



Revista INVESTIGAÇÃO EM ENFERMAGEM

Nº38 SÉRIE 2 - FEVEREIRO 2022

SUMÁRIO / SUMMARY

EDITORIAL

7

A PESSOA COM DEMÊNCIA AVANÇADA NO AUTOCUIDADO ALIMENTAR NO DOMICÍLIO: PERSPETIVAS DOS ENFERMEIROS
THE PERSON WITH ADVANCED DEMENTIA IN HOME FOOD CARE: NURSING PERSPECTIVES
LA PERSONA CON DEMENCIA AVANZADA EN EL CUIDADO DE ALIMENTOS DOMICILIARIOS: PERSPECTIVAS DE ENFERMERÍA
Rita Pereira; Manuela Cerqueira

9

COMUNICAÇÃO DE MÁS NOTÍCIAS À FAMÍLIA DO DOENTE INTERNADO EM UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS -REVISÃO INTEGRATIVA
COMMUNICATION BAD NEWS TO THE FAMILY OF THE PATIENT HOSPITALIZED IN INTENSIVE CARE UNIT -INTEGRATIVE REVIEW-
COMUNICACIÓN DE MALAS NOTICIAS A LA FAMILIA DEL PACIENTE INGRESADO EN UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS -REVISIÓN INTEGRATIVA-
Rosa Silva; Maria José Catalão; Dulce Santiago

21

LESÕES MUSCULOESQUELÉTICAS EM OFFICE WORKERS: PREVALÊNCIA E FATORES DE RISCO ERGONÓMICOS
MUSCULOSKELETAL INJURIES IN OFFICE WORKERS: PREVALENCE AND ERGONOMIC RISK FACTORS
LESIONES MUSCULOESQUELÉTICAS EN OFICINAS: PREVALENCIA Y FACTORES DE RIESGO ERGONÓMICO
Ana Amélia Silva; Isabel Araújo

33

PROGRAMAS DE GESTÃO DE CASOS PARA CLIENTES COM INSUFICIÊNCIA CARDÍACA
CASE MANAGEMENT PROGRAMS FOR CLIENTS WITH HEART FAILURE
PROGRAMAS DE MANEJO DE CASOS PARA CLIENTES CON INSUFICIENCIA CARDÍACA
Tiago Alves; Sidónia Pacheco; Daniel Gonçalves; Mário Santos

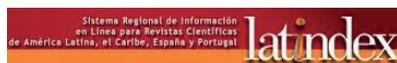
45

FATORES ASSOCIADOS AO BURNOUT EM ENFERMAGEM
FACTORS ASSOCIATED WITH BURNOUT IN NURSING
FACTORES ASOCIADOS AL BURNOUT EN ENFERMERÍA
Pedro Alexandre dos Santos Ribeiro; Luís Miguel Mendes Canas; Paulo Alexandre Ferreira

59

A INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM EM CUIDADOS PALIATIVOS EM UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS: REVISÃO INTEGRATIVA
THE NURSING INTERVENTION IN PALLIATIVE CARE IN INTENSIVE CARE UNITS: INTEGRATIVE REVIEW
LA INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN CUIDADOS PALIATIVOS EN UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS: REVISIÓN INTEGRATIVA
Ana Guerreiro Almeida; Ana Maria Almeida; Joana Costa Pereira; Florinda Galinha de Sá

73



Revista INVESTIGAÇÃO EM ENFERMAGEM

REVISTA INVESTIGAÇÃO EM ENFERMAGEM

Publicação /Periodicity

Trimestral/quarterly

DIRECTOR/MANAGING DIRECTOR

Arménio Guardado Cruz

Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

CONSELHO EDITORIAL/EDITORIAL BOARD

Lúis Miguel Nunes de Oliveira (Escola Superior de Enfermagem de Coimbra);

Vanda Marques Pinto (Escola Superior de Enfermagem de Lisboa);

Maria do Céu Aguiar Barbiéri Figueiredo (Escola Superior de Enfermagem do Porto);

António Fernando Salgueiro Amaral (Escola Superior de Enfermagem de Coimbra);

Nídia Salgueiro (Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, aposentada);

Rui Manuel Jarró Margato (Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra)

CONSELHO CIENTÍFICO/SCIENTIFIC BOARD / CORPO DE REVISORES/PEER REVIEWES

Aida Cruz Mendes, PhD, *Escola Superior de Enfermagem de Coimbra*

António Marcos Tosoli Gomes, PhD, *Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Brasil*

Arménio Guardado Cruz, PhD, *Escola Superior de Enfermagem de Coimbra*

Célia Samarina Vilaça Brito Santos, PhD, *Escola Superior de Enfermagem do Porto*

Clara de Assis Coelho de Araújo, PhD, *Instituto Politécnico de Viana do Castelo*

Élvio Henrique de Jesus, PhD, *Centro Hospitalar do Funchal*

Fernando Alberto Soares Petronilho, PhD, *Universidade do Minho, Braga*

José Carlos Pereira dos Santos, PhD, *Escola Superior de Enfermagem de Coimbra*

Luis Manuel Mota Sousa, PhD, *Escola Superior de Enfermagem de São João de Deus, Universidade de Évora*

Manuel José Lopes, PhD, *Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus, Universidade de Évora*

Manuela Frederico, PhD, *Escola Superior de Enfermagem de Coimbra*

Margarida da Silva Neves de Abreu, PhD, *Escola Superior de Enfermagem do Porto*

Maria Antónia Rebelo Botelho, PhD, *Escola Superior de Enfermagem de Lisboa*

Maria Arminda da Silva Mendes Costa, PhD, *Escola Superior de Enfermagem do Porto, ICBAS.*

Maria de Fátima Montovani, PhD, *Universidade Federal do Paraná - Brasil*

Maria dos Anjos Pereira Lopes, PhD, *Escola Superior de Enfermagem de Lisboa*

Maria Manuela Ferreira Pereira da Silva Martins, PhD, *Escola Superior de Enfermagem do Porto*

Marta Lima Basto, PhD, *Unidade de Investigação e Desenvolvimento em Enfermagem*

Paulino Artur Ferreira de Sousa, PhD, *Escola Superior de Enfermagem do Porto*

Paulo Joaquim Pina Queirós, PhD, *Escola Superior de Enfermagem de Coimbra*

Pedro Miguel Dinis Parreira, PhD, *Escola Superior de Enfermagem de Coimbra*

Teresa Martins, PhD, *Escola Superior de Enfermagem do Porto*

Zuila Maria Figueiredo Carvalho, PhD, *Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Farmácia Odontologia e Enfermagem, Departamento de Enfermagem, Fortaleza, Brasil.*

Wilson Jorge Correia de Abreu, PhD, *Escola Superior de Enfermagem do Porto*

Propriedade, Administração/Ownership, Sede do Editor e Sede de Redação: Formasau, Formação e Saúde, Lda. | Parque Empresarial de Eiras, lote 19 | 3020-265 Coimbra | Telef. 239 801020 Fax. 239 801029

NIF 503 231 533 | Soc. por Quotas - Cap. Social 21 947,09€

Conselho de administração: António Fernando Salgueiro Amaral, Carlos Alberto Andrade Margato

Detentores: António Fernando Salgueiro Amaral, Arlindo Reis Silva, Arménio Guardado Cruz, Carlos Alberto Andrade Margato, Fernando Manuel Dias Henriques, João Manuel Petetim Ferreira, José Carlos Pereira Santos, Luís Miguel Nunes de Oliveira, Maria Coelho Ferreira Pereira, Paulo Joaquim Pina Queirós

Internet - www.sinaisvitais.pt/ **E-mail** - suporte@sinaisvitais.pt

Grafismo/Graphic Design - Formasau, Formação e Saúde, Lda.

Registo ICS: 123 486

ISSN: 2182-9764

Depósito Legal/Legal Deposit: 145933 /2000

ESTATUTO EDITORIAL

1 - A *Revista Investigação em Enfermagem* é uma publicação periódica trimestral, vocacionada para a divulgação da investigação em Enfermagem enquanto disciplina científica e prática profissional organizada.

2 - A *Revista Investigação em Enfermagem* destina-se aos enfermeiros e de uma forma geral a todos os que se interessam por temas de investigação na saúde.

3 - A *Revista Investigação em Enfermagem* tem uma ficha técnica constituída por um director e um Conselho Científico, que zelam pela qualidade, rigor científico e respeito por princípios éticos e deontológicos.

4 - A *Revista Investigação em Enfermagem* publica sínteses de investigação e artigos sobre teoria de investigação, desde que originais, estejam de acordo com as normas de publicação da revista e cuja pertinência e rigor científico tenham o reconhecimento do corpo de revisores científicos (*peer reviews*) constituídos em Conselho Científico.

5 - A *Revista Investigação em Enfermagem* é propriedade da Formasau - Formação e Saúde, Lda, entidade que nomeia o director. O Conselho Editorial é composto pelo director e por outros enfermeiros de reconhecido mérito, competindo-lhes a definição e acompanhamento das linhas editoriais.

EDITORIAL

A Prevenção de Lesões no Pé em Enfermeiros: um Novo Foco de Saúde Ocupacional

As políticas institucionais de gestão da saúde e bem-estar dos profissionais no seu contexto laboral, as quais geralmente se traduzem em outcomes como a qualidade de vida, baseiam-se em intervenções e legislação próprias da Saúde Ocupacional. Neste sentido, para proteger de forma eficaz a saúde dos profissionais, nomeadamente dos enfermeiros, os quais estão expostos a um risco acrescido para desenvolver lesões relacionadas ao trabalho, é fulcral conhecer os fatores de risco, bem como principais sinais e sintomas associados.

Recentemente, o International Council of Nurses (ICN, 2017), num documento intitulado de Saúde e Segurança Ocupacional para Enfermeiros, sublinhava que o ambiente de trabalho destes profissionais de saúde é considerado como um dos contextos mais agressivos para a saúde e bem-estar. A permanência em posições ortostáticas ou caminhar por longos períodos, tornam a atividade do enfermeiro extremamente desgastante para o sistema músculo-esquelético e neuromuscular, surgindo, a longo prazo, lesões que podem ser incapacitantes. Dentre as mais frequentes, encontram-se as relacionadas com os membros inferiores, particularmente a nível dos pés e tornozelos (Stolt et al., 2020). Apesar disso, os estudos com um foco nesta área são escassos (Stolt et al., 2015), e o conhecimento sobre a prevalência destas lesões e a sua relação com posições ortostáticas é pobre (Anderson et al., 2017), o que dificulta o desenvolvimento de intervenções preventivas eficazes. É comum que os enfermeiros identifiquem de forma tardia o início de lesões no pé, ou que as desvalorizem em fases iniciais, o que interfere de forma significativa no trabalho e nas atividades de vida diária.

Os vários estudos que se focam em lesões ocupacionais em enfermeiros sublinham valores elevados de prevalência a nível da região cervical e lombar. Embora um facto objetivo, não é menos verdade que a qualidade do autocuidado a nível do pé e a eficácia das intervenções a esse nível, contribuem para o surgimento ou agravamento de lesões noutras regiões. A razão para esta hipótese é que o pé e tornozelo são a primeira interface entre o enfermeiro e a superfície de impacto, e têm uma funcionalidade que não pode ser ignorada.

Quando se fala em autocuidado e funcionalidade da região do pé e tornozelo, inclui-se um amplo leque de conceitos, nomeadamente saúde podológica e calçado. O primeiro conceito compreende a interação de variáveis dinâmicas como forças e pressões exercidas durante a caminhada, e variáveis rígidas, como o arco do pé. O segundo varia em função do anterior, e deve ser o mais personalizado possível. Aqui reside um dos maiores problemas quando se estuda este tema. Por exemplo, nas Escolas de Enfermagem, onde essa escolha cabe à instituição, habitualmente os estudantes recebem o mesmo tipo de calçado, como parte do fardamento para o Ensino Clínico.

Recentemente, tem-se investido em dispositivos inovadores e tecnológicos que permitem estudar de forma detalhada as variáveis associadas ao pé. É neste sentido que, por exemplo, na Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA:E), da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESENfC), a utilização de plataformas de baropodometria tem servido para recolher dados podológicos importantes dos estudantes que vão para Ensino Clínico.

Este é um tópico de investigação em fase embrionária, mas de importância reconhecida, e que deve começar a interessar aos enfermeiros, aos estudantes e às Escolas, advogando, assim, mais saúde e bem-estar no trabalho.

Rafael Bernardes (Investigador UICISA: E); Arménio Cruz (Corpo Editorial, RIE)

Referências

- International Council of Nurses (2017). Position Statement: Occupational Health and safety for nurses. https://www.icn.ch/sites/default/files/inlinefiles/ICN_PS_Occupational_health_and_safety.pdf
- Stolt, M., Katajisto, J., Peltonen, J., Suhonen, R., & Leino-Kilpi, H. (2020). Development and testing of a new electronic foot health promotion programme on nurses' foot self-care. *BMC Nursing*, 19: 29. <https://doi.org/10.1186/s12912-020-00423-z>
- Stolt, M., Suhonen, R., Puukka, P., Viitanen, M., Voutilainen, P., & Leino-Kilpi, H. (2015). Nurses' knowledge of foot care in the context of home care: a cross-sectional correlational survey study. *Journal of Clinical Nursing*, 24 (19-20): 2916-2925. <https://doi.org/10.1111/jocn.12922>
- Anderson, J., Williams, A. E., & Nester, C. (2017). An explorative qualitative study to determine the footwear needs of workers in standing environments. *Journal of Foot and Ankle Research*, 10: 41. <https://doi.org/10.1186/s13047-017-0223-4>

A PESSOA COM DEMÊNCIA AVANÇADA NO AUTOUIDADO ALIMENTAR NO DOMICÍLIO: PERSPETIVAS DOS ENFERMEIROS

Rita Pereira⁽¹⁾; Manuela Cerqueira⁽²⁾



Resumo

Introdução: Com o envelhecimento o corpo vai apresentando um declínio das suas funções. No caso da pessoa com demência avançada, apresenta um risco acrescido de má nutrição devido à indiferença, à perda de memória, à diminuição da capacidade de discernimento e do próprio metabolismo. Perante estas pessoas, muitas vezes sem condições para recorrer a um serviço de saúde, o profissional de saúde tem o dever de lhe proporcionar todos os cuidados necessários no domicílio e apoiar os cuidadores que desempenham um papel fundamental no cuidar, sendo imprescindível desmistificar estigmas existentes. Assim, Quais as perspetivas dos enfermeiros para cuidar da pessoa com demência avançada no autocuidado alimentar no domicílio?

Objetivo: Identificar as perspetivas dos enfermeiros para cuidar da pessoa com demência avançada no autocuidado alimentar no domicílio, com a intencionalidade de contribuir para a diminuição de estigmas da sociedade e conduzir à socialização da pessoa com demência e família.

Metodologia: abordagem qualitativa, estudo de caso, entrevista semiestruturada dirigida a enfermeiros nos Cuidados de Saúde Primários no Alto Minho, para a recolha de dados. Análise de conteúdo segundo Bardin (2011), como procedimento da análise dos dados. Os procedimentos ético-moral foram respeitados.

Resultados: Verificou-se que na perspetiva de todos os enfermeiros é importante prestar cuidados domiciliários à pessoa com demência avançada com alterações na deglutição. Evidenciam várias necessidades e dificuldades sentidas na prática, cuja colmatação potenciaria cuidados mais humanizados. É realçado o facto, de o estigma contribuir para o isolamento social.

Conclusão: Proporcionar cuidados multidimensionais à pessoa com demência avançada no autocuidado alimentar e família no domicílio, passa pela formação em CP, pela existência de uma Equipa de Cuidados Continuados com formação em CP, aposta no diagnóstico precoce, maior informação clínica, envolvimento familiar e maior investimento na sensibilização da população para as demências.

Palavras chave: Pessoa com Demência Avançada, Autocuidado Alimentar, Cuidados de Enfermagem, Cuidados de Saúde Primários

Abstract

THE PERSON WITH ADVANCED DEMENTIA IN HOME FOOD CARE: NURSING PERSPECTIVES

Introduction: As the body ages, its functions decline. In the case of people with advanced dementia, they are at an increased risk of malnutrition due to indifference, loss of memory, decreased ability to discern and of the metabolism itself. Before these people, often unable to resort to a health service, the health professional has the duty to provide all necessary care at home and to support caregivers who play a fundamental role in caring, and it is essential to demystify existing stigmas. So, What are the perspectives of nurses on care for people with advanced dementia in self-care at home?

Objective: To identify the perspectives of nurses regarding care for the person with advanced dementia in self-care at home, with the intention of contributing to the reduction of society's stigma and leading to the socialization of the person with dementia and family.

Methodology: qualitative approach, case study, using the semi-structured interview aimed at nurses developing functions in Primary Health Care in Alto Minho, for data collection. Content analysis according to Bardin (2011), as a data analysis procedure. Ethical-moral procedures were respected.

Results: It was found that, from the perspective of all nurses, it is important to provide home care to the person with advanced dementia with changes in swallowing. However, they show several needs and difficulties experienced in practice. Addressing them would enhance more humanized care. The fact that stigma contributes to social isolation is highlighted.

Conclusion: Providing multidimensional care to people with advanced dementia in self-care and family at home, is achieved through CP training, the existence of a Continuing Care Team with CP training, early diagnosis, more clinical information, family involvement and greater investment in raising public awareness of dementias.

Key-words: Person with Advanced Dementia, Alimentary Self-Care, Nursing Cares, Primary Cares of Health.

Resumen

LA PERSONA CON DEMENCIA AVANZADA EN EL CUIDADO DE ALIMENTOS DOMICILIARIOS: PERSPECTIVAS DE ENFERMERÍA

Introducción: A medida que el cuerpo envejece, sus funciones disminuyen. En el caso de las personas con demencia avanzada, corren un mayor riesgo de desnutrición debido a la indiferencia, la pérdida de memoria, la disminución de la capacidad de discernimiento y el metabolismo en sí. Ante estas personas, que muchas veces no pueden acudir a un servicio de salud, el profesional de la salud tiene el deber de brindar todos los cuidados necesarios en el hogar y apoyar a los cuidadores que juegan un papel fundamental en el cuidado, y es fundamental desmitificar los estigmas existentes. Entonces, ¿cuáles son las perspectivas de las enfermeras para cuidar a las personas con demencia avanzada en el autocuidado en el hogar?

Objetivo: Identificar las perspectivas de los enfermeros para cuidar a la persona con demencia avanzada en el autocuidado en el hogar, con la intención de contribuir a la reducción del estigma de la sociedad y conducir a la socialización de la persona con demencia y su familia.

Metodología: abordaje cualitativo, estudio de caso, entrevista semiestruturada dirigida a enfermeros de Atención Primaria de Salud en Alto Minho, para recolección de datos. Análisis de contenido según Bardin (2011), como procedimiento de análisis de datos. Se respetaron los procedimientos ético-morales.

Resultados: Se encontró que, desde la perspectiva de todos los enfermeros, es importante brindar atención domiciliaria a la persona con demencia avanzada con alteraciones en la deglución. Muestran diversas necesidades y dificultades vividas en la práctica, cuyo llenado potenciaria una atención más humanizada. Se destaca el hecho de que el estigma contribuye al aislamiento social.

CONCLUSIÓN: La atención multidimensional a las personas con demencia avanzada en el autocuidado y la familia en el hogar, pasa por la formación en PC, la existencia de un Equipo de Atención Continua con formación en PC, apuesta por el diagnóstico precoz, más información clínica, implicación familiar y mayor inversión en la sensibilización del público sobre las demencias.

Palabras clave: Persona con Demencia Avanzada, Autocuidado Alimentario, Atención de Enfermería, Atención Primaria de Salud.

Recebido em maio 2021. Aceite para publicação em outubro 2021

⁽¹⁾ Mestre em Cuidados Paliativos, Pós-Graduada em Comunicação e Saúde; Enfermeira no Serviço de Urgência da Unidade Local de Saúde do Alto Minho; email: ritaadriana1985@gmail.com

⁽²⁾ Doutora em Enfermagem, área de especialidade Cuidados Paliativos, Prof. Adjunta na ESS/IPVC; Nursing UICISA: E Cluster of the Health School of the Polytechnic Institute of Viana do Castelo to Health Sciences Research Unit. Nursing UICISA: E Nursing school of Coimbra – Portugal; email: manuelacerqueira@ess.ipvpc.pt

INTRODUÇÃO

Com a sociedade atual cada vez mais envelhecida, as demências constituem-se num dos principais problemas de saúde pública. A sua prevalência aumenta, podendo chegar a 80 milhões de pessoas que vivem com demência em 2040 (1).

A cronicidade das demências tem um grande impacto não só em termos de custos financeiros como numa grande sobrecarga para a economia familiar (2). Perante este facto, e analisando o contexto atual dos cuidados de saúde, é fundamental que o modelo de cuidados adotado pelos profissionais de saúde, promova a autonomia no autocuidado da pessoa com demência. De acordo com o relatório publicado pela Organização Mundial de Saúde (2012, p.2), “existem lacunas relativas à informação e baixos níveis de sensibilização sobre esta patologia e até mesmo falta de compreensão, contribuindo para a criação de estigmas por parte da sociedade, levando ao isolamento dos doentes e dos cuidadores” (3). Neste sentido, existe uma necessidade urgente de melhorar as expectativas da pessoa com demência, ajudá-lo a lidar com os seus défices no autocuidado e a preservarem o mais tempo possível a sua autonomia. De acordo com a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) o autocuidado é uma “Actividade Executada pelo Próprio”, mais em concreto é “tratar do que é necessário para se manter, manter-se operacional e lidar com as necessidades individuais básicas e íntimas e as actividades da vida diária”

Quando se fala no autocuidado alimentar, é fundamental que compreendamos que a alimentação está ligada à fonte de vida, quando a vontade de comer está diminuída, é entendida como o aproximar da morte, causando sofrimento à pessoa doente e família. Salieta Santos (2011), que cuidar da alimentação deve propiciar prazer, conforto emocional, diminuição da ansiedade e aumento do auto-estima, além de permitir maior integração e comunicação com os seus familiares (4). O profissional de saúde,

nomeadamente os enfermeiros, devem ter em consideração que a alimentação é influenciada por fatores psicossociais, culturais, religiosos e económicos, entre outros.

Torna-se importante salientar, que a Teoria de Enfermagem do Défice do autocuidado é uma teoria geral que engloba três teorias (1): a teoria do autocuidado, que descreve como e porquê as pessoas cuidam de si; a teoria do défice de autocuidado, que descreve e explica porque razão as pessoas podem ser ajudadas através dos cuidados de enfermagem; e a teoria dos sistemas de Enfermagem, que descreve e explica as relações que têm de ser mantidas para que se faça Enfermagem (5).

Muitos Enfermeiros cuidam diariamente de doentes com Demência Avançada, onde muitas vezes não há consenso no que toca à alimentação dos mesmos, nomeadamente na decisão de iniciar ou de suspender a alimentação por sonda.

Na Demência Avançada, os doentes além da dependência física, acarretam ainda a vulnerabilidade de não possuírem competência psíquica para nesta fase da doença decidirem se querem ou não que lhes seja colocada uma sonda, caso não tenham expressado previamente, enquanto capazes de forma consciente e autónoma as suas vontades.

Atendendo às incapacidades decorrentes da fase avançada da demência e das comorbilidades que muitas vezes também apresentam, muitos doentes estão dependentes para todas as atividades de vida diárias, necessitando de cuidados domiciliários devido à incapacidade de se deslocarem às Unidades de Cuidados de Saúde Primários.

Neste sentido, e atendendo a que não foram encontrados muitos estudos portugueses sobre esta problemática, tornou-se pertinente compreendermos: Quais as perspetivas dos enfermeiros para cuidar da pessoa com demência avançada no autocuidado alimentar no domicílio?, com o objetivo de identificar as perspetivas dos enfermeiros para cuidar da pessoa com demência avançada no autocuidado alimentar no domicílio, com a intencionalidade

de contribuir para a diminuição de estigmas da sociedade e conduzir à socialização da pessoa com demência e família.

MATERIAL E MÉTODOS

Perante a problemática deste estudo e da questão de investigação delineada, a opção metodológica centrou-se na abordagem qualitativa. O investigador que utiliza a abordagem qualitativa está preocupado com a compreensão absoluta e ampla do fenómeno em estudo. Ele observa, descreve, interpreta e aprecia o meio e o fenómeno tal como se apresenta, sem procurar controlá-lo. O objetivo desta abordagem é descrever e interpretar mais do que avaliar. De acordo do Sampiéri, Collado & Lucio (2006, p.15) a abordagem qualitativa possibilita a proximidade do investigador com o participante do estudo permitindo a “profundidade aos dados, a dispersão, a riqueza interpretativa, a contextualização do ambiente, os detalhes e as experiências únicas” (6).

Neste sentido, a principal razão de optarmos pela abordagem qualitativa assentou no facto de se pretender descrições detalhadas dos participantes do estudo para assim compreendermos as suas interpretações relativamente a assuntos como as necessidades, dificuldades e estratégias utilizadas pelos enfermeiros dos Cuidados de Saúde Primários do Alto Minho no autocuidado alimentar da pessoa com Demência Avançada no domicílio.

De entre os vários tipos de estudo possíveis para uma abordagem qualitativa, neste caso e para responder à questão de investigação delineada, optamos por realizar um estudo do tipo: estudo de caso, visto que se debruça sobre uma situação específica, procurando descobrir o que nela há de mais característico, procurando a profundidade do “como” e do “porquê”. O estudo de caso procura retratar a realidade de forma completa e profunda, tratando-se de “um plano de investigação que envolve o estudo intensivo e detalhado de uma entidade bem definida «o caso»” (7).

Participantes do Estudo

Para o estudo em questão foi necessário definir uma série de critérios de seleção dos participantes, determinando-se a população-alvo. Fortin (2009, p.69) define população-alvo como “um grupo de pessoas ou de elementos que têm características comuns” (8).

Para o presente estudo os participantes foram enfermeiros dos Cuidados de Saúde Primários que prestam cuidados em contexto domiciliário num concelho do Alto Minho.

Como critérios de inclusão elegemos:

- Serem enfermeiros de Cuidados de Saúde Primários e possuir pelo menos 2 anos de experiência profissional;
- Prestarem cuidados de saúde domiciliários nas Unidades de Centro de Saúde no Alto Minho
- Terem experiências de cuidados de saúde domiciliários em doentes com Demência Avançada;

Em relação ao método de amostragem a utilizar neste tipo de estudo é a amostra não probabilística, que segundo Fortin (2009, p.322) é um procedimento de seleção segundo o qual cada elemento não tem uma probabilidade igual de ser escolhido para pertencer à amostra (8). Um dos métodos de amostragem não probabilística é a amostragem por redes, também chamada amostragem em “bola de neve”, que segundo a mesma autora, é um método no qual indivíduos recrutados inicialmente sugerem, a pedido do investigador outros elementos com características que parecem apropriadas para participar no estudo.

Este método de amostragem permite que conhecendo uma pessoa com as características pretendidas para o estudo, esta poderá indicar-nos outras com características similares e que possuam critérios de inclusão neste estudo. Assim, através do contacto com um enfermeiro de cada unidade, este pode-nos indicar outros com as características pretendidas para este estudo.

Neste estudo participaram no total nove

enfermeiros, pertencentes a quatro Unidades de Saúde que prestam Cuidados de Saúde Primários no domicílio num concelho da região do Alto Minho, nomeadamente duas USF's, uma UCSP e uma UCC (mais concretamente a ECCI).

Dos 9 enfermeiros que participaram no estudo, 7 são do sexo feminino. As idades estão compreendidas entre os 35 e os 43 anos, sendo que 45% dos enfermeiros entrevistados têm idades compreendidas entre os 41 e os 43 anos.

Na área das habilitações académicas, todos os enfermeiros são licenciados, tendo dois deles especialidade em Enfermagem de Reabilitação, e outros dois Pós-Graduação, um deles em Quiromassagem e outro em Geriatria e Gerontologia.

Em relação ao tempo de experiência profissional, os enfermeiros têm entre 12 e 21 anos de experiência profissional, sendo que 45% dos mesmos exercem à 18 ou mais anos. Em contexto domiciliário, os participantes têm entre 2 e 21 anos de experiência profissional, verificando-se que a maioria dos enfermeiros tem entre 7 a 16 anos de experiência em termos de prestação de cuidados domiciliários.

No campo da formação em Cuidados Paliativos, nenhum dos participantes tem formação avançada nesta área e a maioria dos enfermeiros não tem formação específica em Cuidados Paliativos, sendo que dois dos participantes apresentam formação pré-graduada, no âmbito de Cursos Básicos em Cuidados Paliativos.

Instrumento de Colheita de Dados

Tendo em conta os objetivos da investigação, optou-se pela utilização da entrevista semi-estruturada como instrumento de colheita de dados. Os coordenadores das Unidades de Cuidados foram informados e autorizaram a realização das entrevistas, as quais foram efetuadas e gravadas com autorização dos participantes no local de trabalho dos enfermeiros em horário previamente combinado de acordo as disponibilidades dos

mesmos.

A entrevista de acordo com Fortin (1999, p.245), “é um modo particular de comunicação verbal, que se estabelece entre o investigador e os participantes com o objetivo de colher dados relativos às questões de investigação formuladas” (8).

Numa entrevista semi-estruturada o investigador tem uma série de temas a cobrir, pelo que formula questões a partir destes temas e apresenta-os aos participantes segundo a ordem mais adequada em função do decorrer da entrevista. Com a entrevista semi-estruturada, permitiu-se que os participantes exprimissem de modo individual as suas ideias e opiniões acerca das suas intervenções no domicílio no que se refere ao autocuidado alimentar na pessoa com Demência Avançada.

Para a recolha de dados, foi usado o gravador de voz em todas as entrevistas, como forma de podermos aceder de forma precisa a esses mesmos dados. Para o uso do mesmo foi antecipadamente pedida autorização aos participantes e garantida a sua confidencialidade.

Depois de realizadas as entrevistas procedeu-se à sua transcrição, que possibilitou ter um suporte para a posterior análise. Durante todo este processo foi fundamental salvaguardar as questões éticas.

As entrevistas foram realizadas durante os meses de janeiro e fevereiro de 2018, em horário e local acordado com os participantes.

Procedimento de análise dos dados

Para a análise de dados utilizou-se a análise de conteúdo. Para Bardin (2011) desenvolve-se em três fases: a pré-análise, que consiste na organização, procedendo-se à preparação do material para a análise; a exploração do material, que constitui, geralmente uma fase longa e fastidiosa que tem como objetivo aplicar sistematicamente as decisões tomadas na pré-análise e refere-se fundamentalmente às tarefas de codificação e por fim o tratamento de dados, inferência e interpretação, em que se objetiva tornar os dados válidos e

significativos (9).

Desta forma e seguindo as orientações do autor supracitado, após a colheita dos dados das entrevistas pelo gravador de voz, estas foram criteriosamente transcritas, passando assim o conteúdo sonoro para escrito, de forma a facilitar a organização, a compreensão e a fiabilidade das mesmas para a análise de conteúdo. Posteriormente, recolhido o material em bruto dos discursos dos participantes, procedemos a uma leitura “flutuante” de cada entrevista de forma a retirar as primeiras impressões do seu conteúdo, constituindo assim a fase de pré-análise.

Em seguida, na fase da exploração do material, procedemos a sucessivas leituras das entrevistas, com o intuito de retirar algumas áreas temáticas que sejam comuns às várias entrevistas. Segundo Bogdan (1994), à medida que se vão lendo os dados, repetem-se ou destacam-se certas palavras, frases, padrões de comportamento, formas de os sujeitos pensarem e acontecimentos, constituindo-se as áreas temáticas e posteriormente categorias e subcategorias. As categorias são um meio de classificar os dados descritivos que se recolheram, de forma a que o material contido num determinado tópico possa ser facilmente apartado dos outros todos. Finalmente realizou-se o tratamento de dados, de forma a que os resultados sejam significativos («falantes») e válidos (10).

RESULTADOS

Através da análise das entrevistas evidencia-se que os enfermeiros apresentam várias perspetivas inerentes aos cuidados à pessoa com Demência Avançada no autocuidado alimentar no domicílio. Sobressaíram nove categorias: realização de estágio em Cuidados Paliativos, encaminhamento para UCP, mais recursos humanos com formação em Cuidados Paliativos, existência de uma equipa de cuidados continuados, identificar as vontades do doente precocemente, maior envolvimento familiar, diagnóstico precoce, maior investimento na sensibilização da população

para as demências e maior informação clínica.

Para melhor compreensão das categorias que emergiram, torna-se pertinente apresentar e analisar as unidades de análise inerentes à temática -Perspetivas dos enfermeiros para cuidar da pessoa com Demência Avançada no domicílio.

<p>Um enfermeiro sugere a realização de estágio em Cuidados Paliativos para os profissionais de saúde experienciarem e partilharem experiências entre si, ganhando mais sensibilidade para os Cuidados Paliativos, incluindo para a Demência Avançada</p>	<p>(...) estágio nos paliativos, ou seja, com colegas dos paliativos, nem que fosse uma semana, ou nem que fosse dois dias ... ok ... fosse o tempo que fosse, ficávamos com outra sensibilidade, com outras experiências, uma coisa é tu estares ali um turno, dois turnos a partilhar as experiências (...) E4</p>
<p>O encaminhamento para UCP, de acordo com um enfermeiro deve ser feito mais cedo.</p>	<p>(...) é necessário um encaminhamento mais cedo (...) E9</p>
<p>Três enfermeiros sugerem que são necessários mais recursos humanos com formação em Cuidados Paliativos</p>	<p>(...) precisamos de mais profissionais a trabalhar, porque os que estão não chegam (...) são precisos mais enfermeiros e mais médicos, para mim os enfermeiros de saúde mental têm uma especialidade muito importante, mas eu acho que as demências se enquadram mais nos paliativos (...) E3</p> <p>(...) se houvesse mais gente com formação (em Cuidados Paliativos), e eu não digo que fosse uma formação muito específica, mas que fosse uma formação obrigatória, há formações que os profissionais de saúde, enquanto profissionais deviam ser obrigatórias, como é o suporte básico de vida, fazer formação em determinadas áreas devia ser obrigatório (...) E3</p> <p>(...) a importância da ajuda de profissionais, com mais conhecimentos na área (...) será (...) Bem-vinda e necessária (E7)</p> <p>(...) É necessário (...) mais recursos (...) E9</p>
<p>Um enfermeiro sugere a existência de uma equipa de cuidados continuados exclusiva para o domicílio, que esteja disponível 24h por dia para que a família e o doente estejam sempre salvaguardadas em caso de necessidade, independentemente do dia e da hora.</p>	<p>(...) é necessário uma equipa só de cuidados continuados no domicílio, se querem que a pessoa morra em casa, bem, dentro dos parâmetros, bem, tem de haver alguém, a pessoa pode precisar de alguém à meia noite, porque a família por mais preparada que esteja vai descompensar (...) E9</p>
<p>Um enfermeiro expressa a sugestão de identificar as vontades do doente precocemente, propondo que este numa fase inicial de doença, enquanto cognitivamente capaz, escreva ou grave as suas vontades.</p>	<p>(...) a preparação devia começar por aí, devia-se propôr à pessoa ou para gravar ou para escrever alguma coisa que ela gostasse que lhe fizessem, quando ela perdesse as capacidades (...) E3</p>

O *maior envolvimento familiar*, é sugerido por um enfermeiro, evidenciando a necessidade de intervir precocemente na capacitação dos familiares/cuidadores na prestação de cuidados aos doentes com demência porque “(...) se não tivermos um bom cuidador, um cuidador com saúde e capacitado não vai correr bem (...)”E3.

