte (Johnson et al., 2006; Wilson, 2007; Kempley et al., 2009).

Neste estudo, os erros mais frequentes no transporte de crianças, colocando em risco a sua segurança, são corroborados em estudos anteriores (Marujo et al., 2003; Sandes & Levy, 2004; Borges et al., 2005; Fernandes, 2015).

Há uma grande diferença percentual em relação ao transporte correto em maca nas diferentes faixas etárias, realizado pelas corporações de bombeiros deste estudo. Essa diferença é facilmente justificada pelo facto de crianças de 8 a 12 anos não necessitarem de um SRC adicional além dos cintos da

própria maca para viajar com segurança na ambulância, o que se traduz em 100% de transportes efetuados corretamente. Por outro lado, como as crianças de 1 a 3 anos precisam de um SRC adicional que se adapte à maca para que sejam transportadas de forma segura, apresentam uma percentagem de 46,2%. Quanto ao correto transporte em banco nas diferentes faixas etárias, feito pelas corporações de bombeiros participantes, a diferença entre a maior (92,3%) e a menor (53,8%) percentagem pode ser justificada pela menor probabilidade de erro na escolha do SRC adequado para as crianças mais novas (0-12 meses) devido à sua vulnerabilidade para viajar no banco da ambulância sem um SRC (por exemplo, no grupo 0+), ao contrário das crianças mais velhas (8-12 anos) que muitas vezes são transportadas sem o uso de um SRC adicional, por exemplo, um banco elevatório, visto que são equiparadas aos adultos devido às suas dimensões antropométricas.

Verifica-se que o conhecimento dos profissionais quanto a esta temática é insuficiente, influenciando o seu comportamento na segurança da criança como passageira do veículo (Johnson et al., 2006).

Acredita-se que existe uma relação diretamente proporcional entre o uso incorreto dos SRC e a falta de informações corretas, consistentes e claras (Johnson et al., 2006; Kim et al., 2018) dos profissionais.

A consciencialização e o conhecimento sobre o assunto são questões complexas que devem ser trabalhadas (Johnson et al., 2006; Wilson, 2007; Kim et al., 2018). Conclui-se que a formação dos profissionais quanto às recomendações sobre o transporte de crianças em ambulâncias será benéfica, melhorando as suas práticas e aumentando a segurança das crianças durante esses transportes (Johnson et al., 2006; O'Neil et al., 2014; Fidacaro et al., 2018). É imprescindível que os profissionais tenham conhecimento e cumpram todas as medidas de segurança relacionadas com o transporte, tendo clara consciência das repercussões que o transporte incorreto acarreta.

Estes resultados revelam, em comparação com outros estudos, um maior conhecimento sobre a importância do uso de SRC adequados e uma maior intenção de proteger

as crianças durante o transporte utilizando SRC. Esses factos são evidenciados pela elevada percentagem de inquiridos que relata usar os SRC de maneira adequada para transportar crianças. No entanto, estes resultados revelam ainda formação insuficiente dos profissionais e inexistência de sistemas de retenção adequados ao transporte de crianças, evidenciada pelos erros cometidos no transporte.

Conclusão

Em Portugal, os acidentes rodoviários continuam a representar 66% do total de mortes em idade pediátrica. No entanto, esta situação é cada vez mais inaceitável uma vez que atualmente existem evidências científicas sobre a eficácia de intervenções preventivas na redução do número e do impacto dos acidentes rodoviários, tornando-os amplamente evitáveis. Por isso, os programas nacionais assumem como prioridades a prevenção de acidentes, nomeadamente com crianças e jovens, e a promoção da segurança ao longo do ciclo de vida.

Existem normas e recomendações internacionais que apoiam as medidas de segurança no transporte de crianças em ambulâncias, nomeadamente no que se refere à utilização de SRC adequados. Embora se conclua que os SRC são frequentemente utilizados para o transporte de crianças em ambulâncias, o conhecimento dos profissionais sobre os mesmos é insuficiente. Isso leva os profissionais a utilizá-los de forma incorreta e é urgente a implementação de medidas que alterem o seu comportamento. As evidências apontam para uma diferença considerável entre o que se encontra preconizado e o que realmente se aplica na prática, apesar das recomendações existentes. Fornecer contenção eficaz para crianças em ambulâncias é de facto um problema complexo, com muitos problemas únicos não resolvidos. O grande desafio nesta área é a falta de orientações de referência em Portugal sobre o transporte pediátrico seguro em ambulâncias, considerando o seu desenvolvimento e implementação essenciais para garantir que as crianças sejam transportadas de forma adequada e segura, de acordo com cada cenário clínico.

Há uma necessidade significativa de melhorar a segurança nas ambulâncias, incluindo a aquisição de equipamentos adequados para restringir as crianças durante o transporte.

Além dessa medida, a promoção da literacia em saúde e segurança, por meio da sensibilização e formação dos profissionais e da padronização de procedimentos operacionais, incentiva a adoção de comportamentos e práticas mais seguras no transporte de crianças em veículos a motor, limitando assim a exposição ao risco.

A resolução da Organização Mundial da Saúde destaca a importância de pesquisas sobre intervenções eficazes, divulgação de boas práticas e trabalho intersetorial com intervenção na área de acidentes. Assim, o presente estudo relata a importância de se conhecer o modo de transporte de crianças em ambulâncias pelas corporações de bombeiros desta região. Identificam-se os fatores de risco e proteção envolvidos nestas situações a fim de desenvolver e implementar estratégias que sejam eficazes na redução desses eventos e, conseqüentemente, evitar mortes, lesões e incapacidades, indo de encontro aos objetivos da Organização Mundial da Saúde. Embora os resultados reflitam a realidade de uma região, acredita-se que possam refletir o que acontece noutras regiões e países. Considera-se pertinente divulgar os resultados obtidos às corporações de bombeiros envolvidas no estudo, de forma a sensibilizar para a problemática em questão e intervir através do desenvolvimento de estratégias e ações que visem a promoção da segurança e prevenção de acidentes.

Espera-se que os resultados observados neste estudo sirvam de estímulo para a realização de outras pesquisas que possam complementar e confirmar os conhecimentos adquiridos, melhorando os cuidados e a segurança das crianças durante o transporte em ambulâncias.

Relevância para a prática clínica

Este estudo tem como objetivo sensibilizar para a problemática em questão, identificando os fatores de risco e de proteção envolvidos nas situações analisadas e, por sua vez, incentivar a adoção de comportamentos e práticas corretas, maximizando a segurança da criança como passageiro. Quando os erros de proteção são

reduzidos, seguindo medidas de segurança, o impacto na redução da mortalidade e morbidade infantojuvenil devido a acidentes de trânsito pode ser cada vez mais significativo, com ganhos substanciais na saúde desta população. O desenvolvimento de estratégias e ações voltadas para a promoção da segurança e prevenção de acidentes é fundamental para a mudança deste cenário.

Limitações

Como limitações deste estudo, apontam-se: a utilização de amostra de conveniência, o que pode ocasionar viés de medição; incluir apenas corporações de bombeiros de uma região específica não pode refletir exatamente a situação a nível nacional dada a restrita amostra estudada; os inquiridos podem ter dado respostas que consideram aceitáveis ou desejáveis pelos investigadores, constituindo um viés por levar a respostas indicando métodos de transporte corretos e adequados, subestimando as práticas reais de métodos de transporte incorretos ou inadequados; por se tratar de um estudo baseado nas respostas a questionários sem observação direta das condições de transporte, nomeadamente erros na colocação de crianças em sistemas de retenção, utilização de sistemas de retenção adequados ao peso, idade e tamanho da criança a transportar. Outra limitação é a escassez de estudos nacionais sobre o tema, o que impossibilita a comparação direta dos resultados. Mesmo com as limitações observadas, os resultados obtidos estão de acordo com o descrito na literatura existente.

Recomendações

Face ao diagnóstico de situação nesta área, recomenda-se a realização de mais estudos regionais, bem como formação complementar sobre medidas de segurança e práticas corretas para o transporte de crianças em ambulâncias. Levando em consideração as necessidades identificadas e os recursos disponíveis, devem ser desenvolvidas estratégias para os grupos vulneráveis e para os principais fatores de risco, tais como: programas/projetos nacionais, padronização de procedimentos e regulamentação de práticas seguras, formação de profissionais de saúde, a fim de promover comportamentos seguros e

competências específicas para gerir o risco de acidentes, melhorando a qualidade dos cuidados de saúde.

Por se tratar de um grave problema de saúde pública, de causalidade múltipla, o sucesso na promoção da segurança e prevenção de acidentes depende de uma articulação intersectorial (social, económico, político e outros), interdisciplinar e internacional (intercâmbio de boas práticas e partilha de informações), e do envolvimento ativo de todos os parceiros, a todos os níveis, para tornar a segurança rodoviária uma realidade. Em suma, a prevenção de acidentes com base numa intervenção de saúde pública é útil quando combina: estratégias para mudar o ambiente, respostas dirigidas aos grupos mais vulneráveis e canaliza os resultados da avaliação e da investigação para a intervenção comunitária.

Referências

- Abecasis, F. (2008). Transporte Neonatal e Pediátrico - Organização e Perspectivas Actuais. NASCER E CRESCER - revista do hospital de crianças maria pia, 17(3):S162–S165. Disponível em: https://repositorio.chporto.pt/bitstream/10400.16/1154/1/TransporteNeonatal_NeC_17-3_Web.pdf
- Associação para a Promoção da Segurança Infantil [APSI]. (2019). Workshops de Segurança Infantil - Segurança Rodoviária - Manual. In Manual de Formação: Segurança Rodoviária, 1–12.
- Autoridade Nacional de Segurança Rodoviária [ANSR] (2014). Ficha Temática - Crianças até aos 14 anos - 2004-2013. [citado 2019 outubro 23]. Disponível em: http://www.ansr.pt/Campanhas/Documents/Regresso%20Aulas%20014/FICHA_TEM%C3%81TICA_SUB_14.pdf
- Autoridade Nacional de Segurança Rodoviária [ANSR]. (2018). Relatório Anual de Sinistralidade Rodoviária - Ano de 2018 [citado 2019 novembro 5]. Disponível em: <http://www.ansr.pt/Estatisticas/RelatoriosDeSinistralidade/Documents/2018/RELAT%C3%93RIO%20ANUAL%20-%20V%C3%8DTIMAS%20A%2024%20HORAS/Relat%C3%B3rio%20Anual%20Sinistralidade%20Rodovi%C3%A1ria%202018%20-24%20horas.pdf>
- Balbino, A. C., Cardoso, L. (2017). Dificuldades no transporte inter-hospitalar de recém-nascido crítico realizado pelas equipas do serviço de atendimento móvel de urgência. *Texto e Contexto Enfermagem*, 26(3):1-8. doi: 10.1590/0104-07072017000790016
- Ballesteros, T., Arana, I., Ezcurdia, A. P., Alfaro, J. R. (2014). Development and tests of a paediatric and neonatal immobilizer for ambulance transfers. *Journal of Medical Engineering and Technology*, 38(4):202–210. doi: 10.3109/03091902.2014.902515
- Borges, A. C., Costa, E., Pinto, M. L., Costa, M. (2005). Como transporta os seus filhos? NASCER E CRESCER - revista do hospital de crianças maria pia. 2005;14(2):73–79.
- Bull, M. J., Weber, K., Talty, J., Manary, M. (2001). Crash protection for children in ambulances. *Annual proceedings/Association for the Advancement of Automotive Medicine*, 45:353–367. https://www.researchgate.net/publication/11175487_Crash_protection_for_children_in_ambulances
- Direção-Geral da Saúde [DGS]. (2010). Orientação n.º 001/2010 - Transporte de Crianças em Automóvel desde a alta da Maternidade. [citado 2019 outubro 10]. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0012010-de-16092010-pdf.aspx>
- Direção-Geral da Saúde [DGS] (2012). Programa Nacional de Prevenção de Acidentes - Promoção da Alta Segura – Relatório. [citado 2019 outubro 10]. Disponível em: <https://www.dgs.pt/documentos-publicacoes/programa-nacional-de-prevencao-de-acidentes-relatorio-do-projeto-de-promocao-da-alta-segura-jpg.aspx>
- Fernandes, R. (2015). Segurança rodoviária infantil: conhecimentos e atitudes dos pais na utilização do sistema de

- retenção no recém-nascido [Relatório Final] [Internet]. Viseu: Instituto Politécnico de Viseu – Escola Superior de Saúde de Viseu. [citado 2019 outubro 20]. Disponível em: <https://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/3244/1/MariaHelenaRodriguesFernandes%20DM.pdf>
- Fidacaro, G. A., Jones, C. W., Drago, L. A. (2018). Pediatric Transport Practices Among Prehospital Providers. *Pediatric emergency care*, 00(00):1–4. doi: 10.1097/PEC.0000000000001564
- Foxhall, K. (2010). National safety protocols near for child transport in ambulances: ultimate goal is to prevent injuries in crashes. *Contemporary Pediatrics*, 18–21.
- Johnson, T. D., Lindholm, D., Dowd, M. D. (2006). Child and Provider Restraints in Ambulances: Knowledge, Opinions, and Behaviors of Emergency Medical Services Providers. *Academic Emergency Medicine*, 13(8):886–892. doi: 10.1197/j.aem.2006.03.562
- Kempley, S. T., Ratnavel, N., Fellows, T. (2009). Vehicles and equipment for land-based neonatal transport. *Early Human Development*, 85(8):491–495. doi: 10.1016/j.earlhumdev.2009.05.004
- Kim, S. H., Park, S. W., Lee, Y. K., Ko, S. Y., Shin, S.M. (2018). Use of child safety seats during transportation of newborns. *Korean Journal of Pediatrics*, 61(8):253–257.
- Lee, Y. Y., Fang, E., Weng, Y., Ganapathy, S. (2018). Road traffic accidents in children: the “what”, “how” and “why”. *Singapore Med J*, 59(4):210–216. doi: 10.11622/smedj.2017114
- Levick, N., Li, G., Yannaccone, J. R. (2001). Development of a dynamic testing procedure to assess crashworthiness of the rear patient compartment of ambulance vehicles. In 17th International Technical Conference on the Enhanced Safety of Vehicles (ESV) Conference, 1–8.
- Levick, N.R., Swanson, J. (2005). An optimal solution for enhancing ambulance safety: Implementing a driver performance feedback and monitoring device in ground emergency medical service vehicles. In Annual Proceedings - Association for the Advancement of Automotive Medicine, 49:35–50. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16179138>
- Levick, N. (2006). Ambulance Safety. *Best Practices*, 9(9):106. <http://www.objectivesafety.net/2006SeptBestPracticeLevick.pdf>
- Levick, N., Grzebieta, R. (2007). Development of Proposed Crash Test Procedures for Ambulance Vehicles Engineering, 1-9.
- Marujo, A., Moleiro, P., Faria, D. (2003). Transporte de crianças em automóvel: o que fazem os nossos pais. *Saúde Infantil*, 25(2):25–37. Disponível em: <https://saudeinfantil.asic.pt/images/download-arquivo/2003%20-%202%20-%20Setembro%20-%2025/rsi-2003-setembro.pdf>
- Ministérios da Administração Interna e da Saúde. (2001). Portaria 1147/2001 de 28 de setembro, Diário da República n.º 226/2001, Série I-B, 6170-6175. [citado 2019 outubro 18]. Disponível em: <https://dre.pt/pesquisa/-/search/614364/details/maximized>
- Ministério da Administração Interna. (2005). Portaria 311-A/2005 de 24 de março, Diário da República n.º 59/2005, 2º Suplemento, Série I-B, 2614-(7) – 2614-(9). [citado 2019 outubro 18]. Disponível em: [tps://dre.pt/pesquisa/-/search/383015/details/maximized](https://dre.pt/pesquisa/-/search/383015/details/maximized)
- National Highway Traffic Safety Administration [NHTSA]. (2010). Recommendations for the Safe Transportation of Children in Ground Ambulances. [citado 2019 outubro 5]. Disponível em: <https://www.nh.gov/safety/divisions/fstems/ems/training/documents/childtransport.pdf>
- Öberg, M., Vicente, V., Wahlberg, A. C. (2015). The emergency medical service personnel’s perception of the transportation of young children. *International Emergency Nursing*, 23(2):133–137. doi: 10.1016/j.ienj.2014.06.192

- O'Neil, J., Steele, G. K., Weinstein, E., Collins, R., Talty, J., Bull, M. J. (2014). Ambulance transport of noncritical children: Emergency medical service providers' knowledge, opinions, and practice. *Clinical Pediatrics*, 53(3):250–255. doi: 10.1177/0009922813517168
- Ordem dos Médicos [OM] e Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos. (2008). Transporte de Doentes Críticos Recomendações. [citado 2019 Outubro 11]. Disponível em: <https://www.spci.pt/media/documentos/15827260365e567b9411425.pdf>.
- Sampedro, P. D., Hernández, S. S., Lucas, R.J., Tascón, M. V. (2016). Formación y seguridad en transporte pediátrico. *Revista Española de Pediatría*, 72 (Supl. 1):9–12. <https://www.seinap.es/wp-content/uploads/Revista-de-Pediatria/2016/REP%2072-Supl%201.pdf>
- Sandes, A. R., Levy, L. (2004). Segurança no Transporte de Crianças em Automóvel - Uma Longa Estrada a Percorrer. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 35(5/6):435–439. doi: 10.25754/pjp.2004.5013
- Schvartsman, C., Carrera, R., Abramovici, S. (2005). Avaliação e transporte da criança traumatizada. *Jornal de Pediatria*, 81(5 Supl):S223-S229. doi: 10.1590/s0021-75572005000700013
- Tingvall, C. (1987). Children in cars. Some aspects of the safety of children as car passengers in road traffic accidents. *Acta Paediatrica Scandinavica*, 76(s339):1–35. doi: 10.1111/j.1651-2227.1987.tb10586.x
- Wilson, P. (2007). Fasten their seatbelts: legal restraint of children in car seats and road ambulances. *Paediatric nursing*, 19(7):14–18. doi: 10.7748/paed2007.09.19.7.14.c4451
- Woods, R. H., Shah, M., Doughty, C., Gilchrest, A. (2017). Barriers to Implementation of Recommendations for Transport of Children in Ground Ambulances. *Pediatric emergency care*, 0(0):1-5. doi: 10.1097/PEC.0000000000001280
- World Health Organization [WHO] (2011). Child injury prevention. [citado 2019 outubro 14]. Disponível em: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA64/A64_23-en.pdf

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM NO PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATO DE CIRURGIA CARDÍACA: UM ESTUDO DE CASO

Nursing diagnoses in immediate postoperative period of cardiac surgery: a case study

Autor: Cátia Machado¹, Mariana Pereira²

Resumo

Introdução: A comunicação interventricular pode ocorrer na sequência do Enfarte Agudo do Miocárdio e tem como tratamento a correção cirúrgica. O pós-operatório de cirurgia cardíaca é caracterizado por inúmeras particularidades exigindo do enfermeiro cuidados de elevada complexidade. O enfermeiro deve cumprir as etapas do processo de enfermagem de modo a formular um plano de cuidados personalizado. Utilizar o processo de enfermagem e uma comunicação eficaz contribui para a segurança do doente. **Objetivo:** Enunciar os diagnósticos de enfermagem no período pós-operatório de doença cardíaca e respetivas intervenções. **Metodologia:** Estudo de caso clínico com recurso ao processo de enfermagem. Para a elaboração dos diagnósticos e respetivas intervenções foi utilizada a CIPE (Classificação Internacional Para a prática Enfermagem). **Resultados:** Os principais diagnósticos de enfermagem identificados foram “dor”, “ferida cirúrgica presente”, “risco de choque”, “risco de desequilíbrio eletrolítico”, “risco de hipotermia”, “risco de infeção”, “risco de processo do sistema respiratório comprometido”. Para cada diagnóstico foram planeadas intervenções de enfermagem. **Discussão:** Vários estudos reforçam a importância de identificar os diagnósticos de enfermagem com vista à prestação de cuidados adequados. A execução das intervenções planeadas exige uma atuação rápida e eficaz no sentido de evitar possíveis complicações, atingindo o melhor resultado possível. As competências específicas do Enfermeiro Especialista sustentam a prática do cuidar da pessoa em situação crítica. **Conclusão:** A identificação dos diagnósticos de enfermagem e o planeamento das intervenções são essenciais para uma resposta holística, personalizada, atempada, de alta complexidade e qualidade com o mínimo de complicações.

Palavras-chave: enfarte agudo do miocárdio, comunicação interventricular, diagnósticos de enfermagem, cirurgia cardíaca, período pós-operatório.

Abstract

Introduction: Interventricular communication can occur following Acute Myocardial Infarction and its treatment is surgical correction. The postoperative period of cardiac surgery is characterized by numerous particularities requiring highly complex care from nurses. Nurses must complete the steps of the nursing process in order to formulate a personalized care plan. Using the nursing process and effective communication contributes to patient safety. **Objective:** To enunciate nursing diagnoses in the postoperative period of heart disease and respective interventions. **Methodology:** Clinical case study using the nursing process. For the elaboration of diagnoses and respective interventions, the CIPE nomenclature was used. **Results:** The main nursing diagnoses identified were "pain", "surgical wound present", "risk of shock", "risk of electrolyte imbalance", "risk of hypothermia", "risk of infection", "risk of compromised process of respiratory system". For each diagnosis, nursing interventions were planned. **Discussion:** Several studies reinforce the importance of identifying nursing diagnoses in order to provide

¹ Enfermeira no Hospital do Espírito Santo Évora E.P.E., Aluna do Mestrado Em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Universidade de Évora – ksem17@hotmail.com

² Mestre em Ciências da Educação. Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Membro do CIIAS. Professora Adjunta, Departamento Enfermagem, Escola Superior de Saúde, Instituto Politécnico de Setúbal, Portugal: mariana.pereira@ess.ips.pt

adequate care. The execution of the planned interventions requires rapid and effective action to avoid possible complications, achieving the best possible result. The specific competencies of the Specialist Nurse support the practice of caring for the person in a critical situation. Conclusion: The identification of nursing diagnoses and the planning of interventions are essential for a holistic, personalized, timely, high-complexity and quality response with minimal complications. Keywords: myocardial infarction, interventricular communication, nursing diagnoses, cardiac surgery, postoperative period.

Introdução

As doenças cardiovasculares apresentam uma grande prevalência pelo mundo, representando cerca de 40% das mortes nos países europeus (Despacho n.o 8597/2017 Gabinete Do Secretário de Estado Adjunto e Da Saúde, 2017). São a principal causa de morte, em Portugal, e representam cerca de 29,7% das mortes (Direção-Geral da Saúde, 2017 citado por Silva et al., 2019).

A doença coronária resulta da interação de vários fatores, sendo as suas principais causas a hipercolesterolemia, hipertensão arterial sistémica, resistência à insulina e o tabagismo (Amorim & Salimena, 2015). Assim, a probabilidade de ocorrer um evento cardíaco isquémico aumenta com o aumento do número de fatores de risco presentes (Amorim & Salimena, 2015).

O Enfarte Agudo do Miocárdio (EAM) é uma das doenças cardiovasculares mais incidentes e com uma taxa de mortalidade elevada (American Heart Association [AHA], 2013 citado por Soares & Ferreira, 2017). No EAM ocorre a morte de células do miocárdio devido a isquemia (European Society of Cardiology [ESC], 2018). A maioria dos casos de EAM acontece devido à oclusão de uma artéria coronária e, conseqüentemente, redução do fluxo sanguíneo (Alcaraz Eiró et al., 2016). Existe a rotura ou erosão da placa de aterosclerose que pode complicar pela trombose intra-coronária ou pela hemorragia na placa (ESC, 2018).

O principal sintoma de EAM é a dor torácica intensa, précordial, opressiva que pode irradiar à mandíbula e membros superiores. Outros sintomas podem estar associados, tais como náuseas, vômitos, palpitações, tonturas, síncope, dispneia e ansiedade (Alcaraz Eiró et al., 2016). Pessoas com esta sintomatologia podem desenvolver elevações do segmento ST em duas ou mais derivações contíguas e, nesse caso, denomina-se que o doente tem um Enfarte Agudo do Miocárdio com

Supradesnivelamento do Segmento ST (EAM c/SST). Por outro lado, os doentes sem elevação do segmento ST têm o designado Enfarte Agudo do Miocárdio sem Supradesnivelamento do Segmento ST (EAM s/SST) (ESC, 2018).

A reperfusão do fluxo sanguíneo nas artérias coronárias é fundamental na melhoria do prognóstico e no tratamento do doente. Atrasos na reperfusão cursam em piores resultados, como por exemplo a deterioração da função ventricular e morte (Alcaraz Eiró et al., 2016). A Intervenção Coronária Percutânea é definida como angioplastia, com ou sem implantação de stents e/ou insuflação de balões, que tem como objetivo restabelecer o fluxo coronário. É o tratamento que garante mais eficácia, melhor função residual do ventrículo esquerdo, menos re-occlusões e melhores resultados clínicos quando comparada com a fibrinólise (Alcaraz Eiró et al., 2016).

As complicações do EAM podem ocorrer a nível elétrico e/ou mecânico. A nível elétrico podem ocorrer arritmias (bradi ou taquiarritmias) que podem ser primárias (surgem nas primeiras 24h e são atribuídas à isquemia) ou secundárias (surgem após as 24h e geralmente devem-se à disfunção ventricular esquerda) que têm um pior prognóstico a longo prazo. As complicações mecânicas são, habitualmente, secundárias à rutura do tecido da zona de enfarte (Alcaraz Eiró et al., 2016).

Um exemplo de complicação mecânica é a comunicação interventricular (CIV), em que existe ruptura do septo interventricular muitas vezes inerente à instabilidade hemodinâmica, o que sustenta a sua alta mortalidade (Omar et al., 2018; Spagnol et al., 2018). Há, então, a passagem de sangue do ventrículo esquerdo para o ventrículo direito, gerando sobrecarga e hipertensão pulmonar, redução da função sistólica do ventrículo esquerdo e conseqüentemente vasoconstrição periférica compensatória (Spagnol et al., 2018).

Os fatores de risco para a CIV são idade avançada, género feminino e EAM anterior extenso (Spagnol et al., 2018; Omar et al., 2018). Nas CIV a terapêutica médica não é eficaz (Chan et al., 2021) e, mesmo com correção cirúrgica existem altas taxas de mortalidade que rondam os 13,3-65% (Spagnol et al., 2018; Chan et al., 2021).

A identificação dos fatores de risco do doente para complicações pós-operatórias pode influenciar a decisão sobre o tratamento mais adequado, sendo necessário também ter em conta o custo-benefício (Silva et al., 2013 citado por Taurino, 2019). Quando as intervenções clínicas e farmacológicas não são suficientes na manutenção da saúde do doente, emerge como alternativa a correção cirúrgica invasiva (Amorim & Salimena, 2015). A cirurgia cardíaca pode ser dividida em três tipos: corretora (encerramento de canal arterial, defeito do septo ventricular e auricular), reconstrutora (plastia de válvula, revascularização miocárdicas) e substitutiva (substituição valvular e transplante) (Amorim & Salimena, 2015).

Na cirurgia cardíaca a incisão mais comum é a esternotomia mediana e, dependendo dos casos, é frequente a necessidade de circulação extra-corporal (CEC). Na CEC os pulmões e o coração não participam na circulação de modo a permitir um campo com pouco sangue e coração imóvel. São introduzidas cânulas nas veias cavas superior e inferior e na aorta; o sangue venoso é assim drenado para um oxigenador e depois redirecionado por uma bomba através da aorta (Taurino, 2019).

Nos casos de CIV pensa-se que o intervalo de tempo é o principal fator que influencia a morbidade e mortalidade (Chan et al., 2021). Estudos apontam uma média de 7 dias após confirmação do diagnóstico para a cirurgia ser mais segura, pois o tempo é um indicador do estado hemodinâmico. O estado hemodinâmico é que dita a limitação de tempo, se o doente estiver instável deve ser considerado suporte mecânico e se não houver melhoria deve ser feita a cirurgia independentemente do número de dias desde o diagnóstico (Chan et al., 2021).

A cirurgia cardíaca é uma cirurgia major cujo pós-operatório é caracterizado por inúmeras particularidades pois é considerado um período de cuidado crítico

(Taurino, 2019). Assim, este período exige do enfermeiro, cuidados de elevada complexidade, observação contínua e uma rápida tomada de decisão perante as alterações observadas (Taurino, 2019). O enfermeiro deve planear as suas intervenções de acordo com os diagnósticos de enfermagem encontrados, ou seja, cumprir as etapas do processo de enfermagem. Deste modo, intervém de acordo com as necessidades do doente, de forma individualizada, promovendo a sua recuperação e alta precoces (Taurino, 2019). O período pós-operatório imediato (primeiras 24h) é um momento de recuperação crítica, com necessidade de cuidados intensivos, de modo a instaurar uma boa recuperação do doente (Lopes et al., 2019). As Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) que devem estar munidas de recursos humanos e materiais que promovam a segurança do doente, quer em condições normais, quer em condições de emergência com vista à sua recuperação (Amorim & Salimena, 2015; Taurino, 2019). A equipa de enfermagem que presta cuidados na UCI tem especial atenção às alterações dos parâmetros vitais (há labilidade acrescida após cirurgia cardíaca), ao alívio da dor, manutenção do equilíbrio eletrolítico, ajuste da temperatura, entre outros (Amorim & Salimena, 2015).

Nestas situações os enfermeiros vigiam, identificam e intervêm imediatamente sobre as complicações de modo a evitar erros irreversíveis para a saúde dos doentes (Lopes et al., 2019). Para o enfermeiro é crucial ter conhecimento da anatomia e fisiologia cardíacas para, subsequentemente, identificar e avaliar alterações de modo a definir as intervenções de enfermagem consoante os diagnósticos de enfermagem identificados (Amorim & Salimena, 2015). Assim, podemos afirmar que “o cuidado pós-operatório é determinante para o prognóstico” (Taurino, 2019 p.9).

Identificar os diagnósticos de enfermagem contribui para o planeamento e adequação dos cuidados necessários a cada doente e situação. Permite formular um plano de cuidados de acordo com as necessidades individuais (Taurino, 2019). A utilização do processo de enfermagem e a comunicação eficaz, como ferramentas para a organização

dos cuidados, contribui para a segurança do doente (Taurino, 2019).

Designadamente, o enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica: a pessoa em situação crítica (EMC-PSC) desenvolve competências específicas para cuidar do doente crítico, cuidado esse que se aplica ao período pós-operatório de doença cardíaca. Este estudo tem como objetivo enunciar os diagnósticos de enfermagem no período pós-operatório de doença cardíaca e respetivas intervenções.

Metodologia

Trata-se de um estudo de caso clínico com recurso ao processo de enfermagem. O estudo de caso é feito a partir de uma detalhada colheita de dados que são aplicados nos cuidados de enfermagem com o intuito de estudar profundamente os problemas e necessidades do doente, criando estratégias para solucionar os problemas detetados.

Os diagnósticos de enfermagem foram identificados através da análise do caso, exame físico e processo clínico de modo a colher os dados necessários. Não foram recolhidos dados através de entrevista à doente pois, no momento da colheita de dados, a mesma encontrava-se no período pós-operatório imediato sob Ventilação Mecânica Invasiva (VMI) e sedação.

Para a elaboração dos diagnósticos e respetivas intervenções foi utilizada a nomenclatura da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE).

Apresentação do caso

Doente do género feminino, 78 anos de idade de nacionalidade Holandesa, mas residente em Portugal. Tem como antecedentes pessoais de doença conhecidos: hipertensão arterial, dislipidemia, neoplasia da mama, acidente isquémico transitório e tiroidectomia. Sem alergias medicamentosas ou outras conhecidas.

Dia 27/12/2021 recorre ao Serviço de Urgência do Hospital da sua área de residência por dor torácica com irradiação dorsal. Fica internada com o diagnóstico de EAM s/SST e ainda nesse dia faz coronariografia. Através da coronariografia foi identificada doença coronária de dois vasos (descendente anterior e circunflexa) e

faz angioplastia dos dois vasos (houve complicações na angioplastia da descendente anterior). Após o procedimento apresentou dor pleurítica que reverteu com analgésico; imediatamente apresenta quadro de insuficiência cardíaca. No dia seguinte, em ecocardiograma transtorácico, terá passado despercebida uma CIV meso-apical com shunt esquerdo-direito.

Dia 31/12/2021 houve agravamento do cansaço e dispneia já presentes, foi então identificada uma CIV importante e a doente é helitransportada para um hospital com cirurgia cardiotorácica. À chegada à Unidade de Cuidados Intensivos de Cirurgia Cardiotorácica (UCI CCT) do hospital onde seria submetida a cirurgia de correção da CIV encontrava-se hemodinamicamente estável e em respiração espontânea. Nos dias seguintes houve necessidade de suporte inotrópico.

Dia 05/01/2022 (nove dias após o EAM s/SST) decide-se então ida ao Bloco Operatório (BO) onde fez encerramento de CIV com colocação de patch bovino. É então re-admitida na UCI CCT após a cirúrgica com necessidade de VMI, sedação e suporte inotrópico (noradrenalina, dobutamina e nitroglicerina). Tinha vários dispositivos médicos, tais como, cateter venoso central (CVC), linha arterial (LA), sonda nasogástrica, algália e drenos torácicos.

Resultados/Diagnósticos de Enfermagem e Intervenções

Na enfermagem, a prática diária é sustentada pelo processo de enfermagem, que surge como linha orientadora permitindo planear ações e estabelecer prioridades no cuidar, de modo a dar resposta às necessidades humanas.

O caso clínico exposto retrata uma situação de doente crítico, tendo como foco o período pós-operatório imediato onde foram levantados diagnósticos e prestados cuidados de enfermagem diferenciados desde o momento da admissão na UCI CCT. A situação clínica exigiu uma intervenção célere e especializada por parte dos enfermeiros e restante equipa multidisciplinar.

Desta forma, os principais diagnósticos levantados foram “dor”, “ferida cirúrgica presente”, “risco de choque”, “risco de desequilíbrio eletrolítico”, “risco de

hipotermia”, “risco de infecção”, “risco de processo do sistema respiratório comprometido”. Para cada diagnóstico foram planejadas intervenções de enfermagem que se consideram essenciais para a prática de cuidados à pessoa em situação crítica (PSC) tendo como referência a nomenclatura CIPE.

Dor

“percepção comprometida: aumento de sensação corporal desconfortável, referência subjetiva de sofrimento, expressão facial característica, alteração do tônus muscular, comportamento de autoproteção, limitação do foco de atenção, alteração da percepção do tempo, fuga do contacto social, processo de pensamento comprometido, comportamento de distração, inquietação e perda de apetite” (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2016 p.54).

As intervenções planejadas foram:

- Monitorização do nível de dor (através de escala adequada);
- Promover estratégias farmacológicas e não farmacológicas para alívio da dor;
- Supervisionar resposta ao tratamento.

Ferida cirúrgica presente

“Ferida: corte de tecido produzido por um instrumento cirúrgico cortante, de modo a criar uma abertura num espaço do corpo; ou num órgão, produzindo drenagem de soro e sangue, que se espera que seja limpa, ou seja, sem mostrar quaisquer sinais de infecção ou pus” (OE, 2016 p.58).

As intervenções planejadas foram:

- Executar tratamento à ferida e local de inserção dos drenos com técnica asséptica;
- Vigiar sinais de complicações;
- Vigiar resposta ao tratamento.

Risco de choque

“Processo do sistema circulatório comprometido: insuficiência circulatória que se caracteriza por um deficiente retorno venoso ao coração com a consequente redução do débito cardíaco; fluxo sanguíneo inadequado; perda de volume circulatório; disfunção celular com risco de vida, associada a ansiedade intensa, falta de forças, suores, falta de ar, hipotensão, arritmia, edema da laringe, náuseas, vômitos e diarreia, descida súbita e acentuada da pressão sanguínea, pele fria, taquicardia e oligúria” (OE, 2016 p.45).

As intervenções planejadas foram:

- Gerir oxigenoterapia;
- Monitorizar sinais vitais;
- Vigiar ferida cirúrgica e drenagens torácicas;
- Prevenir hipotermia;
- Manter acessos permeáveis e administração de fluidos e/ou fármacos conforme prescrição;
- Vigiar resposta ao tratamento.

Risco de desequilíbrio eletrolítico

“Processo do sistema regulador comprometido” (OE, 2016 p.53)

As intervenções planejadas foram:

- Monitorizar sinais vitais;
- Interpretar valores analíticos/gasimétricos para despiste de alterações;
- Administrar terapêutica conforme prescrito ou protocolado;
- Vigiar sinais de complicações;
- Monitorizar glicémia capilar;
- Vigiar resposta ao tratamento.

Risco de hipotermia

“Hipotermia: termorregulação comprometida: diminuição da capacidade para regular o termostato interno, temperatura corporal reduzida, pele fria, pálida e seca, tremores, preenchimento capilar lento, taquicardia, leitos ungueais cianosados, hipertensão, ereção pilosa associada a exposição prolongada ao frio, disfunção do sistema nervoso central ou do sistema endócrino em condições de frio ou introdução artificial de temperaturas corporais anormalmente baixas, por razões terapêuticas” (OE, 2016 p.62).

As intervenções planejadas foram:

- Monitorizar temperatura corporal;
- Detetar precocemente alterações;
- Promover aquecimento conforme necessidade;
- Vigiar resposta ao tratamento.

Risco de Infecção

“Processo patológico: invasão do corpo por microrganismos patogénicos que se reproduzem e multiplicam, causando doença por lesão celular local, secreção de toxinas ou reação antigénio-anticorpo” (OE, 2016 p.63).

As intervenções planejadas foram:

- Prevenir infecção;
- Prevenir infecção cruzada

- Vigiar sinais e sintomas;
- Administrar antibioterapia profilática pós-cirurgia conforme prescrito;
- Vigiar resposta ao tratamento.

Risco de processo do sistema respiratório comprometido

“Processo corporal: processo contínuo de troca molecular de oxigénio e dióxido de carbono dos pulmões para a oxidação celular, regulada pelos centros cerebrais da respiração; recetores brônquicos e aórticos, bem como para um mecanismo de difusão” (OE, 2016 p.74).

As intervenções planeadas foram:

- Vigiar o padrão respiratório através da avaliação das características da respiração, frequência respiratória e utilização dos músculos acessórios;
- Administrar sedação conforme prescrito e necessidade de ajuste da mesma;
- Monitorizar a saturação periférica de oxigénio;
- Gerir a oxigenoterapia;
- Interpretar gasimetrias de sangue arterial;
- Avaliar a necessidade de aspiração de secreções;
- Vigiar sinais de agravamento respiratório;
- Monitorizar resposta aos tratamentos efetuados.

Discussão

Os diagnósticos e intervenções selecionados foram aqueles considerados mais pertinentes em função do caso clínico apresentado. Tal como outros estudos corroboram, estes são frequentemente encontrados em doentes no período pós-operatório de cirurgia cardíaca. Segundo Clemente et al., (2016), a dor está presente devido ao trauma cirúrgico, à ferida operatória, aos drenos torácicos, à entubação orotraqueal e ao posicionamento no leito. A presença de dor pode desencadear alterações nos sinais vitais, aumentar o consumo de oxigénio o que leva a sobrecarga do miocárdio. Portanto, a sensação de dor desequilibra o funcionamento fisiológico. Deste modo, o enfermeiro deve estar atento a possíveis alterações que possam indicar a presença de dor e valorizar as queixas do doente (quando este já não está sob sedação) relativamente à intensidade, frequência e tipo de dor para intervir de forma eficaz através da administração de fármacos (sob

prescrição médica) e de estratégias não farmacológicas.

Para Ribeiro et al., (2015), a dor é uma desconfortável experiência emocional e sensorial que pode ter início lento ou súbito com intensidade variável. A sua presença pode ser preditiva de complicações que devem ser tratadas de forma célere.

Silva et al. (2016) referem que dor intensa é experienciada por 50-75% dos doentes submetidos a cirurgia cardíaca. O controlo da dor é imperioso pois pode originar complicações e sofrimento. Para avaliação da dor o enfermeiro observa a expressão facial, a linguagem corporal e alterações nas condições fisiológicas.

No caso supracitado foi feita uma constante avaliação e registo da dor através da escala de Behavioral Pain Scale (BPS) e foi feita administração de analgesia prescrita em SOS para alívio da mesma, quando presente.

A ferida cirúrgica está presente em todos os doentes submetidos a cirurgia cardíaca. De acordo com Clemente et al. (2016) os cuidados à ferida operatória devem ser prioritários, nomeadamente a realização do penso e observação da presença de sinais inflamatórios. Locais de inserção de drenos devem também ser vigiados.

Para Silva et al. (2016) os drenos torácicos e/ou mediastínicos devem ser colocados em aspiração, deverá ser mensurada e registada a quantidade e características do conteúdo drenado.

No caso supracitado foi feita uma avaliação e registos contínuos do conteúdo drenado, assim como vigilância de sinais inflamatórios quer no local de inserção dos drenos quer da esternotomia.

O risco de choque está presente nos doentes submetidos a cirurgia cardíaca devido a possíveis perdas sanguíneas (choque hipovolémico) e a diminuição da contratilidade miocárdica (choque cardiogénico). A hipovolemia caracteriza-se por uma diminuição de volume intravascular e pode resultar da falta de reposição de volume ou da saída de fluido do espaço intersticial (Carvalho et al., 2016). Deve ser calculado o balanço hídrico para prevenir possível instabilidade (Clemente et al., 2016).

Para além da oxigenoterapia (já assegurada pela VMI), pode ser necessário recorrer à ressuscitação volémica e ao suporte

inotrópico. O enfermeiro avalia essas necessidades e administra as terapêuticas após prescrição médica. É necessária uma intervenção célere na identificação de alterações e correção das mesmas.

O risco de desequilíbrio eletrolítico advém de alterações nos níveis séricos de eletrólitos, o que pode colocar em risco a saúde do doente. Estas alterações eletrolíticas podem ocorrer devido a hemorragia, disfunção renal e a hemodiluição utilizada na CEC (Carvalho et al., 2016). Alterações eletrolíticas podem surgir na sequência de hemodiluição devido à CEC; as alterações mais importantes são as que ocorrem com o potássio, magnésio e cálcio pois são responsáveis na transmissão e condução de impulsos nervosos e contração do miocárdio (Carvalho et al., 2016). As alterações eletrolíticas podem ser facilmente identificadas através da gasimetria de sangue arterial pelo que o enfermeiro deve ser dotado de conhecimentos nessa área de modo a identificar facilmente as alterações, proporcionando uma rápida correção.

A inatividade, a administração de medicamentos vasodilatadores e peso excessivo do doente são fatores de risco para o desequilíbrio da temperatura corporal, podendo levar à hipotermia (Carvalho et al., 2016). Numa cirurgia cardíaca com CEC há uma baixa de temperatura no início e um aquecimento no final (Carvalho et al., 2016). Assim, mesmo após aquecimento, o doente submetido a este tipo de cirurgia continua em risco de desenvolver hipotermia se a temperatura baixa não for precocemente detetada.

Para Silva et al. (2016) é necessário descartar a presença de hipotermia, principalmente na primeira hora do período pós-operatório.

Num doente submetido a cirurgia cardíaca o risco de infeção está presente devido ao ambiente hospitalar (propício ao desenvolvimento de infeções) e aos procedimentos invasivos a que foi e continua a ser submetido (cirurgia propriamente dita, ventilação mecânica invasiva, punções e presença de acessos centrais e periféricos, drenos torácicos e/ou mediastínicos, sonda vesical, entre outros) (Ribeiro et al., 2015; Carvalho et al., 2016; Clemente et al., 2016). Segundo Silva et al. (2016), o risco de

infeção decorre com o aumento da suscetibilidade à invasão de agentes patogénicos. De modo a diminuir a possibilidade de o doente desenvolver algum tipo de infeção é crucial a intervenção do enfermeiro no que concerne a supervisão e prestação de cuidados com técnica asséptica sempre que indicado (Clemente et al., 2016). Após uma cirurgia cardíaca há a necessidade de VMI pois o doente não respira espontaneamente pelo que o doente necessita de uma avaliação constante do padrão respiratório por risco de comprometimento do mesmo (Silva et al., 2016).

Nestas situações é importante avaliar a necessidade de aspiração de secreções pois as secreções produzidas devido ao volume de sangue aumentado no interstício pulmonar ficam retidas nos alvéolos podendo acumular-se e diminuir a perfusão de oxihemoglobina no sangue (Clemente et al., 2016). Quando há a presença de via aérea artificial o enfermeiro deve aspirar secreções quando necessário, monitorizar os sinais vitais (dando ênfase à saturação periférica de oxigénio, frequência respiratória) e manter a cabeceira do doente elevada (Clemente et al., 2016). É importante, por parte do enfermeiro, a observação da frequência e ritmos respiratórios e a presença de ruídos adventícios (Silva et al., 2016).

Com a identificação dos diagnósticos de enfermagem o enfermeiro direciona as suas intervenções através da identificação prévia das necessidades do doente (Silva et al., 2016). Os estudos reforçam a importância de identificar os diagnósticos de enfermagem com vista à prestação de cuidados adequados (Carvalho et al., 2016).

A execução destas intervenções exigiu aos enfermeiros uma atuação rápida e eficaz no sentido de evitar possíveis complicações, atingindo o melhor resultado possível.

É de suma importância salientar que no caso clínico supracitado houve inúmeros momentos de transição de cuidados, quer entre serviço/instituições, entre BO e UCI CCT e nas passagens de turno. O processo de transferência de informação (handoff) de um doente durante a transição de cuidados (passagem de turno, transferência de responsabilidade entre profissionais de saúde) pode originar erros na comunicação, o que se repercute na segurança do doente.

Os erros de comunicação podem originar consequências graves como erros de medicação, atrasos no tratamento, infecções nosocomiais, quedas, entre outros (Ferreira et al., 2020). Como instrumento de padronização da comunicação, surge a técnica ISBAR, uma ferramenta que permite aos enfermeiros “(...) através de formas simples, memorizar construções complexas, para serem utilizadas na transmissão verbal, em que I: corresponde à Identificação, S: à Situação atual, B: aos Antecedentes, A: à Avaliação, R: às Recomendações (...)” (Direção-Geral da Saúde, 2017 p.4).

As competências específicas do Enfermeiro Especialista EMC-PSC, sustentam a prática do cuidar da pessoa em situação crítica. Com base no caso clínico exposto, diagnósticos e intervenções implementadas, foi possível desenvolver competências do Enfermeiro Especialista em EMC-PSC, nomeadamente “cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica”, “dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe da conceção à ação”, “maximiza a intervenção na prevenção e controlo de infeção e de resistência a antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas”.

Considerações Finais

O enfermeiro desempenha um papel fulcral no cuidar do doente pois identifica precocemente as alterações e intervém de forma célere no sentido de as corrigir ou minimizar as complicações.

A identificação dos diagnósticos de enfermagem e o planeamento das intervenções são essenciais para uma resposta holística, personalizada, atempada, de alta complexidade e qualidade com o mínimo de complicações.

No caso clínico exposto foram identificados diagnósticos de enfermagem no período pós-operatório de cirurgia cardíaca e planeadas intervenções de modo a alcançar o melhor resultado possível. Os diagnósticos identificados encontram-se relatados na maioria dos estudos pesquisados. Pode dizer-se que houve sucesso nas intervenções implementadas pois a doente evoluiu favoravelmente e sem complicações

possibilitando uma alta relativamente precoce da UCI CCT.

Os momentos de transição de cuidados são momentos sensíveis em que deve haver uma ferramenta orientadora de modo a minimizar erros e a promover a segurança do doente.

O enfermeiro especialista em EMC-PSC tem um papel fundamental no cuidado do doente crítico. Neste caso clínico foi possível o desenvolvimento dessas competências específicas.

Referências Bibliográficas

- Alcaraz Eiró, A., Devesa Pradells, E., Calvillo García, Á., Pueyo Villagrasa, Y., & Villamor Ordozgoiti, A. (2016). Actualización en atención de Enfermería al paciente con síndrome coronario agudo en Urgencias. *Metas Enferm*, 19(9), 6–13.
- Amorim, T. V., & Salimena, A. M. de O. (2015). Processo Cirúrgico Cardíaco e Suas Implicações no Cuidado de Enfermagem: Revisão/Reflexão. *HU Revista*, 41(3 e 4), 149–154. <https://periodicos.ufjf.br/index.php/hurevista/article/view/2171/837>
- Carvalho, I. M. de, Ferreira, D. K. S., Nelson, A. R. C., Duarte, F. H. da S., Prado, N. C. da C., & Silva, R. A. R. da. (2016). Sistematização da assistência de enfermagem no pós-operatório mediato de cirurgia cardíaca. *Revista Online de Pesquisa Cuidado é Fundamental*, 8(4), 5062–5067. <https://doi.org/10.9789/2175-5361.2016.v8i4.5062-5067>
- Chan, T., Xue, Y., Chong, H., Zhou, Q., & Wang, D. (2021). Surgical repair for acute myocardial infarction induced ventricular septal defect: Does time matter? *Heart Surgery Forum*, 24(1), E14–E18. <https://doi.org/10.1532/hsf.3321>
- Clemente, E. M., Coeli, B., Lino, V., Neto, D. S., & Cristina, S. (2016). Diagnósticos de Enfermagem no pós-operatório de cirurgia cardíaca: revisão integrativa. *Revista de Enfermagem*, 10(7), 2679–2686. <https://doi.org/10.5205/reuol.9106-80230-1-SM1007201647>
- Despacho n.o 8597/2017 Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde, Pub. L. No. Diário da

- República: II série, no189, 1 (2017). https://dre.pt/web/guest/home/-/dre/108234779/details/maximized?j_p=true
- Norma DGS n.o 001/2017: Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde., 1 (2017). <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0012017-de-08022017-pdf.aspx>
- European Society of Cardiology. (2018). 4.a Definição Universal de EM, definição universal de Enfarte do Miocárdio. In Recomendações de Bolso de 2018 da ESC - 4.a Definição Universal de EM.
- Ferreira, M. A. G. A., Sequeira, A. R. C., Molina, D. M. M., Boiças, R. I. da S., & Wees, S. P. W. Van. (2020). Utilização de comunicação estandardizada na transição de cuidados do doente. *Revista Eletrônica Nurses*, 1(1), 42–56.
- Lopes, R. O. P., Castro, J. de, Nogueira, C. S. C., Braga, D. V., Gomes, J. R., Silva, R. C. da, & Brandão, M. A. G. (2019). Complications in immediate postoperative recovery from elective cardiac surgery: a cross-sectional study based on Roy's theory. *Revista de Enfermagem Referência*, 22, 23–32.
- Omar, S., Morgan, G. L., Panchal, H. B., Thourani, V., Rihal, C. S., Patel, R., Kherada, N., Egbe, A. C., & Beohar, N. (2018). Management of post-myocardial infarction ventricular septal defects: A critical assessment. *Journal of Interventional Cardiology*, 31(6), 939–948. <https://doi.org/10.1111/joic.12556>
- Ordem dos Enfermeiros. (2016). Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem.
- Ribeiro, C. P., Silveira, C. D. O., Benetti, E. R. R., Gomes, J. S., & Stumm, E. M. F. (2015). Nursing diagnoses for patients in the postoperative period of cardiac surgery. *Revista Da Rede de Enfermagem Do Nordeste*, 16(2), 159–167. <https://doi.org/10.15253/2175-6783.2015000200004>
- Silva, A., Santana, C., & Silva, R. (2016). Cuidados de enfermagem no pós-operatório imediato de cirurgia cardíaca. *Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública (Pós-graduação de Enfermagem em Cardiologia e Hemodinâmica)*.
- Silva, C., Sá, F., & Leal, M. (2019). Continuidade de cuidados à pessoa com enfarte agudo do miocárdio: revisão integrativa da literatura. *Pensar Enfermagem*, 23(1), 59–72.
- Soares, S. O. de M., & Ferreira, P. A. C. (2017). A pessoa com enfarte agudo do miocárdio no serviço de urgência: fatores que influenciam o tempo de atendimento. *Revista de Enfermagem Referência*, série IV(15), 31–42. http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-02832017000400004&lang=pt%0Ah <http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserIVn15/serIVn15a04.pdf>
- Spagnol, F., Gimenes Tarozo, F., Quessada, F., Barbério Bogdan, R. A., & Vito Ardito, R. (2018). Relato De Caso Sobre Comunicação Interventricular Pós-Infarto Agudo Do Miocárdio. *Revista Da Sociedade de Cardiologia Do Estado de São Paulo*, 28(1), 113–116. <https://doi.org/10.29381/0103-8559/20182801113-6>
- Taurino, I. J. M. (2019). Cirurgia cardíaca: refletindo sobre o cuidado de enfermagem no período pós-operatório. *Pubsaúde*, 2(1), 1–14. <https://doi.org/10.31533/pubsaude2.a014>

INTERVENÇÕES PSICOTERAPÊUTICAS EFICAZES NO AUTOCONTROLE DA ANSIEDADE EM DOENTES COM PATOLOGIA MENTAL

Effective Psychotherapeutic Interventions in the self-control of anxiety in patients with mental illness

Autor: Ana Melissa Madeiras¹; Lino Ramos²

Resumo

Introdução: É essencial a atuação do Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica na implementação de medidas eficazes no tratamento e na prevenção das perturbações de ansiedade. A intervenção psicoterapêutica do enfermeiro no âmbito psicoterapêutico, socio terapêutico, psicoeducacional e psicossocial, faz com seja estabelecida uma relação de ajuda eficaz, duradoura e de confiança entre enfermeiro-doente promovendo melhorias significativas nestes doentes. **Objetivo:** Identificar as intervenções psicoterapêuticas eficazes no autocontrolo da ansiedade em doentes com patologia mental. **Métodos:** Revisão Integrativa da Literatura com base em estudos recolhidos nas bases de dados eletrónicas EBSCO e PubMed/MedLine, incidindo em estudos escritos em Português, Inglês e Espanhol e com data de publicação entre 2014-2019. Na pesquisa surgiram 159 artigos não duplicados dos quais foram selecionados 8 artigos. **Resultados:** Quando falamos em intervenções psicoterapêuticas, devemos ter em atenção três fatores importantes: os objetivos das intervenções psicoterapêuticas, as intervenções psicoterapêuticas eficazes no autocontrolo da ansiedade e as barreiras existentes para aplicação da intervenção. **Conclusão:** As intervenções psicoterapêuticas cognitivo-comportamentais foram as mais aplicadas e as que se demonstraram mais eficazes na redução dos níveis de ansiedade. No entanto, existe pouca bibliografia que fundamente esta temática sendo necessário investir mais nesta área.

Palavras-chave: Saúde Mental, Enfermagem Psiquiátrica, Ansiedade, Intervenções de Enfermagem.

Abstract

Introduction: The core of action of the Psychiatric Nurse is essential for the prevention and treatment of anxiety disorders. The therapeutic interventions in the psychotherapeutic, socio-therapeutic, psycho-educational and psychosocial field allow an effective, long lasting and trust-based therapeutic nurse-patient relationship that leads towards significant patient improvement. **Objective:** To identify the psychotherapeutic interventions to manage anxiety self-control in patients with mental disorders. **Search Strategy:** Integrative Literature Review based on studies collected in the electronic databases EBSCO and PubMed/MedLine, with the following inclusion criteria: studies written in Portuguese, English and Spanish dated from 2014-2019. In the research, there were 159 non-duplicated articles from which 8 of them were selected. **Results:** Regarding psychotherapeutic interventions, three important factors emerged from the studies: the objective, the effectiveness and barriers identified to the application of those in management of self-control of anxiety. **Conclusion:** Cognitive-behavioural psychotherapeutic approach were the most applied and the most effective in reducing anxiety levels. However, there is little literature on this subject and more investment is needed in this area.

Keywords: Mental Health, Psychiatric Nursing, Anxiety, Nursing Interventions.

¹ Mestre em Enfermagem, Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, Enfermeira de Cuidados Gerais no Serviço de Urgência Básica da Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados de Alcácer do Sal, Unidade Local de Saúde do Litoral Alentejano, Portugal. Email: ana_vieira16@hotmail.com.

² Professor Coordenador, Departamento Enfermagem, Escola Superior de Saúde, Instituto Politécnico de Setúbal, Portugal. Email: lino.ramos@ess.ips.pt.

INTRODUÇÃO

Nos dias de hoje, o número de doentes com perturbação mental é cada vez maior principalmente, no que diz respeito a perturbações de ansiedade, perturbações depressivas e demências. Tendo em conta os dados epidemiológicos mais recentes, verificamos que na última década a principal causa de incapacidade, morbilidade e morte prematura está relacionada com alterações na saúde mental e por isso, torna-se cada vez mais urgente a implementação de medidas que contribuam não só para o tratamento destas perturbações, mas também para a sua prevenção (DGS, 2017).

Todos nós ao longo da vida já experienciamos diversas vezes sintomatologia característica de ansiedade. A ansiedade é uma emoção que já foi experienciada por todos os seres humanos em diversas situações e está cada vez mais presente no nosso dia-a-dia uma vez que a sociedade apresenta níveis de stress cada vez mais elevados. Na maioria das vezes, esta emoção é valorizada como sendo uma emoção negativa, tornando-se preocupante no momento em que se torna patológica e não somos capazes de reagir de forma adequada às situações que a provocam tornando-se assim patológica.

A ansiedade define-se como um “Sentimento vago e incômodo de desconforto ou temor, acompanhado por resposta autonômica (a fonte é frequentemente não específica ou desconhecida para o indivíduo); sentimento de apreensão causado pela antecipação de perigo. É um sinal de alerta que chama a atenção para um perigo iminente e permite ao indivíduo tomar medidas para lidar com a ameaça.” (Herdman, & Kamitsuri, 2018, p.614).

As perturbações de ansiedade têm vindo a aumentar ao longo do tempo em Portugal. Esta problemática altera fortemente as rotinas do indivíduo/família sendo um problema preocupante e com um grande impacto quer a nível pessoal, social e económico do indivíduo (DGS, 2017).

Sendo o Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica (EESMP) responsável por contribuir de forma ativa para a continuidade e melhoria dos cuidados

prestados em situações de saúde complexas é crucial a sua intervenção psicoterapêutica junto da pessoa com diagnóstico de ansiedade.