(...) nas demências (...) esquecemo-nos muitas vezes do cuidador e depois o cuidador é fundamental, porque se não tivermos um bom cuidador, um cuidador com saúde e capacitado não vai correr bem (...) devia haver (...) uma intervenção precoce, devia haver um investimento maior na intervenção familiar (...) E3

Para um enfermeiro é necessário um *diagnóstico precoce*, atendendo ao facto de que através da introdução de medicação para a demência precocemente, é possível atrasar a evolução da mesma.

(...) quando há estas patologias com esta dimensão, devia haver um diagnóstico precoce (...) está provado cientificamente que o Alzheimer quando começa a dar sinais nos exames de diagnóstico, já tem evolução de vários anos atrás (...) E3

(...) se o diagnóstico fosse mais cedo, era importante, porque agora há medicação que pode atrasar a evolução da doença e eu acho que quanto mais nova é a pessoa mais rápida é a evolução (...) E3

Um *maior investimento na sensibilização da população para as demências* é a sugestão apresentada por um enfermeiro, referindo que é fundamental começar pela sensibilização das crianças, nas escolas, através de “*formações básicas*” sobre o cuidar da pessoa com demência ou mesmo através da visita a lares de idosos, porque certamente ajudaria as crianças a compreender melhor a importância do cuidar por exemplo de um avô com demência e ao mesmo tempo preparem-se para enquanto adultos serem “*melhores cuidadores*”.

(...) nós temos de lutar pela promoção e pela prevenção, é mesmo assim, começar logo nas escolas, nas escolas, com as crianças, não é? Claro que seria uma formação básica (...) no meio em que as pessoas estão inseridas há sempre demências e então acho que devia haver assim uma abordagem, dar assim uma sensibilização às crianças, explicar às crianças (...) da importância do cuidar do avô, da avó, ou de um bisavô que tenha em casa, sei lá, nem que seja uma vez no ano, uma palestra, ou até por exemplo ir visitar um lar, não é?. Quantas escolas vão visitar um lar? Alguma vez?, eu acho que era importantíssimo, porque nem todas as crianças convivem com avós ou bisavós com cuidados de saúde, a precisarem de cuidados e depois são adultos que provavelmente não vão ser bons cuidadores (...) E3

Também é realçada que esta sensibilização deve abranger todas as faixas etárias, através da promoção de estilos de vida saudáveis e da prevenção dos riscos cardiovasculares prevenindo assim as demências, nomeadamente as demências de etiologia vascular.

(...) acho, sinceramente, que há os dias internacionais do Alzheimer, do idoso e podia-se usar estes dias na escola, para ser pelo menos uma chamada de atenção, para se falar sobre as doenças, eu acho que não fazia mal nenhum, só fazia bem ficarem mais sensibilizadas para estas patologias. Eu não digo uma coisa muito aprofundada, mas se os miúdos forem sensibilizados naqueles dias específicos fica sempre alguma coisa, principalmente porque eles em casa têm e depois não percebem o que é o Alzheimer ou o que é uma demência (...) E3

Um enfermeiro sugere que é necessária *maior informação clínica*, relatando que além de um familiar/cuidador da pessoa com Demência Avançada, também um técnico da equipa de saúde que contacta com o cuidador e família deveria estar presente nas consultas ou então que este deveria enviar uma informação escrita para complementar a informação do familiar porque “(...) a família, não tem noção muitas vezes do que é normal e do que não é normal da doença (...)” E3.

(...) nós estamos com uma população cada vez mais envelhecida cada vez mais com doenças degenerativas e muitas demências, com o aumento da esperança média de vida, com estilo de vida das pessoas, que muitas vezes não são demências degenerativas, mas demências provocadas pela arteriosclerose ou demências vasculares e eu acho que era importante a sensibilização da população porque eu acho que deve ser rara a pessoa que não passe por isto, mais tarde ou mais cedo (...) E3

(...) muitas vezes a maior parte dos doentes, deixam de ir às consultas, chegam a uma fase, que (...) chega lá e a médica não consegue ter uma conversa com o utente, então vai a família dizer como é que está e como não está, tubo bem; mas acho que deveria ter acompanhamento da equipa de saúde, ou que levasse uma informação escrita por um técnico, porque a família, não tem noção muitas vezes do que é normal e do que não é normal da doença (...) eu acho que devia ir sempre uma informação escrita por um técnico que tenha contacto com o doente ou com o cuidador, que faça visitas e que veja como as coisas estão (...) E3

DISCUSSÃO

Na perspetiva dos enfermeiros cuidar da pessoa com Demência Avançada no domicílio exige mais *recursos humanos com formação em Cuidados Paliativos*. De acordo com Escuin [et al.] (2002), os estudos referem que a formação em Cuidados paliativos, mais especificamente nos paliativos não oncológicos é escassa (11), porém Radbruch [et al.] 2009 menciona que os profissionais de saúde integrados nos Cuidados de Saúde Primários, uma vez que cuidam e contactam com elevada prevalência com doentes e famílias do foro paliativo, devem ter formação em Cuidados Paliativos de nível intermédio obtido através do nível pós-graduado (entre 90 a 180 horas formativas) (12).

A *realização de estágio em Cuidados Paliativos* é a proposta de um enfermeiro, sendo uma forma dos enfermeiros vivenciarem e partilharem experiências entre si, proporcionando assim maior sensibilidade para os Cuidados Paliativos. Efetivamente os Cuidados Paliativos exigem formação, para Neto (2006) estes cuidados promovem uma

abordagem global e holística do sofrimento dos doentes, pelo que é necessária formação nas diferentes áreas em que os problemas ocorrem (física, psicológica, social e espiritual), sendo oferecidos com base nas necessidades e não apenas no prognóstico (13).

Para os enfermeiros deste estudo é necessário um *encaminhamento para UCP* mais precoce e é necessária a *existência de uma equipa de cuidados continuados*. De acordo com Abreu (2016) uma vez estamos a falar de Cuidados Paliativos para pessoas com demência, o Plano Estratégico para o Desenvolvimento dos Cuidados Paliativos para 2018-2019 prometia uma particular atenção e estímulo à implementação das Equipas Comunitárias de Suporte em Cuidados Paliativos. Para além disso, como refere o plano, todos os hospitais do Serviço Nacional de Saúde deverão ter uma Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos. Neste sentido, é fundamental que se organizem um conjunto de iniciativas tendo em vista a formação dos profissionais de saúde em cuidados paliativos, assim como, a definição de dotações seguras

de pessoal para trabalhar nas equipas que estão previstas correspondam a uma realidade e se tornem uma mais valia para os doentes com necessidades de Cuidados Paliativos.

Identificar as vontades do doente precocemente é importante na medida em que, enquanto a pessoa está capaz cognitivamente, deve escrever ou gravar as suas vontades, para possibilitar à luz dos seus valores, cuidados adequados e poder fornecer informação relativa a determinados documentos que sustentam as intervenções como a diretiva antecipada de vontade, bem como, a possibilidade de nomear um procurador informal de cuidados da sua confiança.

Efetuar um *diagnóstico precoce* é para os enfermeiros uma medida fundamental, uma vez que se o diagnóstico for definido precocemente, é possível retardar a evolução da doença, pela introdução de medidas terapêuticas mais atempadas. Nesta linha de pensamento também Hales [et al.] (2012) considera que a identificação precoce dos casos de demência facilita o uso imediato de terapias neuro-protetoras e de promoção da cognição, bem como, o apoio para o doente e sua família (14).

Maior informação clínica é sugerida por um enfermeiro, atendendo que na sua perspetiva, uma má informação em termos de cuidados de saúde, é um obstáculo ao processo de aceitação da doença por parte dos familiares e doente, bem como dificulta a tomada de decisão.

Um enfermeiro deste estudo sugere ainda um *maior envolvimento familiar*, sendo para isso necessário intervir precocemente para que seja possível de forma gradativa capacitar a família/cuidador para a prestação de cuidados adequados às fases subsequentes da doença. Para Burlá & Azevedo (2012), ao longo da evolução de demência, o profissional de saúde tem a oportunidade de conhecer bem a pessoa portadora da doença, estreitar os laços com a família e discutir antecipadamente os cuidados

que serão adotados (15).

O *maior investimento na sensibilização da população para as demências* é também proposto pelos enfermeiros, no sentido que é fundamental sensibilizar a população em geral, desde a infância através de “formações básicas” nas escolas, preparando-os para na infância compreenderem melhor os comportamentos, por exemplo, de um avô com demência e para em adultos serem “melhores cuidadores”. É também realçada a importância da promoção de estilos de vida saudáveis no sentido de prevenir a demência nomeadamente a de etiologia vascular. A World Health Organization (2015) refere que há a necessidade de realizar campanhas educativas para o público, incluindo às pessoas que vivem com a demência, aos seus familiares e cuidadores, para deste modo aumentar a conscientização da população em geral para a demência, melhorando a sua compreensão e diminuindo atitudes estigmatizantes (16). É ainda de salientar que o estigma contribui para o isolamento social e para atrasos na procura de diagnóstico e ajuda. Há uma necessidade urgente de melhorar a conscientização e compreensão da demência em todos os níveis da sociedade como um passo para melhorar a qualidade de vida das pessoas que vivem com demência e seus familiares/cuidadores. É ainda sugerida a necessidade de sensibilizar a população em geral para a prevenção dos fatores de risco da demência sobretudo vascular. De acordo com Lagarto, Rafaela & Cerejeira (2014) na demência existem fatores de risco modificáveis, como por exemplo a hipertensão, a diabetes, a obesidade, dislipidemia ou o tabagismo que não só aumentam o risco de demência vascular como também a demência em geral (17). Há ainda outros fatores que podem proteger a pessoa de desenvolver demência, nomeadamente, a atividade cognitiva prévia, a inteligência, a ocupação e a interação social.

CONCLUSÃO

Cuidar da pessoa com Demência Avançada e família no domicílio é difícil e complexo, na medida em que doente e família que se encontram a experienciar uma etapa da vida irreversível, progressiva e terminal, necessitam de cuidados especializados que atendam às várias dimensões que compõe a pessoa. Efetivamente acompanhar a pessoa com Demência Avançada no autocuidado alimentar no domicílio realça a importância do cuidar humano, onde se destaca o papel do enfermeiro com intervenções propiciadoras de uma melhor qualidade de vida e preservação da dignidade da pessoa doente.

São várias as perspetivas dos enfermeiros do estudo para poderem proporcionar cuidados multidimensionais à pessoa com demência avançada no autocuidado alimentar e família no domicílio, que passam pela formação em Cuidados Paliativos, a existência de uma Equipa de Cuidados Continuados com formação em Cuidados Paliativos, apostar no diagnóstico precoce, maior informação clínica, maior envolvimento familiar e maior investimento na sensibilização da população para as demências.

BIBLIOGRAFIA

1. ABREU, W. - Cuidados Paliativos para utentes com Demência Avançada: Reflexões sobre a sua implementação. *Revista Portuguesa de Enfermagem em Saúde Mental*, (2016), N.16 (p.6-10).

2. SANTANA, I., FARINHA, F., FREITAS S., RODRIGUES, V. & CARVALHO, A. - Epidemiologia da Demência e da Doença de Alzheimer em Portugal: Estimativas da Prevalência e dos Encargos Financeiros com a Medicação. Publicado pela Acta Médica Portuguesa, a Revista Científica da Ordem dos Médicos. ISSN: 1646-0758. 28(2) (2015). p. 182-188. [consultado em 26 jun. 2018]. Disponível na www: <URL: <http://doi.org/0870-399X>

org/0870-399X

3. World Health Organization (2012). *Dementia: A Public Health Priority*. Disponível em http://www.who.int/mental_health/publications/dementia_report_2012/en

4. SANTOS, F. - *Cuidados Paliativos: Diretrizes, Humanização e Alívio De Sintomas*: Atheneu Editora. 2011

5. OREM, D. - *Modelo De Orem: Conceptos De Enfermería en La Práctica*. Barcelona: Masson. 1993.

6. SAMPIÉRI, R.; COLLADO, C.; LUCIO, M. - *Metodologia de pesquisa*. 5ª Ed. São Paulo: McGraw Hill, 2006. ISBN 978-85-65848-28-2.

7. COUTINHO, P. - *Metodologia de Investigação em Ciências Sociais e Humanas: Teoria e Prática*. Coimbra: Edições Almedina, 2011. ISBN 9789724044873.

8. FORTIN, M. - *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidacta, 2009. 595p. ISBN 978-989-8075-18-5. FORTAN, Marie-Fabienne - *O processo de investigação da concepção à realização*. Loures: Lusociência, 1999. 388p. ISBN 978-972-8383-10-7. (Trabalho original em francês publicado em 1996).

9. BARDIN, L. - *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70, Lda. 2011. 281p. ISBN 978-972-22-1506-2.

10. BOGDAN, R.; BIKLEN, S. - *Investigação qualitativa em investigação, uma introdução à teoria e aos métodos*. Porto: Porto Editora. 1994. 335p. ISBN 972-0-34112-2. (Trabalho original em inglês publicado em 1991)

11. ESCUIN, M. [et al.] - El uso de sondas de alimentación en pacientes con demencia avanzada. *revisión sistemática*. *Revista de la medicina clínica de la familia*, (2013). (Vol.6, N.1, pp. 37-42).

12.RADBRUCH, L.; PAYNE, S.; BERCOVITCH, M.; et al. - White paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe: part 1. *European Journal of Palliative Care*. [Online] 2009. [consultado em 11 jul. 2018]. Disponível na www: <URL: <http://www.eapcnet.eu/LinkClick.aspx?fileticket=f63pXXzVNEY%3d&tabid=735>

13.NETO, I. - Princípios e filosofia dos Cuidados Paliativos. In A. BARBOSA, & I. NETO, *Manual de Cuidados Paliativos*. Lisboa: Ed. Núcleo de Cuidados Paliativos do Centro de Bioética da Faculdade de Medicina. 2006.

14.HALES, E.; YUDOFKY, S.; GABBARD, G. – *Tratado de Psiquiatria*. 5ª Ed. Porto Alegre: Artmed, 2012. 1819p. ISBN 978-85-363-2621-4

15.BURLÁ, C. & AZEVEDO, D. - Cuidados Paliativos nas demências. Em CARVALHO, R. & PARSONS, H., *Manual de Cuidados Paliativos*. Academia Nacional de Cuidados Paliativos. 2ª Ed. Rio de Janeiro. 2012, 592p. [consultado em 14 mai. 2018]. Disponível na www: <URL: [file:///C:/Users/acer/Desktop/TESE%202018%20-%20C%C3%B3pia%20\(3\)/artigos%20tese/Manual-de-cuidados-paliativos-ANCP%202012.pdf](file:///C:/Users/acer/Desktop/TESE%202018%20-%20C%C3%B3pia%20(3)/artigos%20tese/Manual-de-cuidados-paliativos-ANCP%202012.pdf)

16.WORLD HEALTH ORGANIZATION – *Dementia: A Public Health Priority*. (2015). 4p. [consultado em 24 set. 2018]. Disponível na www: <URL: http://www.who.int/mental_health/neurology/dementia/dementia_thematicbrief_executivesummary.pdf

17.LAGARTO, L., RAFAELA, D., CEREJEIRA, J. – demências e perturbações cognitivas. In SARAIVA, C. & CEREJEIRA, J. (Eds) – *Psiquiatria fundamental*. Lisboa: Lidel - Edições Técnicas. 2006. pp. 385-405. ISBN:978-989-752-071-6.

COMUNICAÇÃO DE MÁIS NOTÍCIAS À FAMÍLIA DO DOENTE INTERNADO EM UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS -REVISÃO INTEGRATIVA-

Rosa Silva⁽¹⁾; Maria José Catalão⁽²⁾; Dulce Santiago⁽³⁾



Resumo

Comunicar más notícias à família do doente internado em Unidade de Cuidados Intensivos (UCI), é um difícil processo quando se pretende o bem-estar do doente e família, tornando-se primordial a aquisição de estratégias que facilitem esta tarefa. Objetivo: Identificar as estratégias utilizadas pelos profissionais de saúde, facilitadoras da comunicação de más notícias à família do doente internado em UCI. Método: Revisão integrativa com pesquisa em bases de dados internacionais (EBSCO e B-on) com descritores padronizados e um com um não padronizado (bad news) obtendo 5 artigos (em português e inglês) publicados entre 2014 - 2019. Resultados: foram analisados 5 artigos que permitiram identificar estratégias não formais e formais na comunicação de más notícias à família; nesta revisão realçou-se o impacto que as más notícias podem ter nas famílias de doentes que são admitidos em UCI. O protocolo SPIKES surge como resposta facilitadora para esta problemática. Conclusão: Comunicar más notícias à família do doente em UCI é uma difícil tarefa quer para profissional como para o familiar. O enfermeiro tem um papel primordial nesta prática pelo que se torna importante desenvolver estratégias facilitadoras do processo para os vários intervenientes.

Descritores: *Nursing, communication, news, family, Intensive Care Units.*

Abstract

COMMUNICATION BAD NEWS TO THE FAMILY OF THE PATIENT HOSPITALIZED IN INTENSIVE CARE UNIT -INTEGRATIVE REVIEW-

Communicating bad news to the family of interned ICU patient is a hard process when it is expected a good status of the patient and his/her family, becoming prior to approach the strategies that will make this task not so difficult. Aim:

Identify the strategies used by health professionals, facilitators of communicating bad news to the family of the patient admitted to the ICU. Method: integrative review searching in international data basis (EBSCO and B-On) published between 2014 and 2019. Results: after the analysis of the five articles, it was concluded that they provide the identification of formal and informal strategies on communicating bad news to these mentioned families. In this review it is focused the impact that these bad news may have on the respective families. The SPIKE protocol shows up as a facilitating answer to this issue. Conclusion: communicating bad news to the family of ICU patients is not only a hard task to the professional but also a difficult moment to the family. The nurse has a prior role in this practice, so it's very important to develop strategies that come to facilitate the process in what regards all the intervenients

Describers: Nursing, communication, bad news, family, Intensive Care Units.

Resumen

COMUNICACIÓN DE MALAS NOTICIAS A LA FAMILIA DEL PACIENTE INGRESADO EN UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS

-REVISIÓN INTEGRATIVA-

Comunicar malas noticias a la familia del paciente internado en UCI, es un proceso difícil cuando se trata del bienestar del paciente y su familia, por lo que es esencial adquirir estrategias que faciliten esta tarea. Objetivo: Identificar las estrategias utilizadas por los profesionales de la salud, facilitadores de comunicar malas noticias a la familia del paciente ingresado en la UCI. Método: Revisión integrativa con busca en bases de datos internacionales (EBSCO e B-on), encontrando 5 artículos (en portugués e inglés), publicados entre 2014-2019. Resultados: Fueron analizados 5 artículos en que fue posible identificar estrategias no formales y formales en la comunicación de malas noticias a la familia; esta revisión destacó el impacto que las malas noticias pueden tener en las familias de los pacientes ingresados en UCI. El protocolo SPIKES surge como una respuesta facilitadora a este problema. Conclusión: comunicar malas noticias a la familia del paciente en UCI es una tarea difícil tanto para el profesional como para el familiar. Las enfermeras desempeñan un papel importante en esta práctica, por lo que es importante desarrollar estrategias que faciliten el proceso para los diversos interesados-

Descriptores: Enfermería, comunicación, malas noticias, familia Unidades de Cuidados Intensivos.

Submetido em outubro 2021. Aceite para publicação em dezembro 2021

⁽¹⁾ Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica: pessoa em situação crítica, no serviço de Hematologia B e Transplante hematopoético do Centro hospitalar e Universitário de Coimbra; Mestre em Enfermagem.

⁽²⁾ Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica na Unidade de Cuidados Intensivos Dr. Emilio Moreira do Hospital Dr. José Maria Grande. Mestre em Enfermagem Médico-cirúrgica: pessoa em situação crítica; Mestre em Gestão de Serviços de Saúde.

⁽³⁾ Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica, Professora Coordenadora na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Beja

INTRODUÇÃO

A comunicação é uma característica intrínseca ao ser humano, é promotora da ordem social uma vez que integra e valida as “(...) relações sociais, o saber disponível nas interações e o processo de socialização que gera as identidades individuais”⁽¹⁾. A comunicação é um processo no qual duas ou mais pessoas enviam e recebem mensagens nas quais ambas se apresentam e compreendem uma à outra⁽¹⁾. Esta interação presume a existência de um emissor e um recetor, e quando comunicam não trocam apenas informação, mas também comportamentos e atitudes⁽¹⁾.

Comunicar permite aos intervenientes enriquecer os seus conhecimentos, satisfazer as suas necessidades, transmitir sentimentos, interagir e entender o que pensam e sentem os outros⁽¹⁾.

O desenvolvimento de técnicas de comunicação é fundamental. Estas são responsáveis por “cuidados de qualidade nos serviços de saúde”⁽¹⁾, são imprescindíveis no quotidiano dos profissionais de saúde na relação com o outro, pessoa com valores e crenças diferenciadas, sendo eles doentes ou pares⁽¹⁾.

A comunicação é um instrumento importante na prática diária de enfermagem. Através dela é possível realizar uma “assistência holística, estabelecendo uma relação de confiança com pacientes, famílias e comunidade”⁽²⁾, facilitando a interação enfermeiro-doente-família, permitindo adaptar o cuidado à particularidade de cada indivíduo⁽²⁾.

Comunicar uma má notícia é uma tarefa difícil para o profissional de saúde, pois estes são os primeiros recetores da notícia e têm de a processar e transmitir ao doente e à família⁽³⁾. Provoca perturbação tanto no recetor como no emissor “ não só pelo receio de enfrentar as reações emocionais e físicas do doente ou dos familiares, mas também pela dificuldade em gerir a situação”⁽¹⁾.

Caracteriza-se por uma *má notícia* qualquer informação que “englobe mudança drástica na

perspetiva de futuro da pessoa em um sentido negativo”⁽⁴⁾, alterando significativamente as expectativas da pessoa em relação ao futuro⁽⁴⁾. Uma má notícia pode ser: “a comunicação do diagnóstico de doença avançada com prognóstico reservado; a comunicação e a atenção a graves sequelas dos tratamentos (...) a comunicação de esgotamento dos recursos de cura atual e a preparação para cuidados paliativos exclusivos.”⁽⁴⁾

Vários profissionais devem estar implicados neste processo de comunicação, mas o papel do enfermeiro encontra-se evidenciado porque a sua assistência tem por base “(...) uma atitude, no qual o doente é visto como um ser digno de desvelo, solicitude, diligência, zelo.”⁽³⁾

Os enfermeiros que atuam em UCI’s exercem uma grande influência sobre as famílias dos doentes, avaliando e apoiando-as durante a situação de crise que está subjacente, sendo descritos como elos de ligação entre as famílias dos doentes e outros profissionais⁽⁵⁾. Estes facilitam a partilha de informações sendo intermediários e tradutores entre os diversos profissionais de saúde e a família do doente⁽⁵⁾.

A literatura ressalta que os enfermeiros são um contato de referência, para as famílias, na procura de novas informações sobre o seu familiar, porém estes também devem ser solicitados por outros profissionais com o objetivo de diminuir as discrepâncias nas informações transmitidas à família⁽⁵⁾.

Nesta sua prática diária, os enfermeiros devem considerar a “(...) comunicação verbal e não-verbal, como uma ferramenta na assistência (...)”⁽⁶⁾ para um cuidado mais humanizado, possibilitando “(...) uma vivência mais tranquila e enfrentamento de situações adversas”⁽⁶⁾.

As UCI’s caracterizam-se por prestar cuidados diferenciados de alta complexidade onde o doente e a família, devido a proximidade com a morte, experimentam “sentimentos como depressão, negação, raiva, ansiedade e dependência (...)”⁽⁷⁾.

Devido à exigência dos cuidados prestados pela equipa de enfermagem ao doente crítico, “onde a pressão do tempo e o objetivo de salvar a vida dos pacientes são terreno comum”⁽⁷⁾, a comunicação é uma técnica negligenciada devido à dificuldade que esta acarreta⁽⁶⁾.

A comunicação em UCI é um instrumento valioso para um cuidado holístico⁽⁶⁾. Esta exige uma grande sensibilidade do enfermeiro, o que proporciona um “(...) cuidado diferenciado, humanizado, de qualidade e efetivo, fornecendo suporte diante de momentos difíceis da vida (...)”⁽⁶⁾.

A comunicação de más notícias em UCI é um aspeto essencial da atuação do enfermeiro uma vez que este “(...) se constitui como um suporte para a família” que sofre “alterações significativas no seu bem-estar, derivadas da situação, mas também do contexto onde tudo decorre”⁽⁸⁾.

Devido à complexidade e importância do tema, torna-se pertinente aprofundar o conhecimento sobre esta temática, com destaque para as estratégias a adotar com o propósito de melhorar a comunicação de más notícias à família do doente em UCI, estando ciente que a forma como se comunica terá um grande impacto no recetor da mensagem.

Face ao exposto, o objetivo desta revisão integrativa visa identificar as estratégias utilizadas pelos profissionais de saúde, facilitadoras da comunicação de más notícias à família do doente internado em UCI.

METODOLOGIA

O presente estudo trata-se de uma revisão integrativa. Este método viabiliza a “ (...) capacidade de sistematização do conhecimento científico (...)”⁽⁹⁾ e o modo como o investigador se aproxima da temática que deseja abordar, “(...) traçando um panorama sobre sua produção científica para conhecer a evolução do tema ao longo do tempo (...)”⁽⁹⁾.

Assim deve ser escolhida quando se pretende a síntese e análise do conhecimento existente sobre determinada temática permitindo ao

leitor avaliar a importância dos procedimentos utilizados na elaboração do estudo⁽⁹⁾.

A presente revisão teve como ponto de partida a formulação da seguinte pergunta segundo a metodologia PICO - Quais as estratégias utilizadas pelos profissionais de saúde (I) facilitadoras da comunicação de más notícias (O) à família do doente internado em UCI (P)?

Para tal foi realizada uma pesquisa da literatura com os descritores: *Nursing, communication, bad news, family, Intensive Care Units* em bases de dados científicas – B-on e Ebsco. Foram definidos como critérios de inclusão: artigos em português e inglês publicados nos últimos 5 anos (2014-2019). Foram incluídos estudos qualitativos e quantitativos que obedecem à seguinte estrutura: resumo/ descritores/ metodologia/ resultados e texto integral. Na pesquisa foi utilizado o operador booleano *and*.

A seleção dos artigos decorreu entre 16 de novembro e 9 de dezembro de 2019, e excluíram-se teses, dissertações, monografias e estudos que após leitura do resumo e do texto não convergiam com o objetivo do estudo, não esquecendo as publicações que se repetiam nas bases de dados.

Aquando a pesquisa inicial, obedecendo aos critérios de inclusão definidos, obteve-se um total de 231 na B-on (60 eram repetidos) e 6 artigos na Ebsco. Após a exclusão por título e por resumo obteve-se um total de 7 artigos-B-on e 1- Ebsco. Numa última exclusão, após a leitura integral do texto obteve-se um total de 5 artigos na B-on. O artigo selecionado referente à pesquisa na Ebsco foi excluído por impossibilidade de acesso ao mesmo.

Salientamos que durante este processo de exclusão sempre que o título ou o resumo dos estudos não eram elucidativos, procedemos à leitura do artigo no todo para não se correr o risco de se excluir artigos importantes para a revisão.

Os níveis de evidência e a qualidade metodológica dos estudos selecionados foram avaliados segundo as escalas de avaliação

crítica apresentadas pelo *Joanna Briggs Institut*, que permitem avaliar a confiabilidade e a relevância dos 5 artigos selecionados. Os resultados são apresentados na seguinte tabela:

Tabela 1. Classificação dos artigos incluídos por níveis de evidência e qualidade metodológica.

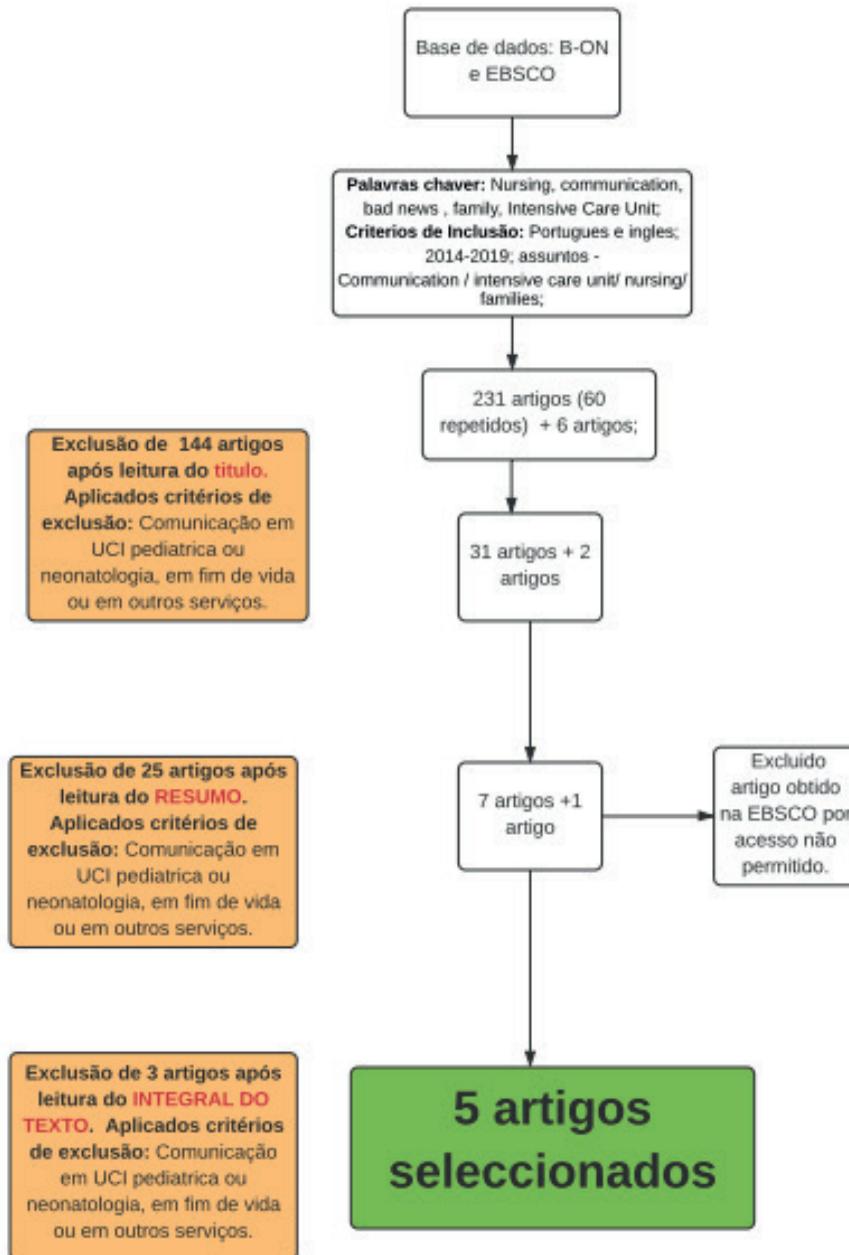
Fonte : Elaboração própria

Artigos	Níveis de Evidência	Grau de Recomendação
Wong P. Liamputtong P. Rawson H. (2014)¹⁰	3. Estudo qualitativo único;	<i>Strong</i>
Ellis LE, Gergen J, Wohlgemuth, Nolan MT, Aslakson R. (2016)⁶	3. Estudo qualitativo único;	<i>Strong</i>
Araújo ACCS, Cruz ICF.(2016)⁷	4.a Revisão sistemática de estudos descritivos;	<i>Strong</i>
Mendes AP.(2016)⁹	3. Estudo qualitativo único;	<i>Strong</i>
Keer RLV, Deschepper R, Huyghens L, Bilsen J.(2019)⁸	3. Estudo qualitativo único;	<i>Strong</i>

Refere-se, ainda, que o presente processo de revisão foi validado por três revisores independentes que avaliaram a qualidade metodológica dos 5 artigos selecionados.

Figura 1 – Fluxograma do processo de extração dos resultados

Fonte: Elaboração própria



Resultados

Os artigos seleccionados com o objetivo de responder à questão enunciada anteriormente apresentam-se na seguinte tabela, onde está exposto o objetivo do estudo, a força

de evidência, os principais resultados e a conclusão dos estudos.

Tabela 2. Síntese de dados obtidos.

Fonte: Elaboração própria

Artigo	Pais de origem; Língua de apresentação; Ano.	Objetivo do Estudo	Nível de Evidência	Resultados	Conclusões
1 Families' experiences of their interactions with staff in an Australian intensive care unit (ICU): A qualitative study	Austrália; Inglês; 2014.	Perceber as necessidades da família na UCI.	Estudo qualitativo - VI	<ul style="list-style-type: none"> • A família necessita de ser avaliada quanto à sua necessidade de informação bem como o momento adequado para o fornecimento de informação; • É importante estar atento às necessidades de informação da família que pode ser variável de acordo com as suas experiências profissionais, respeitando assim a capacidade e as diferenças de cada indivíduo para receber informações; • Durante a comunicação com a família, a equipa da UCI deve recorrer a termos e linguagem não técnica para que a família possa entender a totalidade da informação; • Os enfermeiros desempenham um papel importante porque garantem uma comunicação eficaz com as famílias, pelo que devem estar sempre presentes em todas as reuniões familiares; • A ausência de comunicação ou de transmissão de informação pode causar mais sofrimento e ansiedade à família. 	Melhorar e facilitar a comunicação entre a equipa de profissionais e a família ajuda a diminuir a ansiedade e o sofrimento da família e do doente durante o internamento em UCI.