A intervenção psicoterapêutica define-se como “the informed and intentional application of clinical methods and interpersonal stances derived from established psychological principles for the purpose of assisting people to modify their behaviors, cognitions, emotions, and/or other personal characteristics in directions that the participants deem desirable. (Sampaio, F. et al, 2014, p.104 citando Norcross in Zeig & Munion, 1990: 218-220) É função do EESMP prestar cuidados no âmbito psicoterapêutico, sócio terapêutico, psicoeducacional e psicossocial (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

A intervenção psicoterapêutica junto dos doentes com patologia mental pretende fomentar a relação entre o enfermeiro-doente de forma a permitir a criação de uma relação de ajuda de confiança, eficaz e duradoura ao longo de todo o internamento. É crucial que seja estabelecida uma relação terapêutica que permita ao doente a expressão de sentimentos e emoções e que o mesmo consiga aprender com o profissional técnicas e estratégias individuais que mais tarde possam ser úteis na diminuição dos níveis de ansiedade. É fundamental que o EESMP consiga aumentar o insight do utente em relação ao seu estado de saúde de forma a que o mesmo adquira competências individuais que lhe permitam desenvolver estratégias para a resolução de problemas e para aceitação do seu estado de saúde. Estas intervenções psicoterapêuticas permitem avaliar a capacidade de interação do doente em grupo, promovem a expressão de sentimentos, vivências pessoais e emoções, promovem o trabalho em equipa e a relação interpessoal e incentivam a concentração, reflexão, criatividade e memória.

Esta revisão integrativa da literatura incide sobre as intervenções psicoterapêuticas do EESMP eficazes no autocontrolo da ansiedade ao doente internado com diagnóstico de ansiedade, respondendo desta forma à seguinte questão: Quais as intervenções psicoterapêuticas desenvolvidas pelo Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica eficazes no

autocontrole da ansiedade em doentes com patologia mental?

MÉTODOS

Tendo em conta os objetivos definidos para esta pesquisa, baseada em evidência científica, desenvolveu-se uma revisão integrativa da literatura de acordo com a metodologia de Joanna Briggs Institute (JBI) (JBI, 2014).

A pergunta de investigação “Quais as intervenções psicoterapêuticas desenvolvidas pelo Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica eficazes no autocontrole da ansiedade em doentes com patologia mental?” foi formulada de acordo com o acrónimo PICO (Participantes, Intervenção, Contexto, Outcomes): P (Participantes) – Doentes com patologia mental; I (Intervenção) – Intervenções Psicoterapêuticas; C (Contexto) – Unidades de Psiquiatria; O (Outcomes) –Intervenções Psicoterapêuticas eficazes no autocontrole da ansiedade.

De forma a dar resposta à questão formulada, foi realizada uma pesquisa científica na plataforma PubMed e EBSCO, sendo selecionadas as seguintes bases de dados: CINAHL Plus with Full Text, Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive Edition, Cochrane Central Register of Controlled Trials, Cochrane Database of Systematic Reviews, MedicLatina, MEDLINE Complete, entre os dias 17 de novembro de 2019 e 6 de dezembro de 2019. Os artigos foram procurados em inglês, português e espanhol e foram considerados na pesquisa os últimos 5 anos (2014-2019). Os descritores utilizados na realização da pesquisa e validados no MeSH e DeSH foram: Mental Health, Anxiety, Nursing, Interventions e com inclusão do operador booleano AND.

De forma a selecionar de forma mais pormenorizada os artigos para análise, foram definidos critérios de inclusão e critérios de exclusão. Como critérios de inclusão dos estudos, para a elaboração da presente revisão integrativa da literatura destacam-se: estudos com intervenções em doentes em serviços de psiquiatria e com diagnóstico de ansiedade e estudos focados na eficácia das intervenções psicoterapêuticas por enfermeiros a doentes com patologia mental e com sintomatologia de ansiedade. A

seleção inicial dos artigos foi realizada com base na leitura do título e do resumo dos mesmos, excluindo-se os duplicados. Após leitura e análise do texto integral do artigo apenas aqueles que revelaram importância para a temática em estudo foram selecionados. Como critérios de exclusão, foram definidos os seguintes critérios: artigos sem texto integral disponível, estudos em que a população alvo apresentava uma idade inferior a 18 anos e superior a 65 anos, estudos que não se encontravam disponíveis gratuitamente, estudos em que o público-alvo não era portador de doença mental e estudos que abordassem intervenções não aplicáveis à profissão de enfermagem.

Na totalidade da pesquisa, foram encontrados 519 artigos. Após exclusão dos artigos duplicados, o número de artigos encontrados foi de 159, os quais foram utilizados para leitura do título e resumo. Com a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, foram excluídos 142 artigos que não correspondiam aos critérios definidos. Aos 17 artigos selecionados, foi realizada a leitura integral do seu conteúdo e foram aplicados novamente os critérios de inclusão e exclusão definidos. Foram excluídos mais 9 artigos que não correspondiam ao pretendido. No final, foram utilizados na revisão integrativa da literatura, 8 artigos que foram lidos e analisados e aos quais foram aplicadas as grelhas de avaliação JBI tendo em conta o tipo de estudo referido. Todo o processo de seleção dos artigos

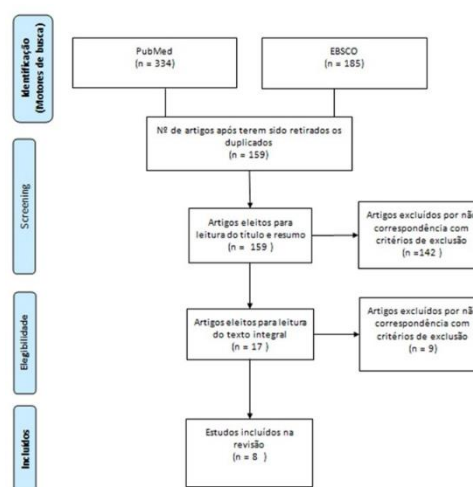


Figura 1 - Fluxograma da estratégia de pesquisa

escolhidos para o estudo encontra-se descrito na Figura 1:

RESULTADOS

Após a seleção final dos estudos, procedeu-se à avaliação crítica dos mesmos, nomeadamente a apreciação dos níveis de evidência, com recurso aos instrumentos de Avaliação Crítica do Instituto Joanna Briggs, relativo aos níveis de evidência. A informação relativa a cada artigo selecionado foi esquematizada e organizada no quadro seguinte onde se encontram os resultados da revisão integrativa da literatura.

nossa análise quando falamos em intervenções psicoterapêuticas tais como: a definição dos objetivos da intervenção psicoterapêutica, as intervenções psicoterapêuticas relevantes no autocontrolo da ansiedade e as barreiras encontradas no momento da aplicação da intervenção psicoterapêutica. A discussão dos resultados será desenvolvida a partir destas três categorias encontradas durante a revisão da literatura.

Objetivos pretendidos com a intervenção psicoterapêutica

Sendo o EESMP competente na prestação de cuidados no âmbito psicoterapêutico, socio

Identificação do estudo	Objetivo do estudo	Desenho e Nível de Evidência	Participantes (tipo e n.º) estudo	Fenômeno de interesse	Resultados/ Conclusões
Abbing, et al., (2018)	Clarificar a eficácia da terapia através da arte na redução da diminuição dos níveis de ansiedade em adultos.	Revisão sistemática RCT 1.a		A terapia através da arte é considerada uma terapia de suporte; Como intervenção psicoterapêutica o enfermeiro pode recorrer à expressão plástica através de: <ul style="list-style-type: none"> - Construção/pintura de mandalas; - Pintura/ Desenhos de tema livre; - Manuseamento de barro ou plasticina; - Escultura; 	A terapia através da arte: <ul style="list-style-type: none"> - Induz o relaxamento; - Promove o acesso a memórias traumáticas inconscientes; - Permite reviver vivências passadas e histórias de vida; - Melhora a relação emocional; - Permite a expressão de sentimentos e emoções; - Promove a auto-reflexão e a destreza manual; - Estimula o insight; Observam-se algumas melhorias na diminuição dos níveis de ansiedade; Não existem estudos suficientes que comprovem a eficácia da terapia; Há necessidade da realização de mais estudos.
Berry, K. et al., (2017)	Identificar os efeitos da formulação de uma equipa de enfermagem especializada na elaboração de um plano de cuidados individual para o doente, tendo em conta os fatores biopsicossociais de cada um.	Estudo Randomizado Controlado. 1.c	57 Enfermeiros e 20 pacientes internados.	É crucial a criação de uma equipa de enfermagem especializada e focada em: Identificar fatores biopsicossociais do utente e elaborar um plano de cuidados individualizado; Centrar o cuidado no doente e nas suas necessidades do momento; Entrevistas motivacionais; Valorizar as capacidades de trabalho da equipa de enfermagem e a existência de uma relação de ajuda com o doente;	Esta equipa permite uma melhoria na qualidade dos cuidados e no ambiente terapêutico. Os profissionais têm uma melhor compreensão para com os doentes; Aumenta a satisfação pessoal dos enfermeiros no que diz respeito ao sucesso da sua intervenção com os doentes. Há melhoria na comunicação e na relação entre profissionais e doentes. Existem poucos estudos e por isso é necessário investir em mais investigação científica.
Yang, C. et al., (2015)	Investigar os efeitos da intervenção da música em doentes psiquiátricos internados com diferentes níveis de ansiedade.	Estudo Randomizado Controlado. 1.c	22 doentes internados no serviço de psiquiatria e com diferentes níveis de ansiedade.	A intervenção através da música deve estar adequada às capacidades, necessidades e à vontade do doente e passa por: Ouvir música; Cantar; Escrever letras de canções; Tocar instrumentos musicais; Deve-se optar por de músicas calmas, lentas, melódicas e relaxantes.	A utilização da música como instrumento terapêutico reduz os níveis de ansiedade em doentes internados; Melhora a qualidade de vida, induz o relaxamento, regula emoções e regula o sistema neuro endócrino levando à diminuição dos níveis de ansiedade. Deve ser combinada com outras formas de tratamento.
Martin, K. et al., (2018)	Descrever quais as intervenções não farmacológicas eficazes na redução da ansiedade antes da administração de terapêutica.	Estudo observacional descritivo com grupo de controle. 3.e	Serviço de Psiquiatria de um Hospital Psiquiátrico Público em Ontário, Canadá com 326 doentes	As intervenções psicoterapêuticas não farmacológicas são benéficas para: Treino de estratégias de coping; Suporte e apoio psicológico; Técnicas distrativas; A avaliação da perspectiva do doente em relação ao seu problema e na resolução do mesmo; O Relaxamento; Treino de competências psicossociais; Terapia cognitivo-comportamental;	Constata-se que apenas 37,5% dos enfermeiros é que recorrem à utilização de técnicas de intervenção terapêutica não farmacológica antes da administração de terapêutica de resgate. Promove: Uma relação de ajuda de confiança; A autonomia dos doentes na gestão da sua ansiedade através da aquisição de estratégias de resolução individuais; A segurança do doente;
Martin, K. et al., (2018)	Comprovar o impacto das intervenções não farmacológicas na redução da ansiedade através da opinião dos enfermeiros e pacientes.	Estudo observacional descritivo com grupo de controle. 3.e	51 enfermeiros e 13 doentes internados num serviço de psiquiatria em dois hospitais públicos em Ontário, Canadá.	Intervenções não farmacológicas: Promovem o treino das estratégias de coping; Promovem suporte e apoio psicológico; Funcionam como técnicas distrativas e de relaxamento; Permitem avaliar a perspectiva do doente em relação ao seu problema e auxiliam na resolução do mesmo; Muitas vezes os doentes não aderem às intervenções; O doente solicita com frequência terapêutica farmacológica de resgate; As intervenções não farmacológicas recomendadas são:	Promovem as habilidades individuais de cada um, a autoconfiança e um ambiente mais seguro; Aumentam o envolvimento da equipa e do doente nos cuidados; Verifica-se uma maior adesão às intervenções não farmacológicas por parte dos enfermeiros; Há uma responsabilidade também do doente no seu processo de recuperação e manutenção da doença. Permitem aos doentes a autogestão, autonomia e recuperação do seu estado de saúde. Existem poucos estudos e por isso é necessário investir em mais investigação científica

Tabela 1-Características metodológicas dos estudos selecionados e principais resultados.

DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Tendo em conta a análise dos resultados obtidos e de forma a dar resposta à questão desta revisão integrativa da literatura, foram encontradas três categorias que merecem a

terapêutico, psicossocial e psicoeducacional, (Ordem dos Enfermeiros, 2018) torna-se responsabilidade do mesmo operacionalizar este tipo de intervenções de forma a dar resposta na melhoria e no autocontrolo da ansiedade em doentes com patologia mental.

Identificação do estudo	Objetivo do estudo	Desenho e Nivel de Evidência	Participantes (tipo e n.º) estudo	Fenômeno de interesse	Resultados/ Conclusões
				Diminuição dos fatores de stress e gestão de um ambiente seguro; Treino sobre a gestão de emoções e sensações; Exercícios de movimento e relaxamento;	
Molin, J et al. (2018)	Avaliar o efeito e a viabilidade da implementação das intervenções de enfermagem descritas no projeto "Time Together"	Estudo observacional descritivo com grupo de controle. 3.e	Três serviços de internamento de psiquiatria de três hospitais suecos	É crucial a comunicação eficaz entre enfermeiro-doente para o estabelecimento de uma relação terapêutica eficaz; Avaliar a qualidade da interação entre enfermeiro-doente e a redução do stress durante o internamento com a implementação do projeto. O projeto "Time Together": 5 horas diárias de segunda a sexta-feira de interação entre enfermeiros e pacientes; Intervenção realizada por enfermeiros especialistas e enfermeiros de cuidados gerais; Pode ser desenvolvida individualmente ou em grupo; Decorre fora do período de visitas de forma a não ser interrompida; A Psicoeducação e a Entrevista são intervenções importantes para uma prestação de cuidados eficaz; As intervenções conjuntas de entre enfermeiros e doentes são importantes para o sucesso do plano de cuidados; Potencia a qualidade do cuidar, promove a recuperação do doente e reduz o stress da equipa de enfermagem; Atividades sugeridas por doentes e por profissionais: - Atividades ao ar livre; - Terapia através da arte; - Terapia através da expressão plástica; - Terapia através de estimulação cognitiva;	A qualidade da interação entre os pacientes e os enfermeiros; Melhor percepção dos enfermeiros em relação ao stress e ansiedade vivenciado pelos utentes; Os utentes manifestam necessidades de comunicação e os enfermeiros manifestam dificuldades em dar uma resposta eficaz devido a questões organizacionais; O foco do trabalho dos enfermeiros deve ser dirigido para a relação e interação humana;
Sampaio, F. et. Al., (2018)	Descrição de um Modelo de Intervenção Psicoterapêutica em Enfermagem nos contextos da prática clínica.	Opinião de Perito 5.c		Estratégias a adotar para a operacionalização do Modelo de Intervenção Psicoterapêutica em Enfermagem na prática clínica bem com algumas dificuldades relacionadas com a sua utilização. A relação terapêutica deve estar presente em qualquer outra intervenção de enfermagem; A intervenção de enfermagem deve ser focada e deve responder a objetivos específicos: - Uniformizar a prestação de cuidados; - Clarificar a especificidade da intervenção psicoterapêutica em enfermagem; - Ser suficientemente abrangente para ser aplicada em diferentes settings; - Ser consistente com modelos de intervenção já existentes; - Ser sensível às diferentes necessidades dos doentes;	Este modelo é considerado uma mais-valia para a sistematização da prática dos enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Mental embora, ainda seja necessário a criação de ferramentas que permitam simplificar a sua transposição para a prática clínica.
Sampaio, F. et al (2017)	Avaliar a eficácia a curto prazo de uma intervenção psicoterapêutica em enfermagem em	Estudo Randomizado Controlado. 1.c	66 doentes em regime de ambulatório numa unidade de saúde portuguesa. 29	As intervenções cognitivo-comportamentais devem ser aplicadas no tratamento dos transtornos de ansiedade; A intervenção psicoterapêutica aplicada pelo enfermeiro não é considerada uma psicoterapia, mas sim como uma técnica importante no treino da assertividade e da reestruturação cognitiva; Intervenções psicoterapêuticas importantes: - Reestruturação cognitiva e treino da assertividade; - Treino de estratégias de coping em situações de crise e treino de controle de impulsos; - Reforço pessoal e melhoria da autoestima; - Modificação de comportamentos e melhoria na autoeficácia; - Estratégias de tomada de decisão e gestão do pensamento e controlo do humor; - Entrevista motivacional; - Técnicas de socialização e interação social; - Estimulação da memória, vivências, sentimentos e emoções; - Técnicas de relaxamento e controlo de ansiedade.	Melhoria do autocontrole da ansiedade e na diminuição dos níveis de ansiedade; Resultados positivos a curto prazo; A implementação de intervenções psicoterapêuticas juntamente com a farmacoterapia demonstram resultados mais eficazes do que sendo aplicadas em separado; É crucial que a intervenção psicoterapêutica seja desenvolvida por enfermeiros especialistas em Saúde Mental e Psiquiátrica pois estes detêm um conjunto de conhecimentos importantes e aprofundados; É importante que o enfermeiro desenvolva cuidados de excelência recorrendo às intervenções autónomas da sua profissão; Existem poucos estudos que demonstrem resultados das intervenções psicoterapêuticas praticadas por enfermeiros;
	doentes psiquiátricos portugueses com diagnóstico de enfermagem "ansiedade".		doentes pertenciam ao grupo de intervenção que receberia psicofarmacoterapia e intervenções psicoterapêuticas de enfermagem e 31doentes pertenciam ao grupo de controle e só eram sujeitos a psicofarmacoterapia.		

Tabela 1 (continuação) -Características metodológicas dos estudos selecionados e principais resultados.

Sendo a ansiedade um fator comum na maioria dos doentes com patologia mental, torna-se crucial uma intervenção de enfermagem especializada, eficaz e individualizada. Tendo em conta a análise dos 9 artigos, conclui-se que todos eles definem objetivos comuns para a

implementação de intervenções psicoterapêuticas.

Berry, et al., (2017) defende que a criação de uma equipa especializada em cuidados de saúde mental é crucial para a melhoria dos cuidados de enfermagem/melhoria do ambiente terapêutico e para a compreensão/identificação das necessidades

individuais do doente. Segundo este autor, o enfermeiro deve ser capaz de identificar os fatores biopsicossociais do doente e só depois construir o plano de cuidados individualizado. Molin, J., et al., (2018) e Sampaio, F., et al., (2018), defendem que a comunicação eficaz e a criação de uma relação terapêutica deve servir de base para o sucesso da implementação de qualquer intervenção de enfermagem. O foco dos cuidados de enfermagem especializados deve ser dirigido para a relação e para a interação humana. Estes autores dizem ainda que o sucesso do plano terapêutico é influenciado pela qualidade da interação existente entre o profissional e o doente. A discussão dos objetivos terapêuticos com o próprio doente faz com que a responsabilidade no processo de doença/recuperação seja partilhado entre o profissional e doente, potencializando assim a qualidade do cuidar. Molin, J., et al., (2018) refere melhorias significativas na qualidade da relação terapêutica entre o doente e o enfermeiro e uma redução no stress da equipa sempre que o próprio doente coopera nos cuidados.

Tal como é referido por Berry, K., et al., (2017), Yang, C., et al., (2015) e Sampaio, F., et al., (2018), a intervenção especializada de enfermagem deve estar focada nos seguintes objetivos: uniformização de cuidados; clarificação e especificidade da intervenção; identificação das necessidades dos doentes, das suas capacidades e das suas vontades; reconhecimento/transferência das estratégias de coping do e para o doente; identificação das necessidades/capacidades da própria equipa de enfermagem e consistência com modelos de intervenção de enfermagem já existentes.

Tendo em conta todos os objetivos referidos anteriormente e sendo os profissionais de enfermagem capazes de dar respostas eficazes durante a sua prática de cuidados, verifica-se uma melhoria nos cuidados prestados, um aumento na satisfação pessoal dos enfermeiros e a melhoria na comunicação e na relação entre doentes e profissionais é notória.

Intervenções Psicoterapêuticas relevantes no auto-controlo da ansiedade

As intervenções cognitivo-comportamentais são as intervenções mais abordadas nos 9 artigos analisados.

Sampaio, F., et al., (2018), defende que o enfermeiro deve ser cada vez mais autónomo nas suas intervenções e que deve investir e colocar em práticas os conhecimentos adquiridos com a especialização de forma a desenvolver cuidados de excelência. A intervenção psicoterapêutica do enfermeiro especialista não é considerada uma psicoterapia, mas sim uma intervenção focada no treino da assertividade, da reestruturação cognitiva e no treino de competências de cada doente (Sampaio, F., et al., 2017).

A implementação de intervenções psicoterapêuticas em doentes com patologia mental demonstrou resultados positivos a curto prazo no que diz respeito à melhoria e diminuição dos níveis de ansiedade. (Sampaio, F., et al., 2017).

De entre os 9 estudos analisados podemos destacar as seguintes intervenções eficazes no autocontrolo da ansiedade em doentes com patologia mental: Reestruturação cognitiva e treino da assertividade; treino de impulsos e estratégias de coping principalmente em situações de crise; reforço da auto-estima; treino de competências para a modificação de comportamentos e tomada de decisão; estratégias para o controlo de humor e gestão do pensamento; treino de competências psicossociais; estimulação de memória e vivências pessoais; gestão de sentimentos e emoções; exercícios de movimento e relaxamento; suporte e apoio psicológico e gestão do ambiente terapêutico (diminuição dos fatores de stress). (Martin, K., et al., 2018 e Martin, K., et al., 2018 e Sampaio, F., et al., 2017)

O recurso a mediadores expressivos, nomeadamente música e terapia através da arte, é também apresentado nos estudos analisados como sendo uma mais-valia para a diminuição dos níveis de ansiedade. Abbing, A., et al., (2018), defende que o enfermeiro pode recorrer à expressão plástica de forma a intervir junto dos doentes com um objetivo terapêutico. A pintura de desenhos e mandalas, a pintura/desenho de forma livre, o manuseamento de barro ou plasticina e a escultura são atividades que podem ser terapêuticas e eficazes no objetivo a que nos propusemos na questão inicial desta pesquisa. Por outro lado, Yang, C., et al., (2015) defende a utilização da

música como instrumento terapêutico na redução dos níveis de ansiedade e na melhoria da qualidade de vida. A intervenção realizada através de música calma, lenta, melodiosa e relaxante demonstra resultados terapêuticos positivos. Atividades como cantar, ouvir música, escrever letras e tocar instrumentos musicais permite ao doente um equilíbrio emocional positivo. Assim, é possível observar, que estes dois mediadores expressivos são ferramentas de trabalho eficazes para a implementação das intervenções psicoterapêuticas dos enfermeiros pois induzem o relaxamento, estimulam a memória, a expressão de sentimentos e emoções, melhoram a relação com o outro, promovem a destreza manual e estimulam o insight individual de cada doente. (Abbing, A., et al., 2018 e Yang, C, et al., 2015)

Após a análise dos artigos, verifica-se também que as intervenções psicoterapêuticas aplicadas juntamente com farmacoterapia demonstram resultados mais eficazes do que sendo aplicados em separado. (Martin,K., et al., 2018 e Martin, K., et al., 2018 e Sampaio,F., et al., 2017) Barreiras à implementação da intervenção psicoterapêutica

A grande maioria das barreiras encontradas nos estudos analisados foram barreiras relacionadas com questões burocráticas e institucionais. O facto de muitas vezes os enfermeiros terem a seu cargo muitas tarefas faz com que a relação com o doente seja descuidada e não valorizada. O tempo e os recursos escassos são também limitadores do tempo que o profissional dedica ao doente e à intervenção individualizada com o mesmo. Torna-se mais fácil adequar os cuidados tendo em conta o que já está padronizado do que investir em intervenções psicoterapêuticas individualizadas. (Berry,et al., 2017 e Martin,K., et al., 2018 e Molin,J.,et al.,2018)

Outra barreira encontrada em todos os estudos analisados foi o facto de existir pouca bibliografia que documente a eficácia das intervenções psicoterapêuticas implementadas pelos enfermeiros. Verificou-se uma necessidade emergente de investigação nesta área de forma a sustentar e a fundamentar a importância da intervenção psicoterapêutica do Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica.

CONCLUSÃO

Esta revisão integrativa da literatura foi uma mais-valia na sistematização de conteúdos relevantes para a temática em estudo. Através dela foi possível enumerar as intervenções psicoterapêuticas mais eficazes no autocontrolo da ansiedade em doentes com patologia mental.

Deste modo, verificou-se uma melhoria na qualidade dos cuidados prestados aos doentes assim como, permitiu aos profissionais de saúde uma melhoria no seu autoconhecimento e da consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro.

Constatou-se também que o estabelecimento de uma relação terapêutica eficaz é crucial para o sucesso dos cuidados definidos para o doente. Incluir o doente no seu próprio processo terapêutico, faz com que este se responsabilize pelo seu processo de saúde/doença e adquira estratégias individuais para lidar e gerir a sua ansiedade. A autogestão, a autonomia e a recuperação do seu estado de saúde permitem ao doente a promoção da sua autoconfiança e o seu envolvimento com a equipa de enfermagem. Todos estes fatores são consequentes da eficácia das intervenções psicoterapêuticas implementadas pelos enfermeiros. No entanto, o recurso à farmacoterapia demonstrou-se ser também uma mais-valia quando usado concomitantemente com as intervenções supracitadas.

Por fim, demonstra-se uma necessidade crescente na área de enfermagem a realização de estudos e investigação sobre esta temática garantindo assim, uma melhoria contínua na prestação de cuidados especializados.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abbing, A., Ponstein, A., van Hooren, S., de Sonnevile, L., Swaab, H., Baars, E. (2018,dezembro). The effectiveness of art therapy for anxiety in adults: A systematic review of randomised and non-randomised controlled trials. PLoS ONE. 13(12): e0208716. doi.org/10.1371/journal.pone.0208716
- Berry, K., Haddock, G., Kellett, S., Awenat, Y., Spazk, K., Barrowclough, C. (2017) Understanding Outcomes in a Randomized Controlled Trial of a

- Ward-based Intervention on Psychiatric Inpatient Wards: A Qualitative Analysis of Staff and Patient Experiences. *Journal of Clinical Psychology*. Vol.73. (10),1211-1225. doi: 10.1002/jclp.22434
- Descritores em Ciências da Saúde: DeCS. 2017. ed. 2017. São Paulo (SP): BIREME / OPAS / OMS. Disponível em: <http://decs.bvsalud.org>.
- Direção Geral da Saúde (2017). Programa Nacional para a Saúde Mental 2017. Lisboa. Disponível em : http://www.nocs.pt/wp-content/uploads/2017/11/DGS_PNS_M_2017.10.09_v2.pdf
- Direção Geral da Saúde. (2014). Portugal – Saúde Mental em Números – Programa Nacional para a Saúde Mental. Disponível em www.dgs.pt/estatisticas-de-saude/estatisticas-de-saude/publicacoes/portugal-saude-mental-em-numeros-2014.aspx
- Herdman,T.H. & Kamitsuru,S. (2018). Diagnósticos de Enfermagem da NANDA I: Definições e classificação, 2018 – 2020. 11ª Edição. Porto Alegre, Brasil. ARTMED Editora.
- Martin K., Arora V., Fischler I. & Tremblay R. (2018). Analysis of non-pharmacological interventions attempted prior to pro re nata medication use. *International Journal of Mental Health Nursing*. 27, 296-302. doi: 10.1111/inm.12320
- Martin K., Ham E. & Hilton N. (2018). Staff and patient accounts of PRN medication administration and non-pharmacological interventions for anxiety. *International Journal of Mental Health Nursing*. 27, 1834-1841. doi: 10.1111/inm.12492
- Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., Altman, D.G. (2009). The PRISMA Group. Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. *PLoS Med* 6(7): e1000097. doi:10.1371/journal.pmed1000097. Disponível em: <http://www.prismastatement.org/PRISMAStatement/FlowDiagram>
- Molin,J., Lindgren,B., Graneheim, U.& Ringner,A., (2018).Time Together: A nursing intervention in psychiatric inpatient care: Feasibility and effects. *International Journal of Mental Health Nursin*. 27, 1698-1708. Doi: 10.1111/inm.12468
- Ordem dos Enfermeiros (2018). Regulamento nº 515/2018 de 07 de agosto. Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. *Diário da República*, 2ª Série, nº 151, 21427 - 21430.
- Sampaio, F., Sequeira,C., & Lluch Canut,T. (2018). Modelo de intervenção psicoterapêutica em enfermagem: Princípios orientadores para a implementação na prática clínica.*Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental* (19). 77-84. DOI: 10.19131/rpesm.0205
- Sampaio,F., Araújo O., Sequeira C., Lluch Canut T. & Martins T. (2017). A randomized controlled trial of a nursing psychotherapeutic intervention for anxiety in adult psychiatric outpatients. DOI: 10.1111/jan.13520
- Sampaio, F., Sequeira, C., & Lluch-Canut, T. (2014). A intervenção psicoterapêutica em enfermagem de saúde mental: Conceitos e desafios. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental* (Ed. Esp. 1), 103-108.
- The Joanna Briggs Institute. (2014). Joanna Briggs Institute Reviewer’s Manual. The Joanna Briggs Institute. Disponível em: <https://wiki.joannabriggs.org/display/MANUAL/Joanna+Briggs+Institute+Reviewer%27s+Manual>
- Yang, C., Miao, N.,Lee, T., Tsai, J.C., Yang, H.L., Chen, W.C., Chung, M.H., Liao, Y.M. & Chou, K.R. (2015). The effect of a researcher designated music intervention on hospitalised psychiatric patients with different levels of anxiety. *Journal of Clinical Nursing*. 25, 777-787, DOI: 10.1111/jocn.13098

O CUIDAR ESPECIALIZADO DO ENFERMEIRO NA ALIMENTAÇÃO ENTÉRICA NO DOENTE CRÍTICO EM POSIÇÃO PRONE: UMA SCOPING REVIEW

SPECIALIZED CARE OF THE NURSE IN ENTERIC FEEDING IN THE CRITICAL PATIENT IN PRONE POSITION: A SCOPING REVIEW

Autores: Ana M. Miranda¹; Hugo Franco²

Resumo

Introdução: A garantia da segurança e qualidade dos cuidados ao doente, é uma preocupação constante por parte das instituições de saúde, assim sendo torna-se pertinente a elaboração e fundamentação de estratégias, baseadas na evidência atual, e associadas ao contexto da prestação de cuidados, de modo a assegurar a eficácia desses cuidados.

A evidência atual determina que todos os doentes com uma permanência superiores a 48 horas no Serviço de Medicina Intensiva devem ser considerados como doentes em risco nutricional, referindo a terapêutica nutricional precoce e individualizada como benéfica no prognóstico desses doentes. Perante o contexto pandémico atual tem-se verificado um interesse crescente na utilização da posição prone como tratamento ao doente com síndrome de dificuldade respiratória Aguda, protelando ou descontinuando recorrentemente, o início da alimentação entérica nesses doentes pelos riscos associados à mesma.

Metodologia: Realizada revisão scoping segundo Joanna Brigs Institute (JBI), com objetivo de identificar a melhor prática nos cuidados de enfermagem na Pessoa em Situação crítica com necessidade de alimentação entérica em posição de prone em Cuidados Intensivos. Foram incluídos 8 artigos na revisão.

Resultados: Verificou-se que a alimentação entérica no doente crítico em prone é segura, viável e eficaz, quando tomadas medidas preventivas, e uniformizadas, como o posicionamento em Trendelenburg reverso, o uso de procinéticos, a monitorização do VGR, e a introdução precoce da alimentação entérica em dose trófica, permitindo atingir o volume alvo de alimentação precocemente, e consequentemente reduzindo complicações, tempo de internamento e mortalidade.

Quanto ao uso de neuro bloqueadores e sedativos concomitante com a nutrição entérica em posição prone, a evidência é escassa, contudo as recomendações aferem que, a nutrição entérica precoce é segura, não devendo ser adiada a sua introdução apenas pela presença desses bloqueadores.

Conclusão: Os benefícios do suporte nutricional por via entérica no doente crítico são múltiplos, tornando-se fundamental a implementação de protocolos, devidamente estruturados e adaptados ao doente crítico, em prone, uniformizando procedimentos, e aumentando a qualidade e segurança dos cuidados.

Palavras-chave: Cuidados de enfermagem; nutrição entérica, posição prone, doente sedado, doente crítico.

¹Enfermeira do Serviço de Urgência Geral do Centro Hospitalar de Setúbal, Portugal (anamarisa_23@hotmail.com)

²Professor adjunto, Departamento de enfermagem, Escola Superior de Saúde, Instituto Politécnico de Setúbal, Portugal (hugo.franco@ess.ips.pt)

Abstract

Aim: Ensuring the safety and quality of patient care is a constant concern on the part of health institutions, so it is relevant to develop and substantiate strategies, based on current evidence, and associated with the context of care delivery, in order to ensure the effectiveness of such care.

Current evidence determines that all patients with a stay of more than 48 hours in the Intensive Care Service should be considered as patients at nutritional risk, referring to early and individualized nutritional therapy as beneficial in the prognosis of these patients. In view of the current ineptitude context, there has been an increasing interest in the use of the prone position as a treatment for patients with acute respiratory distress syndrome, reasuring or recontinuing on a recurrent, the onset of enteric feeding in these patients due to the risks associated with it.

Methodology: A scoping review was carried out according to Joanna Briggs Institute (JBI), with the objective of identifying the best practice in nursing care in the critical person in situation with the need for enteric feeding in prone position in Intensive Care. Eight articles were included in the review.

Results: As a result of analysis of the study in question, it was found that enteric feeding in critical lye patients is safe, feasible and effective, when preventive measures are taken, and standardized, such as positioning in reverse Trendelemburg, the use of prokinetics, monitoring of GrV, and early introduction of enteric feeding in trophic dose, allows to reach the target volume of feeding early, and consequently reduces complications, hospitalization time and mortality.

As for the use of neuro blockers and sedatives concomitant with enteric nutrition in prone position, the evidence is scarce, however the recommendations state that early enteric nutrition is safe, and its introduction should not be postponed only by the presence of these blockers.

Conclusion: The benefits of enteric nutritional support in critically ill patients are multiple, making it essential to implement protocols, properly structured and adapted to critical patients, prone, standardizing procedures, and increasing the quality and safety of care.

Keywords: Nursing care; enteric nutrition, prone position, sedated, critically ill patient.

Introdução

Perante a realidade pandémica em que nos encontramos, identificou-se a necessidade de sintetizar conhecimentos no que concerne à alimentação entérica da pessoa em situação crítica em posição prone em Unidade de Cuidados Intensivos (UCI).

A abordagem pelo enfermeiro especialista médico-cirúrgico é essencial, pois dada a complexidade da situação, este, detém conhecimentos e habilidades múltiplos que permitem antecipar a instabilidade e responder em tempo útil, garantindo a aplicação rigorosa de protocolos e intervenções, tanto à pessoa em situação crítica, como à respetiva família.

De acordo com o regulamento n.º 361/2015 dos Padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem em pessoa em situação crítica, da OE (Ordem dos Enfermeiros) e publicado em Diário da República (DR), 2.ª Série. n.º 123, de 25 de Julho de 2015, "(...) a pessoa em situação de doença crítica é aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja

sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica."

A garantia da segurança e qualidade dos cuidados ao doente, é uma preocupação constante por parte das instituições de saúde, assim sendo torna-se pertinente a elaboração e fundamentação de estratégias, baseadas na evidência atual, e associadas ao contexto da prestação de cuidados, de modo a assegurar a eficácia desses cuidados.

A evidência atual determina que todos os doentes com uma permanência superiores a 48 horas no Serviço de Medicina Intensiva devem ser considerados como doentes em risco nutricional, sendo recomendada a terapêutica nutricional precoce e individualizada, considerada benéfica no prognóstico desses doentes. (DGS, 021/2020). No âmbito da problemática apresentada torna-se pertinente definir os seguintes conceitos: Nutrição entérica (NE), Síndrome de dificuldade respiratória Aguda (ARDS) e posição prone (PP).

Nutrição entérica (NE) compreende todas as formas de suporte nutricional que impliquem o uso de alimentos com objetivo médico, independentemente da via de administração.

Inclui alimentação oral assim como alimentação por sonda. (BRASPEN, 2021). Conforme descrito pela DGS, (021/2020): “A Nutrição Entérica deve ser considerada quando as necessidades nutricionais não podem ser satisfeitas por via oral, nomeadamente quando se estima que a ingestão oral não será possível por um período superior a 3 dias ou se a mesma for inferior a 50% das necessidades energéticas por mais de uma semana.”

Sendo uma das controvérsias na atualidade o método mais eficaz e seguro de aporte nutricional ao doente crítico em PP, esta temática assume especial atenção. Numa breve pesquisa inicial, verificou-se que a evidência mostra os benefícios da posição ventral (prone) na recuperação e minimização de sequelas no doente com ARDS, quer em doentes sedados quer em doentes vígils, sendo cada vez mais usado este método, em Unidade de Cuidados Intensivos (UCI), no entanto o aporte nutricional do doente é um fator relevante na recuperação do mesmo, sendo a nutrição adequada e precoce, essencial para a manutenção da saúde. (Alencar et al., 2021) A Síndrome de dificuldade respiratória Aguda (ARDS), é uma doença complexa caracterizada por uma inflamação que resulta em danos na difusão alveolar, proliferação e fibrose sendo a causa de uma elevada taxa de mortalidade. (Behrens et al., 2020).

Esta síndrome é também caracterizada como um tipo de lesão pulmonar inflamatória que ocorre pelo aumento da permeabilidade pulmonar e que apresenta como características o desenvolvimento de hipoxia e edema pulmonar. (Machado, Rizzi & Silva, 2019).

A Posição Prone (PP) é a intervenção utilizada no ARDS, com objetivo de melhorar a oxigenação, sendo uma combinação de estratégia de ventilação protetora e prevenção de alguns problemas associados à ventilação mecânica invasiva (VMI) e que demonstrou diminuir a taxa de mortalidade de pacientes com diagnóstico de ARDS. (BDA, 2020).

Descrito em literatura, estão vários estudos que apontam para a melhoria significativa de pacientes que sofrem desta patologia, quando colocados em PP, sendo que esta técnica leva à melhoria da oxigenação em

cerca de 70% a 80%, e levando à manutenção da mesma, de forma parcial aquando colocado em posição supina, sendo ainda, uma mais-valia, as raras complicações. (Machado, Rizzi & Silva, 2019). Segundo os mesmos autores, PP é “(...) uma manobra de rotação do paciente da posição supina para decúbito ventral, que possibilita melhor expansão das regiões dorsais do pulmão, com consequente melhoria da oxigenação. (Machado, Rizzi & Silva, 2019).

O facto da escassa ou inexistente literatura que avalie ou descreva a terapia nutricional nos protocolos de pronação, é evidenciado como uma lacuna na literatura. A maior parte dos estudos sobre protocolos de pronação constata a descontinuação da terapia enteral durante o período de pronação, levando a balanço energético e proteico negativo, o que em doente crítico é também associado ao aumento do número de complicações, nomeadamente, infeções, tempo em ventilação mecânica, tempo de internamento e mortalidade. (Machado, Rizzi & Silva, 2019).

Este método implica que o doente permaneça por longos períodos nesta posição, sendo o aporte nutricional entérico muitas vezes deficiente, uma vez que acarreta mais riscos para o doente, nomeadamente a intolerância, o risco de vômito e posterior aspiração, bem como o aumento de volume gástrico residual (VGR), tornando a monitorização da terapêutica nutricional essencial nestes doentes. (DGS, 021/2020).

Os benefícios do suporte nutricional por via entérica no doente crítico são múltiplos, tornando-se fundamental a implementação de protocolos, devidamente estruturados e adaptados ao doente crítico, neste caso em PP, uniformizando procedimentos, e aumentando a qualidade e segurança dos cuidados. (Behrens et al., 2020).

Perante o contexto pandémico atual em constante mudança, tem-se verificado um interesse crescente na utilização da PP como tratamento ao doente com ARDS, protelando ou descontinuando diversas vezes o início da alimentação entérica nesses doentes pelos riscos associados à mesma, tornando-se fundamental mapear e identificar as lacunas na evidência existente sobre esta temática, de forma a promover a

melhor abordagem para estes doentes, garantindo igualmente a sua segurança e a do profissional de saúde.

Na abordagem acerca deste tema identificou-se carências no que respeita à uniformização de intervenções de enfermagem no cuidado ao doente crítico em posição prone, viabilizando de forma segura e eficaz a nutrição destes doentes.

Consequentemente decidiu-se realizar uma scoping review, orientada pela metodologia proposta pelo JBI, com o objetivo de analisar e mapear as intervenções de enfermagem e as vantagens da criação de protocolos de atuação, no que diz respeito à alimentação entérica no doente crítico em PP. (JBI, 2011).

Metodologia

Questão de Investigação

Mais especificamente esta revisão pretende dar resposta à seguinte questão: “Quais as intervenções de enfermagem na alimentação entérica em doentes com necessidade de posição prone numa Unidade de Cuidados Intensivos?”.

Diferentes objetivos e questões de revisão, exigem o desenvolvimento de novas abordagens que são projetadas para sintetizar, de forma mais efetiva e rigorosa, a evidência, sendo a Scoping Review um destes tipos de abordagem. (Peters et al., 2015).

O intuito desta metodologia não é analisar a qualidade metodológica dos estudos incluídos, não sendo o seu objetivo encontrar a melhor evidência científica, mas sim, mapear a evidência científica sobre um tópico, identificando conceitos chave, teorias e fontes de evidência, bem como lacunas existentes. (Peters et al., 2020).

Este método foi inicialmente proposto em 2005 por Arksey and O'Malley, e redefinido pelo JBI em 2015, tendo sido atualizado pelo mesmo instituto em 2020. (Peters et al., 2020).

Segundo o mesmo autor, as revisões Scoping são conduzidas por diversas razões, sendo, no entanto, a mais comum a exploração da amplitude/ou profundidade da literatura, mapeando e sintetizando a evidência. (Peters et al., 2020).

Logo, a opção específica pela realização de uma Scoping Review fundamenta-se por ser um tipo de revisão que assume como

principais objetivos: mapear as evidências existentes subjacentes a uma área de pesquisa, identificar lacunas na evidência existente e constituir um exercício preliminar que justifique e informe acerca da pertinência da realização de uma revisão sistemática da literatura. (Peters et al., 2015). Para a elaboração da questão da revisão foi utilizada a estratégia Participants, Concept e Context (PCC) proposta pela JBI. Assim, definiu-se para esta Scoping review:

P) Doente Crítico Adulto;

C) A alimentação entérica em posição prone;

C) Serviços de UCI

Critérios de inclusão e exclusão

Os critérios de inclusão determinam de forma mais rigorosa que estudos devem integrar a pesquisa. Considerou-se todos os estudos que incluam: adultos (com idade superior a 19 anos), publicações que apresentem a alimentação entérica como método de aporte nutricional em doentes com necessidade de pronação, todo o tipo de publicações sobre o tema, e artigos com texto integral disponível, na língua Inglesa, Portuguesa, e/ou Espanhola, no período entre 1 de janeiro de 2016 e 30 de novembro de 2021.

Foram excluídos artigos cuja temática não fosse relevante para a revisão em questão, cuja população não fosse a especificada e definida anteriormente, publicações cuja alimentação não fosse entérica e em posição prone e, publicações às quais não tenha sido obtido acesso ao texto integral.

Estratégia de pesquisa

De forma a responder à questão desta revisão realizou-se a pesquisa através das plataformas eletrónicas PUBMED, RCAAP e EBSCO, pela seleção de todas as bases de dados disponíveis, tais como: CINAHL Complete; MEDLINE Complete; Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive; Cochrane Central Register of Controlled Trials; Cochrane Database of Systematic Reviews; Cochrane Methodology Register; Library, Information Science & Technology Abstracts; MedicLatina. Recorreu-se ainda à biblioteca de conhecimento online B-on e ao Google Scholar. Esta pesquisa foi efetuada por dois investigadores em simultâneo, durante o mês de novembro de 2021 aplicando os critérios de inclusão e exclusão anteriormente definidos.

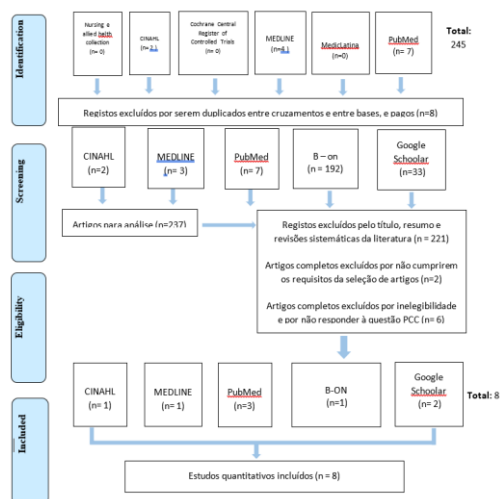


Figura 1- Fluxograma de seleção de artigos (13)

From: Prisma Flow Diagram (Moher & Liberat & Tetzlaff & Altman, 2009)

Foram selecionados como descritores em várias combinações, e em todas as línguas: Nursing care, Enteral Nutrition, Prone Position, Deep sedation, e Critical Illness, com recurso à intersecção entre os mesmos através do operador booleano “AND”. Estes descritores foram validados e confirmados na plataforma DeCS, referente aos Descritores em Ciências da Saúde.

Da pesquisa efetuada nas bases de dados (EBSCO, PUBMED, RCAAP, B-ON e Google Schollar), utilizando os descritores, bem como os delimitadores supramencionados, obtiveram-se 245 publicações (6 na EBSCO, 7 na PUBMED, 197 na B-ON e 35 no Google Scholar).

Após triagem dos artigos foram eliminados inicialmente, 8 artigos por serem de acesso pago ou por se encontrarem duplicados nas bases de dados de pesquisa (EBSCO 1, B-ON 5, e Google Scholar 2).

A partir da leitura dos títulos, resumo, e da limitação do acesso a algumas das publicações foram eliminadas 221 publicações (191 na B-ON, 31 no Google Scholar, e 4 na PUBMED), ficando um total de 8 artigos selecionados (2 da EBSCO, 3 da PUBMED, 1 da B-ON e 2 do Google Scholar).

Após a leitura integral das 8 publicações selecionadas, concluímos que os 8 cumprem os critérios de inclusão e exclusão, tal como demonstrado no Prisma Flow Diagram, (Figura 1) (JBI, 2011).

A metodologia utilizada para a seleção de artigos, recolha de dados e discussão de resultados contou com o consenso entre os investigadores

Artigos selecionados

Após a leitura integral dos 8 artigos selecionados e uma vez que todos eles cumpriam os critérios e inclusão previamente delineados, constata-se que os 8 respondem á questão de investigação, conforme enunciado na tabela sinóptica dos artigos selecionados. (Tabela 1).

Avaliação da qualidade metodológica quanto á eficácia

A scoping review, é uma revisão sistemática, que não tem como critério analisar a qualidade metodológica dos artigos incluídos. No entanto, para determinar a credibilidade e a qualidade dos artigos selecionados, foi aplicada a classificação Joanna Briggs Institute Levels of Evidence (JBI, 2011), relativamente á eficácia, tal como demonstrado na tabela 1.

Discussão de resultados

A VMI é defendida como fundamental no tratamento de ARDS em UCI, sendo que, habitualmente os doentes permanecem em decúbito dorsal, no entanto a pandemia por COVID -19, veio despertar para o uso do posicionamento em decúbito ventral, técnica utilizada desde a década de 70 e que mostra grandes benefícios na recuperação do doente uma vez que promove a oxigenação uniformemente, permitindo a expansão alveolar de forma mais eficaz e consequentemente melhorando as trocas gasosas. (Behrens et al., 2020). Neste estado agudo da doença, é fundamental preservar a massa corporal, como meio de apoio á função respiratória e recuperação geral, assumindo o início da alimentação entérica o mais precocemente possível como crucial para o doente. Assume-se as primeiras 24h a 48horas após a admissão, como altura ideal, tendo como recomendação a alimentação trófica ou completa, constatando-se, no entanto, que a PP pode ser encarada como uma barreira ao fornecimento de nutrição, devido a preocupações como a viabilidade, segurança ou tolerância. (Behrens et al., 2020).

Autores/ Título	Ano	Nível de Evidência	Objetivo do estudo
Behrens, S. et al <i>Nutrition Support During Prone Positioning: An Old technique Reawakened by COVID -19</i>	2021	Estudo de Revisão Narrativa Nível 5.b	Descrever a fisiopatologia de ARDS e a coerência no uso da posição prone; Enumerar as considerações e desafios de providenciar terapia nutricional aos doentes com necessidade de posição prone.
Savio, R. Dominic et al <i>Feasibility, tolerance, and effectiveness of enteral feeding in critically ill patients in prone position</i>	2021	Estudo observacional prospectivo com grupo de controlo Nível 3. e	Evidenciar a viabilidade, tolerância e eficácia da introdução precoce da nutrição entérica no doente crítico em posição prone.
Chapple, Lee-Anne S. et al <i>Nutrition management for critically and acutely unwell hospitalized patients with coronavirus disease 2019 (covid 19) in Australia and New Zealand</i>	2020	Estudo de Consenso de Especialistas (Norma de Orientação clínica) Nível 5. b	Providenciar evidencia para a melhor prática na alimentação do doente crítico durante a pandemia, promovendo adaptações chave, tendo em vista a segurança da equipa multidisciplinar e a condição clínica dos pacientes.
Minnelli, N. et <i>Challenges of Maintaining Optimal Nutrition Status in COVID- 19 Patients in Intensive Care Settings al</i>	2020	Estudo de Consenso de Especialista (Revisão de Normas d Orientação Clínica) Nível 5.b	Discutir as <i>Guidelines</i> disponíveis para o Suporte Nutricional de doentes COVID 19 em UCI apresentando orientação clínica para os desafios que possam surgir nas equipas multidisciplinares numa perspectiva nutricional.
Fu, P., et al <i>Caloric Intake with High Ratio of Enteral Nutrition Associated With Lower Hospital Mortality for Patients with Acute Respiratory Distress Syndrome Using Prone Position Therapy</i>	2021	Estudo Retrospectivo Nível 2. d	Averiguar a melhor estratégia para alimentação de doentes em posição prone com diagnóstico de ARDS.
AL-Dorzy, H.M. and Arabi, Y.M. <i>Enteral Nutrition Safety With Advanced Treatments: Extracorporeal Membrane Oxygenation, Prone Positioning, and Infusion of Neuromuscular Blockers.</i>	2020	Estudo de Revisão narrativa de literatura Nível 4.a	Aferir a segurança e eficácia da nutrição entérica no doente crítico durante o uso de Oxigenação por Membrana Extracorporeal (ECMO), PP e perfusão de bloqueadores neuromusculares.
Suliman, S. et al <i>Barrier to nutrition therapy in the critically ill patient with COVID – 19</i>	2021	Estudo observacional prospectivo Nível 3. e	Identificar as barreiras e dificuldades existentes no fornecimento de terapia nutricional adequado no doente crítico, com os sem infeção por COVID-19. encorajando o desenvolvimento de protocolos adequados ao eficaz aporte nutricional.
Chapple, L.S. et al <i>Nutrition guidelines for critically ill adults admitted with COVID-19: Is a consensus?</i>	2021	Estudo de Revisão narrativa de literatura Nível 5.b	Reconhecer as <i>guidlines</i> chave e as práticas recomendadas para o suporte nutricional no doente crítico adulto com COVID-19, descrevendo as semelhanças e as diferenças, das recomendações e suas implicações na prática clínica.

Tabela 1 - Tabela sinóptica com os artigos selecionados e nível de eficácia segundo JBI (2011).

Num estudo em que se englobam dez diretrizes que esmiúçam a prática clínica da nutrição entérica ao doente com ARDS, enfatiza-se o consenso em todas elas, no que diz respeito à administração da alimentação entérica de forma lenta e progressiva nos primeiros cinco a sete dias da doença crítica, e, á via entérica preferencial (oro ou nasogastrica), referindo ainda que a maior

parte das diretrizes aponta para o início da mesma nas primeira 48 horas após admissão. (Chapple et al., 2021).

A mesma opinião é relatada em mais quatro artigos, sendo que um deles descreve ainda, como essencial o início precoce da NE garantindo o fornecimento de macronutrientes e micronutrientes, uma vez que este procedimento é encarado como estratégia terapêutica proactiva, sendo claro, que diminui complicações, promovendo a

redução do tempo de internamento, e redução das infeções bem como a taxa de mortalidade. No entanto existe discordância entre autores quanto à segurança da NE em PP. (Al-Dorzy & Arabi, 2020; Chapple et al., 2019, Chapple et al., 2021, Minelli et al., 2020, & Savio et al., 2021).

É descrito o facto de a NE ser o método preferencial para fornecer nutrientes aos pacientes em UCI afirmando que além dos benefícios anteriormente descritos, também promove a sensibilidade à insulina. (Fu et al., 2021).

A evidência reforça que é viável, segura e tolerável a NE continua em doente com VMI em PP. (Savio et al., 2021).

No que concerne a possíveis constrangimentos à alimentação entérica, em PP, é enfatizada a sedação do doente, a presença de medicação vasopressora, e a terapêutica de bloqueio neuromuscular. (Behrens et al., 2020). A necessidade de procedimentos profiláticos para uma alimentação entérica sem intercorrências ou complicações, é unânime, evidenciando-se a colocação de sonda naso ou orogástrica antes da colocação do doente em PP, evitando desta forma atrasos no início da alimentação. A elevação da cabeceira a 20°, o uso de agentes procinéticos, e a suspensão da alimentação entérica nos posicionamentos e/ou intervenções ao doente, são estratégias definidas como essenciais para o aporte nutricional do doente com alimentação entérica em posição prone. (Al-Dorzy et al., 2020, Behrens et al., 2020 & Chapple et al., 2021).

Esta evidência é reforçada em outro artigo que acrescenta o facto das intervenções médicas comuns, incluído a sedação, VMI, restrição hídrica e o decúbito ventral poderem ser exacerbadoras da disfunção gastrointestinal, afetando diretamente a ingestão nutricional, preconizando por isso a adaptação dos cuidados nutricionais à capacidade do doente, iniciando a alimentação entérica precocemente. (Chapple et al., 2019).

A literatura é escassa quanto à utilização de bloqueadores neuromusculares no ARDS concomitantes com a NE, contudo a recomendação com base na opinião de um especialista, é de que, a NE precoce é provavelmente segura em pacientes com bloqueio neuromuscular sem disfunção

gástrica grave, não devendo ser adiada a introdução da NE apenas pela presença desses bloqueadores. (Al-Dorzy et al., 2020).

As recomendações para doentes com ARDS por COVID-19, e necessidade de VMI e PP, apontam como estratégias de segurança e tolerância da NE: o controlo de VGR a cada 8 horas, como forma de evitar possíveis complicações como vômito, a administração de prócinéticos no caso de intolerância, a validação do local da sonda através da instalação de cerca de 20ml de ar concomitante com a auscultação do abdómen após o posicionamento em ventral, a aspiração de conteúdo gástrico antes de se proceder ao reposicionamento do doente, bem como a suspensão da alimentação nesses mesmo momentos. (Chapple et al., 2019). É defendido o uso de procinéticos como forma de otimizar a tolerância da alimentação entérica, principalmente quando o doente apresenta perfusões de opióides ou sedação, que tem implicação direta na motilidade intestinal e níveis de glicémia respetivamente. (Minelli et al., 2020).

Tendo em vista a tolerância e aumento de volume de alimentação entérica administrada ao doente com VMI em PP, recomenda-se a alimentação trófica precoce, e o uso de fórmulas poliméricas tratadas, a programação do volume de alimentação tendo em conta 30% do gasto energético necessário para o doente; o uso de prócinéticos; a elevação da cabeceira até ao máximo de 20° de inclinação durante a PP, e a monitorização da intolerância à alimentação (vómitos, diarreia, distensão abdominal, VGR). (Al-Dorzy., 2020).

É consensual a criação de um protocolo de alimentação dirigido ao quadro estudado, salientando-se a promoção de uma melhor rentabilidade da NE, uma vez que induz a diminuição das interrupções da alimentação levando a um aumento do volume nutricional diário, considerado como estratégia prática para a otimização e eficiência da NE. (Behrens, et al., 2020, Fu et al., 2021 & Suliman et al., 2021).

É também harmoniosa a opinião quanto à fórmula escolhida, devendo ser priorizadas fórmulas poliméricas, com densidade calórica e com micro e macronutrientes, concentrada, com alta densidade de energia,

e alto teor proteico (superior a 20%), havendo, no entanto, discrepância de recomendação quanto ao uso de glicose. (Behrens et al., 2020, Chapple et al., 2021 & Minelli et al., 2020).

Estudos revelam um aumento não significativo do VRG, vômitos mais frequentes e maior número de interrupção de alimentação em doentes em posição prone e sob alimentação entérica. (Al-Dorzy et al., 2020).

Um artigo evidencia que a dose alvo a atingir foi possível de acontecer com maior brevidade, pois existiu uma estreita monitorização do VGR. Com a validação da tolerância, foi possível aumentar o volume de administração, atingindo mais cedo a dose alvo prescrita ao doente. Desta forma, é referida a intervenção como uma mais-valia para o sucesso da alimentação no doente em pronação (Savio et al., 2021), no entanto num outro estudo é identificado conflito em relação á correlação do VGR, ser indicador ou não de intolerância à alimentação entérica, sendo que existem diretrizes que evidenciam a importância da monitorização analítica no que concerne à estabilidade hidro- eletrolítica, antes e durante a alimentação como indicador de tolerância. (Chapple et al., 2021). Em dois dos estudos desenvolvidos não são apontadas diferenças na viabilidade, tolerância ou eficácia da alimentação entérica quando comparada a posição dorsal com a posição ventral. (Al-Dorzy et al., 2020 & Savio et al., 2021).