<p>2 - Empowering the “Cheerers”: Role of Surgical Intensive Care Unit Nurses in Enhancing Family Resilience</p>	<p>Estados Unidos; Inglês; 2016.</p>	<p>Ter conhecimento da percepção que o enfermeiro tem sobre a experiência do doente de longa permanência na UCI e sua família;</p>	<p>Estudo qualitativo - VI</p>	<ul style="list-style-type: none"> • A família do doente internado em UCI experimenta elevados níveis de depressão, ansiedade, stress pós-traumático e sobrecarga do cuidador; • A literatura refere que os enfermeiros que exercem em cuidados intensivos, são vistos como intermediários e tradutores que ajudam a edificar conexões e facilitam a partilha de informação entre o médico, doente e família; • A existência de comunicação entre profissionais, família e doente é pedra angular na criação de relações significativas; • Os enfermeiros que trabalham em UCI, têm uma profunda influência sobre a experiência da família, o que lhes permite avaliar e apoiar as famílias em crise; • Aos enfermeiros reconhece-se a capacidade de gerir as expectativas da família, estes podem ajudar a família a conviver com a incerteza e o stress em relação ao prognóstico do doente, promovendo uma perspetiva positiva, mas realista; • Para tal, o enfermeiro ajuda a família a estabelecer metas diárias, realizando avaliações honestas do doente. • Quando surgem complicações imprevistas, o enfermeiro ajuda a família do doente a reajustar expectativas, permitindo que a família recupere do impacto. 	<p>Uma comunicação eficaz entre enfermeiro e a família do doente é primordial para gerar resiliência familiar.</p>
<p>3 - Comunicação da deterioração</p>	<p>Brasil; Português; 2016.</p>	<p>Identificar através de uma revisão as</p>	<p>Revisão sistemática - V</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Comunicação em UCI com doente e família. • Estratégias de comunicação em UCI. • Protocolo SPIKES. 	<p>Importância da comunicação em UCI com família e paciente. Importância do protocolo SPIKES.</p>

o clínica: revisão sistemática da literatura para um protocolo clínico.		pesquisas científicas que abordam a comunicação da deterioração clínica na unidade de cuidados intensivos e o uso de um instrumento para um protocolo clínico.	Pesquisa descritiva		É importante aumentar a pesquisa sobre o tema.
4- Sensibilidade dos profissionais face à necessidade de informação : experiência vivida pela família na	Portugal ; Português; 2016.	Perceber por parte da família a sensibilidade dos profissionais face à informação	Estudo qualitativo - VI Pesquisa descritiva	<ul style="list-style-type: none"> • Perceber qual o sentimento da família perante informação recebida; • A permanência de um familiar numa UCI acarreta vulnerabilidade à família e ao doente; • A comunicação entre a equipa de profissionais da UCI e a família torna-se um suporte para esta; • A experiência de ter um familiar internado numa UCI transporta um impacto negativo na vida das pessoas; • O enfermeiro tem um papel primordial na comunicação de informação. 	O conteúdo, modo, a escolha das palavras são aspetos a considerar na comunicação de má notícia que permite à família encontrar algum bem-estar.

unidade de cuidados intensivos.					
5 - Challenges in delivering bad news in a multi-ethnic intensive care unit: an ethnographic study.	Austrália; Inglês; 2019.	Explorar as dificuldades encontradas por enfermeiros e médicos antes e durante a comunicação de más notícias e estratégias usadas para lidar com essas dificuldades.	Estudo qualitativo - VI	<ul style="list-style-type: none"> • A comunicação de más notícias é um processo complexo para uma equipa que diariamente trabalha num contexto tecnológico, onde o tempo e objetivo de salvar vidas são as práticas principais; • Os profissionais devem estar bem preparados para a comunicação de más notícias sempre que necessário, repetindo a informação de forma clara e honesta. • Deve ser escolhida a melhor abordagem possível para a comunicação de más notícias, uma vez que uma boa comunicação melhora a tomada de decisão, a satisfação da família, da equipa e o atendimento do doente. • Em situações multiétnicas, comunicar más notícias pode ser mais complicado devido as diferenças culturais e linguísticas; • Quando o médico não esta presente, o enfermeiro fornece informações limitadas e gerais sobre o estado do doente para que não haja falhas de comunicação; • Contar com a participação de outros profissionais na comunicação de más notícias fornece a família uma perspectiva mais ampla do doente, aumenta o apoio e fomenta a troca eficiente de informação diminuindo o stresse do profissional. 	Comunicação de más notícias acarreta desafios para os profissionais o que exige treino em comunicação cultural e a implementação de um protocolo.

Discussão

Após análise dos estudos selecionados e a perceção da complexidade do objetivo do artigo, foram identificadas três categorias pertinentes para dar resposta à questão orientadora do estudo: **I** – Impacto das más notícias na família do doente em UCI; **II** – Estratégias não formais de comunicação de más notícias à família do doente em UCI; **III** – Estratégias formais de comunicação de más notícias à família do doente em UCI.

I – Impacto das más notícias na família do doente em UCI;

Considera-se família do doente todo e qualquer indivíduo que esteja ligado por um laço de sangue, um casamento, uma adoção ou um relacionamento próximo⁽¹⁰⁾, e tem como principal intervenção ser um apoio social e essencial ao doente⁽¹⁰⁾. A importância da família é inquestionável uma vez que normalmente é através desta que os profissionais de saúde conhecem o doente, nomeadamente as preferências relativas aos cuidados, tratamentos ou tomadas de decisões⁽¹⁰⁾.

A admissão de um familiar na UCI carrega um fardo assustador, devido ao “contexto de internamento estigmatizante, pela tecnologia em uso e acesso condicionado”⁽⁸⁾, trazendo implicações negativas para o doente e família. O desconhecimento que a experiência acarreta e a vulnerabilidade face a uma situação de doença crítica “reserva à família momentos de grande instabilidade”⁽⁸⁾, provocando alterações no seu bem-estar derivadas da situação e do processo onde tudo decorre.

O impacto negativo na família aumenta quando emerge a impossibilidade de reversão do processo levando à perda do controlo da situação⁽⁸⁾, percebendo que a sua capacidade enquanto familiar, pessoa que cuida no quotidiano, é reduzida e insuficiente⁸.

Estudos referem que esta experiência transporta níveis de stress durante um período de três a seis meses após a morte ou alta de um familiar da UCI⁽¹⁰⁾, podendo produzir alterações significativas a nível das atividades diárias como o comer e dormir⁽¹⁰⁾.

Percebeu-se que a ansiedade e angústia experienciada pela família é influência das interações que esta constrói com o profissional de saúde quando visita o doente na UCI, bem como pelo processo de comunicação de informações⁽¹⁰⁾.

Os enfermeiros que trabalham em UCI's são uma importante influência na experiência vivida pela família⁽⁵⁾, estes ajudam a gerir a ansiedade e o stress presenciados⁽¹⁰⁾, avaliando e apoiando as famílias em crise⁽⁶⁾.

II – Estratégias não formais de comunicação de más notícias à família do doente em UCI

Comunicar conforta a família, diminuindo os seus medos quando percebem que os seus familiares são bem cuidados⁽¹⁰⁾, melhorando assim a satisfação das famílias, dos profissionais e dos doentes⁽⁷⁾. Para tal é necessário a criação de um vínculo no qual o enfermeiro está disponível para “(...) ouvir o paciente e a família, informando sobre o tratamento e estado geral de saúde”⁽⁶⁾, permitindo uma relação que acalma e apoia as famílias⁽¹⁰⁾.

O enfermeiro é responsável por instituir uma comunicação verbal e não verbal marcada pelo reconhecimento emocional do doente e da família⁽⁶⁾. A comunicação verbal transporta “(...) apoio, segurança e confiança, transmitindo desta forma, força e esperança no processo (...)”⁽⁶⁾, necessários aquando o internamento em UCI, e a comunicação não verbal está presente no “(...) contato físico, evidenciado pelo toque, a expressão facial, postura corporal e aparência física adequada (...)”⁽⁶⁾.

Percebendo que a família se encontra a vivenciar uma experiência traumática é importante atentar ao modo como são transmitidas as informações, pelo que é essencial informar a família sem deixar de a confortar⁽⁸⁾. A sensibilidade do profissional é crucial nesta partilha de informação, mais importante do que o conteúdo da conversa é a modo como esta decorre⁽⁸⁾.

A comunicação de más notícias necessita de um cuidado extra na “escolha das palavras, do local, do tom de voz”⁽⁸⁾, deve ser realizada de forma clara, direta e honesta, utilizando uma linguagem simples e perceptível^(6,7). O enfermeiro deve estar

atento as diferenças individuais de cada membro da família⁽¹⁰⁾, adaptando a comunicação a cada um. Esta adaptação equaciona a utilização de termos e linguagem não técnica para que as famílias possam perceber a totalidade da informação⁽¹⁰⁾.

Durante este difícil processo é importante perceber qual o conhecimento da família sobre o estado do doente, incentivando-as a partilhar as suas opiniões, dúvidas e sentimentos, respeitando e apoiando as crenças dos familiares⁽⁷⁾. O enfermeiro precisa demonstrar disponibilidade para acompanhar a família durante o tempo que for necessário permitindo-lhe encontrar algum bem-estar⁽⁸⁾ nesta experiência.

Todas as estratégias e cuidado aquando a comunicação de más notícias permite que a família encontre alguma tranquilidade junto dos enfermeiros⁽⁸⁾ durante uma experiência que acarreta perturbações físicas e psicológicas significativas⁽⁸⁾.

III – Estratégias formais de comunicação de más notícias à família do doente em UCI

Com o objetivo de melhorar a difícil tarefa que é comunicar más notícias, por parte do enfermeiro, à família do doente em UCI, a literatura oferece uma estratégia formal como facilitador deste custoso processo, o protocolo SPIKES.

O protocolo SPIKES apareceu pela primeira vez em 1994 referenciado por Buckman, este é constituído por 6 etapas, onde cada letra corresponde a uma fase da sequência⁽⁶⁾. O *S* corresponde ao *Setting up* – preparação do encontro e espaço para conversa⁽⁶⁾, subentende-se a preparação do enfermeiro com toda a informação necessária para a conversa bem como a escolha de um espaço físico adequado que permita alguma privacidade ao momento. O *P* – *Perception* – “perceber o ambiente”⁽⁶⁾, antes de qualquer partilha de informação é importante perceber que conhecimento tem a família sobre a situação do seu doente⁽⁶⁾. A terceira fase do protocolo corresponde ao *I* – *Invitation* – onde se convida a família para o diálogo⁽⁶⁾, percebendo se a família quer ter conhecimento de toda a informação disponível. De seguida apresenta-se o *K* – *Knowledge* – que corresponde à partilha da informação

não esquecendo avaliação da compreensão da mesma⁽⁶⁾. O *E* – *Emotions* – refere-se à expressão das emoções⁽⁶⁾, onde é permitida à família tempo para expressar emoções e gerir a informação. Por fim, o protocolo apresenta o *S* – *Strategy and Summary* – onde se percebe se a família está capaz de discutir as opções futuras e apresenta-se um “(...) plano terapêutico sem falsas expectativas”⁽⁶⁾.

Este protocolo surge como instrumento que auxilia o enfermeiro capacitando-o para a comunicação de más notícias com a família⁽⁶⁾, em momentos nos quais tanto a prática técnica ao doente quanto o apoio a família são fundamentais.

CONCLUSÃO

Comunicar más notícias à família do doente em UCI, continua a ser um desafio para o enfermeiro que diariamente convive com monotorizações avançadas e técnicas diferenciadas. Quando o enfermeiro tem conhecimento da má notícia, necessita de a interiorizar e posteriormente transmitir à família. Este processo acarreta implicações negativas tanto no profissional como no familiar.

Face a esta dificuldade, é importante encontrar estratégias que facilitem esta comunicação, diminuindo o impacto negativo que pode ter junto da família uma vez que o modo como as más notícias são transmitidas pode trazer consequências após o internamento em UCI.

A literatura evidencia que estratégias não formais e formais de comunicação de más notícias podem amenizar o impacto que estas informações podem provocar bem como ajudar a família a absorver a informação capacitando-os para o que poderá advir. O protocolo SPIKES, utilizado internacionalmente para a procedimento, visa ser um instrumento facilitador minimizando o impacto negativo que acarreta a comunicação de más notícias.

Realça-se a importância do papel do enfermeiro na comunicação de más notícias à família devido a sua permanência junto do doente e da família hora após hora, caracterizando-se pela prestação de um cuidado humanizado, efetivo e de qualidade, fornecendo suporte durante os momentos difíceis onde a preocupação com a vida do doente e a

experiência dolorosa estão presentes.

Desta revisão percebeu-se a necessidade de aprofundar a investigação sobre o tema com o objetivo de facilitar o processo para os intervenientes, melhorando a comunicação entre enfermeiros e famílias. Relembramos que para além das estratégias a desenvolver pelos enfermeiros para a comunicação é importante que as instituições disponibilizem aos seus profissionais tempo e local para esta prática.

Como tal, espera-se que esta revisão evidencie a pertinência do tema, tornando-se um instrumento de aprendizagem para o enfermeiro que diariamente se vê confrontado com esta problemática.

BIBLIOGRAFIA

1- Andrade C, Costa S, Lopes M, Oliveira R, Nóbrega M, Abrão F. Comunicação de notícias difíceis para pacientes sem possibilidade de cura e familiares: atuação do enfermeiro. *Revista Enfermagem UERJ*. 2015;22(5).

2- Araujo A, Cruz I. Communication of the clinic deterioration: systematic literature review for a clinical protocol. *Journal of Specialized Nursing Care*. 2016;8(1).

3- Ellis L, Gergen J, Wohlgemuth L, Nolan M, Aslakson R. Empowering the “Cheerers”: Role of Surgical Intensive Care Unit Nurses in Enhancing Family Resilience. *American Journal of Critical Care*. 2015;25(1):39-45.

4- Gomes G, Xavier D, Mota M, Salvador M, Silveira R, Barlem E. Dando notícias difíceis à família da criança em situação grave ou em processo de terminalidade [Giving difficult news to families of children in serious condition or process of terminality]. *Revista Enfermagem UERJ*. 2014;22(3):347-352.

5- Grupo Anima Educação. *Bibliográfica Sistemática Integrativa: a pesquisa baseada em evidências*. Belo Horizonte. Grupo Anima Educação. 2014. P.63

6- Mendes A. SENSIBILIDADE DOS PROFISSIONAIS FACE À NECESSIDADE DE INFORMAÇÃO: EXPERIÊNCIA VIVIDA PELA FAMÍLIA NA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS. *Texto & Contexto - Enfermagem*. 2016;25(1).

7- Mendes J, Pereira A, Fortes I. Repositório Digital de Publicações Científicas: COMMUNICATION OF BAD NEWS: SYSTEMATIC LITERATURE REVIEW [Internet]. Hdl.handle.net. 2013 [cited 4 November 2020]. Available from: <http://hdl.handle.net/10174/7443>

8- Santos I, Silva L, Pacheco S, Moreira M, Silva L, Nascimento A. Autopercepção dos enfermeiros sobre sua comunicação de notícias difíceis aos clientes hospitalizados e familiares [Nurses' self-perception when communicating difficult news to inpatients and relatives]. *Revista Enfermagem UERJ*. 2017;25(0).

9- Van Keer R, Deschepper R, Huyghens L, Bilsen J. Challenges in delivering bad news in a multi-ethnic intensive care unit: An ethnographic study. *Patient Education and Counseling*. 2019;102(12):2199-2207.

10- Wong P, Liamputtong P, Koch S, Rawson H. Families' experiences of their interactions with staff in an Australian intensive care unit (ICU): A qualitative study. *Intensive and Critical Care Nursing*. 2015;31(1):51-63.

LESÕES MUSCULOESQUELÉTICAS EM OFFICE WORKERS: PREVALÊNCIA E FATORES DE RISCO ERGONÓMICOS

Ana Amélia Silva⁽¹⁾; Isabel Araújo⁽²⁾



Resumo

Objetivo: Descrever a prevalência de LMERT (lesões musculoesqueléticas relacionadas com o trabalho) de um grupo de office workers, identificar quais as variáveis preditoras (sociodemográficas, profissionais e de saúde) e respetivos fatores de risco ergonómicos.

Materiais e métodos: Trata-se de um Estudo quantitativo descritivo transversal. A amostra é não probabilística de conveniência (n= 35), constituída por trabalhadores de back office, em regime presencial a trabalhar numa empresa há pelo menos doze meses. Foi aplicado um Questionário Nórdico Musculo-Esquelético, com um grupo de variáveis sociodemográficas e organizacionais clínicas e o método de observação direta Rapid Office Strain Assessment (ROSA).

Resultados: Constatou-se que as áreas anatómicas mais afetadas nos office workers foram, por ordem de impacto, a região lombar, pescoço, ombros e punhos/mãos. Os dados sugerem uma relação entre o sexo feminino, a falta da prática regular de exercício físico e o tipo de posturas adotadas na posição de sentado e o desenvolvimento de LMERT. Estes resultados corroboraram resultados de outros estudos existentes na literatura. Percebeu-se que poderá existir nesta área a oportunidade de a Enfermagem do Trabalho criar dados sobre este tipo de população trabalhadora e desenvolver medidas adequadas para atenuar o problema.

Conclusão: Em futuros trabalhos de investigação será pertinente adicionar novas variáveis, como os fatores psicossociais e maior descrição das pausas dos trabalhadores, com o principal objetivo de correlacionar novos fatores de risco ou protetores do desenvolvimento de lesões musculoesqueléticas.

Palavras-chave: Lesões musculoesqueléticas relacionadas com o trabalho; office workers; Saúde Ocupacional; Enfermagem do Trabalho.

Abstract

MUSCULOSKELETAL INJURIES IN OFFICE WORKERS: PREVALENCE AND ERGONOMIC RISK FACTORS

Objective: Describe the prevalence of LMERT (work-related musculoskeletal injuries) in a group of office workers, identify which are the predictor variables (sociodemographic, professional and health) and their ergonomic risk factors.

Materials and methods: This is a quantitative descriptive cross-sectional study. The sample is non-probabilistic for convenience (n = 35), consisting of back office workers, in presencial work at a company for at least twelve months. A Nordic Musculoskeletal Questionnaire was applied, with a group of sociodemographic and clinical organizational variables and the direct observation method Rapid Office Strain Assessment (ROSA).

Results: It was found that the anatomical areas most affected in office workers were, in order of impact, the lumbar region, the neck, the shoulders and the wrists / hands. The data suggest a relationship between the female sex, the lack of regular physical exercise and the type of postures adopted in the sitting position, and the development of LMERT. These results corroborate the results of other studies in the literature. It was realized that there may be an opportunity in this area for Occupational Nursing to create data on this type of working population and develop appropriate measures to mitigate the problem.

Conclusion: In future research work, it will be pertinent to add new variables, such as psychosocial factors and a greater description of workers' breaks, with the main objective of correlating new risk factors or protectors of the development of musculoskeletal injuries.

Key Words: Work-related musculoskeletal injuries; office workers; Occupational Health; Occupational Health Nursing.

Resumen

LESIONES MUSCULOESQUELÉTICAS EN OFICINAS: PREVALENCIA Y FACTORES DE RIESGO ERGONÓMICO

Describir la prevalencia de LMERT (lesiones musculoesqueléticas relacionadas con el trabajo) en un grupo de trabajadores de oficina, identificar las variables predictoras (sociodemográficas, profesionales y de salud) y los respectivos factores de riesgo ergonómico.

Materiales y métodos: se trata de un estudio cuantitativo descriptivo transversal. La muestra es no probabilística por conveniencia (n=35), conformada por trabajadores de back office, en modalidad presencial, con una antigüedad mínima de doce meses en una empresa. Se aplicó un Cuestionario Musculoesquelético Nórdico, con un conjunto de variables sociodemográficas y clínicas organizacionales y el método de observación directa Rapid Office Strain Assessment (ROSA).

Resultados: se encontró que las áreas anatómicas más afectadas en los oficinistas fueron, por orden de impacto, la zona lumbar, el cuello, los hombros y las muñecas/manos. Los datos sugieren una relación entre el sexo femenino, la falta de ejercicio físico regular y el tipo de posturas adoptadas en la posición sentada y el desarrollo de LMERT. Estos resultados corroboran los resultados de otros estudios en la literatura. Se percibió que en esta área puede haber una oportunidad para que la Enfermería del Trabajo genere datos sobre este tipo de población trabajadora y desarrolle medidas adecuadas para mitigar el problema.

Conclusión: en futuras investigaciones será pertinente agregar nuevas variables, como factores psicossociales y mayor descripción de los descansos de los trabajadores, con el objetivo principal de correlacionar nuevos factores de riesgo o protectores para el desarrollo de lesiones musculoesqueléticas.

Palabras clave: lesiones musculoesqueléticas relacionadas con el trabajo; trabajadores de oficina; Salud Ocupacional; trabajo de enfermería.

Submetido em novembro 2021. Aceite para publicação em janeiro 2022

⁽¹⁾ Licenciatura em Enfermagem, Enfermeira do Trabalho, Sepri Group, Portugal; (anafsilva05@gmail.com); ORCID: 0000-0003-2208-5466

⁽²⁾ Doutoramento, Professora Adjunta Principal, Escola Superior de Saúde do Vale do Ave – IPSN- Cespu, Portugal, (isabel.araujo@ipsn.cespu.pt); ORCID: 0000-0001-5143-4237

INTRODUÇÃO

As alterações introduzidas pela quarta Revolução Industrial e pelo desenvolvimento tecnológico têm vindo a reconfigurar as organizações e as formas de trabalho (Oliveira, Mesquita & Sequeira, 2019). As últimas décadas destacaram-se por transformações significativas no trabalho, pelo que se começou a ver a produção, não só como algo exclusivamente manual e prático, mas também centrada em sistemas tecnológicos.

Apesar do desenvolvimento tecnológico, os recursos humanos constituem parte essencial das organizações, pelo que se revela fundamental que os gestores adotem um paradigma salutogénico relativamente à saúde e bem-estar dos seus trabalhadores. Segundo Brilinger, Batiz & Hurtado (2016), para o sucesso das organizações é primordial cuidar do bem-estar dos colaboradores, através da oferta de condições de trabalho que promovam a sua segurança e saúde.

As condições laborais compreendem o ambiente físico dos postos de trabalho, pelo que se revela uma mais-valia o enfoque por parte das organizações na ergonomia no trabalho. Lida e Guimarães (2016) mencionam que a ergonomia consiste no estudo da adaptação do trabalho ao Homem e tem em consideração as características dos trabalhadores, contribuindo para a preservação da saúde, segurança, satisfação e produtividade dos mesmos. Assim, proporcionando aos trabalhadores conforto na execução das suas tarefas, existirá uma melhoria da qualidade e do nível de produtividade do trabalho e, por sua vez, as organizações atingem mais facilmente os seus objetivos (Lopes, Ferreira, Marimon & Peralta, 2020).

Segundo a Associação Portuguesa de Segurança (2020), ignorar a aplicação dos princípios ergonómicos no trabalho pode acarretar repercussões muito sérias, quer para os trabalhadores quer para as organizações, resultando em ausências ao trabalho, acidentes de trabalho e necessidade de recolocação profissional devido ao desgaste físico, sendo a principal causa as lesões musculoesqueléticas.

Em 2008 a Direção-Geral de Saúde definiu as lesões musculoesqueléticas relacionadas com

o trabalho (LMERT) como lesões que resultam da ação de fatores de risco profissionais e incluem um conjunto de doenças inflamatórias e degenerativas do sistema locomotor. O risco de a pessoa adquirir uma LMERT varia consoante a duração, a frequência e a intensidade da sua exposição a determinado fator de risco. Ainda de acordo com a referência anterior, os fatores de risco das LMERT podem ser agrupados em: 1) relacionados com a atividade de trabalho; 2) individuais e 3) organizacionais/psicossociais. Assim, compreende-se que as LMERT têm uma natureza multifatorial, não dependendo apenas de fatores ocupacionais.

No relatório da Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho (EASHW, 2019) é realçado as LMERT como o problema de Saúde Ocupacional mais frequente na Europa, sendo que, regra geral, três em cada cinco trabalhadores relatam queixas músculo-esqueléticas. Mais acrescenta que estas lesões são um dos principais focos de preocupação, não só porque afetam a saúde dos trabalhadores, como também acarretam custos diretos e indiretos às organizações e à sociedade.

Em Portugal, os dados sobre a prevalência destas lesões são escassos devido à falta de referenciação e, de acordo com o primeiro estudo epidemiológico sobre a prevalência de LMERT em Portugal (2010), a utilização de um sistema único de registo das doenças musculoesqueléticas profissionais poderá levar a uma subestimação da prevalência na população ativa e na população em geral. Em 2016, a Autoridade para as Condições do Trabalho divulgou os resultados de um estudo realizado com o objetivo primordial de conhecer as condições de trabalho em todo o território de Portugal continental. No seu relatório consta que os ambientes de trabalho são também caracterizados pela exposição a vários fatores de risco físico, tais como trabalhar com computadores ou equipamentos dotados de visor (46,5%) ou estar sentado por longos períodos (42,5%).

Da pesquisa bibliográfica realizada compreende-se que diferentes investigadores têm extrapolado a tendência evolutiva em diferentes países industrializados, onde as exigências do

mercado de trabalho são análogas (Oliveira, 2018). Deste modo, dado o impacto das LMERT a nível individual, organizacional e social e a escassez de dados a nível nacional, surge a pertinência em estudar quais as lesões musculoesqueléticas predominantes em office workers e avaliar quais as possibilidades de intervenção na área ergonómica destes trabalhadores. Assim, questionamos: Quais as lesões músculo-esqueléticas relacionadas com o trabalho mais frequentes em office workers, e respetivos riscos ergonómicos, de uma empresa de vendas online?

O presente estudo teve como objetivos descrever a prevalência de LMERT de um grupo de office workers, identificar quais as variáveis preditoras (sociodemográficas, profissionais e de saúde) e respetivos fatores de risco ergonómicos.

METODOLOGIA

Trata-se de um Estudo quantitativo com caráter descritivo de corte transversal. A população avaliada foi constituída pelos trabalhadores de uma empresa de vendas online, em Portugal. Contactou-se formalmente a empresa para solicitar a participação e autorização do presente estudo, onde se obteve um parecer favorável em novembro de 2020.

A técnica de amostragem utilizada foi não probabilística por conveniência, onde foram selecionados os trabalhadores do departamento administrativo, que apresentam um trabalho essencialmente de back office. Definiu-se como critério de inclusão os trabalhadores estarem na instituição há mais de doze meses e em regime presencial de trabalho, obtendo-se um total de 35 trabalhadores. De salientar que o número de trabalhadores obtido foi fortemente condicionado pela época de pandemia COVID-19 em que o presente estudo foi realizado, com o surgimento do teletrabalho.

A colheita de dados foi efetuada através de plataforma online e com base no Questionário Nórdico Músculo-Esquelético (QNME), adaptado e validado para a população portuguesa, por Mesquita, Ribeiro e Moreira (2010). A primeira parte incluiu os dados sociodemográficos (idade, sexo, habilitações académicas), organizacionais

(regime de trabalho: presencial/ teletrabalho, departamento onde exerce funções, categoria profissional, tempo de serviço na empresa, número de horas de trabalho diário, número de pausas efetuadas num dia de trabalho) e variáveis clínicas (peso, altura, prática de atividade física, doenças crónicas do foro musculoesquelético).

O segundo grupo reportava-se ao QNME, que compreende a avaliação de nove regiões anatómicas, nomeadamente pescoço, ombros, região torácica, região lombar, cotovelos, pulsos/ mãos, anca, joelhos e tornozelos/ pés. Inclui três questões relacionadas a cada uma das áreas referidas, pelo que foi verificado se o trabalhador apresentou nos últimos doze meses problemas como dor, parestesias ou algum problema em determinada área anatómica que o impedisse de realizar alguma das suas atividades de vida diárias, como o trabalho ou passatempos; por fim, se nos últimos sete dias teve algum problema com alguma área anatómica. As questões foram avaliadas por resposta dicotómica (sim/ não).

Esta versão do QNME inclui ainda a Escala Numérica da Dor, que consiste numa régua dividida em onze partes iguais, numeradas, sucessivamente, de 0 a 10. Esta encontra-se na horizontal e o indivíduo efetuará a equivalência entre a intensidade da sua dor e a classificação numérica. É de mencionar que a 0 corresponde a “Sem Dor” e o 10 “Dor Máxima” (de intensidade máxima imaginável).

Para a quantificação dos fatores de risco ergonómicos e verificação das posturas adotadas pelos trabalhadores no local de trabalho recorreu-se ao método Rapid Office Strain Assessment (ROSA). Os fatores de risco incorporados na ferramenta são organizados em várias subsecções, nomeadamente cadeira, monitor, telefone, rato e teclado. A classificação final do método ROSA varia entre 1 e 10, sendo que quanto maior o valor, maior é a presença dos fatores de risco ergonómicos. Existem três níveis de risco: baixo, médio e alto. Pontuações acima de cinco pontos indicam alto risco, sendo recomendada uma avaliação e melhoria das condições do local de trabalho.

Depois de efetuada uma visita e observação dos postos de trabalho da empresa, verificou-se que o grupo de office workers exerce a maioria das suas atividades na posição de sentado em frente ao computador, ainda que muito ocasionalmente, existam tarefas que requerem que estes se levantem, como por exemplo ir à impressora. Os equipamentos mais utilizados são o monitor, teclado e rato independentes. Observaram-se movimentos repetitivos com o uso do rato e do teclado.

Durante a visita aos postos de trabalho, observou-se que todas as cadeiras possuem altura ajustável e apoio para as costas, mesas com características dimensionais que possibilitam a movimentação e os posicionamentos adequados dos segmentos corporais e na maioria dos casos, suporte de monitor que permite que este fique ao nível da altura da visão do trabalhador, bem como rato independente, para permitir um ajuste da sua posição consoante a necessidade do trabalhador.

De salientar ainda que no decorrer do cumprimento dos princípios éticos e deontológicos em investigação com seres humanos, respeitaram-se os aspetos emanados pela Declaração de Helsínquia, assegurando o consentimento

informado, a garantia do anonimato e a confidencialidade dos dados, tendo em vista a proteção da identidade da pessoa.

Para a análise da informação recolhida, recorreu-se ao programa Microsoft Excel®.

RESULTADOS

A apresentação dos resultados segue a ordem das questões colocadas em questionário.

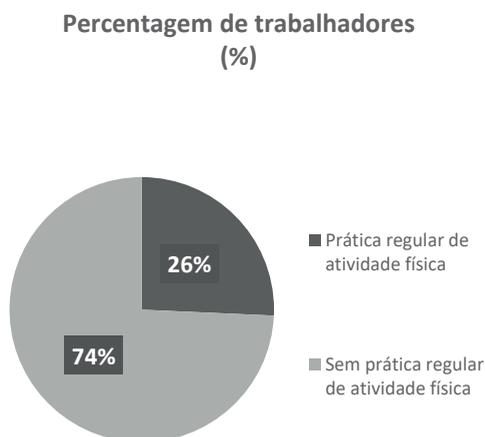
Caraterização sociodemográfica e perfil clínico dos trabalhadores

A amostra foi constituída por trabalhadores com uma média de 31 anos, sendo a maioria do sexo feminino 65,71% (23). Todos os elementos finalizaram o ensino secundário, tendo a maioria concluído o ensino superior 77,14% (27).

Relativamente ao perfil geral de saúde da amostra, verificou-se que 74,29% (26) dos trabalhadores apresentavam um índice de massa corporal normal (26), 22,86% (8) tinham excesso de peso (8) e 2,86% (1) abaixo do peso (1).

Quando questionados sobre a regularidade da prática de exercício físico, uma minoria relatou apresentar uma prática regular de atividade física, como se observa no gráfico 1.

Gráfico 1 – Regularidade da prática de atividade física nos office workers da empresa (n=35)



Referente à atividade praticada, verificou-se que 51,43% (18) têm preferência por atividades de alta intensidade, como corrida, aulas de grupo, musculação para efeitos de competição em fisiculturismo, natação ou CrossFit. 37,14% (13) opta por atividades de ligeira intensidade como pilates ou yoga. Quanto à duração do exercício físico, 62,86% (22) afirma realizar, pelo menos, trinta minutos de exercício físico por sessão.

Verificou-se ainda que do grupo que não apresenta uma prática regular de exercício físico, 80,77% (21) apresenta um índice de massa corporal normal e 19,23% (5) dos trabalhadores apresenta excesso de peso. A maioria dos participantes opta por atividades de intensidade ligeira como caminhada, pilates ou yoga (19,23% – 5) e 11,54% (3) complementa ou alterna a caminhada com corrida, sendo de mencionar que 30,77% (8) não mencionou qualquer atividade preferida. Constatou-se ainda que o grupo que realiza uma prática regular de exercício, 55,55% (5) tem peso normal, 33,33% (3) apresenta excesso de peso e 11,11% (1) encontra-se abaixo de peso mínimo considerado adequado e que todos os elementos optam por atividades de alta intensidade como

corrida ou aulas de grupo.

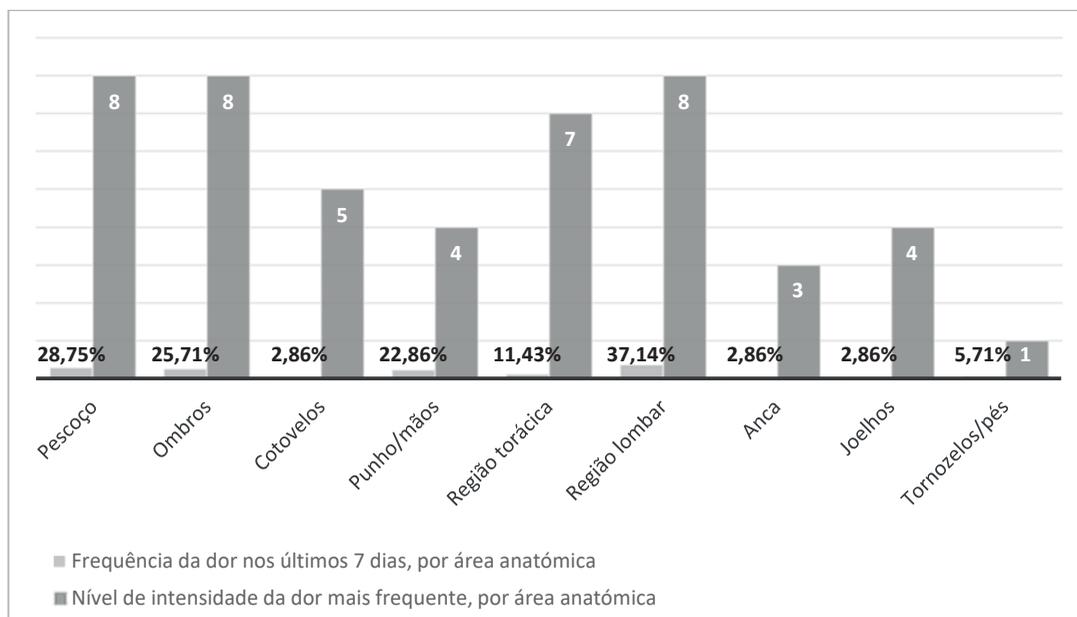
Na esfera do perfil de saúde, quando interrogados sobre a presença de lesões do foro músculo-esquelético, 88,57% (31) dos trabalhadores negou a existência de qualquer patologia associada.

No que se trata dos dados laborais, a maioria dos trabalhadores exerce funções na empresa entre um e dois anos 48,57% (17) ou entre dois e três anos 37,14% (13). Regra geral, a amostra tem uma jornada diária de oito horas de trabalho. De mencionar que a empresa se encontra a operar em Portugal há mais de dez anos.

Quando questionados sobre o número de vezes que se levantam do seu posto de trabalho, incluindo reuniões, hábitos tabágicos, toma de café e pausas para refeição, 48,57% (17) dos trabalhadores levanta-se quatro a oito vezes. De mencionar que uma mesma percentagem de trabalhadores se levanta mais do que oito vezes durante a sua jornada diária de trabalho.

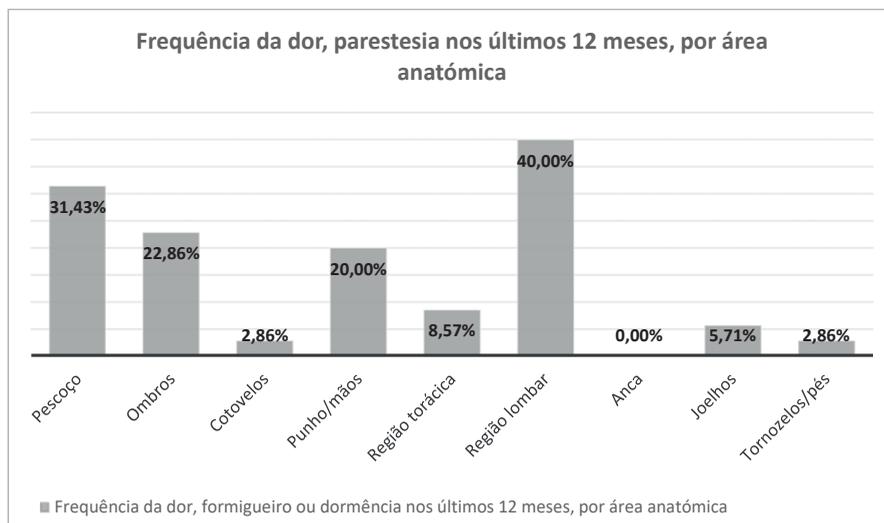
Com a aplicação do Questionário Nórdico Músculo-esquelético, avaliou-se a existência de dor nos últimos sete dias em cada área anatómica e respetivo nível de intensidade (gráfico 2).

Gráfico 2 – Avaliação da dor nos últimos 7 dias em cada área anatómica dos trabalhadores (n= 35) e nível de intensidade mais frequente.



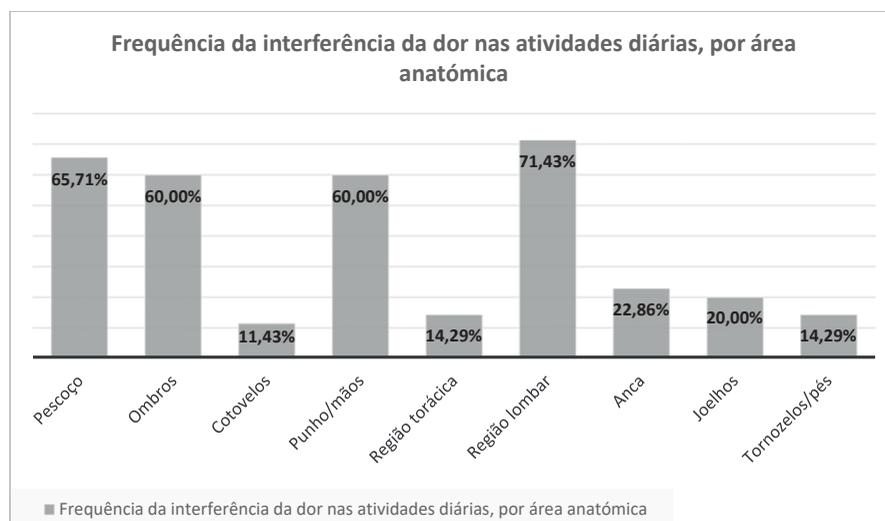
Quando questionados sobre os últimos doze meses, se tiveram algum problema (tal como dor ou parestesia) numa das nove áreas anatómicas designadas, como se pode verificar no gráfico 3, a região lombar e o pescoço foram as regiões corporais mais afetadas.

Gráfico 3 – Avaliação da frequência da dor, parestesia nos últimos doze meses, por área anatómica, dos trabalhadores (n= 35).



Como se pode observar no gráfico 4, os problemas de saúde em diferentes áreas corporais interferiram com as atividades normais (trabalho, atividades domésticas e passatempos) dos trabalhadores.

Gráfico 4 – Avaliação da frequência da interferência da dor nas atividades diárias, por cada área anatómica dos trabalhadores (n= 35).



Tendo em consideração as áreas anatómicas mais afetadas nos últimos doze meses (regiões lombar, pescoço e ombros) fez-se ainda uma análise entre o grupo que praticava atividade física regular e o grupo que não praticava. Verificou-se que das 11 pessoas que mencionaram queixas na região do pescoço, 8 não praticavam atividade física regular e 3 praticavam; das 8 pessoas que mencionaram na região dos ombros, 7 não praticavam atividade física regular e 1 praticava; por fim, das 14 pessoas que mencionaram queixas na região lombar, 10 não praticavam atividade física regular e 4 praticavam.

Os dados mostram que a maioria das queixas algícas e interferência nas atividades diárias foram registadas no sexo feminino, nas áreas do pescoço, ombro, punho/mãos e região lombar, tal como se observa no quadro 1.

Tabela 1 – Queixas musculoesqueléticas em office workers do sexo feminino.

Área anatómica – queixas sexo F (%) Questão QNM	Pescoço	Ombro	Punho/mãos	Região lombar
Avaliação da dor nos últimos 7 dias.	100,00% (10/10 trabalhadores)	100,00% (9/9 trabalhadores)	87,50% (7/8 trabalhadores)	76,92% (10/13 trabalhadores)
Frequência da dor, formigueiro ou dormência nos últimos 12 meses.	90,91% (10/11 trabalhadores)	100,00% (8/8 trabalhadores)	85,71% (6/7 trabalhadores)	71,43% (10/14 trabalhadores)
Avaliação da frequência da interferência da dor nas atividades diárias.	78,26% (18/23 trabalhadores)	85,71% 18/21 trabalhadores	61,90% (13/21 trabalhadores)	72,00% (18/25 trabalhadores)

Recursos do ambiente de trabalho/risco de lesão músculo-esquelética

Pela observação do contexto de trabalho (método ROSA) verificou-se que os trabalhadores não usufruem do mobiliário disponibilizado pela empresa, adotando posturas incorretas ao longo da jornada de trabalho. A postura padrão adotada caracterizou-se maioritariamente por costas não apoiadas ao suporte lombar da cadeira, ombros relaxados, braços elevados e não apoiados, com pescoço inclinado para baixo.

Registaram-se scores mais elevados na secção da cadeira (secção A) – média de 2,91 –, que relaciona o assento com a posição das costas e dos braços. As cadeiras eram idênticas para todos os trabalhadores e ajustáveis, mas os trabalhadores não procedem aos devidos ajustes, comprometendo a ergonomia. As áreas mais críticas foram o apoio lombar e a articulação do joelho e do cotovelo.

Referente ao suporte lombar, regra geral, os trabalhadores inclinavam-se sobre a mesa, com predisposição para cifose torácica, ou estavam desencostados da cadeira, promovendo um estado de lordose lombar e um aumento da tensão muscular nesta região.

Quanto ao cotovelo, apesar da existência de apoios de antebraços ajustáveis e confortáveis, os trabalhadores apoiavam os antebraços à mesa de trabalho, incorrendo no risco de ausência de suporte desta articulação.

Relativamente ao à região do joelho, verificou-se uma tendência natural para a flexão, ficando os pés por baixo ou apoiados nos pés da cadeira, comprometendo os 90° da região poplíteia. Nos trabalhadores do sexo feminino, observou-se o cruzar frequente das pernas, comprometendo ainda mais a sua posição na cadeira, com diferença de pressão na região sacrococcígea e diminuição do

fluxo sanguíneo para os membros inferiores.

Na secção B, salienta-se o item dos monitores, com a tendência de os trabalhadores realizarem a flexão do pescoço para trabalhar com o portátil, ao invés do ecrã principal, e efetuarem a rotação da articulação quando operavam com mais de um ecrã. Registou-se uma média de scores de 1,84.

A secção C inclui os itens do rato e do teclado, onde se verificou uma média de score de 2,25. A maioria dos trabalhadores mantém o rato em alinhamento com o ombro e o uso do teclado independente sem comprometer a articulação do punho e o relaxamento dos ombros.

A média dos scores totais foi de 3,0625, com desvio-padrão de 0,5644, o que significa que não há necessidade de intervenção nos postos de trabalho.

DISCUSSÃO DE RESULTADOS

Segundo Subramanian & Arun (2017), os office workers são profissionais que se sentam em frente do computador por várias horas de trabalho e que, ocupando um posicionamento estático na posição de sentado, têm tendência a desenvolver várias lesões músculo-esqueléticas.

O presente estudo contou com participação de profissionais jovens, com uma média de 31 anos, no qual a maioria concluiu o ensino superior, corroborando o perfil geral da população que geralmente existe neste setor, como se verifica no estudo de Piranveyseh et.al. (2016) e de Dewitt et.al. (2019).

Emerge neste estudo, por ordem de impacto, as áreas anatómicas mais afetadas, nomeadamente a região lombar, pescoço, ombros e punhos/mãos. Efetivamente, a região lombar foi a área anatómica mais referenciada com queixas músculo-esqueléticas por parte dos trabalhadores, considerando-se crítico existir a restrição de atividades diárias normais, nos últimos doze meses, em mais de metade dos trabalhadores. O mesmo se verificou nas regiões do pescoço, ombros e punhos e mãos.

A evidência supracitada é corroborada pelo que é encontrado na literatura mais recente. Em 2016, Piranveyseh et.al., no seu estudo em office workers evidenciou uma maior prevalência de

LMERT nas regiões lombar e do pescoço (13). Besharati et.al. (2018) mostraram que, nos últimos 12 meses, a maior taxa de prevalência de lesões musculoesqueléticas em office workers e a maior gravidade de dor estavam relacionadas à região do pescoço. Num estudo recente de Chinedu & et.al. (2020), com uma amostra de 217 indivíduos deste setor, as regiões lombar, dos punhos/ mãos e dos ombros foram as regiões corporais mais relatadas para presença de queixas musculoesqueléticas.

Quando analisada a amostra em estudo, repara-se que se está perante um grupo de indivíduos jovem e a maioria sem problemas do foro musculoesquelético. De acordo com a Direção-Geral de Saúde (s.d.), é recomendado que os adultos realizem diariamente cerca de 30 minutos de atividade física de intensidade moderada, 150 minutos por semana de atividade física de intensidade moderada ou 75 minutos de atividades vigorosas (ou uma combinação equivalente).

Salienta-se que a maioria dos trabalhadores referiu não ter uma regularidade semanal na prática do mesmo, revelando um elevado nível de sedentarismo. Deste grupo, verificou-se que as áreas anatómicas mais prejudicadas nos últimos doze meses foram a região lombar, o pescoço e os ombros. Corroborando Subramanian & Arun (2017), a lombalgia é uma das queixas músculo-esqueléticas mais comuns em indivíduos sedentários. Em contrapartida, do grupo de trabalhadores que pratica regularmente exercício físico, registou-se uma menor incidência destas nas mesmas áreas anatómicas, podendo assim existir uma associação entre uma prática regular de exercício físico e a prevenção de LMERT.

Do grupo de trabalhadores que apresenta excesso de peso tentou-se estabelecer uma associação com a falta da prática regular de exercício físico. O que se verificou foi que aqueles que praticam regularmente exercício físico, optam por atividades de alta intensidade, como corrida, aulas de grupo ou musculação para efeitos de competição em fisiculturismo. Neste sentido, pode-se estar perante um subgrupo que apresenta excesso de peso por uma maior percentagem de massa magra e não necessariamente excesso de massa gorda. Por outro lado, os que não

apresentam uma prática regular de exercício físico têm tendência a optar por atividades de ligeira intensidade, como caminhada. Considera-se assim pertinente refletir sobre a validade do indicador de índice de massa corporal e qual a sua relevância nestes estudos – como fator de risco para as LMERT –, uma vez que quando estes valores não analisados individualmente, pode-se obter uma falsa interpretação dos dados.

Existem ainda fatores de risco que poderão estar associados às queixas nas regiões anatómicas mencionadas, e que são corroborados pelo que foi observado através do método ROSA, tais como a má utilização dos monitores, que provoca uma fadiga rápida aos músculos do pescoço e dos ombros e a adoção de posturas sentada, prejudiciais ao trabalhador; a não utilização do apoio lombar da cadeira, contribuindo para a existência de dores nos músculos extensores no dorso, o tempo e a repetição do trabalho (Lida, 2005). Segundo o mesmo autor, todos estes fatores causam problemas nos ombros, coluna e pescoço. As queixas na região dos punhos/ mãos podem também ser justificadas pela digitação sem apoio para os braços, levando a um cansaço nos dedos, punhos e ombros.

Os resultados supracitados sugerem, ainda, que as queixas músculo-esqueléticas são superiores no sexo feminino, principalmente nas regiões do pescoço e dos ombros. Vários autores também concluem que existe uma associação entre a prevalência de algias e o sexo, como nos estudos de Celik & et.al. (2018) ou de Mahmud, N. & et.al. (2011).

Segundo Carnide (2020), num período de oito horas de trabalho diário, qualquer trabalhador deverá, pelo menos, fazer uma pausa entre sete e dez minutos, após um período de trabalho consecutivo de noventa minutos. Relativamente ao número de pausas realizadas por jornada diária de trabalho, a maioria da amostra cumpre com as recomendações atuais, podendo considerar-se um fator protetor quanto ao desenvolvimento de LMERT, uma vez que as pausas são um meio de interromper períodos mais longos em que os trabalhadores adotam posturas corporais incomuns ou inadequadas, que são fatores de

risco para o desenvolvimento de LMERT (Luger, Maher, Rieger & Steinhilber, 2019). Contudo, seria uma mais-valia em estudos posteriores questionar a duração das pausas dos trabalhadores, com o objetivo principal de avaliar a eficácia de diferentes tipos, frequências e duração de pausas no trabalho e respetivo efeito no desconforto ou desenvolvimento de lesões músculo-esqueléticas.

No seu artigo de 2017, Subramanian & Arun referem que fatores psicológicos como o stress têm uma relação significativa com o desenvolvimento de LMERT, uma vez que este provoca um aumento de tensão muscular, predispondo o indivíduo a lesões. Numa empresa onde os trabalhadores estão sujeitos a vários objetivos e metas, seria pertinente perceber no futuro se existe uma associação entre as algias e os fatores de risco psicossociais.

CONCLUSÃO

A partir do estudo realizado constatou-se que as áreas anatómicas mais afetadas foram, por ordem de impacto, a região lombar, o pescoço, os ombros e os punhos/ mãos. Os dados sugerem uma relação entre o sexo feminino, a falta da prática regular de exercício físico e o tipo de posturas adotadas na posição de sentado, e o desenvolvimento de LMERT. Considerou-se como fator limitativo do estudo o tamanho da sua amostra, influenciada pela pandemia COVID-19.

Com a realização deste estudo, percebeu-se ainda que poderá existir nesta área uma oportunidade de a Enfermagem do Trabalho criar dados sobre este tipo de população trabalhadora, cada vez mais frequente no mercado laboral atual, e desenvolver medidas adequadas aos contextos. Será igualmente importante haver um investimento nas visitas aos locais de trabalho por parte dos enfermeiros. Neste caso, apesar das boas condições das componentes materiais de trabalho, encontra-se presente a possibilidade do início de ações de sensibilização junto da população trabalhadora, com o intuito de promover uma consciencialização das suas posturas ao longo da jornada de trabalho. Sobressai também a pertinência da instituição de programas de ginástica laboral, onde um conjunto de exercícios e alongamentos podem ser aplicados antes da jornada de trabalho ou no seu decorrer,

aliviando o stress muscular e promovendo o bem-estar dos trabalhadores. Além disso, fica ainda para reflexão a qual a viabilidade da implementação de aplicativos informáticos que forneçam aos trabalhadores lembretes sobre a necessidade de realizarem uma pausa de trabalho ou abordar determinada área anatômica com subsequente reforço da posição correta a adotar na posição de sentado.

Para estudos futuros, será assim pertinente adicionar novas variáveis em estudo, como os fatores psicossociais e maior descrição das pausas dos trabalhadores, com o principal objetivo de correlacionar novos fatores de risco ou protetores do desenvolvimento de lesões musculoesqueléticas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Associação Portuguesa de Segurança. Segurança no Trabalho – Ergonomia. 2020. Disponível em <https://www.apsei.org.pt/areas-de-atuacao/seguranca-no-trabalho/ergonomia/>
- Besharati A, Daneshmandi H, Zareh K, Fakherpour A, Zoaktafi M. Work-related musculoskeletal problems and associated factors among office workers. *International Journal of Occupational Safety and Ergonomics*. 2018, 26(3), pp. 632-638. DOI: 10.1080/10803548.2018.1501238
- Brilinger C, Batiz E, Hurtado A. Proposta de metodologia para avaliar fatores de risco organizacionais que influenciam no desenvolvimento de lesões musculoesqueléticas em fisioterapeutas. 2016.
- Carnide F. Local de trabalho. Contexto facilitador de uma vida activa e saudável. *Portugal Activo N4*. Portugal Activo. 2020, 4, pp. 18-20.
- Celik S, Celik K, Dirimese E, Taşdemir N, Arik T, Büyükkara İ. Determination of pain in musculoskeletal system reported by office workers and the pain risk factors. *International Journal of Occupational Medicine and Environmental Health*. 2018, 31(1), pp. 91-111. DOI: <https://doi.org/10.13075/ijomeh.1896.00901>
- Chinedu OO, Henry AT, Nene JJ, Okwudili JD. Work-Related Musculoskeletal Disorders among Office Workers in Higher Education Institutions: A Cross-Sectional Study. *Ethiopian Journal of Health Sciences*. 2020, 30(5), pp. 715-724. DOI: 10.4314/ejhs.v30i5.10
- Dewitt S, Hall J, Smith L, Buckley J, Biddle S, Mansfield L et. al. Office workers' experiences of attempts to reduce sitting-time: an exploratory, mixedmethods uncontrolled intervention pilot study. *BMC Public Health*. 2019, 19(819).
- Direção-Geral de Saúde. Programa Nacional Para a Promoção de Atividade Física. Página Inicial – Perguntas e Respostas. (s.d.). Disponível em <https://www.dgs.pt/programa-nacional-para-a-promocao-da-atividade-fisica/perguntas-e-respostas.aspx>
- Kok J, Vroonhof P, Snijders J, Roullis G, Clarke M, Peereboom K et. al. Work-related musculoskeletal disorders: prevalence, costs and demographics in the EU. *European Risk Observatory Report*. Luxembourg, European Agency for Safety and Health at Work. 2019.
- Lida I, Guimarães L. Ergonomia – Projeto e Produção (3ª edição revista). Editora Edgard Blücher Ltda. 2016. Disponível em <https://books.google.com.br/books?hl=pt-PT&lr=&id=LcGPDwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA1&dq=trabalho+%22ergonomia%22&ots=i9RmOuEgJ8&sig=wFIUWOsTEV0KBdbT0V44GlnWv1U#v=onepage&q=trabalho%20%22ergonomia%22&f=false>
- Lida I. Ergonomia: Projeto e Produção (2ª edição). Brasil: Editora Blucher. 2005.
- Lopes C, Ferreira G, Marimon B, Peralta C. Análise ergonômica do trabalho em um centro administrativo da cidade de Bagé-Rs. *Anais do Salão Internacional de Ensino, Pesquisa e Extensão*. 2016, 8(2). Disponível em <https://periodicos.unipampa.edu.br/index.php/SIEPE/article/view/90959>
- Luger T, Maher CG, Rieger MA, Steinhilber B. Work-break schedules for preventing musculoskeletal symptoms and disorders in healthy workers. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2019, 7. Art. No.: CD012886. DOI: 10.1002/14651858.CD012886.pub2
- Mahmud N, Kenny DT, Md Zein R, Hassan SN. Ergonomic training reduces musculoskeletal disorders among office workers: Results from the 6-month follow-up. *The Malaysian Journal of Medical Sciences: MJMS*. 2011, 18(2), pp. 16–23.

Mesquita CC, Ribeiro JC, Moreira P. Portuguese version of the standardized Nordic musculoskeletal questionnaire: cross cultural and reliability. *Journal of Public Health*, Springer Verlag. 2010, 18 (5), pp. 461-466.

Miranda L, Carnide F, Lopes F. Prevalence of Rheumatic Occupational Diseases: Proud Study. *Ata Reumatológica Portuguesa*, 2010, 35(2), pp. 215-226.

Oliveira D. Lesões músculo-esqueléticas como causa de absentismo nos profissionais de saúde. Dissertação de Mestrado, Universidade de Coimbra, Coimbra, Portugal. 2018.

Oliveira L, Mesquita A, Sequeira A. A digitalização da força de trabalho: desafios para a profissão de assistente administrativo. Conferência - Investigação E Intervenção Em Recursos Humanos. 2019, 9. DOI: <https://doi.org/10.26537/iirh.vi9.2769>

Perista H, Cardoso A, Carrilho P, Nunes J. Inquérito às condições de trabalho em Portugal continental: Trabalhadores/as (Relatório Final nº3/2017). Lisboa, Autoridade para as Condições do Trabalho. 2016.

Piranveysseh P, Motamedzade M, Osatuke K, Mohammadfam I, Moghimbeigi A, Soltanzadeh A et.al. Association between psychosocial, organizational and personal factors and prevalence of musculoskeletal disorders in office workers. *International Journal of Occupational Safety and Ergonomics*. 2016, 22(2), pp. 267-273. DOI: 10.1080/10803548.2015.1135568

Soroush M, Hassani H. Musculoskeletal complaints associated with computer use and its ergonomic risks for office workers of a medical sciences university in Tehran. *Annals Mil Health Sci Research*. 2015, 13(1), pp. 2–6.

Subramanian S, Arun B. Risk Factor Analysis in Sedentary Office Workers with Low Back Pain. *Journal of Chalmeda Anand Rao Institute of Medical Sciences*. 2017, 13, pp. 15–18.

Uva A, Carnide F, Serranheira F, Miranda LC, Lopes MF. Lesões Muscueloesqueléticas Relacionadas com o Trabalho: Guia de Orientação para a Prevenção. Programa Nacional Contra as Doenças Reumáticas, Direção-Geral da Saúde. 2008.

PROGRAMAS DE GESTÃO DE CASOS PARA CLIENTES COM INSUFICIÊNCIA CARDÍACA

Tiago Alves⁽¹⁾; Sidónia Pacheco⁽²⁾; Daniel Gonçalves⁽³⁾; Mário Santos⁽⁴⁾



Resumo

A Gestão de Casos pode ser uma estratégia a considerar para garantir a qualidade dos cuidados ao doente com insuficiência cardíaca. Este estudo consiste numa Revisão da Literatura de artigos publicados entre 2010 e 2020, nas bases de dados da CINAHL e PubMed. Os resultados permitem-nos concluir que os enfermeiros desempenham um papel importante nos programas de Gestão de Casos, sugerindo uma melhoria da qualidade de vida do cliente, assim como uma redução de custos para as instituições.
Palavras-chave: Gestão de Casos, Insuficiência Cardíaca e Enfermagem

Abstract

CASE MANAGEMENT PROGRAMS FOR CLIENTS WITH HEART FAILURE
Case Management can be a strategy to ensuring the quality of care for patients with heart failure. This study consists of a Literature Review of articles published between 2010 and 2020, in the CINAHL and PubMed databases. The results allow us to conclude that nurses play an important role in Case Management programs, suggesting an improvement in the client's quality of life, as well as a cost reduction for the institutions.
Keywords: Case Management, Heart Failure and Nurse

Resumen

PROGRAMAS DE MANEJO DE CASOS PARA CLIENTES CON INSUFICIENCIA CARDÍACA
La Gestión de Casos puede ser una estrategia a considerar para garantizar la calidad de la atención a los pacientes con insuficiencia cardíaca. Este estudio consiste en una Revisión de Literatura de artículos publicados entre 2010 y 2020, en las bases de datos CINAHL y PubMed. Los resultados permiten concluir que los enfermeros juegan un papel importante en los programas de Gestión de Casos, lo que sugiere una mejora en la calidad de vida del cliente, así como una reducción de los costos para las instituciones.
Palabras clave: Gestión de Casos, Insuficiencia Cardíaca y Enfermería

Submetido em novembro 2021. Aceite para publicação em janeiro 2022

⁽¹⁾ Mestre em Evidencia e Decisão em Saúde, Especialista em Enfermagem Médico Cirúrgica, Hospital Senhora da Oliveira – Guimarães. N.º ORCID: 0000-0002-1347-2977. E-MAIL: enf.tiagoalves@gmail.com.

⁽²⁾ Especialista em Enfermagem de Reabilitação, ACES Famalicão - USF Joane, E-MAIL: sidonia.pacheco@gmail.com. N.º ORCID: 0000-0001-8025-1640

⁽³⁾ Especialista em Enfermagem Médico Cirúrgica, Unidade Local de Saúde do Alto Minho - Viana do Castelo. E-MAIL: ddgvcpt@gmail.com. N.º ORCID: 0000-0003-1212-1064

⁽⁴⁾ Especialista em Enfermagem Médico Cirúrgica, Centro Hospitalar Médio Ave - Santo Tirso. E-MAIL: mario_jas@hotmail.com. N.º ORCID: 0000-0002-1882-226X

INTRODUÇÃO

A Insuficiência Cardíaca (IC) é uma doença crônica e apesar de uma melhor compreensão de etiologia e avanços no tratamento, a incidência e prevalência de IC é elevada, com taxas de admissão e readmissão hospitalar que permanecem altas, e com um custo econômico associado com o tratamento hospitalar de IC que representa um grande fardo para o sistema de saúde [1]. Estes clientes têm diariamente a necessidade de gerir um regime terapêutico frequentemente complexo e exigente, numa doença altamente sintomática, o que sinaliza que as abordagens de gestão clínica atuais dos doentes com IC não são ideais. A Gestão de Casos é um método que visa a qualidade no atendimento e a continuidade dos serviços num contexto social de eficiência e eficácia, estando inerente a este conceito uma mudança organizacional significativa.

A Gestão de Casos pode ser definida como “um processo colaborativo de avaliação, planeamento, facilitação, coordenação de cuidados, avaliação e defesa de opções e serviços para atender as necessidades de saúde de um indivíduo e família, através da comunicação e de recursos disponíveis para promover resultados de qualidade e custo-benefício” [2].

Segundo Dominick L. Flarey [3] um modelo de Gestão de Casos em saúde deve ter determinadas características: orientado por Gestores de Casos; multidisciplinar, centrado nos clientes e família; baseado em protocolos/roteiros clínicos; baseado em evidência; dirigido aos resultados; requer especialização; visa a promoção da coordenação e continuidade nos cuidados.

Embora os Gestores de Caso possam surgir de muitas disciplinas, a maioria tem formação em enfermagem [4]. Os enfermeiros são adequados para a função porque os programas de Gestão de Caso seguem de perto a estrutura do processo de enfermagem: diagnóstico, planeamento, implementação e avaliação [5, 6]. Os enfermeiros estão envolvidos em todo o processo de cuidado. Um programa de Gestão de Casos implica que exista um gestor de casos capaz de validar os casos com critérios para integrar o programa de Gestão de Casos; defina qual o roteiro clínico mais

adequado para o cliente; coordene e responsabilize-se pela assistência ao cliente e seja capaz de monitorizar a “progressão” do cliente, em função dos indicadores que sustentam o programa [7].

Estes programas habitualmente apresentam-se mais direcionados para pessoas com doença prolongada, sujeitas a tratamentos específicos e com necessidades emergentes [8]. Neste sentido, deve priorizar os clientes que pela sua vulnerabilidade, complexidade na gestão do seu plano de cuidados, ausência de perícia ou dificuldades de aprendizagem, idade e comorbilidades, ou mesmo pela falta de suporte social da rede, necessitam de uma abordagem estruturada visando a qualidade e continuidade de cuidados. Os critérios de inclusão a um programa de Gestão de Casos, devem atender a alguns componentes, entre eles: a capacidade física e funcional, o historial médico, o estado de saúde mental e psicossocial, a capacidade cognitiva, o suporte social e familiar, as crenças e cultura, a disponibilidade para aprender, a autoeficácia, a preparação e conhecimento e o nível de literacia [2]. Não obstante, o programa de gestão de caso é projetado para incluir a família em todos os aspetos do cuidado e durante o episódio da doença. Uma compreensão profunda do processo da doença e das necessidades do cliente permite que a família forneça o suporte necessário e, muitas vezes, os recursos de que o cliente precisa para se recuperar. O cliente e a família são encarados como uma “unidade” que precisa de serviços [3].

A Gestão de Casos implica a utilização de roteiros clínicos, que incorporam diretrizes clínicas baseadas em evidência e protocolos, em algoritmos. Esses algoritmos podem ser utilizados pela equipa multidisciplinar de cuidados na prestação de cuidados. Servem para orientar a gestão de cuidados para um grupo bem definido de clientes por um período de tempo bem definido; para estabelecer metas e elementos-chave de cuidados com base em evidência e melhores práticas; para delinear as sequências de ações da equipe multidisciplinar e documentar, monitorizar e avaliar as variações que podem surgir ao longo da aplicação do programa [9].

Os programas de Gestão de Casos são dirigidos

aos resultados em saúde. De um modo global, um programa de gestão de casos tem os seguintes objetivos: reduzir os custos dispendiosos da utilização dos serviços hospitalares; melhorar os cuidados prestados aos clientes; melhorar a experiência do cliente [10]. Segundo um estudo de revisão efetuado nos EUA os programas de Gestão de Casos têm muito potencial para reduzir o atendimento fragmentado, melhorar a qualidade do atendimento e reduzir custos [11].

A Gestão de Casos é utilizada ao longo do continuum da prestação de cuidados de saúde, com o propósito de advogar pelas melhores decisões junto do cliente e da família, orientando os percursos dos clientes dentro do sistema de saúde, frequentemente complexo e inteligível [12]. Manter a continuidade dos cuidados dos doentes é especialmente crítico após a alta do hospital, e para doentes mais velhos com múltiplas condições crónicas, este período de "transferência" assume uma importância ainda maior.

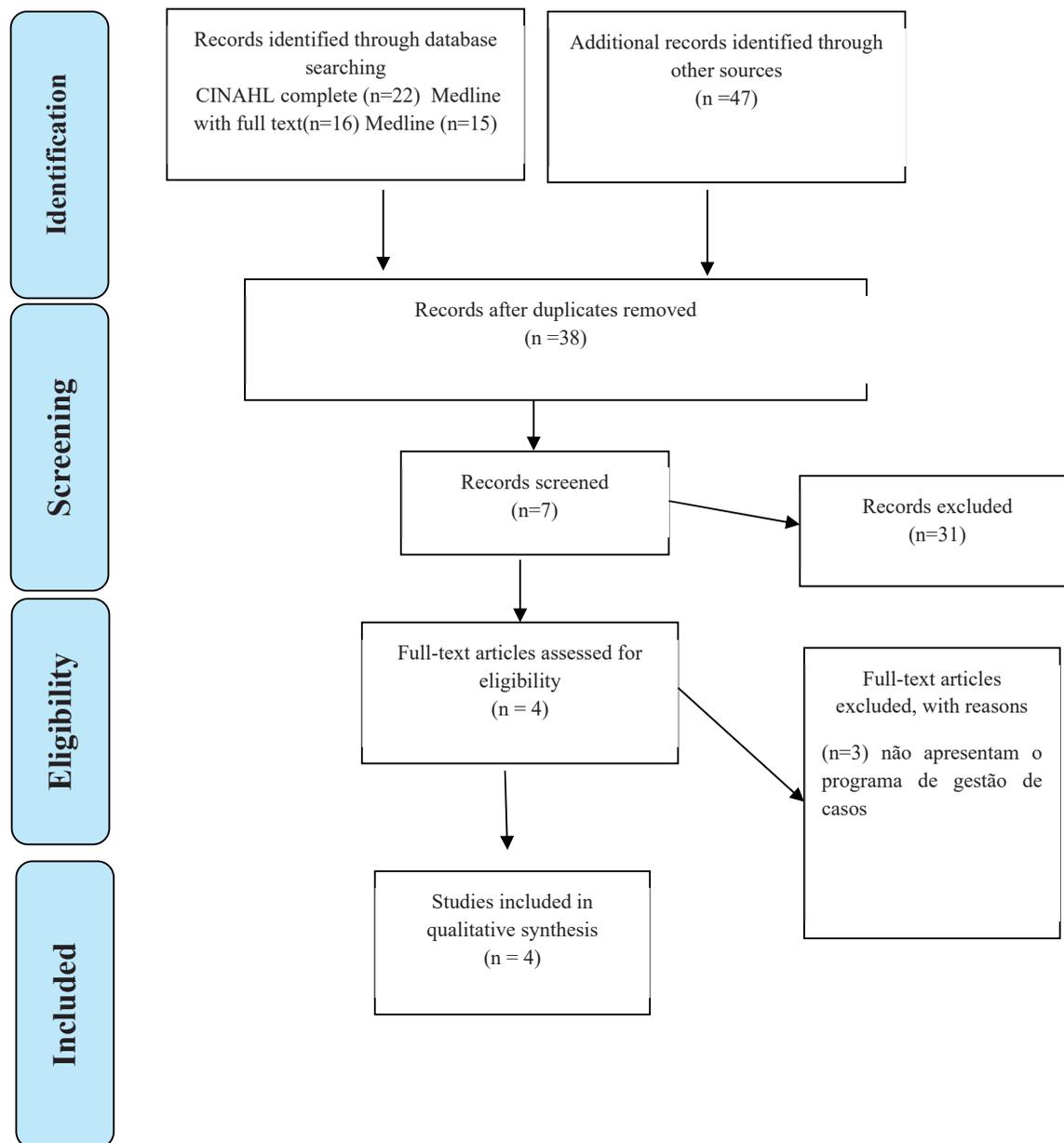
Este trabalho integra uma análise dos programas de Gestão de Casos a clientes com IC, tendo em consideração a importância que os programas de Gestão de Casos podem ter na qualidade dos cuidados e respetivo impacto económico.