Por outro lado existem opiniões opostas, referindo que os doentes com ARDS em decúbito ventral têm um risco superior de intolerância nutricional relacionado com a postura, associando a menor ingestão calórica à intolerância alimentar relacionada à posição ventral, no entanto aponta para a evidencia demonstrada no que concerne as complicações gastrointestinais não aumentarem significativamente no que concerne à alimentação entérica no doente em PP, podendo a ingestão calórica atingir 92% a ingestão estimada; (Fu et al., 2021).

Relativamente ao posicionamento este é recomendado pela maioria das diretrizes assumido a NE precoce em pacientes em posição ventral, tendo em conta a monitorização da tolerância; O mesmo se aplica a doentes a receberem ECMO. (Chapple et al., 2021)

Como contraindicações à NE em PP são nomeados sintomas gastrointestinais graves, instabilidade hemodinâmica, e elevadas doses de vasopressores, acrescentando ainda o aumento dos níveis de lactato. (Behrens et al., 2020, Minelli et al., 2020 & Suliman et al., 2021).

Conclusão

A realização desta revisão scoping permitiu a esquematização da evidência existente no que concerne às intervenções de enfermagem na alimentação entérica do doente crítico em posição prone, possibilitando o conhecimento sobre os principais ganhos, a melhor abordagem e os obstáculos para a problemática estudada, permitiu ainda, averiguar as melhores estratégias a serem implementadas para a otimização dos cuidados a estes doentes.

Considera-se ter sido obtida resposta à questão de investigação, através da análise e extração da informação dos artigos selecionados.

Constata-se que é vantajosa a criação de protocolos de orientação clínica, com vista a uniformização, e a especialização dos cuidados ao doente crítico, nomeadamente a criação de um protocolo para a alimentação entérica do doente crítico em posição prone, uma vez que este procedimento requer intervenções específicas e monitorização rigorosa das mesmas, com vista á viabilidade, segurança e eficácia da intervenção.

Conclui-se que a alimentação entérica é considerada a 1º linha de alimentação no doente crítico, quer esteja sedado ou acordado, pelos seus múltiplos benefícios, dos quais se destacam a manutenção da integridade intestinal, a recuperação muscular, a diminuição da taxa de mortalidade e do tempo de internamento.

É viável, segura e eficaz, contudo, é salientada a necessidade de uma monitorização rigorosa do doente, de forma a não comprometer uma deteção precoce do agravamento da função Hemodinâmica, podendo, portanto, levar a complicações.

Verifica-se que o uso de sedação ou bloqueadores neuromusculares não foi ainda alvo de muitos estudos, sendo a informação parca, no entanto, a partir da evidencia existente assume-se que, esta situação não deve ser considerada uma barreira á

alimentação entérica, sendo viável e seguro desde que tomadas as medidas preventivas acima descritas.

Como limitação, salienta-se o défice de informação dirigida às intervenções de Enfermagem, no que diz respeito aos cuidados ao doente crítico com VMI e posição prone sob alimentação entérica, sendo, no entanto, patente que praticamente todas as intervenções recomendadas aqui descritas são intervenções e monitorizações do enfermeiro, na sequência da sua prestação de cuidados diferenciados diários ao doente. Destaca-se o facto de se tratar de uma temática recente, com estudos em curso e, portanto, em constante atualização, sendo fundamental o acompanhamento da sua progressão.

Referências

- Al- Dorzy, H. M.; & Arabi, Y. M. (2020). Enteral Nutrition Safety Whith Advanced Treatments: Extracorporeal Membrane Oxygenation, Prone Positioning, and Infusion of Neuromuscular Blockers. *ASPEN – Nutrition in Clinical Practice*, Volume 36, number I, p.88-97.
- Alencar, E. S., Muniz, L. S.S., Holanda. J. L. G., Oliveira, B. D. D., Carvalho, M. C. F., Leitão, A. M.M., Cavalvante, M. I. A., Oliveira, R. C. P., Silva, C. A. B., Carioca, A. A. F. (2021) Enteral nutritional support for pacientes hospitalized with COVID-19: Results from the first wave in a public hospital. *Nutrition*, n.º 94 111512, p. 0899-9007.
- Behrens, S., Kozeniecki, M., Knapp, N., and Martndale, R.G. (2020) Nutrition Support During Prone Positioning: An Old Technique Reawakened by COVID-19. *Nutrition in clinical Practice*, Volume 36, Number I. p.105-109.
- Braspen Journal (2021). Directrizes BRASPEN de Enfermagem em terapia nutricional oral, enteral e parental - Volume 36 - Numero 3 - Suplemento 3 - Diretrizes 2021.
- British Dietetic Association, Critical care Specialist Group (2020). BDA Critical care Specialist Group COVID -19. Best practice Guidance: Feeding Patients on Critical Care Units in the Prone Position (awake and sedated). 2ª Edition
- Chapple, L. S., Fetterplace, K., Asrani, V., Burrell, A., Cheng, A. C., Collins, P., Doola, R., Ferrie, S., Marhall, A.P., Ridley, E.J. (2020). Nutrition management for dritically and acutely unwell hospitalized patients whith coronavirus disease. 2019 (COVID-19) in Australia and New Zealand. *Nutrition&Dietetic* n.º 77, p. 426-436.
- Chapple, L.S., Tatuco-Babet, O.A., Lambell, K.J., Fetterplace, K. & Ridley, E.J. (2021). Nutrition guidelines for critically ill adults admitted with COVID-19: Is there consensus?. *ESPEN- Clinical Nutrition Journal*, n.º 44, p. 69-77.
- Direção Geral de Saúde. Norma de Orientação 021/2020: COVID-19: Terapêutica nutricional no doente com COVID-19. Disponível em: [Orientação_021_2020_act_18_02_2021.pdf](https://www.nutrimento.pt/Portals/0/Orientacao_021_2020_act_18_02_2021.pdf) (nutrimento.pt). consultado em novembro de 2021.
- Fu, P.K., Chao, W.C., Hsu, C, Y., Wang, C.H. & Wang, C. Y. (2021). Caloric Intake whith High Ratio of Enteral Nutrition Associated with Lower Hospital Mortality for Patients with Acute Respiratory Distress Syndrome Using Prone Position Therapy. *Nutrients*, n.13, 3259, p. 1- 10.
- Joanna Briggs Institute. JBI Levels of Evidence FAME. JBI approach [Internet]. 2011. Disponível em: <https://joannabriggs.org/assets/docs/sumari/SUMARI-V5-User-guide.pdf>. em novembro 2021.
- Machado, L.S., Rizzi, P., Silva, M.S. (2019). Administração de nutrição enteral em posição prona, volume de residuo gástrico e outros desfechos clinicos em pacientes criticos: Uma revisão sistemática. *Revista Brasileira Terapia Intensiva*. n.º 32(1), p. 133-142.
- Minelli, N., Gibbs, L., Larrivee, J. & Sahu, K.K. (2020). Challenges of Maintaining Optimal Nutrition Status in COVID-19 Patients in Intensive Care Settings. *ASPEN – Journal of Parental and Enteral Nutrition*, volume 44, number 8, p. 1439-1446.

- Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J. & Altman, D. (2009). Preferred Reporting Items for Systematic Review and Meta-analyses: The PRISMA Statement. *Plos Med*, 6(7). 10.1371/journal.pmed.1000097.g001.
- Peters MDJ, Godfrey CM, Khalil H., McInerney, P., Parker. D., Soares, C.B. (2015) Guidance for conducting systematic scoping reviews. *Int J Evid Based Healthc*, n.º13(3), p.141-146.
- Peters MDJ, Marnier, C., Tricco, A. C., Pollock, D., Munn, Z., Alexandre, L., McInerney, P., Godfrey, C.M. & Khalil, H. (2020). Update methodological guidance for the conduct of scoping review. *JBIEvidence Implementation*, n.º 18, p. 2119-2126.
- Savio, R.D., Parasuraman, R., Lovesly, D., Shankar, B., Ranganathan, L., Ramakrishnan, N., and Venkataraman, R. (2021). Feasibility, tolerance and effectiveness of enteral feeding in critically ill patients in prone position. *Journal of the Intensive Care Society* (2021), Vol. 22(1) 41-46. Doi: 10.1177/1751143719900100.
- Suliman, S., McClave, S. A., Taylor, B. E., Patel, J., Omer, E. & Martindale, R.G. (2021). Barriers to nutrition therapy in the critically ill patient with COVID-19. *JPEN Journal- Parental Enteral Nutrition*, 2021; p. 1-12.

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO DE ÚLCERA POR PRESSÃO NA FACE DA PESSOA SUBMETIDA A VNI, NO SERVIÇO DE URGÊNCIA: REVISÃO DE ESCOPO

Nursing interventions in the prevention of pressure ulcers on the
face in people undergoing NIV, in the emergency department:
scope review

Autores: Catarina Rosário¹; Alice Ruivo²; Ana Cristina Pereira³; Anabela Soares⁴

Resumo

Contexto: A úlcera por pressão da face é uma complicação frequente da ventilação não invasiva [VNI], e que pode comprometer o tratamento, sendo necessário implementar medidas específicas para prevenir a sua ocorrência.

Objetivo: Mapear as intervenções de enfermagem na prevenção de úlcera por pressão na face da pessoa submetida a ventilação não invasiva, no serviço de urgência.

Método de Revisão: Revisão de escopo. Efetuou-se pesquisa nas bases de dados: CINHALL Complete e MEDLINE Complete para estudos publicados em inglês e português entre 2017 e 2021, que considerem a pessoa adulta submetida a ventilação não invasiva, focados nas intervenções de enfermagem na prevenção de úlcera por pressão na face, no serviço de urgência.

Resultados: Incluídos 5 estudos. Mapeadas sete intervenções de enfermagem para prevenir lesões da pele, promover o sucesso do tratamento e conforto da pessoa.

Conclusão: O enfermeiro especialista desempenha um papel preponderante na implementação de intervenções na prevenção e redução de complicações resultantes da ventilação não invasiva, promovendo cuidados seguros e de qualidade.

Palavras-chave: Ventilação não invasiva; intervenções de enfermagem; prevenção; úlcera por pressão; revisão de escopo.

Abstract

Context: Pressure ulcer of the face is a frequent complication of non-invasive ventilation, and can compromise treatment, requiring specific measures to prevent its occurrence.

Objective: To map the nursing interventions in the prevention of pressure ulcers on the face in people undergoing non-invasive ventilation, in the emergency department.

Review Method: Scope review. Research was carried out in the databases: CINHALL Complete and MEDLINE Complete for studies published in English and Portuguese between 2017 and 2021, which consider the adult person submitted to non-invasive ventilation, focused on nursing interventions in the prevention of pressure ulcer on the face, in the emergency department.

Results: Included 5 studies. Seven nursing interventions were mapped to prevent skin lesions, promote successful treatment and comfort for the person.

¹ Mestre, Enfermeira, Unidade Local de Saúde do Litoral Alentejano, E.P.E.. cr23@live.com.pt

² Doutorada, Professora Coordenadora, Departamento de Enfermagem, Escola Superior de Saúde, Instituto Politécnico de Setúbal, Portugal: alice.ruivo@ess.ips.pt

³ Mestre, Enfermeira Especialista, Unidade Local de Saúde do Litoral Alentejano, E.P.E. ana.cristinapereira@live.com.pt

⁴ Mestre, Enfermeira Especialista, Unidade Local de Saúde do Litoral Alentejano, E.P.E.. anabelaorik@gmail.com

Conclusion: The specialist nurse plays a major role in the implementation of interventions in the prevention and reduction of complications resulting from non-invasive ventilation, promoting safe and quality care.

Keywords: Noninvasive ventilation; nursing interventions; prevention; pressure ulcer; scope review.

INTRODUÇÃO

Nas últimas duas décadas, o recurso à ventilação não invasiva aumentou significativamente, sendo quando indicada, a estratégia de eleição no tratamento da insuficiência respiratória (Raurell-Torredà et al., 2017).

A ventilação não invasiva é definida como uma técnica de ventilação mecânica, consistindo na aplicação da pressão positiva regulável nas vias aéreas, por meio de um ventilador, utilizando uma máscara que faz a ligação à pessoa (Esquinas, 2016).

O sucesso do tratamento com ventilação não invasiva depende de vários fatores, tais como o tipo e a gravidade de doença subjacente, seleção cuidadosa da pessoa, seleção apropriada das configurações de ventilação, escolha do local apropriado, uso da máscara adequada à pessoa, monitorização e equipa multidisciplinar treinada e experiente (D’Orazio et al., 2018). A sua utilização está associada ao desenvolvimento de úlcera por pressão na face, uma complicação frequente relacionada com a máscara, que pode ocorrer dentro de algumas horas, em cerca de 70 % das pessoas (Maruccia et al., 2015). A úlcera por pressão na face surge essencialmente na pirâmide nasal entre o terceiro e o vigésimo dia de tratamento, estando relacionada com o tempo de administração da ventilação (Quitério et al., 2020). Segundo Alves et al. (2014) a “úlcera de pressão é uma lesão localizada na pele e/ou tecido subjacente, normalmente sobre uma proeminência óssea, em resultados da pressão” (p.8). Cerca de 95% das úlceras por pressão podem ser prevenidas através da identificação precoce do grau de risco.

O conhecimento da etiologia e fatores de risco associados ao desenvolvimento da úlcera por pressão é fundamental para o sucesso das estratégias de prevenção (Direção-Geral da Saúde [DGS], 2011). A úlcera por pressão irá condicionar o conforto da pessoa levando à interrupção da ventilação e, por outro lado, irá aumentar o tempo de internamento hospitalar, o risco de

infecção e desencadear efeitos psicológicos/emocionais (Quitério et al., 2020). Segundo Otero et al. (2017) a ventilação não invasiva pode causar dor e sofrimento sob a forma de úlcera por pressão e posteriormente na forma de cicatriz alterando a imagem.

De acordo com as recomendações do British Thoracic Society para a realização de ventilação não invasiva, nomeadamente ao início da técnica, vigilância/monitorização contínua, equipamento e profissionais com elevado nível de competência, o serviço de urgência é local indicado por reunir as condições necessárias. O elevado número de utentes admitidos, no serviço de urgência, com o diagnóstico de insuficiência respiratória aguda com necessidade de suporte ventilatório, requer um conjunto de estratégias de forma a dar resposta às necessidades de cuidados (Davies, et al., 2018).

O cuidado seguro à pessoa submetida a ventilação não invasiva exige profissionais competentes, que consigam manusear o equipamento, promover conforto e resolver quaisquer problemas que surjam com a máscara (Ghosh & Elliott, 2019). O enfermeiro está envolvido nos cuidados e gestão da pessoa submetida a ventilação não invasiva, durante 24 horas por dia, devendo estar ciente das complicações relacionadas com o tratamento, de forma a preveni-las (Yesilbalkan & Özbudak, 2019). Segundo a Ordem dos Enfermeiros [OE] (2019) o enfermeiro especialista detém um conjunto de conhecimentos, capacidades e habilidades que mobiliza para intervir nos diversos contextos ao nível da prevenção. O enfermeiro especialista possui um conjunto de competências que o permite prestar cuidados específicos a cada situação, com base em conhecimento técnico e científico, de forma a atingir o mais elevado nível de qualidade.

Neste sentido, surge esta revisão de escopo onde se pretende mapear e aprofundar conhecimentos sobre as intervenções de enfermagem à pessoa submetida a ventilação

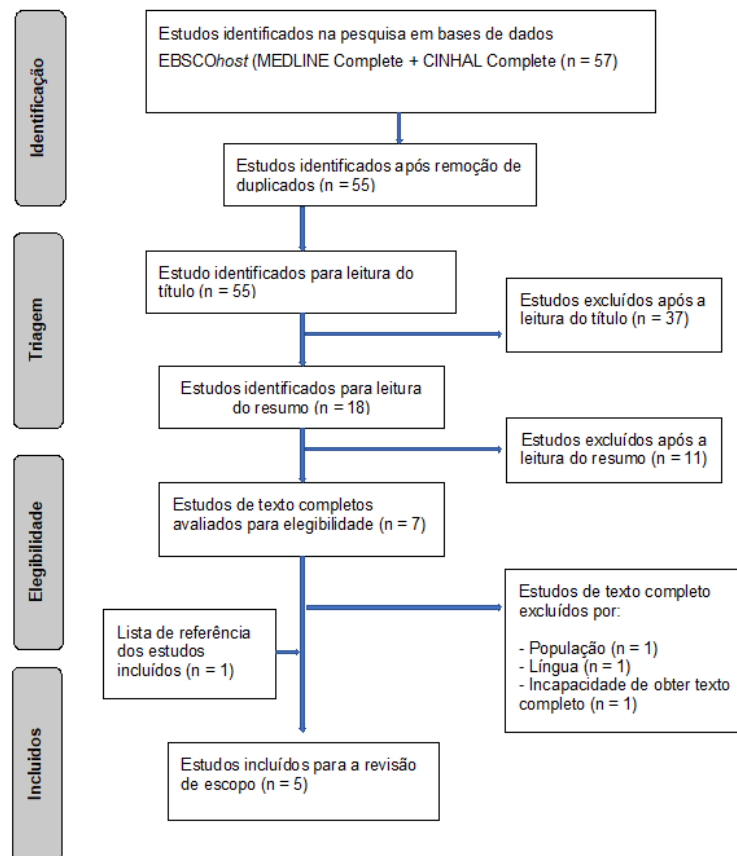


Figura 1 – PRISMA Fluxograma do processo de seleção e inclusão de estudos

From: Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, The PRISMA Group (2009). Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. PLoS Med 6(7): e1000097. doi:10.1371/journal.pmed1000097

não invasiva na prevenção de úlceras por pressão na face, relacionadas com a máscara. A seguinte questão orientou esta revisão: Quais as intervenções de enfermagem na prevenção de úlcera por pressão na face da pessoa submetida a ventilação não invasiva, no serviço de urgência?

O principal objetivo deste estudo foi mapear as intervenções de enfermagem na prevenção de úlcera por pressão na face da pessoa submetida a ventilação não invasiva, no serviço de urgência.

MÉTODO DE REVISÃO DE ESCOPO

A revisão de escopo teve início com a formulação da questão de investigação com base na estratégia PCC (População, Conceito e Contexto), recomendada por Joanna Briggs Institute® (Aromataris & Munn, 2020). Esta estratégia permitiu identificar a questão de investigação: “Quais as intervenções de enfermagem na prevenção de úlceras por pressão na face da

pessoa submetida a ventilação não invasiva, no serviço de urgência?

Os critérios de inclusão na revisão foram estudos publicados entre 2017-2021, em português e inglês, que considerem a pessoa adulta submetida a ventilação não invasiva, com idade superior ou igual a 18 anos, focados nas intervenções de enfermagem na prevenção de úlceras por pressão na face, no serviço de urgência. São considerados estudos de metodologia qualitativa e quantitativa e revisão sistemática da literatura. Os critérios de exclusão estabelecidos foram estudos com metodologia ambígua, repetidos nas bases de dados e sem correlação com o objeto de estudo.

Estratégia de pesquisa

Foi usada como estratégia de pesquisa, a pesquisa em três etapas. Na primeira etapa foi realizada uma pesquisa limitada na base

Identificação do estudo	Desenho do estudo	Nível de evidência (JBI)
Otero et al. (2017)	Ensaio clínico randomizado	1.c
Raurell-Torredà et al. (2017)	Revisão sistemática da literatura	5.a
Galetto et al. (2019)	Revisão sistemática da literatura	2.a
Özbudak & Yesibalkan (2020)	Ensaio clínico randomizado	1.c
Yaman et al. (2021)	Estudo prospectivo observacional	3.e

Figura 2 - Estudos incluídos na revisão

de dados EBSCOhost (MEDLINE Complete e CINAHL Complete) com análise das palavras-chave contidas nos títulos e resumos dos estudos. Posteriormente foi realizada uma segunda pesquisa utilizando as palavras-chave e termos identificados nos bancos de dados incluídos. Em terceiro lugar foram analisadas as referências bibliográficas dos estudos incluídos para integração de estudos adicionais.

A pesquisa bibliográfica decorreu no mês de março de 2021 nas bases dados EBSCOhost®, nos fornecedores de conteúdo CINAHL Complete e MEDLINE Complete. Para realizar a pesquisa foram retirados do vocabulário Medical Subject Headings (MeSH®) os termos de pesquisa: Noninvasive Ventilation; Nursing; Nursing Interventions; Nursing Care; Masks; Interfaces; Ulcers Pressure; Face; Prevention; hospital e emergency department.

Os descritores e operadores booleanos foram combinados da seguinte forma: “Noninvasive Ventilation” AND “Nursing” AND “Ulcers Pressure” AND “Prevention”. Os limites aplicados às pesquisas foram: estudos entre 2017- 2021, analisados por pares e em texto completo.

Os estudos foram selecionados por dois revisores independentes em duas fases. Na primeira fase os estudos pesquisados foram avaliados quanto à relevância para a revisão, com base nas informações fornecidas através da leitura do título e resumo. Os estudos que cumpriam os critérios de inclusão da revisão foram recuperados por completo. Na segunda fase os estudos completos foram lidos integralmente de maneira a verificar se cumpriam os critérios de inclusão. Os estudos identificados através das listas de referências foram avaliados quanto à relevância com base nos título e resumo. Através da pesquisa nas bases de dados foram obtidos cinquenta e sete estudos.

Posteriormente foram removidos os estudos duplicados e identificados cinquenta e cinco estudos para a seleção da revisão. Selecionados sete estudos para a elegibilidade, e desses quatro atenderam aos critérios de inclusão na revisão. Identificado um estudo através da pesquisa das listas de referências. A figura N.º 1 mostra o fluxograma que descreve os passos dados até chegar ao número de estudos incluídos.

RESULTADOS

A atual revisão de escopo incluiu cinco estudos, publicados entre 2017 e 2021, em língua inglesa. Os estudos incluídos são dois estudos experimentais (ensaios clínicos randomizados), um estudo observacional e duas revisões sistemáticas da literatura. A tabela 1 apresenta os estudos incluídos na revisão de escopo.

EXTRAÇÃO DE DADOS

A extração de dados foi baseada nas orientações de Joanna Briggs Institute®. Os dados dos estudos foram extraídos por meio de um instrumento de mapeamento alinhado ao objetivo e à questão de investigação (Apêndice I), conforme indicado pela metodologia de análise de escopo, tendo em consideração o título, autores, ano e local onde o estudo foi desenvolvido, população, objetivo, metodologia, intervenções, resultados e conclusões dos estudos. (Aromataris & Munn, 2020). Os dados foram extraídos por dois revisores independentes e organizados numa grelha de extração de dados (Apêndice II), com o objetivo de comparar dados e realizar um resumo.

Síntese dos dados

Devido ao tema da revisão e à variedade de intervenções de enfermagem identificadas nos estudos, o método escolhido para realizar a síntese dos dados foi o resumo

narrativo para dados quantitativos. A síntese dos dados foi realizada por dois revisores independentes. O resumo dos dados extraídos dos estudos encontra-se na Tabela 1.

Estudo	Autor/ano	País	População	Objetivo do estudo	Resultados	Conclusões
"Preventing facial pressure ulcers in patients under non-invasive mechanical ventilation: a randomized control trial"	Otero et al. (2017)	Espanha	152 doentes hospitalizados com IRA, no serviço de urgência e unidade de críticos, submetidos a VNI sob máscara oronasal	Avaliar comparativamente a eficácia de quatro diferentes estratégias terapêuticas para prevenir o desenvolvimento de úlceras de pressão facial.	Durante o estudo cerca de 48,68% da população total desenvolveu úlceras por pressão. A ponte nasal foi a estrutura anatómica mais acometida. O grupo de pessoas que recebeu a solução de ácidos gordos hiperoxigenados na pele obteve melhores resultados (menor incidência de úlceras por pressão) comparado com cada uma das outras estratégias terapêuticas (máscara direta, penso de proteção fino e penso de proteção de espuma).	A aplicação de ácidos gordos hiperoxigenados na pele facial em contato com a máscara oro-nasal mostrou maior eficácia na prevenção de úlceras por pressão. A avaliação e cuidados à pele facial da pessoa submetida a ventilação não invasiva deve ser realizada pelo menos a cada 4 a 6 horas.
"Prevention and treatment of skin lesions associated with non-invasive mechanical ventilation. Recommendations of experts"	Raurell-Torredà et al. (2017)	Espanha	Doentes submetidos a ventilação não invasiva, internados em serviços de agudos ou pré-hospitalar	Identificar fatores de risco e estratégias para reduzir a incidência de lesões da pele associadas a dispositivos clínicos relacionadas à ventilação não invasiva.	Qualquer pessoa que realize ventilação não invasiva deve ser considerada pessoa com risco de desenvolver lesões. Medidas preventivas de lesões cutâneas associadas à ventilação não invasiva: - Medidas preventivas gerais; - Medidas preventivas de danos à pele; - Medidas preventivas para controlar a humidade; - Medidas preventivas associadas à máscara e/ou ventilador.	Os autores recomendam: - A máscara facial como interface de escolha; - Proteger a pele da ponte do nariz com pensos de espuma de poliuretano com adesivo de silicone ou pensos hidrocolóides quando houver risco de atrito; - Identificar o risco de úlcera de pressão com recurso à Escala de Braden em intervalos regulares; - Avaliar o estado da pele e membranas mucosas após 2 horas e 4 horas a partir do início da ventilação não invasiva; - Se a ventilação não invasiva for contínua por mais de 11 horas deve-se avaliar a pele a cada 4 horas; - Após 24 horas de ventilação não invasiva, avaliar a estratégia de rotação da máscara.
"Lesões por Pressão Relacionadas a Dispositivos Médicos: revisão integrativa da literatura"	Galetto et al. (2019)	Brasil	Doente submetidos a ventilação não invasiva	Identificar e analisar as evidências científicas quanto à ocorrência de lesões por pressão relacionadas a dispositivos médicos, considerando os locais de desenvolvimento, e descrever os dispositivos de risco e as medidas de prevenção e tratamento.	- As lesões localizadas na face estão entre as complicações mais frequentes associadas ao uso de máscara de ventilação não invasiva. - As medidas gerais para prevenir as úlceras por pressão relacionadas com a ventilação não invasiva incluem a avaliação periódica da pele, reposicionamento da máscara e o uso de pensos preventivos. - Escolher o tamanho da máscara adequado de acordo com as características da pessoa. - Trabalhar em equipa. - Realizar formação sobre o uso correto das máscaras e medidas de prevenção de rutura da pele.	As máscaras de ventilação não invasiva foram identificadas como dispositivos de risco para o desenvolvimento de lesões por pressão. As medidas de prevenção assentam na avaliação periódica da pele sob os dispositivos.
"Effect of Transparent Film on The Duration of Pressure Ulcer Formation for Noninvasive Ventilation"	Özbudak & Yesibalkan (2020)	Turquia	46 doentes hospitalizados na unidade de cuidados intensivos de doenças torácicas submetidos a VNI	Investigar os efeitos do uso de filme transparente na duração da formação de úlcera de pressão na região nasal em	As melhores formas de evitar a irritação da pele são a seleção do tamanho correto da máscara e tipo e ajuste adequado do arnés. A formação de úlcera por pressão nasal foi menor no grupo em que foram aplicados a solução de ácidos gordos hiperoxigenados e	- O uso de filme transparente durante a ventilação não invasiva pode impedir a formação de úlceras de pressão da região nasal. - A avaliação frequente da pele e o uso de estratégias de

Tabela 1 -Resumo de dados extraídos dos estudos incluídos

Estudo	Autor/ano	País	População	Objetivo do estudo	Resultados	Conclusões
Patients: A Randomized Controlled Trial"			sob máscara oronasal	doentes submetidos a VNI	o penso adesivo fino em comparação com outras estratégias. O uso de penso de espuma aplicado na ponte nasal também evitou a formação de úlceras por pressão.	barreira cutânea para reduzir os danos na pele devem ser incluídos nos cuidados de rotina ao doente sob ventilação não invasiva.
"Noninvasive Ventilation with Nursing Perspective: Impacts on Patient Tolerance, Short-Term Adverse Effects, and Nursing Workload"	Yaman et al. (2021)	Turquia	65 doentes submetidos a ventilação não invasiva, internados na unidade de agudos, durante um ano.	Analisar a conformidade da máscara do doente e efeitos colaterais menores, e avaliar a carga de trabalho de enfermagem necessária para os cuidados da VNI	A taxa de problemas da pele facial após o início da ventilação não invasiva é de 15% às 24 horas e de 60% às 48 horas, com base na observação de enfermagem. Os enfermeiros devem tentar otimizar o conforto da pessoa e a conformidade da máscara, escolhendo a máscara apropriada, motivando a pessoa para melhor sincronia, tomando precauções para proteger a integridade da pele, e encorajando a pessoa a relatar qualquer desconforto. - Todos os resultados indicam que as pessoas sob ventilação não invasiva são desafiadas em termos de adaptação da máscara e precisam de apoio, principalmente nas primeiras horas.	Durante a ventilação não invasiva os enfermeiros devem avaliar a pele por rotina. De forma a prevenir as lesões da pele os enfermeiros devem: - Alternar a posição da máscara, reduzindo o atrito e a pressão; - Ajustar a máscara corretamente; - Realizar a higiene facial.