MATERIAL E MÉTODOS

O estudo seguiu as diretrizes PRISMA para a especificação do método de seleção dos estudos. Para este efeito, foram identificados descritores, que foram posteriormente combinados com os operadores booleanos "OR" e "AND" sempre que possível, tendo resultado na seguinte frase de pesquisa bibliográfica: TI"case management" AND TI"heart failure" AND "nurs*". A pesquisa foi efetuada entre os dias 2 e 11 de janeiro de 2021. Foi utilizado o motor de busca EBSCO Host da ESEP (Escola Superior de Enfermagem do Porto), onde surgem as bases de dados CINAHL Complete, MEDLINE e MEDLINE With full text, entre outras. Foram utilizados os seguintes limitadores de pesquisa: estudos publicados entre 2010 e 2020, com idioma em inglês. Depois da estratégia de pesquisa, foram encontrados nas bases de dados 100 artigos, dos quais foram excluídos da revisão 62 por repetição. Foram

analisados os títulos e resumos das referências (n=38), sendo excluídos 31 por serem artigos de revisão, artigos de opinião, estudos de caso e estudos que não analisam programas de Gestão de Casos. Obtiveram-se cópias da totalidade dos artigos (n=7) para submetê-los a uma avaliação posterior. Após avaliação, 3 dos artigos foram excluídos por não apresentarem o programa de Gestão de Casos, sendo incluídos neste estudo 4 artigos (Figura 1).

Figura 1 – Estratégia de seleção dos artigos para o estudo (PRISMA 2009 Flow Diagram)



Nesta revisão 2 dos estudos incluídos foram realizados nos EUA; 1 na Europa (Alemanha) e 1 na Tailândia (Quadro 1). Todos os estudos foram realizados com o objetivo de explorar a eficácia de um modelo de Gestão de Casos.

Quadro 1: Artigos Incluídos

Artigos	Autores/ Ano/Local	Programa
Case management for Patients with chronic systolic heart failure in primary care: the HICMan exploratory randomised controlled trial	Frank Peters-Klimm et al. (2010), Germany	1
Improving Patient Self-Care and Reducing Readmissions Through an Outpatient Heart Failure Case Management Program	Christine Ensign, Shelley Y. Hawkins, (2017), USA	2
The Impact of Case Management on Reducing Readmission for Patients Diagnosed With Heart Failure and Diabetes	Khalilah McCants et al. (2019), USA	3
Outcomes of Self-Care in Clients with Heart Failure before and after Treatment, using a Case Management Approach	Kanokporn Khankaew et al. (2020), Thailand	4

RESULTADOS

A análise efetuada procura identificar os seguintes elementos centrais da gestão de casos: objetivos dos programas de Gestão de Casos; o Gestor de Casos e suas competências; os critérios de inclusão dos clientes no programa; a estrutura do roteiro clínico e resultados do programa.

Objetivos dos programas de Gestão de Casos

O objetivo de um programa de Gestão de Casos deve sustentar os princípios da maximização da condição de saúde dos clientes a quem se destina,

o seu bem-estar, e a segurança. Deverá promover o autocuidado e priorizar a qualidade dos cuidados, sempre com a tónica no custo-eficiência das intervenções que incorpora e a satisfação do cliente que delas beneficia [2].

Os objetivos dos programas podem ser centrados na organização e/ou centrados nos clientes [3]. Tendo por base esta divisão, no Quadro 2 apresentamos os principais objetivos dos estudos incluídos.

Quadro 2: Objetivos dos programas dos estudos incluídos

Programa	Objetivos	
	Centrados no cliente	Centrados na organização
1	Aumentar a qualidade de vida dos doentes com Insuficiência Cardíaca Melhorar a capacidade física dos doentes	
2	Melhorar o comportamento de autocuidado (a avaliação do autocuidado é efetuada recorrendo ao instrumento "Self-Care of Heart Failure Index")	Reduzir a taxa de readmissão hospitalar dos clientes com IC com alta recente: avaliação deste objetivo é efetuada aos 30, 60 e 90 dias
3		Reduzir a taxa de readmissão hospitalar aos 30 dias em clientes com Diabetes e Insuficiência Cardíaca
4	Melhorar a capacidade de autocuidado dos doentes com insuficiência cardíaca Melhorar a qualidade de vida dos clientes e aumentar a satisfação dos clientes.	

O Gestor de Casos e suas competências

O Gestor de Casos deve possuir atributos específicos para a eficácia dos cuidados prestados. De acordo com a Case Management Society of America (2002) cit. por Cary [13], o Gestor de Casos para atingir a eficácia, deve conter qualificações técnicas de forma a compreender e avaliar diagnósticos específicos (expertise clínica), capacidade de, objetivamente, avaliar as situações

e planejar os cuidados mais apropriados de Gestão de Casos, ter conhecimento sobre os recursos disponíveis e sobre as características intrínsecas de cada cliente, assim como, competência para atuar como advogado, conselheiro ou agente facilitador e de suporte, através das intervenções que medeia junto de cada cliente.

O quadro 3 revela o Gestor de Casos de cada programa, assim como, as suas competências.

Quadro 3: Gestor de casos de cada programa dos artigos incluídos

Programa	Gestor de casos	Competências
1	Enfermeiro - "Nurse practitioner"	Enfermeiros ou alunos de enfermagem, pelo menos no terceiro ano de formação, que participaram em workshops sobre Gestão de Caso
2	Enfermeiro - "Nurse practitioner"	Estudante de Doutorado "Doctor of Nursing Practice" (DNP), com treino clínico especializado
3	Enfermeiro ("registered nurse") e assistente social	Enfermeiro ou assistente social com treino específico, alinhado com protocolo hospitalar estabelecido para Gestão de Caso
4	Enfermeiro	Enfermeiro com experiência em cardiologia, com conhecimento de guidelines para Gestão de Caso

Identificação dos clientes e critérios de inclusão

Segundo a Case Management Society of America [2], a fase que define os critérios de seleção dos participantes ao programa de gestão de casos é determinativa de todo o programa, pois é o momento em que é decidido o perfil dos clientes que poderão beneficiar de uma intervenção estruturada segundo este modelo.

No Quadro 4 pode consultar-se os critérios de inclusão e exclusão relativos a cada programa.

Quadro 4: Critérios de inclusão e exclusão relativos a cada programa dos estudos incluídos

Programa	Critérios de Inclusão/exclusão
1	<p>Critérios Inclusão: Doentes com idade \geq 40 anos Insuficiência Cardíaca Ventricular Esquerda objetiva Fração de ejeção de 45% ou menor Sem dispneia (NYHA I), mas com admissão no hospital por ICC nos últimos 24 meses; com dispneia (NYHA II-IV), mas com estabilização da doença no momento da inclusão Capacidade para dar consentimento informado</p> <p>Critérios de Exclusão: Participação noutro estudo nos últimos 30 dias (incluindo intervenções por telemedicina) Residir num lar Doença valvular primária como efeitos hemodinâmicos relevantes Cardiomiopatia hipertrófica obstrutiva/restritiva Em fase pré/pós transplante Expectativa de sobrevida $<$ 2 anos Conhecimento de alterações do estado mental (ex: demência) Distúrbios aditivos com abuso contínuo de drogas</p>
2	<p>Critérios de Inclusão: Doentes com IC com fração de ejeção ventricular preservada ou diminuída Ler ou escrever em inglês ou espanhol Sem compromisso cognitivo Terem alta dentro de 14 dias para posterior follow-up</p>
3	<p>Critérios de inclusão Doentes admitidos com diabetes e insuficiência cardíaca Readmissões (serviços de emergência/internamento) estipuladas pelo Medicare em 30 dias.</p> <p>Critério de exclusão Doentes admitidos na rede de cuidados continuados Doentes dentro da população-alvo com readmissão num outro hospital</p>
4	<p>Critérios de inclusão: Clientes com 15 anos de idade ou mais, que conseguiram comunicar e se ofereceram para participar Diagnóstico de IC por cardiologista Ecocardiograma com fração de ejeção menor ou igual a 40% Clientes com risco de hospitalização repetida</p>

Roteiro Clínico

A gestão de casos, por apresentar uma abordagem ao indivíduo com múltiplas condições crónicas e necessidades complexas, necessita de um plano de cuidados/roteiro clínico que potencie o empoderamento do cliente, assim como, a adesão e gestão da doença promovendo a continuidade de cuidados. O desenvolvimento do

roteiro clínico caracteriza-se pela fase em que os objetivos do programa são delineados tendo por base a avaliação das necessidades dos clientes e perspetivando a futura mobilização de recursos, quer humanos, quer financeiros [2]. No quadro 5 apresentamos os roteiros clínicos referentes a cada programa.

Quadro 5: Roteiros clínicos dos programas dos estudos incluídos

Programa	Roteiro clínico
1	Educação do doente no momento da alta, sendo entregue um folheto informativo e um livreto de documentação Monitorização por telefone Realização de 3 visitas domiciliares Encontro para aconselhamento sobre estilos de vida Recall-Reminder-Systems, se necessário
2	Realização de 3 exames de autocuidado através do “Self-Care of Heart Failure Index” Elaboração de um plano educativo sobre IC, por enfermeiros Suporte telefónico estruturado durante 5 semanas Apoio do assistente social Contato telefónico realizado pelo farmacêutico 72h após a alta (confirmação medicação e peso) Consulta médica de acompanhamento 7-14 dias após a alta, com participação do farmacêutico de forma a analisar e discutir a medicação
3	Identificação de doentes que precisam de planeamento de alta Avaliação por um Gestor de Caso dentro de 24-48 horas Obtenção do consentimento informado do doente ou familiar responsável Desenvolvimento e implementação de um plano de alta Reavaliação contínua das necessidades pós-alta do doente Resumo por escrito dos cuidados, tratamentos e serviços prestados, juntamente com o estado clínico do doente e o progresso em direção às metas Educação do doente e familiar
4	Avaliação do estado de saúde do cliente na admissão ao programa, no Hospital Elaboração de diagnósticos de enfermagem Educação do cliente antes da alta, sendo fornecido um guia para autocuidado Monitorização do bem-estar do cliente através de inquérito telefónico Reavaliação do estado de saúde do cliente 3 meses depois, em consulta presencial

Resultados dos programas de Gestão de Casos

Os resultados produzidos, por uma abordagem estruturada, visam uma melhoria no estado de saúde e qualidade de vida do cliente, assim como uma melhor eficiência e custo-efetividade dos recursos de saúde [14].

No Quadro 6 são evidenciados os principais resultados dos programas de gestão de casos analisados.

Quadro 6: Principais resultados dos programas de gestão de casos dos estudos incluídos

Programa	Resultados
1	Melhoria do score de comportamento de autocuidado (EHFScBS) Melhoria do score de avaliação da qualidade do cuidado crônico (PACIC-5A)
2	Melhoria em 10% do score do "Self-Care of Heart Failure Index" Redução da taxa de readmissão hospitalar por todas as causas aos 30 dias de 20% Redução da taxa de readmissão hospitalar por IC aos 60 e 90 dias de 30% Redução de custos estimados de 838000 dólares por ano
3	Redução dos internamentos hospitalares aos 30 dias em clientes com Diabetes e Insuficiência Cardíaca (I-18,4% vs C-52,6%)
4	Melhoria do score de conhecimento e compreensão de autocuidado Melhoria do score de comportamento de autocuidado Melhoria do score de qualidade de vida Melhoria do score de satisfação do cliente

DISCUSSÃO

Tendo em consideração a análise e descrição dos componentes que integram os quatro programas analisados, realizamos uma reflexão crítica sobre as estratégias e opções utilizadas nestes programas, contrapondo-as com os standards definidos na literatura para o modelo de Gestão de Casos em Saúde.

Relativamente à figura do Gestor de Casos, o enfermeiro desempenha esta função de uma forma transversal a todos os programas incluídos na análise. O desenvolvimento da Gestão de Casos em saúde está muito ligado ao trabalho dos enfermeiros, uma vez que estão presentes em todo o episódio de cuidado. Na maior parte dos programas o Gestor de Casos é um enfermeiro licenciado. Apenas um dos programas faz referência à inclusão de um assistente social. À medida que os hospitais percebem as complexidades do planeamento de alta para pessoas com comorbilidades e condições crónicas, bem como a necessidade de manter a parceria clínica, têm tendência para selecionarem

enfermeiros em vez de assistentes sociais para programas de gestão de casos [15].

Tendo em conta a complexidade do sistema de Gestão de Casos é necessário um conjunto de competências e expertise. Sendo a Gestão de Caso um processo que visa a continuidade dos cuidados com enfoque na qualidade e custo-efetividade, torna-se necessário que os enfermeiros sejam detentores de conhecimento e prática com um grau de perícia avançado. Neste sentido, entende-se que nos programas analisados o Gestor de Casos tenha uma preparação prévia e específica para a função que vai desempenhar, seja através de workshops (Programa 1), treino específico (Programa 3 e 4), ou doutoramento em enfermagem (Programa 2).

Em todos os programas analisados foi descrita a existência de uma abordagem multiprofissional, ainda que a intensidade dessa relação e o envolvimento interprofissional seja de difícil compreensão na análise dos programas. No Programa 3, o Gestor de Caso desenvolve e implementa um plano, em colaboração com o

doente, família e o médico. No programa 1 o Gestor de Caso assume um papel de suporte na gestão medicamentosa e aconselhamento relativamente a estilos de vida e hábitos relevantes. No programa 4, quando um cliente precisa de assistência médica, o Gestor de Caso coordena a visita do cliente ao médico durante esse período. Além disso, caso o cliente esteja confuso sobre como tomar os medicamentos, o Gestor de Caso ajuda a entrar em contato e coordenar com o farmacêutico para obter o conhecimento e compreensão necessários e informar o cliente em conformidade.

O programa de Gestão de Casos deve ser centrado nos clientes (doentes e família). No desenvolvimento e planificação do programa de Gestão de Caso é importante avaliar qual o grupo de clientes que mais beneficia da intervenção. Os critérios de inclusão a um programa de Gestão de Casos, devem atender a alguns componentes, entre eles: a capacidade física e funcional, o historial médico, o estado de saúde mental e psicossocial, a capacidade cognitiva, o suporte social e familiar, as crenças e cultura, a disponibilidade para aprender, a autoeficácia, a preparação e conhecimento e o nível de literacia (CSMA, 2010). Nos programas 1 e 4, os critérios de inclusão centram-se em dados específicos sobre a evolução da doença, com referência à fração de ejeção ventricular. Existe também referência a critérios relacionados com a probabilidade de readmissão (Programa 1, 3 e 4). A insuficiência cardíaca é uma doença associada a fragilidade ou vulnerabilidade; no entanto, existem doentes que, pela gravidade da doença ou pela sua complexidade, podem beneficiar mais de um programa de Gestão de Casos. Restringir os casos é essencial na inclusão do cliente a um programa de Gestão de Casos. Neste sentido, o suporte social é também um fator tido em consideração em alguns dos programas, sendo excluídos os clientes que beneficiam de suporte diferenciado, como lares e cuidados continuados (Programa 1 e 3). A capacidade cognitiva é um dos critérios que não se encontra descrito no Programa 3, em oposição aos restantes, ou seja, ao longo da sua análise em nenhum momento é referenciado um critério ou ferramenta que avalie a capacidade cognitiva dos participantes. Nesta situação a possível ausência

deste critério pode inviabilizar os resultados do programa. Este fator torna-se essencial quando o programa incide na aquisição e compreensão de conhecimentos, quer de forma presencial quer através de suporte telefónico estruturado. Nos casos selecionados, os critérios não são sensíveis a cultura, crenças e nível de literacia, fundamental num programa orientado à educação e capacitação dos seus clientes.

O programa de Gestão de Casos deve ser baseado em protocolos/roteiros clínicos, tendo em consideração a melhor evidência. Os desenhos dos programas analisados partiram todos, segundo descrevem, da melhor evidência disponível, procurando incorporar os guias de boas práticas e a standardização das intervenções previstas no roteiro clínico. A este nível, três grandes componentes foram incluídos no mapa de cuidados: a educação do cliente, o suporte telefónico estruturado, e a orientação e agilização dos recursos de saúde à disponibilização do cliente. A componente de educação focou essencialmente o conhecimento sobre a doença, exacerbação de sinais e sintomas, fatores de risco de descompensação, regime medicamentoso e estilos de vida saudáveis. A descrição deste componente, nos diferentes programas, permitiu perceber que a transmissão dos conhecimentos era efetuada fornecendo material educacional impresso, ou através das consultas telefónicas e presenciais (Programa 1, 2 e 4). A utilização de material impresso escrito poderá não ser adequado para indivíduos iletrados, assim como os contatos telefónicos podem inviabilizar a participação de indivíduos com incapacidade auditiva ou verbal. A simples transmissão de conhecimento não garante uma correta gestão do regime terapêutico. A intervenção nos fatores que podem estar a comprometer a incorporação do conhecimento na gestão do regime terapêutico só é referido no Programa 2, abordando as questões relacionadas com as estratégias de coping do cliente. A informação disponível não permite identificar especificamente que intervenções foram implementadas em cada um dos programas, fornecendo apenas os grandes temas que orientaram os roteiros clínicos. Os modelos aplicados em cada um dos programas

analisados são muito semelhantes, cumprindo o princípio da padronização da intervenção, o estabelecimento de objetivos ao longo do programa e a coordenação da utilização dos recursos alocados. Todos os programas atribuíram especial importância à informação produzida ao longo do percurso do cliente, com referência a marcos temporais. O Programa 2 tem na sua concepção os princípios da “Riegel’s Heart Failure Self-Care theory” [16], que incorpora os conceitos da Teoria das Transições, razão porque o roteiro clínico foca aspetos como o autocuidado e os fatores facilitadores e inibidores no sucesso da gestão do regime terapêutico. Nos restantes programas o foco está essencialmente na doença e no conjunto de conhecimentos necessários para responder à gestão do regime terapêutico. Parece-nos muito oportuno a integração do modelo teórico de concepção de cuidados, baseado na Teoria das Transições, no desenho de um programa de Gestão de Casos, principalmente quando o programa procura melhorar a gestão da doença crónica. Explorar a natureza das transições, tantas vezes associadas a este processo, orientando as terapêuticas de enfermagem considerando as suas propriedades, condições facilitadoras e inibidoras, pessoais, da comunidade, ou sociais, e constatando nos padrões de resposta a prevenção da vulnerabilidade, representa uma verdadeira alteração do paradigma do exercício profissional do enfermeiro [17]. Nos diferentes roteiros não se percebe que tipo de abordagem e que ações concretas foram implementadas relativamente à inclusão da família. No entanto, as referências efetuadas apontam para a educação e o suporte da família como elementos necessários ao sucesso da gestão do regime terapêutico do cliente (Programa 3).

Os programas de Gestão de Casos devem ser dirigidos para resultados. Os programas 2 e 3 procuraram fazer uma avaliação muito focada nos recursos utilizados pelo cliente, procurando demonstrar resultados ao nível das taxas de readmissão hospitalar. São indicadores de resultados mais centrados nos serviços e organizações. No entanto, da análise do Programa 1, 2 e 4, podemos verificar que foram usados

indicadores clínicos, nomeadamente ao nível dos ganhos na manutenção, gestão e confiança no autocuidado - gestão do regime terapêutico. Os indicadores clínicos, principalmente os que representam o exercício autónomo do enfermeiro e, portanto, sensíveis aos cuidados de enfermagem, poderão dar um contributo importante a um programa de Gestão de Casos, humanizando a abordagem, promovendo a qualidade dos cuidados e a satisfação do cliente. No Programa 2 a redução das readmissões surge associada ao aumento da capacidade para o autocuidado, salientando a importância que os indicadores clínicos, sensíveis aos cuidados de enfermagem, podem ter nos resultados organizacionais. Esta constatação abre um leque de oportunidades para futuros desenvolvimentos nos desenhos de programas de gestão de caso.

Impacto económico

Existem essencialmente duas formas de efetuar avaliações económicas: estudos de custos e análises de custos/resultados. A avaliação económica de programas de saúde pode assumir formas distintas, tendo em conta se são comparadas duas ou mais alternativas ou, se por outro lado, se limita a um só programa. Se inclui a análise de custos e consequências, ou só uma destas dimensões [18]. Nos artigos incluídos, existem programas onde apenas foi realizada uma avaliação das consequências. Uma avaliação económica completa frequentemente utilizada em programas de saúde é a avaliação custo-efetividade. A análise custo-efetividade mede os benefícios em termos de uma medida, normalmente física, que seja observável nas alternativas consideradas. Procura-se escolher a alternativa que dê o maior benefício por unidade de custo despendido [19]. No entanto, apenas um dos artigos considerados (Programa 2) inclui uma avaliação de custo-efetividade.

Da análise dos artigos verificamos que dois dos programas (1 e 4) fazem uma avaliação das consequências da Gestão de Casos na melhoria do autocuidado dos clientes. No Programa 1, os resultados foram positivos e significativos relativamente ao Score de comportamento de autocuidado (EHFScBS) e no Score de avaliação

da qualidade do cuidado crónico (PACIC-5A). No Programa 4, verificou-se uma diferença, significativa, no Score de conhecimento e compreensão de autocuidado e no Score de comportamento de autocuidado; relativamente à qualidade de vida verificou-se que os clientes melhoraram a capacidade de realizar as atividades de vida diária e diminuíram a ansiedade e depressão experienciada; o score de satisfação do cliente com o programa revelou que estavam bastante satisfeitos com os serviços. Nestes artigos, parece haver um claro benefício para os doentes, quer na capacidade de autocuidado quer em termos de qualidade de vida e satisfação. Por sua vez, o Programa 3 avalia a consequência da Gestão de Casos na redução dos re-internamentos hospitalares. A este nível, demonstrou que os clientes em programas de gestão de casos tinham uma menor taxa de readmissão hospitalar (I-18,4% vs C-52,6%). Embora a estimativa de redução de custos não seja apresentada, havendo uma redução da taxa de readmissão hospitalar é possível que o programa tenha benefícios económicos.

No Programa 2 foi realizada uma análise de custo-efetividade. A medida de efetividade utilizada foi o número de internamentos evitados. Neste programa, a taxa de readmissão hospitalar aos 30 dias foi inferior em 20% e aos 60 e 90 dias foi inferior a 30%. A redução das readmissões surge associada ao aumento da capacidade para o autocuidado. Após a intervenção do programa de Gestão de Casos, os clientes apresentaram uma melhoria na manutenção, gestão e confiança no autocuidado, avaliado através da escala de SCHFI (Self-Care of Heart Failure Index). O programa assenta nos princípios da “Riegel’s Heart Failure Self-Care theory”, que incorpora os conceitos da Teoria das Transições de Meleis. Os clientes tiveram acompanhamento telefónico e intervenções relacionadas com a educação do cliente e da sua família. Isso permitiu identificar os fatores facilitadores e inibidores da transição vivenciada pelos clientes e desenvolver terapêuticas de enfermagem para um autocuidado efetivo. Como resultado da redução de internamentos, houve uma poupança de custos estimada de 838000 dólares por ano. Este estudo consegue fazer a ligação

da melhoria no autocuidado com a redução dos internamentos hospitalares e a redução dos custos.

De um modo global, os dados analisados demonstram o potencial económico da utilização dos programas de Gestão de Casos nos clientes com IC. A redução e maior controlo das agudizações e exacerbações dos clientes com IC traduz-se numa redução significativa dos episódios de urgência e hospitalizações, numa melhor qualidade de vida e numa possível redução dos custos em saúde, pelo que deve ser valorizada e ponderada a implementação dos programas de Gestão de Casos nos sistemas de saúde.

A avaliação económica torna-se imperativa, para que no futuro haja uma escolha informada das alternativas possíveis, dada a permanente escassez de recursos. Os custos e consequências dos serviços em análise servem de base ao processo de decisão em futuros programas.

CONCLUSÃO

O trabalho desenvolvido permitiu compreender a importância de programas de Gestão de caso nos sistemas de saúde, sendo evidente o seu impacto na qualidade e custos.

Tornou-se claro a necessidade de intervir em grupos vulneráveis de pessoas com IC, altamente consumidoras de cuidados de saúde, com esquemas terapêuticos complexos, numa sociedade envelhecida e com contextos sociofamiliares cada vez mais desfavoráveis.

A análise dos artigos permitiu perceber a ligação que o processo de Gestão de Casos tem com os processos da prática de enfermagem. Alguns autores estabelecem inclusivamente esta relação, comparando a similitude entre os componentes que integram estes processos [12].

Não obstante, constatou-se a necessidade de se desenvolver indicadores clínicos sensíveis aos cuidados de enfermagem, demonstrando os contributos singulares que os enfermeiros podem oferecer nos resultados alcançados, numa perspetiva de melhoria contínua da qualidade.

A análise económica foi importante para perceber que programas de Gestão de Casos, liderados por enfermeiros, junto das pessoas mais vulneráveis com IC, podem ser um contributo

efetivo na otimização dos recursos de saúde limitados.

Acreditamos que este trabalho pode ser um gatilho para, no futuro, poder-se incorporar estes conhecimentos em eventuais projetos de Gestão de Casos a implementar em clientes com IC.

REFERÊNCIAS

1. Oji, O. and K. Walsh, Case Management: the Patient with Heart Failure. Cinahl Information Systems, a division of EBSCO Information Services, 2019.
2. Case Management Society of America, The Standards of Practice for Case Management. 2010. p. p. 1-30.
3. Dominick L. Flarey , S.S.B., Handbook of nursing case management. 1996, USA: Editorial Resources: Ruth Bloom. . 488 páginas.
4. Powell, K., Overview of case management, in Case management: a practical guide to success in managed care. 2000, PA: Lippincott: Philadelphia. p. 2– 23.
5. Cesta, T. and A. Tahan, Role of the case manager., in The case manager's survival guide: winning strategies for clinical practice. 2003, MO: Mosby: St. Louis. p. 69–95.
6. Lazarus, A., Integrating end-of-life care with disease management programs: a new role for case managers. *Manag Care Interface*, 2001(14(3)): p. 76–9.
7. Lee, F., et al., Case management: a review of the definitions and practices. *Journal of Advanced Nursing*, 1998(27): p. 933–939.
8. Martins, M.d.C.A. and P.F.d.C. Fernandes, O gestor de caso: aplicabilidade do conceito, in Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias. 2010, Instituto Politécnico de Castelo Branco: Castelo Branco.
9. De Bleser, L., et al., Defining pathways. *J Nurs Manag*, 2006. 14(7): p. 553-63.
10. Ross, S., N. Curry, and N. Goodwin, Case management: What it is and how it can best be implemented. The King's Fund, 2011.
11. Joo, Y. and L. Huber, Scoping Review of Nursing Case Management in the United States. *Clin Nurs Res*, 2018. 27(8): p. 1002-1016.
12. Leonard, M. and C. Miller, Nursing Case Management. 4ª Edição ed. 2012: American Nurses Credentialing Center.
13. Cary, A., Gestão de casos in Enfermagem de Saúde Publica: Cuidados de Saúde na Comunidade Centrados na População. 2008, Elsevier: New York.
14. Anderson, M.A., L.B. Helms, and N.R. Kelly, Realigning the communication paradigm in nursing case management. *Care Manag J*, 2004. 5(2): p. 67-72.
15. Zander, K., Nursing case management in the 21st century: intervening where margin meets mission. *Nurs Adm Q*, 2002. 26(5): p. 58-67.
16. Riegel, B., et al., An update on the self-care of heart failure index. *J Cardiovasc Nurs*, 2009. 24(6): p. 485-97.
17. Meleis, I., et al., Experiencing transitions: an emerging middle-range theory. *ANS Adv Nurs Sci*, 2000. 23(1): p. 12-28.
18. Drummond, M., et al., Methods for the Economic Evaluation of Health Care Programmes. 2ª ed. ed. Oxford Medical Publications. 1997, Oxford: Oxford Medical Publications.
19. Rudmik, L. and M. Drummond, Health economic evaluation: Important principles and methodology. *Laryngoscope*, 2013: p. 123:1341-7.

FATORES ASSOCIADOS AO BURNOUT EM ENFERMAGEM

Pedro Alexandre dos Santos Ribeiro⁽¹⁾; Luís Miguel Mendes Canas⁽²⁾; Paulo Alexandre Ferreira⁽³⁾



Resumo

Objetivo: Verificar quais os fatores associados aos burnout em enfermeiros.

Métodos: Revisão sistemática da literatura, com artigos científicos com data de publicação 2015-2020.

Resultados: O corpus da revisão ficou constituído por 10 artigos, que apresentaram qualidade metodológica. As condições de trabalho: ambiente de trabalho, interrupção das rotinas do serviço, excesso de carga de trabalho, tipo de horário de trabalho e de contrato, disparidade de rácio enfermeiro/doente, remuneração, possuir outro trabalho, condições contratuais, falta de tempo e de recursos, fatores organizacionais, são fatores que se associam ao burnout em enfermeiros, independentemente do local onde exercem funções, bem como as características sociodemográficas (enfermeiros mais novos, menor grau de escolaridade, estado civil, género, possuir filhos, nível familiar, cônjuge desempregado, não ser fisicamente ativo) e as exigências psicológicas intensas.

Conclusão: A garantia da segurança do doente, a categoria profissional, a alexitimia, a cronicidade das doenças, a hostilidade por parte dos doentes que podem agredir física e verbalmente a equipa, a falta de assertividade por parte da equipa, a pouca experiência profissional, a falta de apoio social e a duração das férias (menos tempo de férias), resultam em exaustão emocional, despersonalização e baixa realização profissional.

Descritores: Burnout; Enfermeiros.

Abstract

FACTORS ASSOCIATED WITH BURNOUT IN NURSING

Objective: To verify which factors are associated with burnout in nurses.

Methods: Systematic literature review, with scientific articles with publication date 2015-2020.

Results: The corpus of the review consisted of 10 articles, which presented methodological quality. Working conditions: work environment, interruption of service routines, excessive workload, type of working hours and contract, disparity in the nurse/patient ratio, remuneration, having another job, contractual conditions, lack of time and resources, organizational factors, are factors that are associated with burnout in nurses, regardless of where they work, as well as sociodemographic characteristics (younger nurses, lower level of education, marital status, gender, having children, family level, spouse unemployed, not being physically active) and intense psychological demands.

Conclusion: The guarantee of patient safety, the professional category, alexithymia, the chronicity of diseases, hostility from patients who can physically and verbally attack the team, lack of assertiveness on the part of the team, little professional experience, the lack of social support and the length of vacation (less vacation time) result in emotional exhaustion, depersonalization and low professional fulfillment.

Keywords: Burnout; nurses.

Resumen

FACTORES ASOCIADOS AL BURNOUT EN ENFERMERÍA

Objetivo: Verificar qué factores están asociados al burnout en enfermeros.

Métodos: Revisión sistemática de la literatura, con artículos científicos con fecha de publicación 2015-2020.

Resultados: El corpus de la revisión estuvo compuesto por 10 artículos, los cuales presentaron calidad metodológica. Condiciones de trabajo: ambiente de trabajo, interrupción de las rutinas del servicio, sobrecarga de trabajo, tipo de jornada y contrato, disparidad en la relación enfermera/paciente, remuneración, tener otro trabajo, condiciones contractuales, falta de tiempo y recursos, factores organizacionales, son factores que se asocian con el burnout en los enfermeros, independientemente del lugar donde trabajen, así como características sociodemográficas (enfermeros más jóvenes, menor nivel educativo, estado civil, sexo, tener hijos, nivel familiar, cónyuge desempleado, no ser físicamente activo) y demandas psicológicas intensas.

Conclusión: La garantía de la seguridad del paciente, la categoría profesional, la alexitimia, la cronicidad de las enfermedades, la hostilidad de los pacientes que pueden agredir física y verbalmente al equipo, la falta de asertividad por parte del equipo, la poca experiencia profesional, la falta de apoyo social y la duración de las vacaciones (menor tiempo de vacaciones) resultan en agotamiento emocional, despersonalización y baja realización profesional.

Palabras llave: Burnout; enfermera.

Submetido em fevereiro 2021. Aceite para publicação novembro 2021

⁽¹⁾ Enfermeiro Especialista em Enfermagem médico-cirúrgica; Mestrado e Enfermeiro Especialista em Enfermagem médico-cirúrgica; Hospital Distrital da Figueira da Foz E.P.E.; <https://orcid.org/0000-0002-8564-6358>

⁽²⁾ Enfermeiro especialista em Enfermagem médico-cirúrgica; Enfermeiro Especialista em Enfermagem médico-cirúrgica; Hospital Distrital da Figueira da Foz E.P.E.; <https://orcid.org/0000-0001-5486-0901>

⁽³⁾ Professor adjunto; Professor Doutor; Escola Superior de Enfermagem de Coimbra; <https://orcid.org/0000-0003-1984-1750>

INTRODUÇÃO

A síndrome de burnout é um estado de exaustão física e emocional que resulta da exposição prolongada a stressores de trabalho ou situações de trabalho que são emocionalmente exigentes. O burnout pode causar inúmeros danos nas organizações e nos trabalhadores, como o aumento da rotatividade de pessoal, absenteísmo, doença, lesões, acidentes, baixa produtividade e conflitos organizacionais e interpessoais (Dewa, Loong, Bonato, Thanh & Jacobs, 2014).