Tabela 1 (continuação) -Resumo de dados extraídos dos estudos incluídos

DISCUSSÃO

Os cinco estudos incluídos na revisão foram publicados entre 2017 e 2021. Ambos incidiram na pessoa adulta com o diagnóstico de insuficiência respiratória aguda sob tratamento com ventilação não invasiva.

Os estudos primários foram conduzidos em unidades de agudos e serviço de urgência, em países da europa (Espanha e Turquia). As duas revisões sistemáticas da literatura foram realizadas no Brasil e Espanha. Os objetivos dos estudos primários foram avaliar a eficácia da aplicação de pensos protetores na região nasal e a conformidade da máscara na prevenção de úlceras por pressão da face. Nos estudos secundários são descritas estratégias/intervenções na prevenção da úlcera por pressão.

A ventilação não invasiva apresenta uma elevada taxa de úlcera de pressão na face, devido à pressão da máscara sobre a pele. As lesões cutâneas surgem quase sempre na pirâmide nasal poucas horas após o início da técnica, comprometendo o tratamento. O estudo realizado por Yaman et al. (2021) com o objetivo de analisar a conformidade da máscara e os efeitos colaterais, obteve

uma taxa de lesões da pele facial de 15% às 24 horas e de 60% às 48 horas de ventilação não invasiva. Relativamente ao ensaio clínico realizado por Otero et al. (2017) 48,68% da amostra desenvolveu úlcera por pressão, sendo a ponte nasal a estrutura anatômica mais acometida. Estes dados são corroborados com o estudo de Özbudak e Yesibalkan (2020) onde é referido que as complicações cutâneas causadas pelo uso da máscara nasal são comuns e podem levar à interrupção do tratamento num número significativo de pessoas, e com o estudo prospetivo de Martins et al. (2016) em que 26,7% da população desenvolveu úlcera por pressão na face.

No estudo de Raurell-Torredà et al. (2017) as intervenções de enfermagem estão divididas em quatro categorias: preventivas gerais, preventivas de danos à pele causadas por pressão, preventivas para controlar a humidade e preventivas associadas à máscara e/ou ventilador. Por outro lado, Galetto et al. (2019) e Otero et al. (2017) nos seus estudos apenas referem intervenções/medidas de prevenção.

Através da análise dos estudos incluídos na presente revisão de escopo foram mapeadas

- Avaliação do risco de úlcera por pressão – Escala de Braden
- Avaliação e monitorização regular da pele da face
- Higiene e hidratação da pele facial
- Seleção e aplicação correta da máscara
- Rotatividade da máscara
- Promoção de períodos de pausa no tratamento
- Aplicação de pensos protetores nas zonas de pressão da face

Figura 3 - Intervenções de enfermagem na prevenção de úlcera por pressão na face da pessoa submetida a VNI

sete intervenções de enfermagem na prevenção de úlcera por pressão na face da pessoa submetida a ventilação não invasiva. As intervenções mapeadas encontram-se na Tabela 3. A maioria dos estudos frisou a importância da formação da equipa de enfermagem na temática e o trabalho de equipa para obtenção de resultados.

No início da ventilação deve ser realizada a avaliação do risco de úlcera de pressão, através da aplicação da Escala de Braden, em intervalos regulares. Esta avaliação tem como objetivo determinar o risco de a pessoa desenvolver lesão e assim ajustar as intervenções (Otero et al., 2017; Raurell-Torredà et al., 2017). Esta intervenção é corroborada no estudo de Martins et al. (2016) em que 60% da amostra apresentou alto risco de úlcera de pressão e 20% dessa desenvolveu úlcera de pressão, reforçando a importância da avaliação do risco, de forma a adequar as intervenções. Estes estudos vão ao encontro do preconizado na orientação n.º 017 de 2011 da DGS, em que a “avaliação do risco de desenvolvimento de úlceras de pressão é fundamental no planeamento e implementação de medidas para a sua prevenção e tratamento.” (p.2).

A avaliação e monitorização da pele da face. Esta avaliação deve ser efetuada regularmente, através da observação da pele, entre a segunda e quarta hora após o início da ventilação, e posteriormente uma vez por turno para verificar possíveis danos (Otero et al., 2017; Özbudak & Yesibalkan, 2020; Raurell-Torredà et al., 2017; Yaman et al., 2021). Galetto et al. (2019) no seu estudo refere que deve haver uma vigilância sistemática dos pontos de contato entre a pele e as partes rígidas da máscara, com acompanhamento rigoroso especialmente nas pessoas que apresentam maior risco de úlcera por pressão. Estes estudos corroboram com Maruccia et al. (2015), onde refere que independentemente do tipo de máscara escolhida, a intervenção mais importante é a avaliação periódica da pele para detetar lesões precoces e intervir com a terapia adequada.

A humidade é um fator que aumenta o risco de úlcera de pressão, assim como a pele seca, tornando-a suscetível de rutura devido à baixa resistência à fricção (Martins et al., 2016). Os estudos de Galetto et al. (2019), Otero et al. (2017) e Raurell-Torredà et al.

(2017) corroboram entre si, recomendando a prestação de cuidados de higiene e hidratação da pele em contacto com a máscara, sendo importante mantê-la seca e limpa.

O enfermeiro ao escolher a máscara para realização de ventilação não invasiva, deve ter em conta as características da pessoa e a situação clínica (Galetto et al., 2019). Galetto et al. (2019), Otero et al. (2017), Özbudak e Yesibalkan (2020) e Yaman et al. (2021) corroboram ao referir que a melhor forma de prevenir a lesão da pele é a seleção do tamanho correto e tipo de máscara e o ajuste adequado do arnés. É importante verificar se o tamanho da máscara é apropriado à pessoa, se está corretamente colocada e com o nível de pressão correto, de forma a garantir o correto funcionamento e evitar pressão excessiva sobre os tecidos. Esta intervenção é apoiada por Raurell-Torredà et al. (2016) que recomenda experimentar diferentes tipos e tamanhos de máscaras para minimizar os efeitos adversos de qualquer máscara.

Segundo Raurell-Torredà et al. (2017) a máscara facial deve ser a máscara de escolha uma vez que tem menos pontos de pressão. Dados consonantes com o estudo de Diez et al. (2015) que refere que a “máscara facial total faz uma selagem da face, pelo que não existe pressão em locais, nos quais outras máscaras faciais proporcionam, prevenindo lesões” (p.64).

Na pessoa com ventilação não invasiva contínua, por mais de 24 horas, deve ser avaliada a necessidade de rotação da máscara (Otero et al., 2017; Raurell-Torredà et al., 2017). Esta intervenção é corroborada por Raurell-Torredà et al. (2016) que conclui que a rotação das máscaras melhora o sucesso da ventilação e reduz a incidência de úlcera por pressão, através da alternância dos pontos de pressão.

No estudo de Otero et al. (2017) é recomendada a promoção de períodos de pausa durante a ventilação. No caso de a condição clínica da pessoa permitir, deverão ser realizadas pausas regulares no tratamento a cada 4 a 6 horas de cerca de 10 minutos, em que o ideal seria 30 a 40 minutos. As pausas irão permitir a oxigenação dos tecidos e possibilitar a observação/avaliação das zonas de pressão.

Através dos estudos realizados por Otero et al. (2017) e Özbudak e Yesibalkan (2020), verificou-se que a população em que foi aplicada a solução de ácidos gordos hiperoxigenados na pele da região nasal, apresentou menor incidência de úlcera por pressão, comparativamente com as outras estratégias de prevenção (penso de espuma, penso hidrocolóide). Desta forma, conclui-se que a aplicação de penso protetor na pele em contato com a máscara é eficaz na prevenção de úlcera. Estes dados são corroborados por Raurell-Torredà et al. (2016) que recomenda a aplicação de pensos protetores antes de iniciar a ventilação não invasiva e por Diez et al. (2015) que refere que para evitar a degradação da pele, deve-se recorrer à aplicação de apósitos hidrocolóides na pirâmide nasal e a outros pensos de proteção nas áreas expostas a pressão. Da mesma forma, Maruccia et al. (2015) de acordo com a sua experiência no tratamento de lesões cutâneas associadas à ventilação não invasiva, refere que a aplicação de penso protetor na ponte nasal não só reduz significativamente a taxa de úlcera por pressão como também diminui a gravidade das lesões, reduzindo o atrito entre o dispositivo e a pele.

Na prevenção de úlceras é necessária uma equipa de enfermagem experiente, motivada e com formação. A formação sobre o uso correto da máscara e medidas de prevenção de lesão da pele são fundamentais para o sucesso do tratamento (Galletto et al., 2019; Otero et al., 2017). Estes estudos corroboram com o estudo de Raurell-Torredà et al. (2016) onde é referido que o insucesso da ventilação não invasiva se deve à falta de treino dos enfermeiros na gestão dos cuidados à máscara, e com o estudo de Yesibalkan e Özbudak (2019) que diz que devem ser implementadas sessões de formação sobre os cuidados à pessoa com ventilação não invasiva, de forma a aumentar as competências dos enfermeiros nessa área.

O estudo realizado por Otero et al. (2017) defende a necessidade da criação de protocolos, com base em evidências científicas, sobre as intervenções, para evitar o desenvolvimento de úlceras por pressão.

Limitações da revisão

Uma limitação desta revisão de escopo foi o fato de serem incluídos apenas estudos publicados em língua inglesa e portuguesa. Artigos publicados noutras línguas também poderiam ter sido importantes.

Outra limitação foi a pesquisa ter sido apenas realizada em duas bases de dados, o que poderá ter contribuído para a exclusão de estudos potencialmente relevantes.

CONCLUSÕES

A ventilação não invasiva é uma técnica de suporte respiratório de enorme relevância no tratamento da doença respiratória, sendo uma estratégia eficaz para evitar os riscos associados à ventilação invasiva. No entanto, a ventilação não invasiva está relacionada a um elevado número de úlceras por pressão na face, devido à máscara, condicionando o sucesso do tratamento e conforto da pessoa.

Através da presente revisão de escopo foram mapeadas sete intervenções de enfermagem recomendadas na prevenção de úlceras por pressão na face da pessoa submetida a ventilação não invasiva, que demonstram eficácia na redução da taxa de incidência, prolongamento do tempo de desenvolvimento de úlceras por pressão e tempo de ventilação não invasiva. Estas devem ser protocoladas de forma a uniformizar a prestação de cuidados e obter ganhos.

A formação e experiência dos enfermeiros no cuidado à pessoa submetida a ventilação não invasiva é um fator essencial na prevenção de úlcera por pressão na face. A complexidade dos cuidados requer conhecimentos sólidos de forma a intervir com segurança e assegurar a qualidade dos cuidados. Segundo os Padrões de Qualidade da OE (2012) “na fase de implementação das intervenções, o enfermeiro incorpora os resultados da investigação na sua prática”, prestando cuidados baseados em evidência científica, contribuindo para a melhoria contínua da qualidade. O enfermeiro especialista de acordo com o seu perfil de competências, nomeadamente no domínio da melhoria contínua da qualidade, deve apoiar a sua prática em evidência científica e mobilizar conhecimentos, durante a sua prestação de cuidados promovendo práticas seguras e de qualidade (OE, 2019). As

intervenções de enfermagem mapeadas no estudo permitiram ao enfermeiro prestar os melhores cuidados, traduzindo-se na redução da incidência de úlceras por pressão na face e sucesso do tratamento.

O enfermeiro especialista deve ser capaz de avaliar as necessidades formativas da equipa relativamente à temática e atuar como formador em contexto de prestação de cuidados, promovendo a aquisição de competências. Para além disso, deve também dar apoio na tomada de decisão relativamente aos cuidados, colaborando na seleção e aplicação correta da máscara e promoção de períodos de pausa no tratamento.

Os resultados obtidos com a revisão são uma mais-valia para a ciência de enfermagem, servindo de orientação de boas práticas e percurso para novos estudos.

Implicações para a pesquisa

Os resultados obtidos têm implicações para a prestação de cuidados, particularmente no sucesso da ventilação não invasiva e na redução da taxa de úlcera por pressão, permitindo prestar cuidados baseados em evidência científica de forma a garantir a qualidade.

Devido aos escassos dados obtidos relativamente a rotatividade da máscara e promoção de períodos de pausa, sugere-se a realização de uma revisão sistemática da literatura para comparar qual das duas intervenções é mais eficaz na prevenção de úlcera por pressão na face, uma vez ambas estão recomendadas na pessoa submetida a ventilação não invasiva por longos períodos com instabilidade hemodinâmica.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alves, P., Amado, J., Ramos, P., Mota, F. & Oliveira, J. (2014, Novembro). Prevenção e Tratamento de Feridas - Da Evidência à Prática. HARTMANN Portugal. Recuperado de <http://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/18189/1/Desafios%20da%20investigacao%20e%20indicadores%20de%20qualidade%20em%20feridas.pdf>

Aromataris, E. & Munn, Z. (2020). JBI Manual for Evidence Synthesis. Joanna Briggs Institute.

<https://doi.org/10.46658/IBIMES-20-01>

- Davies, M., Allen, M., Bentley, A., Bourke, S., Creagh-Brown, B., D'Oliveiro, R., Glossop, A., Gray, A., Jacobs, P., Mahadeva, R., Moese, R. & Setchfield, I. (2018). British Thoracic Society Quality Standards for acute non-invasive ventilation in adults. *BMJ Open Respiratory Research*, 5(1), 1-13. <http://dx.doi.org/10.1136/bmjresp-2018-000283>
- Diez, T., Fernandes, A., Raposo, B., Ernandes, C., Ferreira, L., Oliveira L., Caneira, M., Matos, P., Fernandes, P., Pinho, S., Ramos, A., Parreira, P., Esquinas, A. & Fonseca, C. (2015, Outubro). Prevenção de úlceras da face, em pessoas submetidas a Ventilação Não Invasiva, indicadores sensíveis aos cuidados de Enfermagem: Revisão Sistemática da Literatura. *Journal of Aging & Innovation*, 4(3), 54-66. <http://www.journalofagingandinnovation.org/wp-content/uploads/5-ulceras-da-face-outubro-2015.pdf>
- Direção Geral da Saúde. (2011). Orientação n.º 017. Escala de Braden: Versão adulto e pediátrica (Braden Q). <http://www.dgs.pt/departamento-da-qualidade-na-saude/normas-orientacoes-e-informacoes/escala-de-braden-versao-adulto-e-pediatica-braden-q-pdf.aspx>
- D'Orazio, A., Dragonetti, A., Campagnola, G., Garza, C., Bert, F. & Frigerio, S. (2018, Fevereiro). Patient Compliance to Non-Invasive Ventilation in Sub-Intensive Care Unit: Na Observational Study. *Critical Care Nursing Journal*, 11(1), 1-11. <http://doi.org/10.5812/ccn.65300>
- Esquinas A. *Noninvasive Mechanical Ventilation: Theory, Equipment, and Clinical Applications*. 2º Edition. Springer. 2016
- Galetto, S., Nascimento, E., Hermida, P. & Malfussi, L. (2019). Lesões por Pressão Relacionadas a Dispositivos Médicos: revisão integrativa da literatura. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 72 (2), 528-536. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0530>
- Ghosh, D. & Elliott, M. (2019). Acute non-invasive ventilation – getting it right on the acute medical take. *Clinical Medicine*, 19(3), 237-242.

- <https://doi.org/10.7861/clinmedicine.19-3-237>
- Yaman, Ö., Aygün, M. & Erten, H. (2021, Março). Noninvasive Ventilation with Nursing Perspective: Impacts on Patient Tolerance, Short-Term Adverse Effects, and Nursing Workload. *Nigerian Journal of Clinical Practice*, 24(2), 177-185. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33605906/>
- Yesilbalkan, O. & Özbudak, G. (2019, Maio). Non invasive Mechanical Ventilation Related Some Complications: Patients Treating Intensive Care Units. *International Journal of Caring Sciences*, 12(2), 884-891. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2447605/>
- Martins, M., Ribas, P., Sousa, J., Silva, N., Preto, L. & Correira, T. (2016, Julho). Úlceras de pressão na face em doentes submetidos a ventilação não invasiva hospitalizados em cuidados intermédios. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(10), 103-111. <http://www.index-f.com/referencia/2016/r410103.php>
- Maruccia, M., Ruggieri, M. & Onesti, M. (2015). Facial skin breakdown in patients with non-invasive ventilation devices: Report of two cases and indications for treatment and prevention. *International Wound Journal*, 12, 451-455. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23870043/>
- Ordem dos Enfermeiros. (2012). Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Enquadramento Concetual, Enunciados descritivos. Recuperado de <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2019). Regulamento n.º 140/2019 - Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiros Especialista. Recuperado de http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_competencias_comuns_enfermeiro.pdf
- Otero, D., Domínguez, D., Fernández, L., Magariño, A., González, V., Klepzing, J. & Montesinos, J. (2017, Março). Preventing facial pressure ulcers in patients under non-invasive mechanical ventilation: a randomised control trial. *Journal of Wound Care*, 26 (3), 128-136. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28277990/>
- Özbudak, G. & Yesilbalkan, ÖU. (2020, Janeiro). Effect of Transparent Film on The Duration of Pressure Ulcer Formation for Noninvasive Ventilation Patients: A Randomized Controlled Trial. *Nigerian Journal of Clinical Practice*, 23, 91-97. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31929213/>
- Raurell-Torredá, M., Argilaga-Molero, E., Colomer-Plama, M., Ródenas-Francisco A., Ruiz-Garcia, M. & Uya Muntaña, J. (2016, Março). Optimising non-invasive mechanical ventilation: Which unit should care for these patients? A cohort study. *Australian Critical Care*, 30, 225-233. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27613253/>
- Raurell-Torredá, M., Romero-Collado, A., Rodriguez-Palma, M., Farrés-Tarafa, M., Martí, J., Hurtado-Pardos, B., Peñarrubia-San Florencio, L., Saez-Paredes, P. & Esquinas, A. (2017, Março). Prevention and treatment of skin lesions associated with non-invasive mechanical ventilation. Recommendation of experts. *Sociedad Española de Enfermería Intensiva y Unidades Coronarias*, 28(1), 31-41. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28153465>
- Quitério, C., Cordeiro, I. & Pereira, M. (2020, Abril). Associated factors of facial pressure ulcers in patients under non-invasive ventilation during hospital stay in an intermediate care facilities of a Portuguese hospital. *Nursing Practice Today*, 7(2), 97-105. <https://npt.tums.ac.ir/index.php/npt/article/view/672>

CONHECER PARA PREVENIR - PROMOÇÃO DA LITERACIA SOBRE O CANCRO COLON RETAL

KNOWING TO PREVENT: THE PROMOTION OF THE LITERACY ON COLON-RECTAL CANCER

Autor: Gilberto Martins¹; Luís Pacheco²; Ana Paula Gato³

Resumo

As doenças oncológicas constituem a segunda principal causa de morte em Portugal e têm um profundo impacto nos doentes, famílias e na sociedade em geral. O cancro do cólon e reto é o segundo tipo de neoplasia com maior incidência a nível nacional e o terceiro na região de Almada-Seixal.

Cientes deste facto desenvolvemos um projeto de intervenção com o objetivo de promover a literacia sobre o cancro colon retal, em uma IPSS do concelho de Almada, tendo como população alvo os seus funcionários. Seguindo a metodologia de planeamento em saúde efetuámos um estudo exploratório descritivo para avaliação de conhecimentos sobre o cancro colon retal. Foi aplicado um inquérito por questionário em dois momentos, no diagnóstico de situação, e após a intervenção de enfermagem, a uma amostra de indivíduos entre os 18 e os 61 anos. O tratamento e análise dos dados foi realizado através do programa SPSS.

A maioria dos inquiridos reconheceu não possuir informação suficiente sobre o CCR. Após formação sobre o tema, verificou-se um maior conhecimento sobre fatores de risco e sintomatologia associada, evidenciando a importância da educação para a saúde para a prevenção da doença e seu diagnóstico precoce.

Palavras-chave: Cancro Colon Retal, Educação para a saúde, Literacia em saúde

Abstract

Oncological diseases are the second leading cause of death in Portugal and have a profound impact on patients, families, and society in general. Colon and rectal cancer is the second most common type of cancer nationally and the third most common in the Almada-Seixal region.

Aware of this fact, we developed an intervention project aimed to promote literacy about colon rectal cancer in an IPSS in the municipality of Almada, having its employees as target population. Following the health planning methodology, we conducted a descriptive exploratory study to assess the knowledge on colon rectal cancer. A questionnaire survey was applied at two moments, during the situation diagnosis and after the nursing intervention, to a sample of individuals aged between 18 and 61 years. Data were processed and analyzed using the SPSS software.

Most respondents recognized not having enough information on CRC. After training on the topic, there was a greater knowledge about risk factors and associated symptoms, highlighting the importance of health education for disease prevention and early diagnosis.

Keywords: Colon Rectal Cancer, Health education; Health literacy

INTRODUÇÃO

Os tumores malignos constituem um problema de saúde pública sobre o qual é necessária e emergente uma intervenção direcionada. Verifica-se na região de Lisboa e Vale do Tejo que esta é a segunda causa de morte na população de idade inferior a 75

anos de idade de ambos os sexos, segundo estatísticas do INE (2018).

O cancro do cólon e reto é o segundo tipo de cancro com maior incidência a nível nacional, sendo que na área Metropolitana de Lisboa constitui a principal causa de óbito, a par com o cancro do colo do útero e

¹Enfermeiro HGO / Almada

²Enfermeiro do ACES Almada/Seixal

³Professora na ESS/ Instituto Politécnico Setúbal; CIDEHUS-UÉ;NURSE'IN

da mama (INE, 2018). A zona com maior registo de óbitos é Lisboa para o ano de 2016, seguida de Sintra e posteriormente Cascais. No que se refere ao concelho de Almada, registaram-se em 2015, cerca de 47 óbitos e em 2016, 52 óbitos, apresentando uma maior manifestação nos homens do que nas mulheres, tendência que se verifica para anos seguintes.

O Plano do ACES Almada-Seixal tem em consideração esta problemática, apresentando como duas das áreas de intervenção prioritárias: a prevenção de neoplasias e a literacia em saúde; e tendo como objetivo estratégico a redução, em 2%, da taxa bruta de anos de vida potenciais perdidos por neoplasia (Plano ACES Almada-Seixal).

O Plano Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Oncológicas (PNPCDO) constitui-se como um conjunto de medidas coordenadas para implementar os rastreios de base populacional nas áreas do cancro da mama, do cancro do colo do útero e do cancro do cólon e reto, uma vez que os ganhos em saúde são superiores ao custo-benefício, devendo as orientações e estratégias implementadas internacionalmente ser assumidas a nível nacional, no sentido de garantir a equidade de todos os utentes. Salienta-se ainda que o aumento da literacia da população acerca dos fatores de risco e sintomas associados a esta neoplasia, possuem um efeito protetor contra o desenvolvimento do CCR, devendo este aspeto constituir um eixo prioritário dos cuidados de saúde primários (PNPCDO, 2017).

Sabe-se que a manifestação do cancro cólon rectal e de outros cancros pode ser desencadeado por fatores de risco modificáveis associados a comportamentos de risco (Shaukat, A., Dostal, A., Menk, J., & Church, T., 2017; Cope, G., 2013) Nesse sentido, com intuito de realizar uma deteção precoce, considera-se importante realizar ações de sensibilização numa faixa etária mais jovem comparativamente à faixa etária característica do aparecimento do cancro cólon rectal, a fim de alertar, precocemente, sobre os sinais e sintomas característicos deste tipo de cancro, bem como aumentar a literacia em saúde, com vista à capacitação para comportamentos protetores da saúde (Sociedade Portuguesa de Gastrenterologia,

). Neste sentido, torna-se imprescindível direcionar a informação e educação para a saúde para grupos populacionais específicos, baseada em intervenções multidisciplinares, integradas e dirigidas a comunidades específicas, como notam Boogar et al (2018).

QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO

A fim de concretizarmos o nosso projeto de intervenção seguimos a metodologia de planeamento em saúde com o objetivo geral de promover a literacia sobre o cancro colon-retal. Foram definidos os seguintes objetivos específicos for: (i) Identificar quais os conhecimentos que a população-alvo possui sobre o cancro colon-retal; (ii) Aumentar os conhecimentos sobre o cancro colon-retal e seu impacto individual, familiar e social; (iii) Aumentar os conhecimentos sobre comportamentos saudáveis no âmbito da prevenção do cancro colon-retal; (iv) Promover a adesão ao rastreio do cancro colon-retal; (v) Promover o conhecimento sobre cuidados de suporte e apoio aos doentes com cancro colon rectal. Partimos da questão: Quais os conhecimentos que a população-alvo possui sobre o cancro colon-retal?

QUESTÕES ÉTICAS

Este projeto respeitou os princípios éticos inerentes a qualquer trabalho de investigação. Foi solicitada autorização à direção da IPSS que nos foi concedida. Foi pedido parecer à Comissão de Ética da ESS/IPS que também nos foi concedido. Foi solicitado o consentimento informado a todos os inquiridos. Todas os intervenientes no projeto foram informados do objetivo do mesmo, sendo garantida a liberdade de desistirem a qualquer momento, da sua participação. Assumiu-se como compromisso o anonimato de todos os intervenientes envolvidos, bem como, a confidencialidade dos respetivos dados recolhidos. Não existiram quaisquer benefícios económicos, ou outros, para os envolvidos no projeto.

MATERIAL E MÉTODOS

No sentido de responder à questão enunciada e alcançar os objetivos propostos, realizou-se um estudo de cariz quantitativo, exploratório e descritivo. Numa primeira

fase, realizou-se pesquisa bibliográfica, com base na evidência científica mais atual sobre a problemática em estudo, recorrendo a bases de dados como B-on; EBSCO (PubMed, CINNAHL) e RCAAP, utilizando como descritores: «cancro colon-retal»; «literacia em saúde»; «prevenção»; «fatores de risco»; «conhecimentos» e «atitudes».

Foi concedida autorização para o desenvolvimento do projeto e aplicação de um questionário na instituição Centro Social Paroquial Padre Ricardo Gameiro, pertencente à área geográfica de influência do ACES Almada/Seixal com uma população-alvo constituída por 300 colaboradores. Esta escolha foi baseada quer na dimensão da instituição, quer na média de idades dos seus colaboradores e no facto de estes cuidarem de pessoas de várias faixas etárias, desde crianças e jovens até adultos e idosos em situação de dependência, quer na instituição quer no domicílio, estando também em contacto com as suas famílias. Posteriormente, foi selecionada uma amostra de conveniência, com base nos seguintes critérios de inclusão: idade entre 18 e os 61 anos, ser funcionário da instituição, estar presente no dia de distribuição do questionário, dar o seu consentimento informado livre e esclarecido, saber ler e escrever.

O questionário foi elaborado com 14 questões, sendo uma delas de resposta aberta, com base na bibliografia existente e em estudos posteriores, sendo constituído por 4 partes: Características sociodemográficas; Tipologia da fonte de informação sobre o CCR; Fatores de risco para o CCR; Idade de adesão ao rastreio do CCR. Procedeu-se à sua aplicação a 100 indivíduos, tendo-se obtido um conjunto de 78 respostas.

Com base nos resultados do questionário foram realizadas as sessões de educação para a saúde/formação dirigidas aos colaboradores da instituição, com os seguintes temas: «Estilos de vida saudáveis: prevenção do cancro»; «O cancro colon-retal: medidas de prevenção e proteção» e «Viver com patologia do colon: impacto e adaptação».

Após a realização das sessões de educação para a saúde, procedeu-se ao segundo momento de aplicação dos questionários, com o intuito de conhecer e avaliar os

conhecimentos adquiridos após as sessões. A análise e tratamento de dados foi feita através de análise quantitativa pelo programa SPSS.

RESULTADOS

A caracterização da amostra é apresentada na Tabela 1, sendo que a amostra é maioritariamente composta pelo género feminino, sendo a faixa etária mais representativa a dos 20-40 anos, ao nível da escolaridade a amostra é composta maioritariamente por indivíduos com ensino secundário e licenciatura.

Variáveis	N	%
Género		
Feminino	74	94,9
Masculino	4	5,1
Faixa etária		
18 – 19 anos	2	1,3
20 – 40 anos	76	98,7
Nível de escolaridade		
2º Ensino Básico	2	2,6
3º Ensino Básico	12	14,1
Ensino Secundário	29	37,2
Licenciatura	28	35,9
Mestrado	7	9,0

Tabela 1 – Caracterização Sociodemográfica da amostra em estudo

No que se refere à «Tipologia da fonte de informação sobre o CCR», apresentam-se na Tabela 2, os dados obtidos nos dois momentos de inquérito. Salienta-se que no primeiro momento de inquérito cerca de 41% reconhecia a comunicação social como a principal fonte de informação, mantendo-se a tendência no segundo momento de inquérito; no entanto, ocorreu um aumento percentual para o enfermeiro de Centro de Saúde (CS) como fonte de informação sobre o CCR. Evidencia-se, igualmente, que a maioria da amostra (75,6%) identifica no primeiro

Variáveis	1º Inquérito		2º Inquérito	
	n	%	n	%
Principal fonte de informação sobre CCR				
Nenhuma	9	11,5	2	2,6
Comunicação Social	32	41,0	30	38,5
Revistas/Jornais Científicos	6	7,7	3	3,8
Médico de Família	11	14,1	7	9,0
Enfermeiro do Centro de Saúde	1	1,3	20	25,6
Internet	19	24,4	16	20,5
A informação que possui é suficiente?				
Sim	19	24,4	48	61,5
Não	59	75,6	40	38,5

Tabela 2 – Tipologia da Fonte de informação sobre CCR e nível de informação/conhecimento

Variáveis	1º Inquérito		2º Inquérito	
	N	%	n	%
Idade ≥ a 50Anos				
Sim	57	73,1	73	93,6
Não	21	29,6	5	6,4
Obesidade				
Sim	61	78,2	74	94,9
Não	17	21,8	4	5,1
Tabagismo				
Sim	62	79,5	76	97,4
Não	26	20,5	2	2,6
Consumo de carne vermelha				
Sim	56	71,8	77	98,7
Não	44	20,2	1	1,3
Reduzida Atividade Física				
Sim	63	80,8	74	94,9
Não	15	19,2	4	5,1
Hereditariedade				
Sim	71	91,0	77	98,7
Não	7	9,0	1	1,3

Tabela 3 – Conhecimento sobre os fatores de risco para CCR

momento não possuir informação suficiente sobre o CCR, enquanto no segundo momento de inquérito, é o inverso.

No que se refere à variável acerca do conhecimento sobre fatores de risco

Variáveis	1º Inquérito		2º Inquérito	
	N	%	N	%
Presença de sangue nas fezes	65	83,3	70	89,7
Alterações de hábitos intestinais	52	66,7	71	91,0
Perda de peso sem razão aparente	45	57,7	74	94,9
Dor abdominal persistente	34	43,6	70	89,7
Cansaço inexplicado	31	39,7	65	83,3
Anemia	24	30,8	60	76,9
Perda de Appetite	16	20,5	35	44,9
Sensação de enfartamento	7	9,0	25	32,1
Sem sintomatologia	23	29,6	8	10,3

Tabela 4 – Conhecimento sobre sinais/sintomas de CCR

«Fatores de risco para o CCR», os resultados obtidos encontram-se representados na

Tabela 3. Verificou-se em ambos os momentos de inquérito, uma resposta maioritária para considerar o fator de risco apresentado como fator predisponente do aparecimento de CCR, sendo esses fatores: idade superior ou igual a 50 anos, obesidade, tabagismo, consumo de carne vermelha, reduzida atividade física e Hereditariedade. Quanto à variável «Identificação de sinais/sintomas do CCR», a Tabela 4 apresenta os resultados obtidos. Salienta-se que a maioria dos inquiridos responde como principais sintomas a presença de sangue nas fezes, alterações de hábitos intestinais e

inexplicado e a anemia como sintomas desta neoplasia. Evidencia-se também que no segundo momento de inquérito, a percentagem de inquiridos que não associa sintomatologia a esta neoplasia diminui.

Quanto à variável «a partir de que idade é recomendado o rastreio», a maioria dos inquiridos responde nos dois momentos de inquérito que é a partir dos 40-50 anos que se recomenda o rastreio do CCR, conforme apresentado na Tabela 5.

DISCUSSÃO

Embora em Portugal, o rastreio do CCR esteja dirigido a uma população dentro da faixa etária dos 50 aos 74 anos, este estudo abarcou inquiridos com idade igual ou

Variáveis	1º Inquérito		2º Inquérito	
	N	%	n	%
20 – 30 Anos	14	17,9	7	9,0
40 – 50 Anos	40	51,3	65	83,3
50 – 60 Anos	23	29,5	5	6,4
Depois dos 70 anos	1	1,3	1	1,3

Tabela 5 – Conhecimento sobre a idade recomendada para o início do rastreio

perda de peso sem razão aparente em ambos os momentos de inquérito. Evidencia-se que no segundo momento de inquérito, a maioria dos inquiridos apontam igualmente, a dor abdominal persistente, o cansaço

superior a 18 anos, sendo que a faixa etária com maior representatividade foi a dos 20 – 40 anos de idade. A inclusão de inquiridos com uma idade inferior considera-se como uma mais-valia, uma vez que se promove uma sensibilização antecipada para esta

neoplasia numa faixa etária mais jovem, procedendo-se de uma forma direta à prevenção e deteção precoce de sintomatologia que possa estar envolvida no aparecimento do CCR.

No que se refere à «Tipologia da fonte de informação sobre o CCR», a maioria dos inquiridos reconhece a comunicação social como a principal fonte de informação, em ambos os momentos de inquérito; salienta-se que no primeiro momento de inquérito, o enfermeiro de unidades de saúde dos CSP apresenta uma percentagem muito reduzida, verificando-se um aumento no segundo momento de inquérito (de 1,3% para 25,6%). Este facto, evidencia a primazia e importância do papel do enfermeiro dos Cuidados de Saúde Primários, constituindo-se como um elemento ativo e dinamizador para a promoção da literacia em saúde. O enfermeiro de cuidados de saúde primários constitui-se como um profissional detentor de conhecimentos e competências para promover a saúde e desenvolver estratégias/ações para a prevenção da doença. Este facto em parte é comprovado, quando é questionado, no primeiro momento de inquérito, aos inquiridos se consideravam a informação que possuíam sobre o CCR como suficiente, em que a maioria responde negativamente (75,6%); porém, no segundo momento de inquérito, após a intervenção de enfermagem, a maioria dos inquiridos responde possuir conhecimentos suficientes (61,5%).

No que se refere à variável «Fatores de risco para o CCR», verificou-se em ambos os momentos de inquérito, que a maioria dos inquiridos considerava qualquer um dos fatores apresentados como um fator predisponente para o aparecimento do CCR. Quanto à variável «Identificação de sinais/sintomas do CCR», a maioria dos inquiridos responde como principais sintomas a presença de sangue nas fezes, alterações de hábitos intestinais e perda de peso sem razão aparente em ambos os momentos de inquérito. No segundo momento de inquérito, acresce ainda os sintomas como dor abdominal persistente, o cansaço inexplicado e a anemia. Este facto, leva a considerar que os inquiridos adquiriram mais conhecimento por intermédio das sessões de educação para a saúde, uma vez que no segundo momento de

inquérito, se evidencia uma redução da percentagem de inquiridos que não associa sintomatologia a esta neoplasia.

Quanto à variável «a partir de que idade é recomendado o rastreio», a maioria dos inquiridos responde nos dois momentos de inquérito que é a partir dos 40-50 anos que se recomenda o rastreio do CCR, evidenciando a percepção que estes possuem sobre uma deteção precoce para um diagnóstico e tratamento mais efetivo.

Dos dados apresentados, evidencia-se que os resultados obtidos no segundo momento de inquérito revelam um maior conhecimento e mais correto sobre os fatores de risco, bem como sintomatologia associada ao aparecimento do CCR, levando a considerar que os desenvolvimentos de sessões de educação sobre o tema foram um forte contributo para aquisição de conhecimento.

CONCLUSÃO

As doenças crónicas estão relacionadas com a diminuição da qualidade de vida das pessoas afetadas e identifica-as como causa de morte prematura. As repercussões deste fenómeno ao nível do desenvolvimento socioeconómico acontecem quer pela diminuição significativa de indivíduos ativos, como pelos custos no tratamento e medidas de suporte.

A problemática de CCR trata-se de um problema de saúde de elevada gravidade, associado a índices de prevalência e incidência elevados. Vários estudos indicam que existe um risco aumentado para o desenvolvimento de CCR para indivíduos com comportamentos de risco, relacionados com a dieta, atividade física, consumos de álcool e tabaco e existência de comorbilidades. Além disso, ainda salientam que este risco se encontra aumentado para os indivíduos que possuem doenças de foro gastrointestinal (nomeadamente, doença inflamatória intestinal e colite ulcerosa).

As doenças crónicas estão relacionadas com a diminuição da qualidade de vida das pessoas afetadas e identifica-as como causa de morte prematura. As repercussões deste fenómeno ao nível do desenvolvimento socioeconómico acontecem quer pela diminuição significativa de indivíduos ativos, como pelos custos no tratamento e medidas de suporte.

O estudo desenvolvido revela ainda que para uma prevenção eficaz e efetiva do CCR, a deteção precoce e adoção de comportamentos favorecedores de um estilo de vida saudável são as bases fundamentais para a diminuição da mortalidade e morbidade associada a esta neoplasia; sendo fulcral, a capacitação do indivíduo, família ou comunidade, pelo que a promoção da literacia em saúde se assume como estratégia principal para o desenvolvimento da prevenção de CCR.

Este estudo assentou numa abordagem de prevenção da doença e de proteção e promoção da saúde, através do planeamento e realização de sessões de educação para a saúde, a fim de consciencializar a população em estudo para a severidade da problemática do CCR, sendo expectável que o seu impacto positivo e acrescido na literacia em saúde da população-alvo.

Neste sentido, o enfermeiro de cuidados de saúde primários assume-se como profissional de excelência para educar e capacitar o indivíduo, família ou comunidade, visando a mudança de comportamentos de risco e os ganhos em saúde.

Este estudo apresentou algumas limitações, uma vez que se trata de um estudo transversal, não permitiu o estabelecimento de uma relação causa-efeito entre as diferentes variáveis e não tendo, igualmente, permitido, a observação da componente comportamental. Acresce ainda, o facto de o questionário ser de preenchimento individual o que poderá ter levado a um número significativo de questionários sem resposta (cerca de 22%).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

DESPACHO n.º 8254/2017, 21 de setembro. Diário da República, 2.ª série — N.º 183, 20788-20789.

Boogar et al. (2018). The Prediction of Colorectal Cancer Screening Based on the Extend-ed Parallel Process Model: Moderating the Role of Health Literacy and Cancer-Related Empowerment. *International Journal of Cancer Management*, 11(6), 1–9. <https://doi.org/10.5812/ijcm.62539>.

Cope, G. (2013). Understanding smoking and nicotine effects on the gastrointestinal tract. *Gastrointestinal Nursing*, 11(1), 44–48.

<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=107992103&lang=pt-br&site=ehost-live>

Forno, S. et al (2012). O cancro colorretal e o rastreio: conhecimentos e atitudes dos portugueses. *GE Jornal Português de Gastrenterologia*, 19(3), 118-125. <https://doi.org/10.1016/j.jpg.2012.04.010>

Imperatori, E. & Giraldes, M. R. (1993). *Metodologia do Planeamento da Saúde: Manual para uso em serviços centrais, regionais e locais*. 3.ª Edição. Edições de Saúde. Lisboa.

INE (2018). Óbitos por causas de morte.

Paiva et al. (2017). Limited Health Literacy in Portugal Assessed with the Newest Vital Sign. *Acta Med Port Dec*; 30(12): 861-869.

<https://doi.org/10.20344/amp.9135>.

Pan, P., Huang, Y.W., Oshima, K., Yearsley, M., Zhang, J., Yu, J., ... Wang, L.-S. (2018). Could Aspirin and Diets High in Fiber Act Synergistically to Reduce the Risk of Colon Cancer in Humans? *International Journal of Molecular Sciences*, 19(1), 166. <http://doi.org/10.3390/ijms19010166>.

Plano Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Oncológicas [PNPCDO]. (2017) - Cancro do cólon e reto, rastreio oportunístico, pesquisa de sangue oculto nas fezes, colonoscopia. http://metis.med.up.pt/index.php/Rastreio_do_cancro_do_c%C3

PNPCDO: Plano Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Oncológicas - Orientações programáticas (2007). http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonl yres/F1EE7092-2F30-4987-9A46-D7F105854521 /0/PNPCDO_2007.pdf

Shaukat, A., Dostal, A., Menk, J., & Church, T. R. (2017). BMI Is a Risk Factor for Colo-rectal Cancer Mortality. *Digestive Diseases And Sciences*, 62(9), 2511–2517. <https://doi.org/10.1007/s10620-017-4682-z>.

PREVALÊNCIA DE EXCESSO DE PESO E OBESIDADE ENTRE AS PESSOAS COM MAIS DE 18 ANOS: REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

Prevalence of Overweight and Obesity among people over 18 years of age: Integrative Literature Review

Autores: Sofia Matias¹; Edgar Canais²

Resumo

O excesso de peso e a obesidade têm vindo a aumentar exponencialmente a nível mundial, sendo já considerados uma epidemia e representando um grande desafio a nível da prevenção de doenças crónicas. O objetivo deste artigo é proceder a uma revisão da literatura científica acerca da prevalência de excesso de peso e obesidade entre as pessoas com mais de 18 anos.

Métodos: O método utilizado foi a revisão integrativa da literatura, realizada no motor de busca EBSCOhost web e na B-on (biblioteca do conhecimento online), utilizando as palavras-chave “prevalence”, “obesity”, “overweight”, “adult” e “epidemiology”, auxiliando a pesquisa com o carácter booleano “and”. A questão central desta revisão foi: “Qual a prevalência de excesso de peso e obesidade entre as pessoas com mais de 18 anos?”

Resultados: Foram selecionados 6 artigos, cujos resultados foram agrupados em 6 dimensões: valores médios de IMC, prevalência de excesso de peso e obesidade; prevalências segundo o sexo; prevalências segundo o grupo etário; prevalências segundo o estatuto socioeconómico; prevalências segundo as habilitações literárias; evolução das prevalências de excesso de peso e obesidade ao longo do tempo. Conclusões: As prevalências de excesso de peso e obesidade têm vindo a aumentar exponencialmente entre os adultos ao longo do tempo, inclusive nos países menos desenvolvidos.

Palavras-chave: prevalência, obesidade, excesso de peso, adultos, epidemiologia

Abstract

Introduction: Overweight and obesity are increasing exponentially worldwide, are already considered an epidemic and pose a major challenge in preventing chronic diseases. The aim of this paper is to review the scientific literature on the prevalence of overweight and obesity among people over 18 years. Methodology: The method used was the integrative literature review, performed in the search engine EBSCOhost web and B-on (online knowledge library), using the keywords “prevalence”, “obesity”, “overweight”, “adult” and “epidemiology”, helping the research with the boolean character “and”. The central question of this review was: “What is the prevalence of overweight and obesity among people over 18?”

Results: Six articles were selected, whose results were grouped into six dimensions: mean BMI values, prevalence of overweight and obesity; prevalence according to sex; prevalence according to age group; prevalence according to socioeconomic status; prevalence according to literacy qualifications; prevalence of overweight and obesity over time. Conclusions: The prevalence of overweight and obesity has increased exponentially among adults over time, including in the least developed countries.

Keywords: prevalence, obesity, overweight, adults, epidemiology

¹ Mestre em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, Enfermeira Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, UCSP de Alter do Chão, ULSNA, Portugal. sofiamatias84@gmail.com

² Mestre em Gestão Pública, Professor Adjunto, Departamento Enfermagem, Escola Superior de Saúde, Instituto Politécnico de Setúbal, Portugal: Investigador na NURSE IN UIESI Unidade de Investigação em Enfermagem do Sul e Ilhas. edgar.canais@ess.ips.pt

INTRODUÇÃO

O excesso de peso e a obesidade podem ser definidos como uma acumulação de gordura excessiva ou anormal que representa risco para a saúde ([WHO], 2019).

A obesidade é considerada uma doença crónica, mas também um fator de risco que pode desencadear outras doenças crónicas, tais como a hipertensão arterial, a diabetes tipo 2, as doenças cardiovasculares, consideradas as principais causas de morbidade e mortalidade (Camolas et al., 2017). Constitui ainda risco para alguns tipos de cancro, além do que, leva a uma diminuição da qualidade de vida (Associação Portuguesa de Nutrição, 2019). Relativamente à sua etiologia, a obesidade resulta de níveis de atividade física insuficientes em combinação com uma alimentação desadequada, que tem como característica o consumo de calorias em excesso, precedentes, na sua maioria do açúcar e da gordura (Ministério da Saúde, 2018). Pode também estar relacionada com fatores genéticos (WHO Africa, 2019).

São vários os métodos de avaliação direta da proporção de massa gorda corporal, mas que têm um caráter dispendioso, como sejam a ressonância magnética, o raio X e a densitometria. Habitualmente, é utilizado como método medidor a avaliação antropométrica que engloba fórmulas que combinam a relação entre o peso, a altura e o perímetro abdominal (Camolas et al., 2017).

O método de avaliação antropométrica mais comum de avaliação da obesidade da população é o índice de massa corporal [IMC], em que o peso de uma pessoa (em quilogramas) é dividido pelo quadrado da sua altura (em metros). Uma pessoa com um IMC de 30 ou mais é geralmente considerada obesa, uma pessoa com um IMC igual ou superior a 25 é considerada acima do peso (WHO, 2019). No entanto, a definição dos intervalos de IMC por parte da OMS pode ser diferente em algumas regiões do planeta. Relativamente à Ásia, por exemplo, uma consulta de especialistas da OMS abordou o debate sobre a interpretação dos pontos de corte recomendados para o IMC para determinar excesso de peso e obesidade em populações asiáticas e considerou serem

necessários pontos de corte específicos para cada população. Os intervalos sugeridos são: baixo peso se $IMC \leq 18,5$ kg/m²; peso normal se IMC no intervalo 18,5-23 kg/m²; excesso de peso de IMC no intervalo 23-27,5 kg/m²; obesidade se $IMC \geq 27,5$ kg/m² (WHO, 2004).

Antes considerado um problema apenas em países desenvolvidos, o excesso de peso e a obesidade estão a aumentar drasticamente nos países menos desenvolvidos, particularmente nas áreas urbanas (WHO, 2019).

A epidemia de excesso de peso e obesidade representa um grande desafio para a prevenção de doenças crónicas e para a saúde a nível mundial. Sustentados pelo crescimento económico, industrialização, transporte mecanizado, urbanização, um estilo de vida cada vez mais sedentário, uma transição nutricional para alimentos processados e dietas ricas em calorias nos últimos 30 anos, muitos países observaram a prevalência da obesidade dos seus cidadãos dobrar e até quadruplicar. (Hruby e Hu, 2015)

A projeção, segundo a OMS, é que em 2025, cerca de 2,3 biliões de adultos tenham excesso de peso e que mais de 700 milhões sejam obesos (ABESO, 2019).

No seguimento da temática abordada, temos como objetivo proceder a uma revisão da literatura acerca da prevalência de excesso de peso e obesidade entre as pessoas com mais de 18 anos.

METODOLOGIA

Foi realizada uma revisão integrativa da literatura, que é um método que tem o objetivo de sintetizar resultados conseguidos em pesquisas sobre um tema ou questão, de uma maneira sistemática, ordenada e abrangente; é integrativa por fornecer informações mais vastas acerca de um problema ou assunto, ou seja, é uma fonte de conhecimento (Ercole, Melo e Alcoforado, 2014).

A revisão teve por base alguns critérios, nomeadamente na identificação do problema e formulação da questão central, tendo como ponto de partida a formulação baseada no Modelo PICOD (População, Intervenção, Comparação, Outcomes e Desenho de

estudo). Determinámos ainda quais os critérios de inclusão e exclusão de estudos e artigos, avaliando posteriormente a literatura selecionada para uma ulterior apresentação dos resultados, efetuando a síntese e a apresentação dos mesmos.

Posto isto e após reflexão e discussão sobre a temática que pretendemos pesquisar, formulamos a pergunta central desta revisão: "Qual a prevalência de excesso de peso e obesidade entre as pessoas com mais de 18 anos?"

De acordo com a pergunta formulada, surgiram as palavras de pesquisa "prevalence", "obesity", "overweight", "adults" e "epidemiology"; por forma a auxiliar a pesquisa e combinar as palavras selecionadas, foi utilizado o carácter booleano "and". Estas palavras tiveram em consideração os descritores MeSH.

A pesquisa bibliográfica foi realizada entre outubro e novembro de 2019, utilizando estudos em português, inglês e espanhol, provenientes de fontes primárias. A pesquisa foi efetuada no motor de busca EBSCOhost (MedLine, CINAHL, Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive, Cochrane, Library, information Science &

Technology Abstracts, MedicLatina) e na B-on (biblioteca online do conhecimento). Foram estabelecidos como critérios de inclusão: prevalência de excesso de peso e obesidade em adultos e avaliação do índice de massa corporal. Os critérios de exclusão instituídos foram: crianças, grávidas e puérperas.

A exclusão de artigos foi fundamentada no título, no resumo e nos critérios de pesquisa. A pesquisa incluiu artigos que se situassem no intervalo temporal de janeiro de 2017 a novembro de 2019, os artigos fora deste intervalo foram excluídos, tal como os artigos duplicados.

Inicialmente foram identificados 321 artigos, dos quais foram excluídos 304 pelo título, resumo ou por não estarem de acordo com os critérios de pesquisa instituídos, pelo que foram selecionados 17 estudos para análise detalhada. Depois de uma leitura e análise detalhadas, foram apenas selecionados 6 artigos para a extração de resultados. É possível observar o processo acima descrito na figura 1.

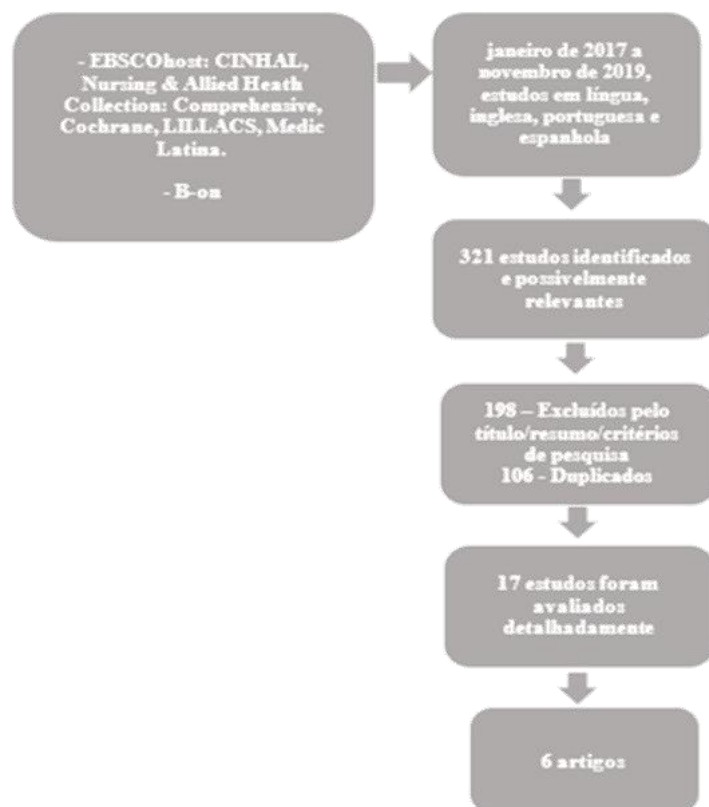


Figura 1 – Fluxograma do processo de seleção de artigos

Identificação	Autores/Ano de Publicação	Tipo de Estudo	Objetivo do Estudo
A1	Brenner, D. R. et al (2017)	Estudo de coorte de base geográfica	Descrever a prevalência de excesso de peso corporal e obesidade abdominal relatados pelos participantes do Alberta's Tomorrow Project (ATP).
A2	Grasdalsmoen M, Eriksen HR, Lønning K.J., Sivertsen B (2019)	Estudo de coorte	Descrever o nível de exercício físico e índice de massa corporal de estudantes universitários, bem como examinar potenciais mudanças de 2010 para 2018.
A3	Set T, Ates E (2017)	Estudo transversal descritivo	Avaliar a prevalência da obesidade entre os adultos que frequentaram uma clínica de medicina familiar.
A4	Raeisi A et al (2017)	Estudo de coorte prospetivo	Investigar as desigualdades socioeconômicas associadas ao excesso de peso e à obesidade entre os idosos no Irão.
A5	Ramsay M et al (2018)	Estudo transversal	Comparar a distribuição dos valores de IMC de acordo com a região e o sexo, em adultos com idade entre os 40-60 anos, em seis locais de estudo em 4 países da África subsariana, comparando os determinantes de IMC em cada um.
A6	Chen Y, Peng Q, Yang Y, Zheng S, Wang Y, Lu W (2019)	Estudo de coorte	Estimar a prevalência dinâmica de excesso de peso, obesidade e obesidade abdominal e a distribuição do índice de massa corporal (IMC) e perímetro abdominal

Tabela 1 – Resumo dos artigos que constituem a amostra da revisão integrativa da literatura

Relativamente às questões éticas, as mesmas foram consideradas na realização deste artigo, tendo em conta os princípios da integridade académica, sendo feitas as devidas citações e referências, respeitando assim os respetivos autores (Nunes, 2013).

RESULTADOS

Os artigos analisados são provenientes de 6 países diferentes: Canadá, Noruega, Turquia, Irão, África do Sul e China. Relativamente ao idioma, todos os artigos estavam publicados em língua inglesa. No

que diz respeito ao ano de publicação, três artigos foram publicados no ano de 2017, um no ano de 2018 e dois no ano de 2019.

É possível observar na Tabela 1 o resumo dos artigos que constituem a amostra desta revisão integrativa da literatura.

Da análise de conteúdo dos 6 artigos selecionados, emergiram 6 dimensões: valores médios de IMC, prevalência de excesso de peso e obesidade; prevalência de excesso de peso e obesidade segundo o sexo; prevalência de excesso de peso e obesidade segundo o grupo etário; prevalência de

excesso de peso e obesidade segundo o estatuto socioeconómico; prevalência de excesso de peso e obesidade segundo as habilitações literárias; evolução das prevalências de excesso de peso e obesidade ao longo do tempo.

DISCUSSÃO

Além da comparação com outros estudos, será feita (sempre que existam dados disponíveis) comparação dos resultados evidenciados nestes artigos, com os resultados obtidos nos dois maiores estudos realizados em Portugal até ao momento, o Inquérito Alimentar Nacional com Avaliação Física 2015-2016 (IAN-AF 2015-2016) e o Inquérito Nacional de Saúde com Exame Físico (INSEF 2015), o que nos permitirá comparar a realidade portuguesa no que diz respeito às prevalências de excesso de peso e obesidade, com a realidade de outros países.

Valores médios de IMC, prevalência de excesso de peso e obesidade

No que diz respeito a esta dimensão, este assunto foi referido nos estudos A1, A3 e A4, sendo que, em todos se observou uma média de $IMC \geq 25 \text{ kg/m}^2$, ou seja, correspondente a excesso de peso, de acordo com os intervalos preconizados pela OMS e que foram considerados nestes estudos.

A nível nacional, de acordo com dados do INSEF 2015, a prevalência nacional de excesso de peso estimada foi de 38,9% enquanto que a prevalência de obesidade foi de 28,7% (Gaio et al, 2018). Os resultados do IAN-AF 2015-2016 mostram que a prevalência de obesidade a nível nacional foi de 22,3%, enquanto que a prevalência de excesso de peso foi de 34,8% (Lopes et al, 2017).

No que diz respeito à Europa, em 2013 mais de 50% da população tinha excesso de peso ou obesidade, sendo que mais de 20% da população é obesa (WHO Europe, 2019).

Nos Estados Unidos, a prevalência de obesidade entre os adultos foi de 39,8% em 2015-2016 (Hales et al, 2017).

A nível mundial, em 2016, mais de 1,9 bilião de adultos, com 18 anos ou mais, estavam acima do peso e destes, mais de 650 milhões eram obesos; 39% dos adultos com 18 anos ou mais estavam acima do peso em 2016 e 13% eram obesos (WHO, 2019). Com base nos dados recolhidos em 23 países da

OCDE, 58% dos adultos estavam acima do peso ou obesos em 2017 (OECD, 2019).

Prevalência de excesso de peso e obesidade segundo o sexo

A prevalência de excesso de peso e obesidade segundo o sexo foi referida em todos os artigos analisados. Os resultados dos artigos A1, A2, A3, A4 e A5 mostram-nos uma tendência semelhante de percentagens de prevalência de excesso de peso e obesidade mais elevadas para as mulheres relativamente aos homens. Também nos dois grandes estudos realizados em Portugal, (IAN-AF 2015-2016) e (INSEF 2015), foram apresentados resultados para estas prevalências de acordo com o sexo; no primeiro foi possível observar que a prevalência de obesidade é mais elevada nas mulheres, enquanto que a prevalência de excesso de peso é mais elevada nos homens (Lopes et al, 2017), verificando-se a mesma tendência no INSEF 2015 (Gaio et al, 2018).

Apenas no artigo A6, estudo realizado na China, os homens surgem com maior prevalência de obesidade.

Também nos resultados do estudo de Lemansha, Randhawa e Papadopoulos (2019), realizado na Líbia, é possível observar que a prevalência de obesidade nas mulheres é significativamente mais elevada (47,4%) do que nos homens (33,8%).

Num estudo realizado no Brasil, foi possível observar que a prevalência de excesso de peso foi superior nos homens, enquanto que a obesidade foi mais comum entre as mulheres (Pinto et al, 2018).

A nível europeu, era possível observar em 2008, que 50% dos homens e mulheres pertencentes à Região Europeia da OMS tinham excesso de peso e 23% das mulheres e 20% dos homens eram obesos (WHO, 2019)

Segundo dados da OCDE, as mulheres são mais afetadas com o aumento da prevalência da obesidade, enquanto os homens têm prevalências mais elevadas de excesso de peso (OECD, 2019).