Esta síndrome consiste num processo que tem início em excessivos e prolongados níveis de stress laboral (Aragão, Barbosa & Sobrinho, 2019). Os mesmos autores referem ainda que existem quatro concepções teóricas na base da definição do burnout, que se baseiam na sua possível etiologia: “clínica, sociopsicológica, organizacional, sócio-histórica. A mais utilizada nos estudos atuais é a concepção sociopsicológica” (p. 3). Esta concepção tem em conta que as características individuais, relacionadas com o ambiente e o contacto direto e contínuo com outros seres humanos em termos laborais, resultam em fatores tridimensionais do burnout: “exaustão emocional (sentimento de esgotamento físico e mental), despersonalização (tratamento frio e impessoal com usuários) e ineficácia (sentimento de incompetência, pessimismo, baixa autoestima)” (p. 3). Assim, a presença desta síndrome pode associar-se aos sinais e sintomas identificados nas referidas dimensões num determinado profissional.

Neste sentido, importa referir que os profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros, correm um elevado risco de desenvolver burnout devido às exigências e stress inerentes à prestação de cuidados e ao elevado stress geral. O desgaste nos enfermeiros é um dos desafios emergentes que afetam os sistemas de saúde, os cuidados e a segurança do doente em todo o mundo. Estes podem desenvolver sintomas como ansiedade, irritabilidade, alterações de humor, insónia, depressão e uma sensação de falha como consequência do esgotamento. Esses sintomas podem levar à diminuição do desempenho e baixa assistência ao doente e seus familiares (Elbaraz, Loney, Yousef & Elias, 2017).

O burnout entre enfermeiros é um dos principais desafios que afetam a prática de cuidados de saúde e qualidade do atendimento, o que justifica a realização de uma revisão da literatura, que procura dar resposta à seguinte questão norteadora:

- Quais os fatores associados aos burnout em enfermeiros?

Assume-se, assim, como objetivo deste trabalho, com base numa revisão da literatura, estudar os fatores associados ao burnout em enfermeiros, sendo esta uma forma de reforçar o pressuposto de que os cuidados de saúde baseados na evidência, tal como são concebidos atualmente, baseiam-se na visão de que as decisões clínicas devem ser fundamentadas na melhor evidência científica disponível. Cada vez mais os enfermeiros e as instituições de saúde deparam-se com desafios clínicos de maior complexidade que exigem respostas com maior qualidade e elevada segurança, numa perspetiva articulada com restrições de recursos humanos, materiais e técnicos que colocam em causa os planos de eficiência, eficácia e efetividade nas intervenções de saúde realizadas e, consequente, nos ganhos positivos da saúde dos doentes. Em conformidade, refletindo sobre o mandato social da profissão, este explícita que os enfermeiros têm como dever “exercer a profissão com os adequados conhecimentos científicos e técnicos, com o respeito pela vida, pela dignidade humana e pela saúde e bem-estar da população, adotando todas as medidas que visem melhorar a qualidade dos cuidados e serviços de enfermagem” (Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, 2015, Artigo 97º, número 1, a), p. 78).

Os profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros, enfrentam frequentemente sobrecarga de trabalho, disparidade de rácio enfermeiro/doentes, limitações de recursos e desequilíbrio entre o trabalho e a vida familiar, resultando em burnout (Stassen, Van Nugteren & Stein, 2013). Esta síndrome pode resultar no surgimento de problemas de insatisfação e de realização pessoal e laboral, levando ao desinteresse e à desmotivação, à exaustão emocional e física que, conjuntamente, podem pôr em causa o funcionamento da própria instituição, no caso concreto, a prestação dos

cuidados de saúde e a qualidade do trabalhador, enquanto profissional-pessoa (Schaufeli, 2017).

METODOLOGIA

Tendo-se como objetivo a sistematização do conhecimento atual sobre os fatores associados ao burnout em enfermeiros, realizou-se uma revisão da literatura, que se assume como síntese de conhecimento e a incorporação da aplicabilidade de resultados de estudos significativos na prática. A prática baseada na evidência torna-se na atualidade o ponto fulcral para o desenvolvimento do conhecimento em enfermagem.

Formulação do problema

Para selecionar os estudos primários para esta revisão da literatura, aplicou-se o método PI[C]OD (Quadro 1): participants - participantes [P]; interventions - intervenções [I]; comparators – comparações [C], caso existam; outcomes – resultados [O].

Tendo por base estes pressupostos teóricos, definiu-se a questão de investigação que se enuncia:

- Quais os fatores associados aos burnout em enfermeiros?

O objetivo principal deste trabalho é verificar quais os fatores associados aos burnout em enfermeiros.

O método PI[C]O, de acordo com Ramalho

(2008), permite sistematizar a informação recolhida nos estudos de acordo com cinco critérios:

- Participantes: quem foi estudado
- Intervenção: o que foi feito;
- Contexto/ comparação: qual o contexto / intervenções estudados
- Outcomes: resultados/efeitos/ consequências que foram obtidos
- Desenho: Como é que as evidências foram recolhidas.

Crítérios de inclusão e exclusão

Assim, com o objetivo de limitar os artigos em estudo, que irão constituir esta revisão integrativa da literatura, foram definidos e aplicados critérios de seleção, de acordo com o método PI[C]O (cf. tabela 1).

Tabela 1- Critérios de inclusão e exclusão dos estudos

Critérios de seleção	Critérios de inclusão	Critérios de exclusão
Participantes	Enfermeiros	Outros profissionais de saúde
Intervenções	Fatores associados ao <i>burnout</i>	Estudos que não refiram fatores associados ao <i>burnout</i> em enfermeiros
Comparações	Não aplicável	
“Outcomes”	Serão apenas considerados os resultados em que obteve fatores associados ao <i>burnout</i> em enfermeiros, independentemente do serviço em que exercem	Todos os estudos que não analisem as variáveis de inclusão

Estratégia de busca dos estudos

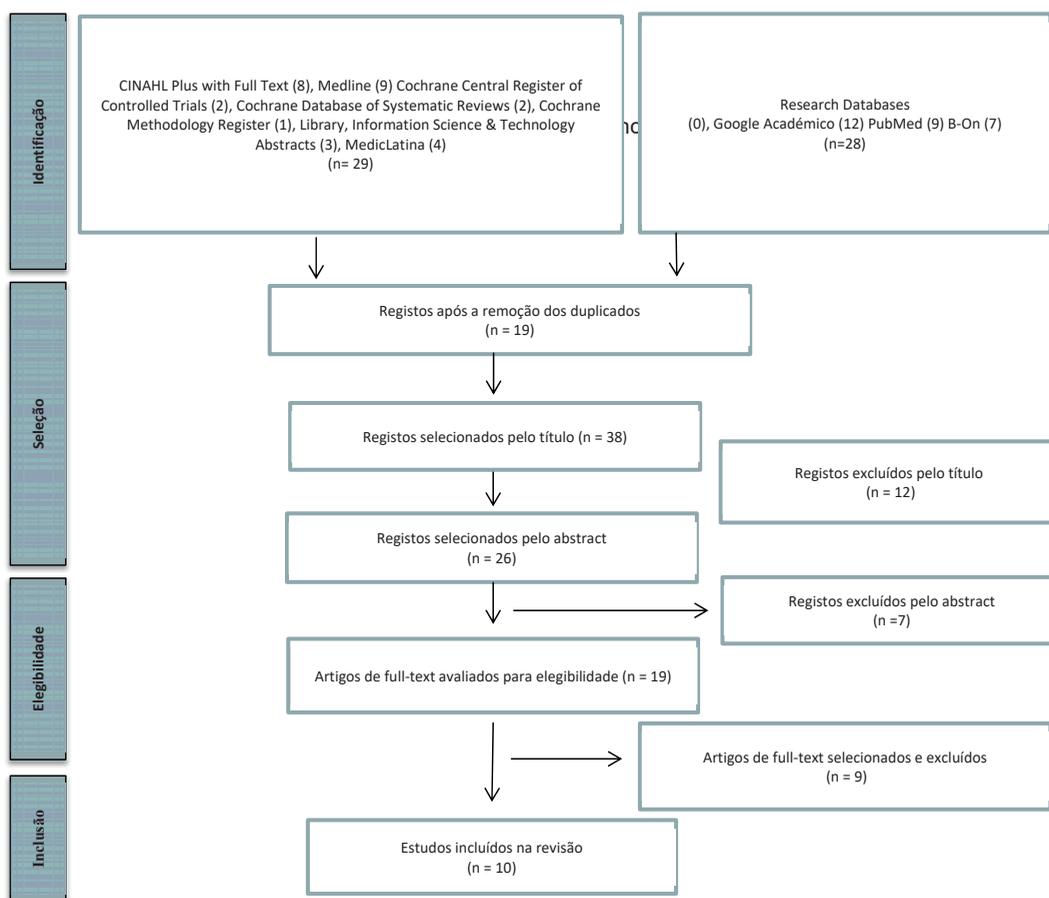
Uma estratégia de busca foi usada como parte desta revisão da literatura. Foram pesquisados vários bancos de dados para revisão de estudos relacionados com os fatores associados ao burnout em enfermeiros, datados entre 2015 a 2020: CINAHL Complete; MEDLINE Complete; EBSCOhost - Research Databases; PubMed, B-On e Google Académico.

A estratégia inicial de pesquisa usou termos de pesquisa mapeados para o Medical Subject Headings (MeSH), via Medical Subject Headings 2020 (<https://meshb.nlm.nih.gov/search>), que consistiu nos seguintes termos: “nurses” AND “burnout” A pesquisa foi limitada a artigos de pesquisa primários publicados em inglês e português desde janeiro de 2015 a março de 2020.

Da pesquisa nas bases de dados, resultou a identificação de 57 artigos. Assim, numa

primeira fase foi realizada uma leitura crítica e reflexiva dos títulos e dos resumos encontrados. Numa segunda fase, após a remoção dos artigos repetidos nas bases de dados (n=19), estabeleceu-se uma amostra de 38 artigos. Depois da aplicação dos critérios de inclusão e exclusão e da leitura dos títulos, excluíram-se 12, ficando-se com uma amostra de 26 artigos. Posteriormente realizou-se a uma análise criteriosa do abstract, tendo sido excluídos 7 artigos por não discriminarem entre os profissionais de saúde os enfermeiros, tendo-se conservado 19 artigos com elegibilidade os quais foram avaliados criteriosamente na íntegra (full-text), tendo sido excluídos 9 artigos porque apenas avaliavam os níveis de burnout dos enfermeiros, mas sem referência aos fatores associados a esta síndrome, tendo sido incluídos no corpus de análise 10 artigos. Nesta etapa e de maneira a organizar-se toda a análise, fazendo-se uma leitura

Figura 1. Diagrama com o processo de seleção dos estudos - PRISMA



exploratória de cada artigo, identificaram-se, traduziram-se e transcreveram-se frases/palavras que correspondiam ao tema dos fatores associados ao burnout nos enfermeiros. Com o intuito de sistematizar a informação dos artigos, os dados extraídos dos estudos foram compilados de forma descritiva numa tabela previamente elaborada, o que facilitou a identificação e reformulação das categorizações temáticas.

Caraterísticas do estudo e da amostra

Dos 10 estudos que constituíram o corpus amostral, cinco são estudos transversais (estudos 1, 2, 3, 8 e 10), os estudos 4, 5 e 9 são revisões sistemáticas da literatura com metanálise, o estudo 6 trata-se de uma pesquisa exploratória, descritiva, o estudo 7 consiste numa revisão da literatura e estudo qualitativo, com recurso à análise de conteúdo. O estudo 1 foi realizado em unidades médicas e cirúrgicas, os estudos 2 e 10 em Unidades de cuidados Intensivos, os estudos 3 e 8 em Lares de Terceira idade, o estudo 4 em cuidados de saúde primários, o estudo 6 no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e o estudo 7 no serviço de urgência, como se pode observar no quadro que consta em anexo, onde, com o intuito de sistematizar a informação dos artigos, os dados extraídos foram compilados de forma descritiva, o que facilitou a identificação e reformulação das categorizações temáticas.

Resultados

Seguidamente apresentam-se os fatores associados ao burnout em enfermeiros, estando agrupados por temas.

Tabela 1. Resultados das evidências dos estudos

Estudo 1	Liu, S., Zheng, J., Liu, K. et al. (2018).
Tipo de estudo	Estudo transversal
Objetivo do estudo	Explorar o impacto do ambiente de trabalho de enfermagem hospitalar, carga de trabalho, cuidados de enfermagem deixados por fazer e desgaste do enfermeiro pela segurança do doente
Amostra	1542 enfermeiros de 111 unidades médicas e cirúrgicas de 23 hospitais da província de Guangdong, China. Maioritariamente do género feminino, mais de 70% tinham menos de 30 anos de idade, mais de metade trabalhava há <5 anos e menos de 10% tinham o bacharelado.
Resultados	Melhor ambiente de trabalho foi associado a melhor segurança do doente, direta e indiretamente; menor carga de trabalho relaciona-se sobretudo com melhor segurança do doente. O cuidado de enfermagem deixado de realizar e o desgaste do enfermeiro foram mediadores negativamente associados à segurança do doente. Quanto melhor ambiente de trabalho e menor a disparidade de rácio enfermeiro/doente no turno do dia menos níveis de <i>burnout</i> , melhor segurança do doente e menos eventos adversos, sem exceção. Os fatores preditores de <i>burnout</i> foram o ambiente de trabalho, excesso de carga de trabalho e garantir a segurança do doente.
Estudo 2	Fernandes, L.S., Nitsche, M.J.T., & Godoy, I. de (2017)
Tipo de estudo	Estudo quantitativo e transversal
Objetivo do estudo	Avaliar o nível da síndrome de <i>burnout</i> de profissionais de saúde uma Unidade de Cuidados Intensivos.
Amostra	47 profissionais de saúde a exercerem numa Unidade de Cuidados Intensivos de um hospital público de alta complexidade (Hospital de Botucatu – UNESP, Brasil), sendo 11 enfermeiros (23,4%), 29 técnicos de enfermagem (61,7%) e 7 auxiliares de enfermagem (14,9%), com uma média de idade de 32,9±7,4 anos, com uma média de tempo de exercício profissional de 8±6,2 anos, a média semanal de horas de trabalho foi de 41,2±2,9 horas. Eram maioritariamente do género feminino (83%).
Resultados	A pontuação média em relação à exaustão emocional foi de 31,09±9,2 pontos, a realização profissional obteve 21,11±7,7 pontos e a despersonalização 15,36±4,5 pontos. Apurou-se que 74,5% dos profissionais obtiveram um alto nível para a exaustão emocional, 93,7% baixo nível na realização profissional e 93,7% alto nível para a despersonalização. O ambiente intensivista é propício para o desenvolvimento do <i>burnout</i> . A carga de trabalho (12 horas por dia, trabalhar 2 ou mais turnos), menor grau de escolaridade, não ser fisicamente ativo e a categoria profissional são variáveis preditoras de <i>burnout</i> .
Estudo 3	Aldaz, E., Aritzeta, A., & Galdona, N. (2019).
Tipo de estudo	Estudo transversal
Objetivo do estudo	Determinar o poder explicativo da alexitimia e da inteligência emocional no <i>burnout</i> e examinar a sua capacidade explicativa combinada no <i>burnout</i> , em contexto de cuidados prestados a idosos.
Amostra	159 auxiliares de enfermagem a exercerem em Lares de Terceira idade no norte da Espanha. A maioria dos participantes era do sexo feminino (93,7%), com uma média de idade de 42 anos (intervalo 22 a 65, com um desvio padrão de 9,86). Em termos de escolaridade, 37,1% tinham nível intermediário de formação profissional, enquanto 28,9% concluíram um nível avançado. Em relação ao trabalho por turnos, 45% da amostra trabalhava em regime de turnos noturnos ou fins-de-semana e feriados. No geral, trabalhavam no mesmo lar de idosos por volta dos 5 anos (em meses: média= 62,25±45,71).
Resultados	A alexitimia contribuiu moderadamente para duas dimensões do <i>burnout</i> : despersonalização e realização pessoal, com influência das características do trabalho. A inteligência emocional não teve influência na alexitimia para a explicação do <i>burnout</i> . A alexitimia foi a variável preditora

	de <i>burnout</i> .
Estudo 4	Monsalve-Reyes, C.S., Luis-Costas, S.C., Gómez-Urquiza, J.L., Albendín-García, L., Aguayo, R., & Cañadas-De la Fuente, G.A. (2018).
Tipo de estudo	Revisão sistemática da literatura com metanálise
Objetivo do estudo	Estimar a prevalência de <i>burnout</i> , tendo em conta as suas dimensões: exaustão emocional, despersonalização e realização pessoal em enfermeiros de cuidados de saúde primários.
Amostra	Foram incluídos na metanálise 8 estudos, representando uma amostra total de 1110 enfermeiros de cuidados de saúde primários.
Resultados	A elevada prevalência de exaustão emocional foi de 28% (intervalo de confiança de 95% =22-34%), a despersonalização também foi elevada - 15% (intervalo de confiança de 95%=9–23%) e 31% (intervalo de confiança de 95% = 6–66%) para a baixa realização pessoal. Os fatores que mais despoletam <i>burnout</i> nos enfermeiros de cuidados de saúde primários são: cronicidade das doenças; interrupção das rotinas do serviço; exigências que cada vez mais se colocam aos cuidados de saúde primários que obrigam os enfermeiros a enfrentarem os novos desafios, sendo cada vez mais solicitados, fazendo aumentar a pressão em termos laborais. Problemas como a exaustão emocional e a baixa realização pessoal são muito comuns entre os enfermeiros de cuidados de saúde primários, o que os predispõe a um maior risco de <i>burnout</i> .
Estudo 5	Gómez-Urquiza, J.L., De la Fuente-Solana, E.I., Albendín-García, L., Vargas-Pecino, C., Ortega-Campos, E.M., & Cañadas-De la Fuente, G.A. (2017).
Tipo de estudo	Revisão sistemática da literatura com metanálise
Objetivo do estudo	Determinar a prevalência de <i>burnout</i> (com base no <i>Maslach Burnout Inventory</i> (MBI) nas três dimensões: alta exaustão emocional, alta despersonalização e baixa realização pessoal) entre enfermeiros do serviço de urgência.
Amostra	Foram incluídos 13 estudos, num total de 1566 enfermeiros.
Resultados	A prevalência estimada de cada subescala foi de 31% (IC95%, 20-44) para a exaustão emocional, 36% (IC95%, 23-51) para a despersonalização e 29% (IC95%, 15-44) para a baixa realização pessoal. A prevalência da síndrome de <i>burnout</i> em enfermeiros do serviço de urgência é alta; cerca de 30% da amostra revelam com pelo menos 1 dimensão das 3 subescalas do <i>Maslach Burnout Inventory</i> (MBI). As condições de trabalho (excesso de carga de trabalho, hostilidade por parte dos doentes que podem agredir física e verbalmente a equipa, falta de assertividade por parte da equipa, tipo de horário de trabalho, condições contratuais) e fatores pessoais (pouca experiência profissional, nível familiar, falta de apoio social e ter o cônjuge desempregado) são fatores risco de <i>burnout</i> nos enfermeiros do serviço de urgência. O <i>burnout</i> tem sido associado ao aumento do absentismo, abandono do emprego, redução da qualidade dos cuidados prestados, aumento de erros e nível reduzido de segurança do doente, com notificação de elevado número de eventos adversos.
Estudo 6	Silva, F.G. da, Andrade, B.P da, Ponte, K.M.A. de, Ferreira, V.E.S., Sousa, B.S. da, & Gonçalves, K.G. (2019).
Tipo de estudo	Pesquisa exploratória, descritiva
Objetivo do estudo	Conhecer a predisposição para a síndrome de <i>burnout</i> na equipa de Enfermagem do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU)
Amostra	8 enfermeiros e 11 técnicos de enfermagem do SAMU de Sobral-Ceará, Brasil, com tempo de serviço prestado no SAMU entre 10 a 11 anos. A carga horária dos técnicos de enfermagem era de 44 horas e dos enfermeiros 24 horas semanais.
Resultados	A maioria dos profissionais apresenta, tendo em conta o <i>Maslach Burnout Inventory</i> (MBI), nível baixo de exaustão emocional; nível moderado de despersonalização; nível alto de reduzida realização profissional, evidenciando predisposição à síndrome de <i>burnout</i> . Os enfermeiros apresentam desgaste físico e emocional. Tal desgaste é sinal de uma disfunção importante no ambiente das organizações. As condições de trabalho na assistência pré-hospitalar são

	constituídas por ambientes hostis para a atuação da equipa, exigências psicológicas intensas, sobrecarga ocupacional e recursos estruturais deficientes. A reduzida realização profissional em altos níveis gera a sensação de incapacidade, baixa autoestima, desmotivação e infelicidade no trabalho, afetando a habilidade e a destreza, associada a sentimentos de insensibilidade em relação aos doentes ou colegas de trabalho, podendo ser a frustração um fator desencadeador da síndrome de <i>burnout</i> .
Estudo 7	Abellanoza, A., Provenzano-Hass, N., & Gatchel, R.J. (2018).
Tipo de estudo	Revisão da literatura e estudo qualitativo, com recurso à análise de conteúdo.
Objetivo do estudo	Verificar os fatores que influenciam o <i>burnout</i> em enfermeiros do serviço de urgência.
Amostra	Literatura específica na área e 5 enfermeiros a exercerem num serviço de urgência.
Resultados	A revisão da literatura revela que a exposição a situações traumáticas as características do trabalho; as exigências em termos laborais, os fatores organizacionais, a idade (enfermeiros mais novos), excesso de carga de trabalho são fatores despoletadores de <i>burnout</i> nos enfermeiros do serviço e urgência. Os resultados das entrevistas mostram que a análise de sentimentos revelou um padrão positivo de palavras quando os enfermeiros relataram sobre os recursos e um padrão de negativo de palavras em relação à carga de trabalho e a questões organizacionais. Os resultados negativos associados à exaustão emocional foram a perda de produtividade, diminuição da qualidade dos cuidados, aumento da rotatividade e a saúde mental e física dos próprios enfermeiros.
Estudo 8	White, E.M., Aiken, L.H., & McHugh, M.D. (2019).
Tipo de estudo	Análise secundária transversal de dados vinculados da pesquisa de enfermagem RN4CAST-US de 2015 e LTCfocus
Objetivo do estudo	Examinar a relação entre os enfermeiros, insatisfação no trabalho e falta de atendimento num lar de terceira idade.
Amostra	540 enfermeiros certificados pelo <i>Medicare</i> e <i>Medicaid</i> a exercerem em lares de terceira idade na Califórnia, Flórida, Nova Jersey e Pensilvânia.
Resultados	Na amostra total, 30% dos enfermeiros apresentaram altos níveis de <i>burnout</i> , 31% estavam insatisfeitos com o trabalho e 72% relataram não ter realizado uma ou mais tarefas de cuidados essenciais aos idosos no último turno devido à falta de tempo ou de recursos. Um em cada cinco enfermeiros relatou ser incapaz de conseguir realizar os cuidados aos idosos frequentemente, devido aos referidos fatores.
Estudo 9	Pradas-Hernández, L., Ariza, T., Gómez-Urquiza, J.L. ...Cañadas-De la Fuente, G.A. (2018).
Tipo de estudo	Revisão sistemática da literatura com metanálise
Objetivo do estudo	Analisar a literatura sobre as características do <i>burnout</i> , prevalência relatada, gravidade e fatores de risco, para obter uma melhor compreensão do risco de exaustão emocional, despersonalização e sentimentos de baixa realização pessoal em enfermeiros a exercerem em pediatria.
Amostra	34 estudos que abordavam o <i>burnout</i> em enfermeiros pediátricos, sem restrições na data de publicação, resultando numa amostra de 1600 enfermeiros a exercerem em pediatria.
Resultados	Muitos dos estudos detetaram valores moderadamente altos para as três dimensões do <i>burnout</i> e destacaram variáveis sociodemográficas, psicológicas e relacionadas com o trabalho associadas a essa síndrome. Os valores de prevalência foram: (i) exaustão emocional 31% (IC 95%: 25-37%); (ii) despersonalização, 21% (IC 95%: 11-33%); (iii) baixa realização pessoal, 39% (IC 95%: 28-50%). A insatisfação profissional, o estado civil, a idade e o número de crianças que restam cuidados são fatores relacionados com a exaustão emocional. As enfermeiras mais jovens e casadas e que trabalham por turnos são mais vulneráveis à exaustão emocional. Os níveis de <i>burnout</i> são inferiores em enfermeiros que têm a seu cargo um número mais reduzido de doentes. A experiência profissional, a área médica da unidade e o ambiente

	de trabalho correlacionam-se negativamente com a exaustão emocional e despersonalização e positivamente com a realização pessoal. Enfermeiros de uma unidade pediátrica com programa de qualidade e assistência diferenciada têm níveis mais baixos de <i>burnout</i> . As enfermeiras no turno do dia e que trabalham 12 horas diárias revelam maiores níveis de <i>burnout</i> . A despersonalização está positivamente relacionada com a experiência de trabalho e com a variável pessoal possuir o cônjuge empregado. A realização pessoal correlaciona-se com o género e tipo de contrato. O stress é uma variável psicológica que resulta na síndrome de <i>burnout</i> .
Estudo 10	Vasconcelos, E.M., & De Martino, M.M.F. (2017).
Tipo de estudo	Estudo quantitativo, descritivo, transversal.
Objetivo do estudo	Identificar a prevalência e analisar a existência de fatores preditores da síndrome de <i>burnout</i> em enfermeiros de unidade de terapia de cuidados intensivos.
Amostra	91 enfermeiros a exercerem numa unidade de cuidados intensivos de hospital universitário de grande porte da cidade de São Paulo (SP), Brasil. Desses, 81 (89,0%) eram mulheres, 57 (62,6%) solteiros, 65 (71,4%) referiram não ter filhos. A idade oscilou entre 22 e 59 anos, com média de 30,82 anos e desvio padrão de 6,42. A maior parte não possuía cargo extra (93,4%), com predomínio da carga horária semanal entre 30-40 horas (53,8%), a duração das últimas férias foi de 30 dias (78,3%), 41,8% tinham mais de 5 anos de exercício profissional em cuidados intensivos, 80,2% prestavam cuidados diários a menos que 10 doentes por dia (80,2%).
Resultados	Apresentaram <i>burnout</i> 14,3% da amostra. A percentagem de enfermeiros com alta exaustão emocional, alta despersonalização e baixa realização profissional foi de, respetivamente: 47,2%, 34,1% e 34,1%, com base no <i>Maslach Burnout Inventory</i> (MBI) na sua versão <i>Human Services Survey</i> (HSS). A percentagem de enfermeiros classificados com síndrome de <i>burnout</i> foi mais elevada nos que se situavam na faixa etária entre 22-29 anos (20,7%), nas mulheres (16%), nos solteiros (17,5%) e entre os enfermeiros que não tinham filhos (16,9%). A maioria dos que apresentava a síndrome de <i>burnout</i> não praticava atividade física (14,9%), tendo, como salário mensal, 10 ou mais salários mínimos (21,4%). Dos 6 enfermeiros que tinham outro emprego, 2 (33,3%) revelaram síndrome de <i>burnout</i> ; 14,3% tinham uma carga horária semanal entre 30-40 horas; 30,8% dos que apresentavam tinham entre 2-3 anos de experiência profissional numa unidade de cuidados intensivos, com 13,7% a prestar cuidados a menos de 10 doentes por dia. Das variáveis estudadas, a duração das férias foi a única que apresentou associação significativa com a ocorrência do <i>burnout</i> ($p=0,034/OR=3,92$); os enfermeiros que tiveram as últimas férias com duração de até 25 dias tinham 3,92 mais vezes de apresentarem <i>burnout</i> em relação aos enfermeiros que tiveram a últimas férias com duração de 30 dias ou mais. Ficou registado que a percentagem de enfermeiros com <i>burnout</i> foi mais elevada entre os que tiveram as últimas férias com até 25 dias do que para os que tiveram férias com duração de 30 dias ou mais (30,0% vs. 9,9%).

Fatores associados ao burnout em enfermeiros

- Condições de trabalho (ambiente de trabalho, interrupção das rotinas do serviço, excesso de carga de trabalho, tipo de horário de trabalho e de contrato, disparidade de rácio enfermeiro/doente, remuneração, possuir outro trabalho, condições contratuais, falta de tempo e de recursos, fatores organizacionais) (estudos 1, 2, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10).
- Garantir a segurança do doente (estudo 1).
- Categoria profissional (estudo 2).
- Alexitimia (estudo 3).

- Cronicidade das doenças (estudo 4).
- Hostilidade por parte dos doentes que podem agredir física e verbalmente a equipa (estudo 5).
 - Falta de assertividade por parte da equipa (estudo 5).
 - Pouca experiência profissional (estudos 5, 10).
 - Falta de apoio social (estudo 5).
 - Exigências psicológicas intensas (estudos 4, 6, 9).
 - Características sociodemográficas

(idade (enfermeiros mais novos); menor grau de escolaridade; estado civil (casado, solteiro), género (mulheres), possuir filhos, nível familiar, cônjuge desempregado, não ser fisicamente ativo) (estudos 2, 5, 7, 9, 10).

- Duração das férias (menos tempo de férias) (estudo 10).

Discussão

A maioria dos estudos analisados concluiu que as condições de trabalho, nomeadamente: ambiente de trabalho, interrupção das rotinas do serviço, excesso de carga de trabalho, tipo de horário de trabalho e de contrato, disparidade de rácio enfermeiro/doente, remuneração, possuir outro trabalho, condições contratuais, falta de tempo e de recursos, fatores organizacionais, são fatores que se associam ao burnout em enfermeiros, independentemente do local onde exercem funções. Seguindo-se as características sociodemográficas (idade (enfermeiros mais novos); menor grau de escolaridade; estado civil (casado, solteiro), género (mulheres), possuir filhos, nível familiar, cônjuge desempregado, não ser fisicamente ativo) e as exigências psicológicas intensas. Estes fatores, incluindo também a garantia da segurança do doente, a categoria profissional, a alexitimia, a cronicidade das doenças, a hostilidade por parte dos doentes que podem agredir física e verbalmente a equipa, a falta de assertividade por parte da equipa, a pouca experiência profissional, a falta de apoio social e a duração das férias (menos tempo de férias), resultam em exaustão emocional, despersonalização e baixa realização profissional.

Estas evidências apoiam os resultados encontrados em estudos anteriores, nos quais ficou também demonstrado que o ambiente de trabalho, garantir a segurança do doente, os fatores organizacionais e as características sociodemográficas são variáveis com interferência estatisticamente significativa no burnout em enfermeiros, manifestando-se em desgaste físico e emocional (Aiken, Sloane, Bruyneel, Van den Heede & Sermeus, 2013; Kelly, Kutney-Lee, Lake & Aiken, 2013; Stalpers, Brouwer, Kaljouw & Schuurmans, 2015). Neste sentido, como

referem os autores citados, torna-se essencial melhorar o ambiente de trabalho dos enfermeiros, sendo esta uma estratégia potencial para reduzir os níveis de stresse, evitando-se assim que os enfermeiros cheguem a uma situação de burnout. Os enfermeiros, ao sentirem-se exaustos, têm tendência a abster-se do trabalho, relatando um sentimento de sobrecarga física e emocional, referindo um estado de fadiga diário (Pereira, 2018). De igual modo, podem manifestar mais insatisfação em relação ao trabalho, o que é corroborado por Cicchitti, Cannizzaro, Rosi, Maccaroni e Menditto (2014), no seu estudo, que também constataram que os enfermeiros com menor satisfação em relação ao trabalho são os que apresentam moires índices de burnout. Rabie, Klopper e Coetzee (2017) referem que os enfermeiros mais insatisfeitos com os seus empregos manifestam níveis mais altos de stresse e têm mais intenção de deixar o local de trabalho, como consequência de menor realização profissional. Cavaco (2016) verificou que os níveis de exaustão emocional e de despersonalização são mais elevados em enfermeiros que pretendem ou gostariam de mudar de profissão, revelando baixos níveis de realização profissional, enquanto os que se sentem mais realizados pessoal e profissionalmente não gostariam de mudar de profissão.

Ficou também demonstrado que os enfermeiros que apresentam uma maior exaustão emocional são os que consideram o seu trabalho bastante stressante, o que corrobora o referido por Cruz e Abellán (2015), segundo os quais, os enfermeiros que percecionam o seu trabalho como muito stressante apresentam mais propensão a desenvolverem exaustão emocional, elevada despersonalização e baixa realização profissional, estando os resultados apurados em conformidade. Os mesmos autores encontraram uma relação significativa e positiva entre o nível de stresse no trabalho e as dimensões de exaustão emocional e despersonalização.

Importa também referir que Aldaz, Aritzeta e Galdona (2019), estudo 3, constataram que a alexitimia foi a variável preditora de burnout em enfermeiro, estes autores referem que este

resultado pode ser explicado pela insegurança e baixa autoestima própria de pessoas alexitímicas. O facto de a alexitimia estar associada a uma baixa autoestima (Mousavi & Alavinezhad, 2016), sendo também uma variável explicativa dos problemas interpessoais (Zarei & Besharat, 2010), sugere que as pessoas alexitímicas podem sofrer impactos externos negativos, como as avaliações dos colegas de trabalho e, portanto, sentem baixos níveis de realização profissional.

Dos artigos previamente apresentados refere-se como limitações a escassez de estudos na área em análise, a existência de uma população heterogénea e dispersa por diferentes pontos do mundo, enfermeiros predominantemente jovens e com uma diversidade muito grande em termos de local de trabalho (serviços de urgência adulto e pediátrico, unidades de cuidados intensivos, cuidados de saúde primários e lares).

Conclusão

Face aos resultados obtidos e perante uma reflexão sobre o quadro teórico realizado, pode dizer-se que, para os enfermeiros, a prestação de cuidados se caracteriza principalmente pela sua complexidade e especificidade. Deste modo, um maior grau de experiência e de destreza é fundamental, o que poderá resultar em menores dificuldades laborais e menores níveis de stresse, com inferior propensão para o desenvolvimento da síndrome de burnout. Assim, sugere-se a criação de espaços de partilha entre enfermeiros, onde estes possam expressar o que esteja menos bem e partilhar experiências, servindo de ponto de partida para ganhos de mais inteligência emocional e resiliência como fatores protetores de burnout, o que inclui o reforço de canais de comunicação e formação de dinâmicas de grupo.

A elaboração deste trabalho proporcionou uma experiência de aprendizagem na área da investigação e da psicossociologia, constituindo-se num percurso que possibilitou o aprofundamento dos conhecimentos relativos à questão abordada e o desenvolvimento de competências na prática da investigação. Não obstante as conclusões previamente apontadas, os autores salientam a necessidade de mais estudos nesta área para

melhor compreensão destes fenómenos. Salienta-se a escassez de estudos apresentados, bem como a exclusão de metade dos artigos inicialmente selecionados.

Financiamento

Os autores declaram não terem recebido qualquer tipo de financiamento para a realização desta revisão, nem apresentam qualquer outro tipo de conflito de interesses.

Referências bibliográficas

- Abellanoza, A., Provenzano-Hass, N., & Gatchel, R.J. (2018). Burnout in ER nurses: Review of the literature and interview themes. *J Appl Behav Res.*; 23: e12117, 1-16. <https://doi.org/10.1111/jabr.12117>.
- Aiken, L.H., Sloane, D.M., Bruyneel, L., Van den Heede, K., & Sermeus, W. (2013). Nurses' reports of working conditions and hospital quality of care in 12 countries in Europe. *Int. J. Nurs. Stud.*; 50, 143–153. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2012.11.009>.
- Aldaz, E., Aritzeta, A., & Galdona, N. (2019). The association between alexithymia, emotional intelligence and burnout among nursing assistants working in nursing home settings: A cross-sectional study. *J Adv Nurs.*; 75, 2786-2796. <https://doi.org/10.1111/jan.14153>
- Aragão, N.S.C. de, Barbosa, G.B., & Sobrinho, C.L.N. (2019). Síndrome de Burnout e fatores associados em enfermeiros intensivistas: uma revisão sistemática. *Rev Baiana Enferm*; 33: e28605, 1-17. DOI 10.18471/rbe.v33.28605
- Baker, J.D. (2016). The purpose, process and methods of writing a literature review: Editorial. *Association of Operating Room Nurses. AORN Journal*, 103(3), 265-269. doi:10.1016/j.aorn.2016.01.016
- Barbosa, A., & Neto, I.G. (2016). Manual de cuidados paliativos. Lisboa: Portugal: Fundação Calouste Gulbenkian, Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.
- Cavaco, C.I.M. (2015). A relação entre inteligência emocional e o burnout em médicos e enfermeiros. (Dissertação de Mestrado). Universidade do Algarve. Acedido em <https://>

sapientia.ualg.pt/bitstream/10400.1/8648/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o.CatarinaCavaco.pdf

Cicchitti, C., Cannizzaro, G., Rosi, F., Maccaroni, R., & Menditto, V.G. (2014). Burnout syndrome in pre-hospital and hospital emergency. Cognitive study in two cohorts of nurses. *Recenti Prog Med.*;105(7-8), 275-80. doi: 10.1701/1574.17110.

Cruz, S.P. de la., & Abellán, M.V. (2015). Desgaste profissional, stress e satisfação no trabalho do pessoal de enfermagem em um hospital universitário. *Rev. Latino-Am. Enfermagem Forthcoming*, 2-10. DOI: 10.1590/0104-1169.0284.2586 www.eerp.usp.br/rlae

Dewa, C.S., Loong, D., Bonato, S., Thanh, N.X., & Jacobs, P. (2014). How does burnout affect physician productivity? A systematic literature review. *BMC Health Serv Res.*; 14, 325.

Elbaraz, I., Loney, T., Yousef, S., & Elias, A. (2017). Prevalence of and factors associated with burnout among health care professionals in Arab countries: a systematic review. *BMC Health Services Research*; 17, 491, 2-10. DOI 10.1186/s12913-017-2319-8

Fernandes, L.S., Nitsche, M.J.T., & Godoy, I. de (2017). Burnout syndrome in nursing professionals from an intensive care unit. *J. res.: fundam. Care*; 9(2), 551-557. DOI: 10.9789/2175-5361.2017.v9i2.551-557.

Gómez-Urquiza, J.L., De la Fuente-Solana, E.I., Albendín-García, L., Vargas-Pecino, C., Ortega-Campos, E.M., & Cañadas-De la Fuente, G.A. (2017). Prevalence of Burnout Syndrome in Emergency Nurses: A Meta-Analysis. *Critical Care Nurse*; Vol. 37, 5, e1-e9.

Kelly, D., Kutney-Lee, A., Lake, E.T., & Aiken, L.H. (2013). The critical care work environment and nurse-reported health care-associated infections. *Am. J. Crit. Care*; 22, 482-488. <http://dx.doi.org/10.4037/ajcc2013298>.

Leite, R., & Huguenin, S., (2005). A importância dos descritores em Ciências da Saúde - DeCS para os Anais Brasileiros de Dermatologia. *An Bras Dermatol.*; 80(5), 457-458. Acedido em <http://www.scielo.br/pdf/abd/v80n5/v80n5a02.pdf>.

Liu, S., Zheng, J., Liu, K. et al. (2018). Hospital

nursing organizational factors, nursing care left undone, and nurse burnout as predictors of patient safety: A structural equation modeling analysis. *International Journal of Nursing Studies*; 86, 82-89.

Martínez-Zaragoza, F. (2018). Personality and interpersonal behaviour may impact on burnout in nurses. *Nursing issues. Cross-sectional study. Evid Based Nurs*, 21, 1, 24. Acedido em <https://ebn.bmj.com/content/ebnurs/21/1/24.full.pdf>

Maslach, C., Schaufeli, W. B., & Leiter, M. P. (2001). Job burnout. *Annual Review of Psychology*, 52, 397-422. <https://doi.org/10.1146/annur.ev.psych.52.1.397>

Monsalve-Reyes, C.S., Luis-Costas, S.C., Gómez-Urquiza, J.L., Albendín-García, L., Aguayo, R., & Cañadas-De la Fuente, G.A. (2018). Burnout syndrome and its prevalence in primary care nursing: a systematic review and meta-analysis. *BMC Family Practice*; 19, 59, 2-7. <https://doi.org/10.1186/s12875-018-0748-z>.

Mousavi, M., & Alavinezhad, R. (2016). Relationship of alexithymia to adult attachment styles and self-esteem among college students. *Journal of Psychiatry and Psychiatric Disorders*; 1, Retrieved from <http://www.jpsychiatrypsychiatricdisord.com/articles/relationshipof-alexithymia-to-adult-attachment-styles-and-self-esteem-among-college-students.pdf>

Ordem dos Enfermeiros. (2015). Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Patrão, C.N.R. (2012). Burnout nos Enfermeiros de Cuidados Paliativos. (Dissertação de Mestrado). Escola Superior de Saúde de Viseu. Acedido em <http://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/1805/1/PATRAO%20Cristina%20Nair%20Ribeiro%20-%20Disserta%C3%A7%C3%A3o%20mestrado.pdf>

Pradas-Hernández, L., Ariza, T., Gómez-Urquiza, J.L. ...Cañadas-De la Fuente, G.A. (2018). Prevalence of burnout in paediatric nurses: A systematic review and meta-analysis. *PLOS ONE*; 2-14. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0195039>.

Rabie, T., Klopper, H.C., & Coetzee, S.K. (2017). Creating positive practice environments

- in a primary health care setting. *Int J Nurs Pract.*; 23(4). doi: 10.1111/ijn.12555. Epub 2017 May 28.
- Ramalho, A. (2008). *Redacção de estudos e projectos de revisão sistemática: com e sem metanálise*. Coimbra: Editora Formasau.
- Schaufeli, W. B. (2017). Applying the job demands-resources model: A 'how to' guide to measuring and tackling work engagement and burnout. *Organizational Dynamics*, 46(2), 120–132. <https://doi.org/10.1016/J.ORGDYN.2017.04.008>
- Shead, J., Scott, H., & Rose, J. (2015). Investigating predictors and moderators of burnout in staff working in services for people with intellectual disabilities: The role of emotional intelligence, exposure to violence and self-efficacy. *International Journal of Developmental Disabilities*, 62(4), 224–233. <https://doi.org/10.1179/2047387715Y.0000000009>
- Silva, F.G. da, Andrade, B.P da, Ponte, K.M.A. de, Ferreira, V.E.S., Sousa, B.S. da, & Gonçalves, K.G. (2019). Predisposição para síndrome de burnout na equipe de enfermagem do serviço de atendimento móvel de urgência. *Enferm. Foco*; 10(1), 40-45.
- Stalpers, D., de Brouwer, B.J., Kaljouw, M.J., & Schuurmans, M.J. (2015). Associations between characteristics of the nurse work environment and five nurse-sensitive patient outcomes in hospitals: a systematic review of literature. *Int. J. Nurs. Stud.*; 52, 817–835. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2015.01.005>
- Stassen, W., Van Nugteren, B., & Stein, C. (2013). Burnout among advanced life support paramedics in Johannesburg, South Africa. *Emerg Med J.*; 30, 331–333.
- Vasconcelos, E.M., & De Martino, M.M.F. (2017). Preditores da síndrome de burnout em enfermeiros de unidade de terapia intensiva. *Rev Gaúcha Enferm.*; 38(4), e65354, 1-8. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2017.04.65354>
- White, E.M., Aiken, L.H., & McHugh, M.D. (2019). Registered Nurse Burnout, Job Dissatisfaction, and Missed Care in Nursing Homes. *JAGS*; 67, 10, 2065-2071.
- Zarei, J., & Besharat, M. A. (2010). Alexithymia and interpersonal problems. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*; 5, 619–622. <https://doi.org/10.1016/J.SBSPRO.2010.07.153>

A INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM EM CUIDADOS PALIATIVOS EM UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS: REVISÃO INTEGRATIVA

Ana Guerreiro Almeida⁽¹⁾; Ana Maria Almeida⁽²⁾; Joana Costa Pereira⁽³⁾; Florinda Galinha de Sá⁽⁴⁾



Resumo

Os cuidados paliativos em Unidades de Cuidados Intensivos são realidades, paulatinamente debatidas, não antagónicas, sendo que as intervenções de enfermagem promovem o conforto e qualidade de vida do cliente e família.

Objetivos: Compreender o cuidado de enfermagem ao cliente em cuidados paliativos em UCI, tendo como objetivos específicos descrever as intervenções de enfermagem ao cliente em cuidados paliativos em UCI e sistematizar a evidência científica, segundo a teoria de conforto de Kolcaba.

Metodologia: Revisão Integrativa da Literatura, com pesquisa na EBSCO, ScienceDirect e literatura cinzenta, utilizando os descritores: palliative care/ treatment/ therapy/ supportive care; nurs*; intensive care units, critical care e intensive care. Obteve-se 17 artigos, publicados nos últimos 10 anos.

Resultados: Intervenções de enfermagem identificadas, segundo a predominância na literatura, nos contextos da teoria de conforto de Kolcaba: sociocultural (envolvimento da família), seguindo-se o psicoespiritual (apoio psicológico, suporte espiritual e discussão sobre o respeito pela dimensão ético-deontológica) e o físico (controlo de sintomas). O contexto ambiental não apresentou expressão. Identificaram-se, também, intervenções multicontextuais.

Conclusões: As intervenções de enfermagem de cuidados paliativos em UCI ainda não se encontram interiorizadas pelos diferentes contextos da teoria de conforto de Kolcaba, emergindo a necessidade de formação e de investigação.

Palavras-chave: Cuidados paliativos; Unidades de terapia intensiva; Cuidados de enfermagem; Conforto do paciente.

Abstract

THE NURSING INTERVENTION IN PALLIATIVE CARE IN INTENSIVE CARE UNITS: INTEGRATIVE REVIEW

Palliative care in Intensive Care Units are realities, gradually debated, not antagonistic, being that nursing interventions promote comfort and quality of life of the client and family.

Objectives: *To understand the nursing care provided to the client under palliative care in the ICU, having as specific objectives: to describe the nursing interventions provided to the client under palliative care in the ICU and to systematize the scientific evidence according to Kolcaba's comfort theory.*

Methods: *Integrative Literature Review, with research in EBSCO, ScienceDirect and gray literature, using the following descriptors: palliative care/ treatment/ therapy/ supportive care; nurs*; intensive care units, critical care and intensive care. 17 articles were obtained, published in the last 10 years.*

Results: *Nursing interventions were identified, according to their predominance in the literature and to Kolcaba's contexts: sociocultural (family involvement), followed by psycho-spiritual (psychological support, spiritual support and discussion about respect for the ethical-deontological dimension) and physical (symptom control). The environmental context showed no expression. Multicontextual interventions were also identified.*

Conclusions: *Nursing interventions in palliative care at ICU are not yet internalized by the different contexts present in Kolcaba's comfort theory, emerging the need for training and research.*

Key Words: *Palliative care; Intensive care units; Nursing care; Patient comfort.*

Resumen

LA INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN CUIDADOS PALIATIVOS EN UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS: REVISIÓN INTEGRATIVA

Los cuidados paliativos en las Unidades de Cuidados Intensivos son realidades, pausadamente discutidas, no antagónicas, siendo que las intervenciones de enfermería promueven el confort y la calidad de vida del paciente y su familia.

Objetivos: *Comprender el cuidado de enfermería al cliente en cuidados paliativos en UCI, teniendo como objetivos específicos describir las intervenciones de enfermería al paciente en cuidados paliativos en UCI y sistematizar la evidencia científica, segundo la teoría del confort de Kolcaba.*

Metodología: *Revisión integrativa de la literatura, con búsqueda en EBSCO, ScienceDirect y literatura gris, utilizando los descriptores: "palliative care/ treatment/ therapy/ supportive care; nurs*; intensive care units, critical care e intensive care. Se obtuvieron 17 artículos, publicados en los últimos 10 años.*

Resultados: *Intervenciones de enfermería identificadas, según la predominancia en la literatura, en los contextos de Kolcaba: sociocultural (participación de la familia), siguiéndose el psico-espiritual (apoyo psicológico, soporte espiritual, discusión en respeto por la dimensión ético-deontológica) y el físico (control de síntomas). El contexto ambiental no presentó expresividad. Se identificaron, también, intervenciones multi-contextuales.*

Conclusiones: *Las intervenciones de enfermería de cuidados paliativos en las UCI todavía no se encuentran interiorizados por los contextos de la teoría del confort de Kolcaba, surgiendo la necesidad de formación e investigación.*

Palabras clave: *Cuidados paliativos; Unidad de cuidados intensivos; Cuidados de enfermería; Confort del paciente.*

Artigo submetido em julho 2020. Aceite para publicação em agosto 2021

⁽¹⁾ Licenciada em Enfermagem, Instituto Português de Oncologia, Lisboa (ana.guerreiro@campus.esel.pt)

⁽²⁾ Licenciada em Enfermagem, Instituto Português de Oncologia, Lisboa (anaalmeida1@campus.esel.pt)

⁽³⁾ Licenciada em Enfermagem, Hospital São Bernardo, Setúbal (j.costa@campus.esel.pt)

⁽⁴⁾ Doutora em Enfermagem, Especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica na Pessoa em Situação crítica, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (fgalinha@esel.pt)

INTRODUÇÃO

Perspetivar o cliente como um ser holístico é algo inerente ao conceito de cuidados paliativos, sendo basilar a compreensão dos sintomas e dos problemas do indivíduo e da sua família, assim como a consideração destes como seres únicos que possuem um significado próprio até ao momento da sua morte, experienciando um fim tranquilo (Saunders, 2003). Posteriormente, concatenando a definição da Organização Mundial de Saúde (OMS), os cuidados paliativos são definidos, segundo o quadro legal português, como: *“uma abordagem que visa melhorar a qualidade de vida dos doentes e suas famílias, que enfrentam problemas decorrentes de uma doença incurável e/ou grave e com prognóstico limitado, através da prevenção e alívio do sofrimento, da preparação e gestão do fim de vida e do apoio no luto, com recurso à identificação precoce e tratamento rigoroso dos problemas (...) físicos, (...) psicossociais e espirituais”* (DGS, 2010, p.7). Portanto, os cuidados paliativos *“são [cuidados] interdisciplinares (...) que afirmam a vida e consideram a morte como um processo natural”* (EAPC, 2014, p.1-2). Esta conceção repudia a eutanásia, o suicídio assistido, e a futilidade diagnóstica e terapêutica, centrando-se no bem-estar do cliente, ajudando-o a viver tão intensamente quanto possível até ao fim, mediante a sua consideração enquanto pessoa humana inserido num sistema familiar. Sintetizando, os cuidados paliativos *“são cuidados intensivos de conforto”* (DGS, 2010, p.7).

Estima-se que 82% da população portuguesa não tem acesso a cuidados paliativos (CNCP, 2019). A emergência desta necessidade, deriva de fatores etiológicos, como o envelhecimento da população, a prevalência de doenças crónicas e suas comorbilidades inerentes (CNCP, 2019; Matzo & Sherman, 2019). Por sua vez, Afonso (2012) destaca que estas conduzem a um incremento das taxas de internamento e, em múltiplos casos, de reinternamento em Unidades de Cuidados Intensivos (UCI), no decurso da doença. As UCI são serviços qualificados *“para assumir a responsabilidade integral pelos doentes com disfunções de órgãos, suportando,*

prevenindo e revertendo falências com implicações vitais [tendo assim, em] vista [como objetivo primordial,] a sua recuperação total” (OE, 2018, p.2). Os cuidados de enfermagem nestes contextos são intensos e vigilantes, no seio de uma equipa multiprofissional, vocacionados essencialmente para a sobrevivência do cliente crítico, necessitando de meios sofisticados que permitem a monitorização contínua e administração terapêutica (Urden, Stacy & Lough, 2008). A prioridade da prática de cuidados em UCI é a de salvar vidas (Afonso, 2012), por isso, *“os cuidados intensivos preocupam-se com a resolução e/ou estabilização dos problemas, (...) [ao passo que] os cuidados paliativos não se baseiam em diagnósticos e prognósticos, mas sim nas necessidades (como o elevado sofrimento) resultantes da situação clínica [de um cliente]”* (Catalão, 2015, p.1). Logo, emerge o desafio da intervenção diferenciadora de enfermagem, pois os cuidados paliativos em UCI são realidades que se cruzam, não podendo ser perspetivadas de forma antagónica (Matzo & Sherman, 2019; Silva, Amaral & Malagutti, 2019). Nos anos 70, tendo por base o desenvolvimento tecnológico para substituição de funções vitais e suporte de manutenção de vida, emergiram progressivamente questões ético-legais associadas ao fim de vida e, conseqüentemente, à necessidade de proporcionar conforto ao cliente e família (Aslakson & Curtis, 2019).

O cliente em cuidados paliativos em UCI poderá encontrar-se em diferentes fases da trajetória da sua doença, deste modo poderá: possuir uma doença crónica pré-existente, tendo ou não a priori um acompanhamento em cuidados paliativos, e com possibilidade de reversão da situação de agudização; no momento da sua admissão não apresentar critérios para cuidados paliativos, porém mediante o agravamento do seu estado clínico e, conseqüentemente, o tempo de permanência em UCI, tornar-se elegível para cuidados paliativos; e, ainda, encontrar-se sem critérios de internamento em UCI, contudo avistar o seu fim iminente ou experienciar o mesmo neste contexto (Silva *et al.*, 2019). Todavia, os cuidados paliativos e os cuidados em fim de vida não são

sinónimos, sendo que estes últimos são prestados especificamente ao cliente e família numa “*fase aguda e de intenso sofrimento, na evolução final de uma doença terminal, num período que pode preceder o óbito em horas ou dias*” (Afonso, 2012, p.8). Portanto, os “*benefícios dos cuidados paliativos não se limitam aos cuidados em fim de vida, já que uma intervenção precoce na trajetória da doença proporciona uma melhoria na qualidade de vida e redução da necessidade de tratamentos caros e agressivos*” (EAPC, 2014, p.3). Desta forma, a prestação de cuidados paliativos em UCI tem como objetivo alcançar o conforto, possibilitando, em última instância, uma “boa morte”. Este conceito, por sua vez, assume um carácter subjetivo, sendo definido pela teoria de conforto de Kolcaba como uma morte com significado para todos os intervenientes, atingindo-se uma morte digna (Kolcaba, 2003).

A teoria do conforto de Kolcaba define o cliente como um indivíduo, família, instituições ou comunidades com necessidades de cuidados de saúde, isto é, com necessidades de conforto (Kolcaba, 2003). A intervenção de enfermagem é concebida através do conceito de processo de cuidados de enfermagem, o que implica uma apreciação e reapreciação sistemáticas de forma intuitiva, subjetiva e/ou objetiva. Assim, serão identificadas as necessidades específicas de cada cliente e, conseqüentemente, ocorrerá a implementação de intervenções que almejam o seu conforto. Esta é uma experiência holística, sendo que os níveis de conforto (alívio, tranquilidade e transcendência) são experienciados nos diferentes contextos do cliente: o *físico* diz respeito às questões fisiológicas (sintomas físicos; relaxamento e sensações corporais; mecanismos de homeostasia e função imunitária); o *psicoespiritual* considera a consciência interna do cliente (autoestima; conceito de si próprio; sexualidade; significado atribuído à vida e a percepção sobre a relação com um ser/ordem superior); o *sociocultural* preza as relações sociais/interpessoais existentes entre o cliente, os profissionais de saúde e família; o *ambiental* contempla a experiência humana relativa ao ambiente envolvente - temperatura, luz, ruído, paisagem e mobília (Kolcaba, 2003).

O presente estudo tem como objetivo geral compreender o cuidado de enfermagem ao cliente pessoa e família em cuidados paliativos em UCI, sendo os objetivos específicos descrever as intervenções de enfermagem ao cliente em cuidados paliativos em UCI e sistematizar a evidência científica, segundo a teoria de conforto de Kolcaba.

MATERIAIS E MÉTODOS

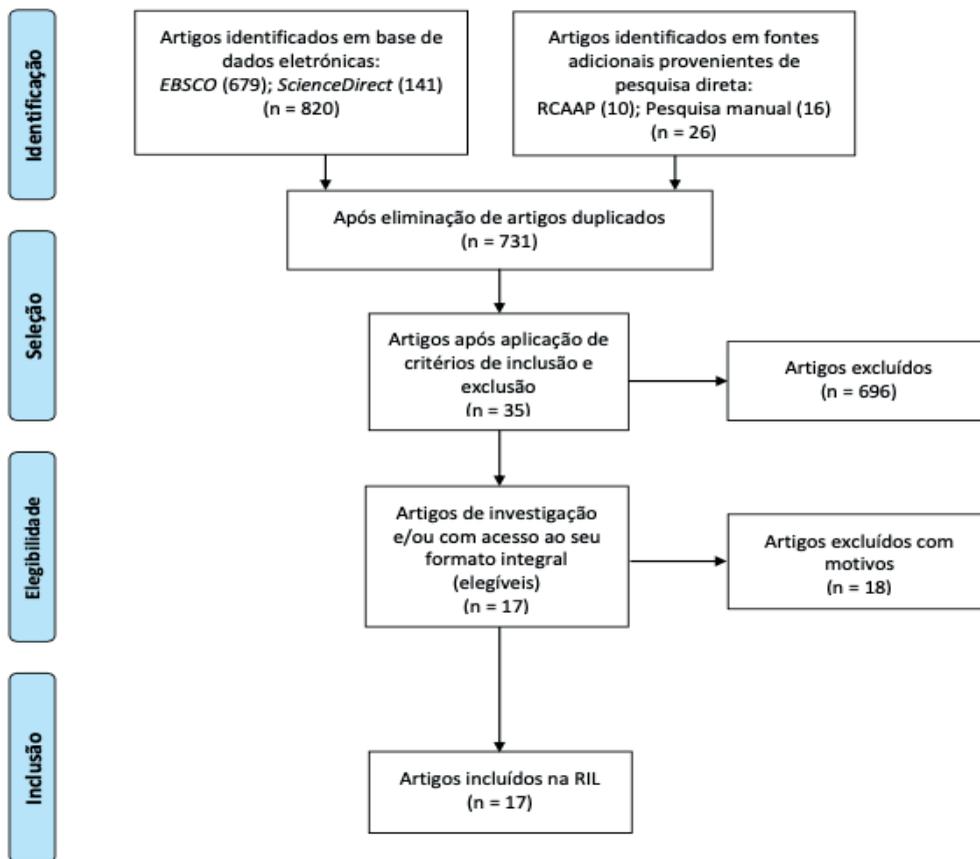
A presente Revisão Integrativa da Literatura (RIL) foi delineada e conduzida com base nas quatro etapas preconizadas por Cronin, Ryan & Coughlan (2008), designadamente: 1) seleção do tópico para a revisão; 2) pesquisa da literatura; 3) recolha de publicações e análise de literatura científica e 4) descrição e discussão dos resultados obtidos. Destarte, a seleção deste método de pesquisa, adveio do facto de este reunir e sintetizar os dados previamente publicados, de forma sistemática e ordenada, permitindo aprimorar conhecimento e competências de diversa índole (Whittemore & Knafl, 2005; Correia & Mesquita, 2013). Nesta perspetiva, após a definição do tema a ser investigado e delimitação da problemática em estudo (Correia & Mesquita, 2013), emergiu a seguinte questão de partida, alicerçada no acrónimo PICO (População - Fenómeno de Interesse - Contexto): *Quais as intervenções de Enfermagem (I) prestadas ao cliente em cuidados paliativos (P) internado em UCI (Co)?*

Primeiramente, realizou-se a pesquisa em bases de dados, em março de 2020, pelas autoras em simultâneo, no sentido de ocorrer a validação por pares do processo de recolha de informação e proscriver artigos duplicados. Recorreu-se às seguintes bases de dados EBSCO (CINAHL, MEDLINE, MedicLatina e Cochrane Central Register of Controlled Trials e Database of Systematic Reviews), ScienceDirect e RCAAP. A expressão de pesquisa adveio da conjugação dos termos de indexação e dos operadores booleanos, sendo esta: [(*Palliative care*) OR (*Palliative treatment*) OR (*Palliative therapy*) OR (*Palliative supportive care*) AND (*Nurs**) AND (*Intensive care units* OR *Critical care* OR *Intensive care*)]. Efetuou-se ainda uma pesquisa, concatenando

literatura cinzenta, complementando a evidência reunida.

Deste modo, inicialmente obteve-se um total de 846 artigos, sendo este número reduzido, após a eliminação de artigos duplicados, culminando no total de 731 artigos. Seguidamente, concretizou-se a leitura dos títulos e resumos dos artigos encontrados, elidindo-se 696 por não compreenderem os critérios de inclusão, a saber: artigos primários e secundários; disponíveis na íntegra; de língua portuguesa, inglesa ou

espanhola; publicados nos últimos dez anos, tendo em conta o critério de exequibilidade analítica, devido ao extenso número de publicações. Como critérios de exclusão considerou-se os artigos que se centravam somente no conceito de cuidados em fim de vida, bem como os que contemplavam o cliente neonatal ou pediátrico internado em UCI, devido à sua especificidade neste contexto. O processo de seleção (Figura 1) resultou num total de 17 artigos que constituíram o corpo de análise.



O processo de análise foi verificado, de forma independente, pelas autoras, existindo posteriormente uma discussão para o consenso nos resultados obtidos.

RESULTADOS

A extração e síntese da informação dos artigos selecionados (Tabela 1) inclui a identificação do artigo, os objetivos, o tipo de estudo e as principais intervenções de enfermagem ao cliente em cuidados paliativos em UCI, de acordo com os contextos de intervenção de enfermagem descritos na teoria de conforto de Kolcaba.

Tabela 1. Síntese dos artigos analisados

Autor, Ano e País	Objetivo	Tipo de estudo	Resultados: Intervenções de Enfermagem ao Cliente em cuidados paliativos internado em UCI			
			Físico	Psicoespiritual	Sociocultural	Multicontextual
Penrod, <i>et al.</i> (2011) EUA	Testar a implementação de um programa piloto com intervenções em cuidados paliativos numa UCI.	Estudo experimental não randomizado	Não identificadas no estudo.	Discutir as intervenções de manutenção e/ou substituição da vida; Considerar as DAV (Diretivas Antecipadas de Vontade); Apoio emocional	Apoio social à família; Promover a participação da família na tomada de decisões (reuniões multidisciplinares)	Planear os cuidados; Considerar a individualidade do cliente e família; Efetuar registos; Adotar protocolos.
Barros, <i>et al.</i> (2012) Brasil	Verificar a compreensão, limites e possibilidades enfrentadas por enfermeiros para realizar cuidados paliativos aos pacientes na UCI de um hospital.	Estudo exploratório descritivo	Gerir a dor, adotando medidas farmacológicas e não-farmacológicas.	Apoio emocional; Suporte espiritual; Promover morte digna; Considerar as DAV, os princípios da dignidade humana, autonomia, beneficência e não maleficência.	Otimizar a comunicação com a família; Promover a participação da família na tomada de decisões; Discutir as opções terapêuticas.	Planear os cuidados; Considerar a individualidade do cliente e família; Priorizar os cuidados de acordo com necessidades e interesses do cliente e família; Adotar protocolos; Promover cuidados de higiene.
Penrod, <i>et al.</i> (2012) EUA	Compreender os fatores dos pacientes associados ao desempenho da norma de Cuidados e Comunicação em cuidados paliativos em UCI.	Estudo observacional prospectivo	Gerir a Dor	Apoio emocional; Apoio psicológico; Suporte espiritual; Considerar as DAV.	Informar a família; Promover a participação da família na tomada de decisões (reuniões multidisciplinares); Promover a visita da família.	Não identificadas no estudo.
Shelly, <i>et al.</i> (2013) EUA	Identificar o conhecimento de enfermagem em cuidados paliativos na área de oncologia, UCI e insuficiência cardíaca.	Estudo descritivo	Gerir a dor, a dispneia, náuseas e vômitos e a fadiga; Monitorizar os efeitos adversos da medicação	Discutir a realização de intervenções de manutenção e/ou substituição da vida; Apoio emocional; Suporte espiritual.	Apoio social à família; Orientar sobre o fim de vida; Promover a participação da família na tomada de decisões (reuniões multidisciplinares)	Planear os cuidados; Triar clientes para cuidados paliativos; Terapias complementares.
O'Neill & Kazer (2014) EUA	Examinar o uso apropriado das equipas de cuidados paliativos para abordar o planeamento de preparação para pacientes com Assistência Ventricular Mecânica.	Estudo de Caso	Gerir a dor através da administração de terapêutica farmacológica.	Apoio emocional; Suporte espiritual; Considerar as DAV; Considerar os princípios da dignidade humana	Apoio social à família; Otimizar a comunicação; Promover a participação da família na tomada de decisões (reuniões multidisciplinares)	Planear os cuidados (adotar protocolos; Efetuar registos; Priorizar os cuidados de acordo com as necessidades e interesses do cliente e família.
White <i>et al.</i> (2014) EUA	Avaliar as crenças, percepções e experiências de enfermeiros de UCI em relação aos cuidados paliativos prestados neste contexto.	Estudo exploratório descritivo	Gerir a dor através da administração de terapêutica farmacológica.	Considerar as DAV; Apoio emocional	Otimizar a comunicação com a família; Apoio social à família; Orientar no processo de morte; Compreender as crenças religiosas da família.	Não identificadas no estudo.
Brown & Halupa (2015) EUA	Examinar os efeitos de uma intervenção educacional nas competências dos enfermeiros em cuidados paliativos numa UCI com pacientes com HIV/sida e suas famílias.	Estudo experimental não randomizado	Gerir a dor	Apoio emocional; Gerir a ansiedade e as expectativas; Suporte espiritual.	Otimizar a comunicação com a família; Informar a família; Apoio social à família; Orientar a família no processo de morte.	Considerar a individualidade e priorizar os cuidados de acordo com as necessidades e interesses do cliente e família; Planear os cuidados.
Anderson, <i>et al.</i> (2016)	Descrever as perspectivas dos enfermeiros da UCI sobre o seu envolvimento na comunicação em	Estudo descritivo	Não identificadas no estudo.	Apoio emocional	Promover a participação da família na tomada de decisões (reuniões multidisciplinares); Informar a família; Relação enfermeiro-	Planear os cuidados; Considerar a individualidade e priorizar os cuidados de acordo com as necessidades e interesses do cliente e

A INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM EM CUIDADOS PALIATIVOS EM UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS: REVISÃO INTEGRATIVA

EUA	cuidados paliativos.				cliente de proximidade; Conhecimento e respeito pela cultura.	família; Adotar modelos de organização e protocolos.
Mazutti <i>et al</i> (2016) Brasil	Estimar a incidência de limitação de Suporte Avançado de Vida em pacientes graves internados em UCI com cuidados paliativos integrados.	Estudo coorte retrospectivo	Controlo de sintomas físicos inespecíficos; Administrar terapêutica farmacológica; Sedação paliativa.	Discutir a realização de intervenções de manutenção e/ou substituição da vida; Considerar o princípio da dignidade humana; Promover uma morte digna.	Informar a família; Promover a participação da família na tomada de decisões (conferências familiares); Conhecimento e respeito pela cultura; Apoio social à família; Aliviar a angústia da família.	Planejar os cuidados; Triar clientes para cuidados paliativos; Considerar a individualidade e priorizar os cuidados de acordo com as necessidades e interesses do cliente e família; Adotar protocolos.
Noreika, & Coyne (2016) EUA	Analisar o modelo consultivo e integrativo na implementação de equipa interdisciplinar de cuidados paliativos numa UCI.	Estudo de Caso	Gerir a dor e a dispneia	Discutir as intervenções de manutenção ou substituição de vida; Considerar o princípio da dignidade humana; Suporte espiritual; Apoio emocional; Gerir a ansiedade.	Promover a participação da família na tomada de decisões (reuniões multidisciplinares); Compreender as crenças religiosas da família; Apoio social à família; Aliviar a angústia da família; Gerir conflitos familiares; Relação enfermeiro - cliente de proximidade.	Gestão da dor total; Planejar os cuidados; Considerar a individualidade do cliente e da família; Contemplar modelos de organização; Triar clientes para cuidados paliativos.
Santos <i>et al</i> . (2016) Brasil	Descrever o processo de validação de conteúdo de protocolo assistencial de enfermagem para pacientes em cuidados paliativos internados em UCI.	Estudo descritivo transversal	Realizar massagem; Gerir a dispneia, dor, fadiga, náuseas e vômitos; Administrar terapêutica analgésica.	Apoio emocional.	Conhecimento e respeito pelas questões culturais; Apoio social à família; Promover a escuta ativa com a família; Relação de proximidade enfermeiro-cliente	Planejar os cuidados; Efetuar registos; Adotar protocolos; Utilizar escalas; Evitar a interrupção do período de sono; Terapias complementares.
Boyle, <i>et al</i> (2017) EUA	Descrever o desenvolvimento, lançamento, implementação e resultados de estratégia colaborativa entre os enfermeiros de UCI e de oncologia para desenvolver competências de comunicação específicas em cuidados paliativos.	Estudo experimental não Randomizado	Controlar a infeção; Monitorizar os efeitos adversos da medicação; Gerir a dor, o <i>delirium</i> e a dispneia; Controlar convulsões; Sedação paliativa; Monitorizar invasivamente;	Apoio emocional; Suporte espiritual	Promover a visita da família; Informar a família; Realizar conferências familiares; Apoiar a família no processo de morte; Apoio social à família; Relação terapêutica enfermeiro-cliente; Compreender os rituais da família.	Planejar os cuidados; Considerar a individualidade e priorizar os cuidados de acordo com as necessidades e interesses do cliente e família; Efetuar registos; Contemplar modelos de organização; Adotar protocolos.
Mun, <i>et al</i> (2017) EUA	Descrever o processo de trabalho de implementação de um programa de cuidados paliativos numa UCI.	Estudo quasi-experimental	Não identificadas no estudo.	Considerar as DAV; Suporte espiritual.	Informar a família; Promover a participação da família na tomada de decisões; Realizar conferências familiares.	Planejar os cuidados; Adotar protocolos; Considerar a individualidade do cliente e família; Triar os clientes; Efetuar registos; Contemplar modelos de organização.
Souza, <i>et al</i> . (2017) Brasil	Compreender o significado de cuidados paliativos pela equipe multiprofissional numa UCI.	Estudo descritivo	Gerir a dor, a dispneia, fadiga, náuseas e vômitos, <i>delirium</i> , obstipação e a perda de apetite.	Promover morte digna; Considerar a dignidade humana e autonomia do cliente; Gerir ansiedade, depressão e medo; Discutir as intervenções de manutenção e/ou	Informar a família; Adotar estratégia comunicacional - escuta ativa da família; Promover a participação da família na tomada de decisão (reuniões multidisciplinares);	Gestão de dor total: Aliviar as insónias; Planejar os cuidados; Priorizar os cuidados de acordo com as necessidades e interesses e considerar a individualidade do cliente e família; Adotar protocolos; Otimizar

				substituição da vida; Suporte espiritual; Apoio emocional.	Estabelecer relação de proximidade enfermeiro- cliente.	recursos materiais e humanos.
Queiroz, <i>et al.</i> (2018) Brasil	Desvendar o significado dos cuidados paliativos aos idosos para a equipa de enfermagem e identificar como ocorrem as interações da família com o idoso na UCI.	Estudo descritivo	Gerir a dor	Apoio psicológico; Apoio emocional; Suporte espiritual	Incentivar a participação da família no cuidado; Promover visitas; Informar a família; Adotar a escuta ativa; Construir relação terapêutica; Apoio social à família.	Planear os cuidados; Priorizar os cuidados de acordo com as necessidades e interesses do cliente e família.
Leemhuis, <i>et al.</i> (2019) EUA	Implementar uma intervenção de enfermagem paliativa de alívio da sede em UCI.	Estudo experimental randomizado	Aliviar a sede através de cotonetes, borrifos de água fria e aplicação de hidratante de mentol nos lábios e na boca	Não identificadas no estudo.	Promover a presença da família; Incentivar a participação da família no cuidado; Conhecimento e respeito pelas questões culturais da família.	Planear os cuidados; Utilizar escalas de monitorização.
Wolf, <i>et al.</i> (2019) EUA	Investigar as percepções de cuidados paliativos de enfermeiros no contexto de UCI e examinar as experiências recentes de sofrimento moral de enfermeiros em UCI.	Estudo descritivo	Gerir a dor, fadiga e náuseas	Obter consentimento informado, Considerar DAV; Apoio emocional; Suporte espiritual; Gerir a ansiedade e expectativas.	Promover a participação da família na tomada de decisões (reuniões multidisciplinares); Apoio social à família; Orientar no processo de morte; Gerir expectativas; Conhecimento e respeito pelas questões culturais da família.	Planear os cuidados; Considerar a individualidade do cliente e família; Triar: clientes para cuidados paliativos; Adotar protocolos.