Prevalência de excesso de peso e obesidade segundo o grupo etário

Nos artigos A1, A2, A3 surgem-nos resultados relativos às prevalências de acordo com o grupo etário que evidenciam que as prevalências de excesso de peso e obesidade são maiores nos grupos etários

mais elevados, sendo os valores médios de IMC mais elevados nestes grupos.

Comparativamente, nos dois estudos realizados em Portugal, obtiveram-se resultados semelhantes, as prevalências de excesso de peso e obesidade são mais elevadas nos grupos etários mais elevados; tanto o excesso de peso como a obesidade apresentam-se mais prevalentes no grupo etário dos idosos, no que diz respeito ao IAN-AF 2015-2016 (Lopes et al, 2017); no INSEF 2015, observou-se que o excesso de peso é mais prevalente no grupo etário dos 45-54 anos e a obesidade é mais prevalente a partir dos 65 anos (Gaio et al, 2018).

Segundo dados do NHS (2019) a proporção de adultos britânicos com excesso de peso ou obesidade aumentou com a idade entre homens e mulheres, sendo mais elevada entre homens com idade entre 45 e 74 anos (78% nessas faixas etárias) e mulheres com idade entre 65 e 74 anos (73%). A proporção de adultos obesos também aumentou com a idade e foi maior entre homens com idade entre 45 e 64 (36%) e entre mulheres com idade entre 45 e 54 (37%).

Em 2014, verificou-se, a nível europeu, um aumento acentuado na proporção da população que estava acima do peso à medida que envelhecia, sendo a faixa etária dos 65 aos 74 anos a que apresentou percentagens mais elevadas (Eurostat, 2019).

Nos Estados Unidos a prevalência de obesidade foi mais elevada entre os adultos com idade compreendida entre 40-59 anos (42,8%), comparativamente com adultos mais jovens (35,7%) (Hales et al, 2017).

Prevalência de excesso de peso e obesidade segundo o estatuto socioeconómico

Os artigos A1, A4 e A5 abordam esta dimensão. No estudo A1 (Canadá), verificou-se que a prevalência de obesidade foi menor nos grupos com maiores rendimentos. Já nos estudos A4 (Irão) e A5 (África do Sul), observou-se que prevalências de excesso de peso e obesidade mais elevadas estavam associadas a grupos socioeconómicos mais elevados. Nos dois estudos portugueses esta dimensão não foi abordada.

Também no estudo de Lartey et al (2019), realizado no Ghana, os resultados indicam que a prevalência de obesidade é mais elevada entre os indivíduos com mais

rendimentos. Estes resultados relativos a países ditos em desenvolvimento, como os países africanos, podem ser justificados pelo facto de a transição para um melhor estatuto socioeconómico estar invariavelmente associada a uma prevalência de obesidade mais elevada, como sinal de riqueza (Hruby e Hu, 2015).

Num estudo realizado na Alemanha, em cada período da pesquisa (1990–1992, 1997–1999 e 2008–2011), os grupos socioeconómicos mais elevados apresentaram a menor prevalência de obesidade. Os grupos socioeconómicos baixo e médio apresentaram aumentos na prevalência de obesidade (Hoebel et al, 2019).

Resultados relativos aos Estados Unidos mostram-nos que entre 2011 e 2014, a prevalência de obesidade ajustada à idade entre adultos foi menor no grupo com maiores rendimentos (31,2%) do que nos grupos com rendimentos menores (40,8% e 39,0%) (Ogden, 2017).

Prevalência de excesso de peso e obesidade segundo as habilitações literárias

Os artigos A1, A5 e A6 abordam esta dimensão. Os resultados expostos no artigo A1 (Canadá), evidenciam que a obesidade foi mais prevalente nos indivíduos com menos habilitações literárias, observando-se resultados semelhantes no artigo A6 (China). Já no artigo A5 (África do Sul), constatou-se que um maior nível educacional estava associado a valores de IMC mais elevados. Relativamente à realidade portuguesa, observou-se no IAN-AF 2015-2016 que as prevalências de excesso de peso e obesidade são mais elevadas nos indivíduos menos escolarizados (Lopes et al, 2017), à semelhança do que se verifica nos artigos A1 e A6.; nos resultados do INSEF 2015 observamos que a prevalência de obesidade também é mais elevada nos indivíduos menos escolarizados, mas a prevalência de excesso de peso é mais elevada nos indivíduos com nível de ensino superior (Gaio et al, 2018), tal como se observa no artigo A5.

Dados relativos aos Estados Unidos (2011-2014) mostram que a prevalência de obesidade ajustada à idade foi menor entre os indivíduos que terminaram a faculdade (27,8%), comparativamente com os que não

terminaram a faculdade (40,6%) e com os que tinham o ensino médio ou menos (40,0%) (Ogden, 2017).

Adultos dos 27 países da OCDE com menor nível de escolaridade têm maior probabilidade de estar acima do peso do que aqueles com nível superior (OECD, 2019). Evolução das prevalências de excesso de peso e obesidade

Esta dimensão é abordada nos artigos A2 e A6, sendo que, em ambos, os resultados mostraram que a prevalência de excesso de peso e obesidade aumentou substancialmente nos intervalos temporais estudados (A2 – 2010 a 2018 e A6 – 1989 a 2011). Os resultados do INSEF 2015 mostram-nos que, comparativamente com as últimas estimativas de 2005 obtidas para a população portuguesa observou-se que, num período temporal de 10 anos, a prevalência de excesso de peso manteve-se estável (cerca de 39% em ambos os estudos) enquanto a prevalência de obesidade parece ter duplicado (14,2% para 28,6%) (INSA, 2016).

A prevalência de excesso de peso e obesidade tem vindo a aumentar na Europa, na medida em que, o excesso de peso aumentou de 55,9% em 2010 para 58,7% em 2016 e a obesidade aumentou de 20,8% para 23,3% no mesmo intervalo temporal (WHO-Europe, 2018). Nos Estados Unidos, a prevalência de obesidade aumentou entre os adultos no período de 1999-2000 a 2015-2016 (Hales et al, 2017).

No estudo do NCD Risk Factor Collaboration (2016), em que foram utilizadas 1698 fontes de dados populacionais, com mais de 19,2 milhões de participantes adultos, em 186 dos 200 países para os quais foram feitas estimativas, o IMC médio padronizado por idade global aumentou de 21,7 kg/m² em 1975 para 24,2 kg/m² em 2014 nos homens, e de 22,1 kg/m² em 1975 para 24,4 kg/m² em 2014 nas mulheres. A prevalência de obesidade padronizada por idade aumentou de 3,2% em 1975 para 10,8% em 2014 nos homens e de 6,4% para 14,9% nas mulheres. Esta realidade é ainda corroborada por dados da OMS (2018), que nos mostram que a prevalência de obesidade quase triplicou a nível mundial desde 1975.

A proporção de adultos com excesso de peso tem aumentado gradualmente na maioria dos

países da OCDE desde o início dos anos 2000, incluindo os países onde habitualmente as prevalências eram relativamente baixas (OECD, 2019).

CONCLUSÃO

As prevalências de excesso de peso e obesidade têm vindo a aumentar exponencialmente entre os adultos ao longo do tempo, inclusive nos países menos desenvolvidos. As percentagens de excesso de peso e obesidade relatadas nos vários estudos realizados nos diferentes países são elevadas. Estas prevalências podem ser influenciadas por fatores como o sexo, a idade, as habilitações literárias e o estatuto socioeconómico. Urge investir ainda mais em programas de promoção da saúde que visem a adoção de comportamentos saudáveis que permitam combater esta epidemia.

A nível nacional e no que diz respeito à alimentação, o Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável contemplou, no biénio de 2018/2019, atividades como a reformulação dos teores de sal, açúcar e ácidos gordos trans nos produtos alimentares, a criação de leis que introduzem restrições à publicidade alimentar dirigida a crianças, a revisão do imposto especial de consumo sobre as bebidas açucaradas, a melhoria da oferta alimentar nas instituições públicas e a promoção da implementação de estratégias locais para a promoção da alimentação saudável; este programa tem já em curso o seu roteiro de ação para o biénio 2019-2020.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABESO – Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica (2019). Mapa da Obesidade. Disponível em <http://www.abeso.org.br/atitude-saudavel/mapa-obesidade>
- APN - Associação Portuguesa de Nutrição (2019). Obesidade. In Associação Portuguesa de Nutrição. Disponível em <https://www.apn.org.pt/ver.php?cod=0e0c0m>
- Brenner, D.R., Poirier, A.E., Haig, T. R., Akawung, A., Friedenreich, C.M., Robson, P.J. (2017). Measures of excess body weight and

- anthropometry among adult Albertans: cross-sectional results from Alberta's tomorrow project cohort. *BMC Public Health*. 17:899, 1-22. doi: 10.1186/s12889-017-4887-2
- Camolas, J., Gregório, M.J., Sousa, S.M. e Graça, P. (2017). Obesidade: Otimização da Abordagem Terapêutica no Serviço Nacional de Saúde. In *Direção-Geral da Saúde*, 1-66. Disponível em http://www.alimentacaosaudavel.dgs.pt/activeapp/wpcontent/files_mf/1513848603Obesidade_otimizacaodaabordagemterapeuticanoservi%C3%A7o_nacionaldesaude.pdf
- Chen, Y., Peng, Q., Yang, Y., Zheng, S., Wang, Y., Lu, W. (2019). The prevalence and increasing trends of overweight, general obesity, and abdominal obesity among Chinese adults: a repeated cross-sectional study. In *BMC Public Health*. 19:1293. Disponível em <https://doi.org/10.1186/s12889-019-7633-0>
- Ercole, F.F., Melo, L.S., Alcoforado, C.L.G.C. (2014) Integrative Review versus Systematic Review. In *Rev Min Enferm*. 18(1), 1-260. doi: 10.5935/1415-2762.20140001
- Eurostat (2019). Overweight and obesity - BMI statistics. Disponível em https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Overweight_and_obesity_-_BMI_statistics#Obesity_by_age_group
- Gaio, V., Antunes, L., Barreto, M., Gil, A., Kislava, I., Namorado, S., Rodrigues, A.P., Santos, A., Nunes, B., Dias, C.M. (2018) - Prevalência de excesso de peso e de obesidade em Portugal: resultados do primeiro Inquérito Nacional de Saúde com Exame Físico (INSEF 2015). *Observações_ Boletim Epidemiológico*. Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, 22, 29-33. Disponível em http://repositorio.insa.pt/bitstream/10400.18/5588/5/Boletim_Epidemiologico_Observacoes_N22_2018_artigo7.pdf
- Grasdalsmoen, M., Eriksen, H.R., Lønning, K.J., Sivertsen, B. (2019). Physical exercise and body-mass index in young adults: a national survey of Norwegian university students. In *BMC Public Health*. 19:1354, 1-9. Disponível em <https://doi.org/10.1186/s12889-019-7650-z>
- Hales, C.M., Carroll, M.D., Fryar, C.D., Ogden, C.D. (2017). Prevalence of Obesity Among Adults and Youth: United States, 2015–2016. In *NCHS Data Brief*. 1-8. Disponível em <https://www.cdc.gov/nchs/data/databriefs/db288.pdf>
- Hoebel, J., Kuntz, B., Kroll, L.E., Schienkiewitz, A., Finger, J.D., Lange, C., Lampert, T. (2019). Socioeconomic Inequalities in the Rise of Adult Obesity: A Time-Trend Analysis of National Examination Data from Germany, 1990–2011. In *The European Journal of obesity*. 12:344–356. doi: 10.1159/000499718
- Hruby, A., Hu, F.B. (2015). The Epidemiology of Obesity: A Big Picture. In *Pharmacoeconomics*. 33(7), 673–689. doi:10.1007/s40273-014-0243-x
- INSA - Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge. (2016) 1º Inquérito Nacional de Saúde com Exame Físico (INSEF 2015) Estado de Saúde. Lisboa: INSA IP.
- Lartey, S.T., Magnussen, C.G., Si, L., Boateng, G.O., de Graaff, B., Biritwum, R.B., et al. (2019). Rapidly increasing prevalence of overweight and obesity in older Ghanaian adults from 2007-2015: Evidence from WHO-SAGE Waves 1 & 2. In *PLoS ONE* 14(8). Disponível em <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0215045>
- Lemamsha, H., Randhawa, G., Papadopoulos, C. (2019). Prevalence of Overweight and Obesity among Libyan Men and Women. In *BioMed Research International*. Disponível em <https://doi.org/10.1155/2019/8531360>
- Lopes, C., Torres, D., Oliveira, A., Severo, M., Alarcão, V., Guiomar, S., Ramos,

- E. (2017). Inquérito Alimentar Nacional e de Atividade Física - IAN-AF, 2015-2016. Porto: Universidade do Porto. Disponível em [http://www.iasaude.pt/attachments/article/4327/Relato%C2%81rio%20Resultados%20IAN-AF 2015 2016.pdf](http://www.iasaude.pt/attachments/article/4327/Relato%C2%81rio%20Resultados%20IAN-AF%2015%202016.pdf)
- Ministério da Saúde (2018). Retrato da Saúde, Portugal. Disponível em https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2018/04/RETRATO_DASAUDE_2018_compressed.pdf
- NCD Risk Factor Collaboration (2016). Trends in adult body-mass index in 200 countries from 1975 to 2014: a pooled analysis of 1698 population-based measurement studies with 19.2 million participants. In *The Lancet*. 387: 1377–96. Disponível em [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)30054-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)30054-X)
- NHS Digital (2019). Statistics on Obesity, Physical Activity and Diet, England, 2019. In *Adult overweight and obesity*. Disponível em <https://digital.nhs.uk/data-and-information/publications/statistical/statistics-on-obesity-physical-activity-and-diet/statistics-on-obesity-physical-activity-and-diet-england-2019/part-3-adult-obesity>
- Nunes, L. (2013). CONSIDERAÇÕES ÉTICAS a atender nos trabalhos de investigação académica de enfermagem. Departamento de Enfermagem ESS|IPS. Disponível em <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/4547/1/consid%20eticas%20na%20investig%20academica%20em%20enfermagem.pdf>
- OECD (2019). Health at a Glance 2019: OECD Indicators. In OECD Publishing, Disponível em <https://doi.org/10.1787/4dd50c09-en>
- Ogden, C.L., Fakhouri, T.H., Carroll, M.D., Hales, C.M., Fryar, C.D., Li, X., Freedman, D.S. (2017). Prevalence of Obesity Among Adults, by Household Income and Education — United States, 2011–2014. In *Center for Disease Control and Prevention – Morbidity and Mortality Weekly Report*. Disponível em <https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/66/wr/pdfs/mm6650a1-H.pdf>
- Pinto, K.A., Griep R.H., Rotenberg, L., da Conceição, C.A.M., Barreto, R.S., Aquino, E.M.L. (2018) Gender, time use and overweight and obesity in adults: Results of the Brazilian Longitudinal Study of Adult Health (ELSA-Brasil). In *PLoS ONE* 13(3). Disponível em <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0194190>
- Raeisi, A., Mehboudi, M., Darabi, H., Nabipour, I., Larijani, B., Mehrdad, N., Heshmat, R., Shafiee, G., Sharif, F., Ostovar, A. (2017). Socioeconomic inequality of overweight and obesity of the elderly in Iran: Bushehr Elderly Health (BEH) Program. In *BMC Public Health*. 17:72. doi 10.1186/s12889-016-3912-1
- Ramsey, M. et al. (2018). Regional and sex-specific variation in BMI distribution in four sub-Saharan African countries: The H3Africa AWI-Gen study. In *GLOBAL HEALTH ACTION*. 11, 90–97. Disponível em <https://doi.org/10.1080/16549716.2018.1556561>
- Set, T., Ates, E. (2017). Obesity prevalence among adults in east black sea region of Turkey. In *Biomedical Research* 28 (9): 4219-4222. Disponível em <https://www.alliedacademies.org/articles/obesity-prevalence-among-adults-in-east-black-sea-region-of-turkey.pdf>
- WHO – World Health Organization (2004). Appropriate body-mass index for Asian populations and its implications for policy and intervention strategies. In *THE LANCET*. 363, 157-163. Disponível em [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(03\)15268-3/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(03)15268-3/fulltext)
- World Health Organisation – Regional Office for Europe (WHO-Europe) (2018). *European Health Report 2018 – More than numbers – evidence for all*. Copenhagen, Dinamarca Disponível em <https://www.sns.gov.pt/wpcontent/uploads/2018/09/EuropeanHealthReport2018.pdf>

WHO - World Health Organization (2019).
Obesity. In Health Topics. Disponível em
<https://www.who.int/topics/obesity/en/>

WHO – World Health Organization -
Regional office for Africa (2019).
Obesity. In Related Health Topics.
Disponível em
<https://www.afro.who.int/health-topics/obesity>

WHO – World Health Organization –
Regional office for Europe (2019).
Obesity. In Data and statistics.
Disponível em
<http://www.euro.who.int/en/health-topics/noncommunicable-diseases/obesity/data-and-statistics/infographic-over-50-of-people-are-overweight-or-obese-download>

COMEMORAÇÕES DO DIA INTERNACIONAL DO ENFERMEIRO, 2022

INVEST IN NURSING & RESPECT RIGHTS

Autores: Lucília Nunes, Guida Amaral, Rui Inês, Andreia Ferreri Cerqueira



Dia 12 de maio, Dia Internacional do Enfermeiro. Este ano, o tema do ICN foi **Invest in Nursing & Respect Rights**.

O Departamento de Enfermagem organizou um webinar, propondo uma abordagem desta temática, sob diferentes perspetivas: a do Ensino e Investigação em Enfermagem; a das Políticas de Saúde e Serviço Nacional de Saúde; a da Gestão em Enfermagem nos Serviços de Saúde.

Contámos para o efeito com um painel de preletores:

- Professora Aida Mendes, Coordenadora do Conselho Nacional do Ensino Público de Enfermagem;

- Sra. Enfermeira Maria Augusta de Sousa, Bastonária da Ordem dos Enfermeiros (2004-2011) e Vice-Presidente do Conselho de Administração da Fundação para a Saúde;

- Professora Armandina Antunes, Enfermeira Gestora do Centro Hospitalar e Universitário de Lisboa Central, EPE.

O painel foi moderado pela Professora Andreia Ferreri Cerqueira, Coordenadora do Curso de Licenciatura em Enfermagem e a Professora Lucília Nunes, Coordenadora do

Departamento, encerrou o Webinar, enquanto relatora das suas principais conclusões.

Deixamos algumas anotações do que foi dito, em jeito de resumo comentado, sendo que introduziremos alguns dados sobre as preletoras antes das mesmas e que não esgota, naturalmente, as suas vastas e ricas experiências académicas e profissionais.



A Sra. Professora Aida Mendes é coordenadora do recentemente constituído Conselho Nacional do Ensino Público de Enfermagem. Doutora em Educação, ramo Psicologia da Educação, mestre em Saúde Ocupacional e enfermeira especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria. É Professora Coordenadora e Presidente na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. Coordenadora do Grupo Investigação Bem-Estar, Saúde e Doença, da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem e autora de vários trabalhos publicados.

Perspectiva do Ensino e Investigação em Enfermagem

Partindo do lema do DIE deste ano, a Professora **Aida Mendes** assinalou algumas razões que sustentam a relevância do tema, como a importância dos sistemas de saúde, a força de trabalho dos enfermeiros como esteio básico, a carência de recursos humanos, a atual tendência para abandono e baixa satisfação profissional.

Nesta parte citou *Poeira e colaboradores* - “Os preditores à mudança de profissão de Enfermagem”, publicado em 2019 (Poeira, A.F.; Revista Referência, série IV, n.º 22, p. 73-84, <https://doi.org/10.12707/RIV19010>).

“A educação em Enfermagem não se limita à formação profissional” e deve estar academicamente preparada, ser forte com impulso de investigação. Por isso importa garantir a qualidade da Academia, e um conjunto de condições como a visibilidade da área disciplinar e a formação qualificada dos docentes.

Aqui, deu exemplos a partir da representação do domínio científico, e a ausência da área científica de Enfermagem até à validação do 2º nível, bem como da Web of Science, em que Enfermagem não aparece. A qualificação de unidades de investigação e a nomeação dos painéis, as chamadas por área, etc. Referiu também o Quadro Europeu de Qualificações, nível 8, que suporta a direção da investigação.

Quanto ao corpo docente, mostrou alguns dados que, sendo relativos ao critério altamente qualificado (mais de 50% com grau de PhD), diminuem em número na qualificação em área específica (PhD Enfermagem). Um dado deveras preocupante foi também o do envelhecimento do corpo docente com grau de PhD, em elevado número com idade acima dos 60 anos e com perspectiva de reforma nos próximos 3 anos. Conjugado este dado com o do valor residual de jovens doutorados (com menos de 39 anos), levantaram-se questões/desafios de renovação do corpo docente altamente qualificado, com expressão mais ou menos evidente, em cada Instituição de Ensino Superior.

Considerou que um corpo docente altamente qualificado é uma das condições para: o ensino baseado na investigação; o desenvolvimento da investigação fundamental e aplicada;

estudos de transferência de conhecimento e programas de ligação à comunidade.

Por tudo isso, foi defendida a necessidade urgente de se equacionarem condições para a renovação do corpo docente, para garantir a qualidade da formação e da qualificação, sem que haja redução dos critérios e em igualdade de reposição, doutor por doutor.

Adicionou preocupações sobre: como garantir a distribuição do trabalho letivo compatível com a realização de outras áreas da missão do Ensino Superior; o reforço dos programas doutorais em Enfermagem e condições de frequência (na evidência de difícil conclusão dos tempos previstos do curso); bem como das condições para a investigação, para o docente se poder dedicar ao trabalho de estudo e produção científica.

Em finais deste mês (de 22 a 28 de maio) realiza-se a reunião plenária da OMS. Entre os desideratos, estão os desafios da cobertura universal de saúde, a resposta a emergências de saúde e o desfrutar de melhor saúde e bem estar – em todas estas metas, mais de mil milhões de pessoas. E em todas, a importância e relevância da intervenção dos enfermeiros.

Sintetizou com 3 pontos:

- só uma Enfermagem academicamente preparada pode assumir o desafio de ter voz e liderança;
- os enfermeiros trabalham em equipas multidisciplinares e devem ter o mesmo nível de formação dos profissionais altamente qualificados;
- os enfermeiros trabalham em autonomia, o que exige conhecimento altamente diferenciado e implica responsabilidade social.



A Sra. Enfermeira Maria Augusta de Sousa, bastonária da Ordem dos enfermeiros de 2004 a 2011, é, atualmente, vice-presidente do Conselho de Administração da Fundação para a Saúde – Serviço Nacional de Saúde. Enfermeira especialista na área da Saúde Mental e Psiquiatria, possui uma vasta experiência profissional, na qual podemos destacar a dimensão sindical, na coordenação do Sindicato dos Enfermeiros Portugueses e a dimensão da regulação profissional enquanto Bastonária da Ordem dos Enfermeiros. O seu pensamento e ação política em Enfermagem e na Saúde, vão além da dimensão nacional, tendo integrado o comité executivo do European Fórum of National Nursing and Midwifery Associations e o Conselho Diretivo do International of Nurses.

Perspectiva das Políticas de Saúde e Serviço Nacional de Saúde

A Enfermeira **Maria Augusta Sousa** pretendeu “começar pelo fim” e iniciar com a afirmação de “transformar o SNS para o reforçar”.

Traçou um quadro que caracteriza a atualidade, explicando cada um dos pontos – referiu o envelhecimento demográfico; os problemas de acessibilidade e de disponibilidade de recursos e cuidados; a fragmentação, redundância e desperdício de recursos e esforços; o empobrecimento de recursos; o sistema de informação sem estratégia e arquitetura-base centradas no cidadão; a erosão da motivação dos profissionais e das perspetivas futuras do SNS; o imediatismo e decisões reativas com défice ou ausência de estratégias a médio/longo prazo; a rigidez organizacional e fixação em soluções estereotipadas, inadequadas; a visão retraída e/ou inadequada do papel do Estado; a ação do governo fragmentada por setores setorializados do Governo.

Considerou fundamental termos em conta que as políticas de saúde são

instrumentos para a saúde dos cidadãos e não um fim em si mesmas. Os desafios aumentam quando pensamos nas estratégias de relação entre a saúde e segurança social, os lares... “não é só ter enfermeiros e médicos, é preciso ter claro quem é que responde pelos cuidados às pessoas”. Para a Enfermagem poder liderar “teremos de lidar com as ameaças e os desafios, ou ficamos à parte das respostas em saúde das populações”.

Apresentou seguidamente o que mudou em 50 anos, de 1970 a 2020, com indicadores de idosos e jovens, níveis de educação, taxa de mortalidade infantil, taxa de mortalidade geral, a cobertura vacinal, que é da responsabilidade dos enfermeiros. Apresentou a alteração demográfica destes 50 anos e a distribuição de recursos de saúde (a maioria dos quais concentrados em 5% de resposta hospitalar e tendo nós 74% das necessidades relacionadas com medidas da promoção da saúde e 21% em gestão de PICs).

Partindo da ideia que é, hoje, clara a relação entre os sistemas de saúde e a riqueza e bem-estar, considerou que também é clara a dessincronia existente entre as necessidades em cuidados e as lógicas organizacionais. Precisamos de passar para a lógica do processo de cuidados, dar resposta ao que as pessoas necessitam. “Melhores respostas centradas nas pessoas e garantir que a pessoa não seja um barco a ter de ir de ilha em ilha”, aos «zigzagues» no sistema.

Apresentou e discutiu quatro áreas em que os enfermeiros podem ter responsabilidades, pois são o pivot nas organizações, charneira de ligação entre uns e outros.

As quatro áreas problemáticas que aprofundou foram: efetividade, complementaridade, territorialidade e referenciação. Áreas de elevada intervenção dos enfermeiros, e que requerem “nova geografia

organizacional”, assente nas dinâmicas loco-regionais, com soluções partilhadas. Importa promover a saúde e o aperfeiçoamento do SNS, suportado pelos calores de cobertura universal, solidariedade, equidade e qualidade.

Assim, regressando ao início, concluiu que é preciso “transformar o SNS para o reforçar”.



A Sra. Professora Armandina Antunes é Enfermeira Gestora no centro Hospitalar e Universitário de Lisboa Central, onde desempenhou as funções de Enfermeira Diretora. É professora adjunta convidada na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal e doutoranda em Enfermagem, em fase de desenvolvimento de tese, cujo tema é a “A Construção do Projeto Terapêutico no seio da Equipa”.

Perspectiva da Gestão em enfermagem nos Serviços de Saúde

Partiu do lema e da ideia de «uma voz para liderar», na presença com outras pessoas, passando pela importância da liderança e pelo “ouvir-se e sentir-se ouvido”.

Expressou preocupação face ao facto de que não temos conseguido transmitir e fazer ressoar o que fazemos – há feedback exterior (os doentes fazem isso todos os dias), aprovação pelo que fazemos, e baterem-se palmas, mas não chega. É preciso avaliação do processo complexo de tomada de decisão que os profissionais fazem.

Considerou que “há sítios onde a voz faz falta” – pela abrangência do conhecimento que os enfermeiros têm das organizações, pela capacidade de promoção do

autocuidado, pela preocupação com a equipa e recursos disponíveis. As necessidades de saúde são supridas por equipas multiprofissionais que deviam estar disponíveis para o serviço.

“As lideranças vão mudando conforme as situações; ainda assim, o líder dos cuidados é quem precisa deles.”

Em alguns momentos “parece que a disciplina de Enfermagem andou muito mais que a profissão ou que o ponto de desenvolvimento que é reconhecido na profissão. O contexto não é fácil, o que está adquirido não é para a vida”.

Os enfermeiros precisam de valorizar a sua função – às vezes parece que por defeito genético não louvamos o que fazemos, só focamos o que deixámos de fora, o que não fizemos.

Como enfermeira gestora, no quotidiano da atividade profissional, e consciente do que os enfermeiros vão partilhando, muitas vezes com preocupação e angústica, refletiu que parece transmitir algo como “nunca somos suficientes” – deixamos de fora coisas em que somos competentes para fazer e amarrotamo-nos por não as fazer.

O sentimento de frustração também é de ter falta de voz em vez de ser uma voz para liderar. Os passos que se vão dando são importantes.

Entende que o grande desafio dos enfermeiros gestores é o de promoverem o desenvolvimento dos enfermeiros nos contextos clínicos.

Na valorização da profissão, afirmou que precisamos de tirar a expressão “só” – diz-se

“só posso...”, “só sou”. “Assim colocamo-nos num patamar onde nenhum ser humano quer estar.”

“As limitações existem – mas são só para nós?”.

Considerou que as alianças dos contextos clínicos e das instituições de ensino podem potenciar a capacidade de se fazer ouvir.



Fazer um resumo nunca é a mesma coisa que ouvir em direto a voz de quem fala.

Provavelmente quem resume identifica o que mais lhe chama a atenção ou o processo de raciocínio que lhe parece mais articulado.

Assim, salvaguardando a dimensão subjetiva, que o resumo sirva de pontilhado para as mensagens que foram enriquecedoras, desafiantes e focadas no lema ***Invest in Nursing & Respect Rights.***

Lucília Nunes, Guida Amaral, Rui Inês, Andreia Ferreri Cerqueira