A maioria dos artigos analisados foram publicados nos últimos cinco anos, sendo que doze foram publicados nos EUA e os restantes cinco no Brasil, revelando um predomínio da produção científica deste continente nesta temática. Os artigos apresentam intervenções de enfermagem no contexto sociocultural (17/17), psicoespiritual (16/17) e físico (14/17), que se encontram íntima e intrinsecamente relacionadas entre si. Observa-se um predomínio de intervenções no contexto sociocultural, presentes em todos os artigos. Contudo, importa referir que não se identificaram intervenções de enfermagem no contexto ambiental da teoria de conforto de Kolcaba. E foram ainda identificadas intervenções do foro multicontextual (15/17), associadas sobretudo a medidas de gestão dos cuidados paliativos em UCI.

DISCUSSÃO

O contexto *sociocultural* apresentou maior expressão, destacando-se, em todos os artigos, com intervenções de enfermagem que promovem o envolvimento da família. Atente-se ao conceito de família equacionado: “*família é quem os seus membros dizem que são*” (Wright &

Leahey, 2012, p.68), sendo esta um construto social, um sistema aberto, que sofre diferentes transições, experienciando um “*percurso evolutivo, (...) podendo prever-se a sequência de transformações na [sua] organização (...) ao longo do seu desenvolvimento*” (Figueiredo, 2012, p.52). Efetivamente, o internamento numa UCI é encarado como uma experiência traumática, tanto para o cliente como para a sua família, conduzindo ao aparecimento de sintomas psicológicos e elevados níveis de morbidade, a longo prazo, pelo que importa implementar intervenções de enfermagem face às necessidades de cada membro (Afonso, 2012; Catalão, 2015). Assim, os estudos demonstram a importância de otimizar a comunicação com a família da pessoa em cuidados paliativos (Barros *et al.*, 2012; Penrod *et al.*, 2012; O’Neil & Kazer, 2014; White *et al.*, 2014; Anderson *et al.*, 2016; Brown & Halupa, 2015; Mazutti *et al.*, 2016; Mun *et al.*, 2017; Souza *et al.*, 2017; Queiroz *et al.*, 2018), adotando diversas estratégias comunicacionais, tais como a transmissão de informação (Penrod *et al.*, 2012; Brown & Halupa, 2015; Mazutti *et al.*, 2016; Mun *et al.*, 2017; Souza, *et al.*, 2017;

Queiroz, *et al.*, 2018) e a escuta ativa (Santos *et al.*, 2016; Souza, *et al.*, 2017; Queiroz, *et al.*, 2018). Surge ainda nos estudos a importância de compreender as crenças culturais e religiosas da família (White *et al.*, 2014; Noreika & Coyne, 2015; Anderson *et al.*, 2016; Santos *et al.*, 2016; Mazutti *et al.*, 2016; Boyle *et al.*, 2017; Leemhuis *et al.*, 2019; Wolf *et al.*, 2019), o estabelecimento de relação de proximidade com a família (Noreika & Coyne, 2015; Anderson *et al.*, 2016; Santos *et al.*, 2016; Boyle *et al.*, 2017; Souza *et al.*, 2017; Queiroz *et al.*, 2018), o orientar a família no processo de morte (Shelly *et al.*, 2013; Brown & Halupa, 2015; Wolf *et al.*, 2019) e o incentivar a participação da família no cuidado (Queiroz *et al.*, 2018; Leemhuis *et al.*, 2019).

Os possíveis *settings* onde estas intervenções poderão ser aplicadas carecem de oportunidades, promovendo-se o encontro com a família através de reuniões multidisciplinares (Penrod *et al.*, 2011; Penrod *et al.*, 2012; Shelly *et al.*, 2013; O'Neil & Kazer, 2014; Noreika & Coyne, 2015; Anderson *et al.*, 2016; Souza *et al.*, 2017; Wolf *et al.*, 2019), pretendendo-se “*chegar a um conhecimento comum do prognóstico do doente e dos objetivos dos cuidados futuros*” (Urden *et al.*, 2008, p. 171). Estudos mais recentes abordam o recurso a conferências familiares (Mazutti *et al.*, 2016; Boyle *et al.*, 2017; Mun *et al.*, 2017), sendo estas um recurso habitual em contexto de cuidados paliativos onde se enfatiza a participação do enfermeiro (Hudson *et al.*, 2008). Num estudo conduzido a nível nacional destaca-se a necessidade de instrumentos de avaliação que permitam o planeamento, a condução e *follow-up* da conferência familiar em cuidados paliativos, assim como um enfermeiro de referência (Feiteira & Cerqueira, 2017). A realização de reuniões multidisciplinares e de conferências familiares, assumem-se como contextos importantes na otimização da comunicação (Nelson *et al.*, 2010), pois adicionalmente, as conferências familiares podem permitir a resolução de eventuais conflitos (Santos *et al.*, 2016).

No contexto *psicoespiritual*, as intervenções que emergem com mais relevo são o apoio emocional (Penrod *et al.*, 2011; Penrod *et al.*, 2012; Barros

et al., 2012; Shelly *et al.*, 2013; O'Neil & Kazer, 2014; White *et al.*, 2014; Brown & Halupa, 2015; Noreika & Coyne, 2015; Anderson *et al.*, 2016; Santos *et al.*, 2016; Boyle *et al.*, 2017; Souza, *et al.*, 2017; Queiroz *et al.*, 2018; Wolf *et al.*, 2019), o suporte espiritual (Barros *et al.*, 2012; Penrod *et al.*, 2012; Shelly *et al.*, 2013; O'Neil & Kazer, 2014; Brown & Halupa, 2015; Noreika & Coyne, 2015; Boyle *et al.*, 2017; Mun *et al.*, 2017; Souza *et al.*, 2017; Queiroz *et al.*, 2018; Wolf *et al.*, 2019) e a discussão sobre o respeito pela dimensão ético-deontológica (Penrod *et al.*, 2011; Barros *et al.*, 2012; Penrod *et al.*, 2012; Shelly *et al.*, 2013; O'Neil & Kazer, 2014; White *et al.*, 2014; Noreika & Coyne, 2015; Mazutti *et al.*, 2016; Mun *et al.*, 2017; Souza, *et al.*, 2017; Wolf *et al.*, 2019). Esta última implica discutir a realização de intervenções de substituição e/ou manutenção de vida, isto é, “*ações que proporcionem o bem-estar, com o máximo de beneficência possível e não-maleficência*” (Barros *et al.*, 2012, p. 637), importa, por isso, considerar as Diretivas Antecipadas de Vontade (DAV), determinando os valores, objetivos e preferências do cliente no planeamento dos cuidados (Decreto-Lei nº15/2014; Nunes, 2016).

No contexto *físico*, o controlo dos sintomas físicos revela maior expressão, através da gestão da dor (Barros *et al.*, 2012; Penrod *et al.*, 2012; Shelly *et al.*, 2013; O'Neil & Kazer, 2014; White *et al.*, 2014; Brown & Halupa, 2015; Noreika & Coyne, 2015; Santos *et al.*, 2016; Boyle *et al.*, 2017; Souza *et al.*, 2017; Queiroz *et al.*, 2018; Wolf *et al.*, 2019), dispneia (Shelly *et al.*, 2013; Noreika & Coyne, 2015; Santos *et al.*, 2016; Boyle *et al.*, 2017; Souza *et al.*, 2017), fadiga (Shelly *et al.*, 2013; Santos *et al.*, 2016; Souza *et al.*, 2017; Wolf *et al.*, 2019) e náuseas/vômitos (Shelly *et al.*, 2013; Santos *et al.*, 2016; Souza *et al.*, 2017; Wolf *et al.*, 2019), administrando terapêutica farmacológica para gestão dos mesmos. O controlo de sintomas em cuidados paliativos é complexo sendo necessário avaliar e explicar as causas dos sintomas *a priori*; identificar e explicar as medidas terapêuticas disponíveis, ao cliente e família; antecipar, se possível, o seu aparecimento; adotar medidas farmacológicas e não farmacológicas e

monitorizar através da utilização de instrumentos protocolados (Neto, 2010). Importa referir que apenas dois estudos referem o recurso a medidas não farmacológicas de controlo de sintomas (Barros *et al.*, 2012; Santos *et al.*, 2016). O alívio da dor e de outros sintomas são uma competência básica dos enfermeiros em cuidados paliativos, sendo uma das principais metas na promoção do conforto (Matzo & Sherman, 2019).

Apesar de nenhum dos artigos referir intervenções afetas ao contexto *ambiental* na conceção dos cuidados de enfermagem este engloba a gestão das condições do espaço onde ocorrem as intervenções, tendo uma expressão direta nos demais contextos. Apesar deste contexto não ter tido expressão a evidência aponta que contribui significativamente para o conforto e bem-estar do cliente (Catalão, 2015; Olausson *et al.*, 2019). Destarte, deverá ser providenciado um ambiente o mais familiar possível (Barros *et al.*, 2010; Afonso, 2012; Catalão, 2015), através de itens pessoais importantes para o cliente (roupa, fotografias, símbolos religiosos ou música), contemplando a privacidade (por meio das cortinas ou portas) e a existência de um espaço preparado para acondicionar a presença de visitas e o seu envolvimento na participação dos cuidados (Olausson *et al.*, 2019).

A categoria *multicontextual*, engloba intervenções associadas à gestão e organização dos cuidados, designadamente na adoção de protocolos (Penrod *et al.*, 2011; Barros *et al.*, 2012; O'Neil & Kazer, 2014; Noreika & Coyne, 2015; Anderson *et al.*, 2016; Mazutti *et al.*, 2016; Santos *et al.*, 2016; Boyle *et al.*, 2017; Mun *et al.*, 2017; Souza *et al.*, 2017; Wolf *et al.*, 2019) baseados em modelos de cuidados. Existem três tipos de modelos: o integrativo (em que todos os profissionais têm competências básicas em cuidados paliativos, integrando-as nos seus cuidados), o consultivo (onde existe uma equipa intra-hospitalar especialista em cuidados paliativos) e o misto (que acaba por concatenar ambos os modelos), permitindo a criação de protocolos (Aslakson & Curtis, 2019). Um exemplo da aplicabilidade destes é a intervenção triar clientes para cuidados paliativos (Shelly *et al.*, 2013; Noreika & Coyne,

2015; Mazutti *et al.*, 2016; Mun *et al.*, 2017; Wolf *et al.*, 2019), proporcionando assim uma promoção atempada das medidas de conforto. De referir ainda que dois dos estudos abordam, no planeamento dos cuidados, a possibilidade de integração de terapias complementares (Shelly *et al.*, 2013; Santos *et al.*, 2016). Neste sentido, os estudos consultados abordam a importância de considerar a individualidade da pessoa, valorizando as necessidades e os interesses específicos do cliente no planeamento dos cuidados paliativos (Penrod *et al.*, 2011; Barros *et al.*, 2012; O'Neil & Kazer, 2014; Brown & Halupa, 2015; Noreika & Coyne, 2015; Anderson *et al.*, 2016; Mazutti *et al.*, 2016; Boyle *et al.*, 2017; Mun *et al.*, 2017; Souza *et al.*, 2017; Queiroz *et al.*, 2018; Wolf *et al.*, 2019), sendo algo inerente a qualquer dos modelos de cuidados paliativos.

A representação esquemática (Figura 2) da síntese da evidência da revisão, à luz do referencial teórico de conforto de Kolcaba, permite a compreensão de onde emergem as intervenções de enfermagem nos diversos contextos. Deste modo face à necessidade de conforto do cliente e família em cuidados paliativos o enfermeiro promove o apoio sociocultural, através do envolvimento da família, o apoio emocional, o suporte espiritual, a discussão e respeito pela dimensão ético-deontológica e o controlo de sintomas físicos, no seio de uma relação terapêutica.

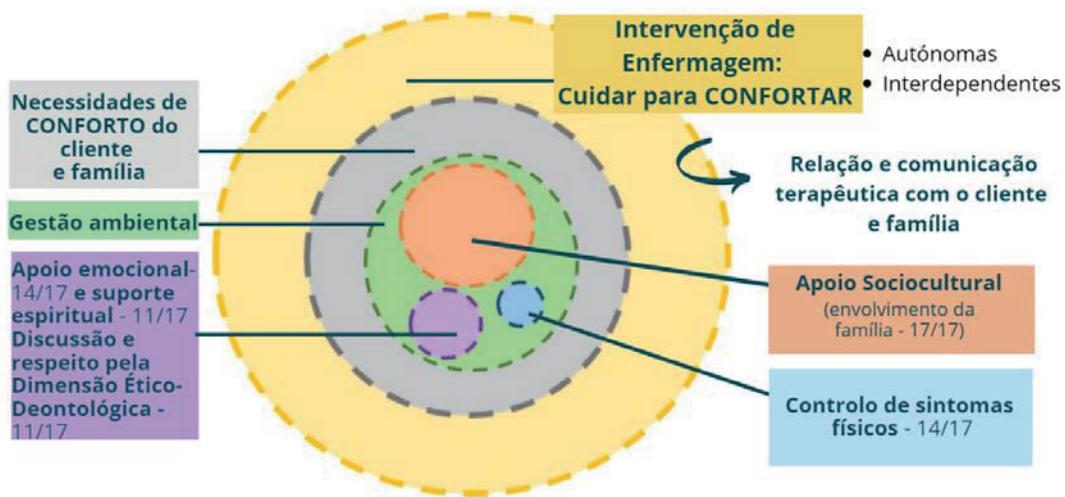


Figura 2. Representação esquemática do cuidado paliativo de enfermagem em UCI, de acordo com o referencial de Kolcaba.

Salienta-se, a importância da intervenção de enfermagem no seio da equipa multidisciplinar de cuidados paliativos, tendo em conta a essência da sua formação que “tem como premissa básica a ciência e a arte no cuidado, cujo foco está no bem viver” (Queiroz et al., 2018, p.8). A formação pré-graduada e pós-graduada dos profissionais de saúde, designadamente dos enfermeiros, emerge como um eixo de intervenção prioritário, segundo o Plano Estratégico para o Desenvolvimento dos Cuidados Paliativos (PEDCP) 2019-2020, para que seja alcançado um nível de conforto que corresponde ao estado de transcendência, um “estado em que [o cliente] se eleva acima dos seus problemas e/ou preocupações” Kolcaba (2003, p.9). Assim, se pode potenciar o desenvolvimento de todos os contextos do conforto do cliente e família.

CONCLUSÃO

No seio do exercício profissional de enfermagem surge a relação e comunicação terapêutica com o cliente e família, de forma imperativa e indissociável, permitindo o envolvimento da família, intervenção esta que está presente em todos os estudos selecionados onde o contexto sociocultural, psicoespiritual e físico emergem à

luz dos contextos da teoria de conforto de Kolcaba. Este facto contrasta com as intervenções do contexto ambiental, que parece ser menosprezado, pelo que se sugere a realização de estudos neste âmbito. Ademais, surgem neste estudo as intervenções multicontextuais de enfermagem essenciais para alicerçar a cultura paliativa em UCI, que ainda não se encontra interiorizada na prática clínica, emergindo a necessidade de maior investigação e formação (pré e pós-graduada) nesta área.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Afonso, A. (2012). Ações paliativas nos Cuidados Intensivos. Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente. Disponível em: <https://repositorio.hff.min-saude.pt/handle/10400.10/1267>
2. Anderson, W., Boyle, D., Turner, K., Noort, J., Grywalski, M., Meyer, J., Cain, J., ... (2016). ICU Bedside Nurses' Involvement in Palliative Care Communication: A Multicenter Survey. *Journal of Pain and Symptom Management*, 51(83), 589-596. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2015.11.003>
3. Aslakson, R. & Curtis, R. (2019). Palliative Care in the Intensive Care Unit (ICU). In Macleod,

- R. & Block, L. (Eds.), *Textbook of Palliative Care* (p. 933-46). Springer Nature
4. Barros, N., Oliveira, C., Alves, E., França, I., Nascimento, R. & Freire, M. (2012). Cuidados Paliativos na UTI: Compreensão, Limites e Possibilidades por Enfermeiros. *Revista de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria*, 2(3), 630-40. <https://doi.org/10.5902/217976925857>
5. Boyle, A., Barbour, S., Anderson, W., Noort, J., Grywalski, M., Myer, J. ...Hermann, H. (2017). Palliative care communication in the ICU: implications for an oncology-critical care nursing partnership. *Seminars in Oncology Nursing*, 33(5), 544-54. <https://doi.org/10.1016/j.soncn.2017.10.003>
6. Brown, J. S. & Halupa, C. (2015). Improving Human Immunodeficiency Virus/AIDS Palliative Care in Critical Care. *Dimensions of Critical Care Nursing*, 34(4), 216-21. <https://10.1097/DCC.000000000000119000000000119>
7. Catalão, D. (2015). Qual a importância dos Cuidados Paliativos nos Cuidados intensivos? Dissertação de Mestrado Integrado em Medicina. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto. Disponível em: <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/81721/2/37489.pdf>
8. Comissão Nacional de Cuidados Paliativos (2019). Plano Estratégico para o Desenvolvimento dos Cuidados Paliativos 2019-20. Disponível em: <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2019/04/PEDCP-2019-2020-versao-final-10.02.2019.pdf>
9. Cronin, P., Ryan, F., & Coughlan, M. (2008). Undertaking a literature review: a step-by-step approach. *British Journal of Nursing*, 17(1), 38-43. <https://10.12968/bjon.2008.17.1.28059>
10. Direção-Geral da Saúde (2010). Programa Nacional de Cuidados Paliativos. Disponível em: <https://cuidandojuntos.org.pt/wp-content/uploads/2015/09/programanacionalcuidadospaliativos.pdf>
11. European Association for Palliative Care (2014). *Palliative Care - a human right: Carta de Praga*. EAPC. Disponível em: <https://www.apcc.com.pt/uploads/cartadepraga.pdf>
12. Figueiredo, M. (2012). *Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (MDAIF)*. Lusociência.
13. Feiteira, B. & Cerqueira, M. (2017). Sugestões dos enfermeiros de uma equipa de suporte em cuidados paliativos para a melhoria da utilização da técnica de conferência familiar. *Revista Investigação em Enfermagem*, 21(2), 27-38. Disponível em <http://www.sinaisvitais.pt/images/stories/Rie/RIE21.pdf>
14. Hudson, P., Quinn, K., O'Hanlon, B. & Aranda, S. (2008). Family meetings in palliative care: Multidisciplinary clinical practice guidelines. *BMC Palliative Care*, 7(12), 1-12. <https://10.1186/1472-684X-7-12>
15. Kolcaba, K. (2003). *Comfort Theory and Practice - a vision for holistic health care and research*. Springer Publishing Company.
16. Leemhuis, A., Shichishima, Y. & Puntillo, K. (2019). Palliation of Thirst in intensive Care Unit Patients: Translating Research into Practice. *Critical Care Nurse*, 39(5), 21-8. <https://doi.org/10.4037/cn2019544>
17. Lei nº 15/2014 (2014). Lei consolidando a legislação em matéria de direitos e deveres do utente dos serviços de saúde. Assembleia da República. *Diário da República I série (Nº 57 de 21-03-2014)*, 2127-31. ELI: <https://dre.pt/web/guest/pesquisa/-/search/571943/details/normal?l=1>
18. Matzo, M. & Sherman, D. (2019). *Palliative Care Nursing. Quality Care to the End of Life (5ª ed.)*. Springer Publishing Company.
19. Mazutti, S., Nascimento, A. & Fumis, R. (2016). Limitation to Advanced Life Support in patients admitted to intensive care unit with integrated palliative care. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 28(3), 294-300. <https://10.5935/0103-507X.20160042>
20. Mun, E., Nakatsuka, C., Umbarger, L., Ruta, R., McCarty, T., Machado, C. & Ceria-Ulep, C. (2017). Use of Improving Palliative Care in the ICU (Intensive Care Unit) Guidelines for a Palliative Care Initiative in an ICU. *The Permanente Journal/Perm*, 21(16-037), 106-111. <https://doi.org/10.7812/TPP/16-037>
21. Nelson, J., Puntillo, K., Pronovost, P.,

- Walker, A., McAdam, J., Ilaoa D., ...Penrod, J. (2010). In their own words: Patients and families define high-quality palliative care in the intensive care unit. *Critical Care Medicine*, 38(3), 808-18. <https://doi.org/10.1097/ccm.0b013e3181c5887c>
22. Neto, I. (2010) Modelos de Controlo Sintomático (p. 61-8). In Barbosa, A., & Neto, I. G. (2010). *Manual de Cuidados Paliativos* (2ª ed.). Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.
23. Noreika, D. & Coyne, P. (2015) Implementing Palliative Care Interdisciplinary Teams: Consultative Versus Integrative Models. *Critical Care Nursing Clinics of North America*, 1-10. <http://dx.doi.org/10.1016/j.cnc.2015.05.006>
24. Nunes, L. (2016). E quando e não puder decidir? Fundação Francisco Manuel dos Santos
25. O'Neill, J. & Kazer, W. (2014). Destination to Nowhere: A New Look at Aggressive Treatment for Heart Failure - A Case Study. *Critical Care Nurse*, 34(2), 47-56. <https://dx.doi.org/10.4037/ccn2014442>
26. Olausson, S., Fridh, I., Lindabl, B. & Torkildsky, A. (2019). The Meaning of Comfort in the Intensive Care Unit. *Critical Care Nursing*, 42(3), 329-41. <https://10.1097/CNQ.0000000000000268>
27. Ordem dos Enfermeiros (2012). Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Ordem dos Enfermeiros.
28. Ordem dos Enfermeiros (2018). Funções do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica nas Unidades de Cuidados Intensivos/ Serviços de Medicina Intensiva. Parecer MCEEMC 15/2018. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8264/parecer-n%C2%BA15_2018-fun%C3%A7%C3%B5es-eeemc-de-cuidados-intensivos-e-medicina-intensiva.pdf
29. Penrod, D., Pronovost, J., Livote, E., Puntillo, A., Walker, A., Wallenstein, S., ... Nelson, J. (2012). Meeting standards of high-quality intensive care unit palliative care: Clinical performance and predictors. *Critical Care Medicine*, 40(4), 1105-12. <https://dx.doi.org/10.1097/CCM.0b013e3182374a50>
30. Penrod, J., Luhrs, C., Livote, E., Cortez, T. & Kwak, J. (2011). Implementation and Evaluation of a Network-Based Pilot Program to Improve Palliative Care in the Intensive Care Unit. *Journal of Pain and Symptom Management*, 42(5), 668-71. <https://dx.doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2011.06.012>
31. Queiroz, T., Ribeiro, A., Guedes, M., Coutinho, D., Galiza, F. & Freitas, M. (2018). Palliative Care to the Elderly in Intensive Care: The Perspective of the Nursing Team. *Texto Contexto Enfermagem*, 27(1), 1-10. <https://dx.doi.org/10.1590/0104-07072018001420016>
32. Santos, E., Isabelle, C. & Feijão, A. (2016). Validation of a nursing care protocol for patients undergoing palliative care. *Acta Paulista Enfermagem*, 29(4), 363-73. <https://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201600051>
33. Saunders, C. (2003). Watch with me: inspiration for a life in hospice care. Mortal Press
34. Shelly H., Susan L. Storey & Davis, M. (2013). Knowledge of Palliative Care: An Evaluation of Oncology, Intensive Care, and Heart Failure Nurses. *Journal of Hospice & Palliative Nursing*, 15(5), 307-15. <https://doi.org/10.1097/NJH.0b013e3182930800>
35. Silva, R., Amaral, J. & Malagutti, W. (2019). *Enfermagem em Cuidados Paliativos. Cuidando para uma boa morte* (2ª ed.). Editora Martinari.
36. Souza, H., Lacerda, L. & Lira, G. (2017). Meaning of palliative care by the multiprofessional team of the intensive care unit. *Journal of Nursing UFPE online*, 11(10), 3885-92. <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v11i10a109102p3885-3892-2017>
37. Urden, L., Stacy, K. & Lough, M. (2008). *Enfermagem de Cuidados Intensivos. Diagnóstico e Intervenção* (5ª ed.). Lusodidacta.
38. White, K., Roczen, M., Coyne, P. & Wiencek, C. (2014). Acute and Critical Care Nurses' Perceptions of Palliative Care Competencies: A Pilot Study. *The Journal of Continuing Education in Nursing*, 45(6), 265-77. <https://doi.org/10.3928/00220124-20140528-01>
39. Whittlemore, R & Knaf, K. (2005). The integrative review: updated methodology. *Journal of Advanced Nursing*, 52(5), 546-53. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2005.03621.x>

40. Wolf, A.; White, K.; Epstein, E. & Enfield, K. (2019). Palliative Care and Moral Distress: An Institutional Survey of Critical Care Nurses. *Critical Care Nurse*, 39(5), 38-49. <https://doi.org/10.4037/ccn2019645>

41. Wright, L. & Leahey, M. (2012). *Enfermeiras e famílias: Guia para avaliação e intervenção na família* (5ª ed.). Editora Roca

NORMAS DE PUBLICAÇÃO

A *Revista Investigação em Enfermagem (RIE)* publica artigos sobre teoria de investigação, sínteses de investigação e cartas ao director, desde que originais, estejam de acordo com as presentes normas de publicação e cuja pertinência e rigor científico sejam reconhecidas pelo Conselho Científico.

A *RIE* publica também editoriais, notícias e informação geral sobre investigação.

De acordo com o Estatuto Editorial, os domínios dos saberes espelhados na *RIE* situam-se no domínio da enfermagem enquanto disciplina científica e prática profissional organizada.

1 - TIPOS DE ARTIGOS

1.1 - Cartas ao director:

Publicam-se nesta secção comentários, observações científicas ou críticas sobre artigos e temas surgidos na revista, assim como dúvidas ou experiências que podem ser resumidas. Quando justificar, a direcção da *RIE* envia aos autores visados as cartas para direito de resposta. *Extensão máxima recomendada 3 páginas.*

1.2 - Artigos sobre teoria de investigação:

Artigos sobre teoria, métodos e técnicas de investigação numa construção de saberes original, revisão ou mistos. Estes artigos resultam da reflexão fundamentada sobre temas de investigação, desenvolvidos coerentemente de forma a obter conclusões válidas, podendo resultar da análise crítica da bibliografia relacionada com o tema em questão.

Devem estruturar-se da seguinte forma:

Resumo: Até 150-200 palavras, que contará com breve informação sobre o problema analisado, discutido ou revisto e se for caso o material e métodos utilizados e conclusões.

Palavras Chave: até um máximo de seis palavras que espelhem os conteúdos desenvolvidos.

Introdução: Deve ser breve, focando o tema e os objectivos do trabalho.

Desenvolvimento da temática

Conclusão: Breve e sucinta, focando os elementos fortes do desenvolvimento que constituam novidade científica ou uma nova visão sobre problemáticas já existentes.

Bibliografia: Seguindo a Norma Portuguesa - NP 405-1 (1994), ou outra norma aceite na comunidade científica.

Extensão máxima recomendada 15 páginas.

Todos os artigos devem ter título, resumo e palavras-chaves em língua portuguesa, inglesa e espanhola.

1.3 - Artigos síntese de trabalhos de investigação:

Artigos que se constituam em sínteses de investigação e que se estruturam da seguinte forma:

Resumo; Palavras Chave; Introdução (com as características atrás enunciadas)

Fundamentação: Breve revisão e localização da problemática.

Material e métodos: Descrevendo-se com detalhe os métodos e as técnicas de investigação de forma a que possam ser avaliados e repetidos por outros investigadores.

Resultados: Os resultados devem ser concisos e claros e incluir o mínimo necessário de tabelas e quadros. Apresentam-se de forma a que não exista duplicação e repetição de dados no texto e nas figuras.

Discussão: Comentar os resultados alcançados confrontando-os com a revisão bibliográfica efectuada e relacionando-os com resultados de trabalhos prévios do próprio ou de outros autores.

Conclusão: Breve e sucinta focando os elementos fortes resultantes da investigação e que constituem novidade científica ou um novo equacionar de dados já existentes.

Agradecimentos: Se considerar necessário, nomeia-se pessoas e entidades.

Bibliografia

Extensão máxima recomendada 20 páginas.

2 - RESPONSABILIDADES ÉTICAS

As investigações realizadas em instituições carecem de autorização prévia das administrações. Quando se descrevem experiências realizadas em seres humanos deve-se indicar se os procedimentos estão de acordo com as normas da comissão de ética. Não se devem utilizar nomes, iniciais ou números hospitalares.

Deve ser clara a permissão de publicação por entidades/instituições que financiaram a investigação.

A revista não aceita material já publicado. Os autores são responsáveis por obter as necessárias autorizações para a reprodução parcial ou total de material (texto, quadros e figuras) de outras publicações. Estas autorizações devem pedir-se tanto ao autor como à editora.

Na lista de autores devem figurar unicamente as pessoas que contribuíram intelectualmente para o desenvolvimento do trabalho. De forma geral para figurar como autor deve-se cumprir os seguintes requisitos:

- 1 - Ter participado na concepção e realização do trabalho do qual resultou o artigo em questão.
- 2 - Ter participado na redacção do texto e nas eventuais revisões do mesmo.
- 3 - Estar de acordo com a versão que finalmente vai ser publicada.

A **RIE** declina qualquer responsabilidade sobre possíveis conflitos decorrentes da autoria dos trabalhos que se publicam.

Os autores devem mencionar na sessão de métodos se os procedimentos utilizados nos utentes e grupos de controlo se realizaram com o consentimento informado.

Os autores (todos os que constarem na autoria do artigo) devem juntamente com o envio dos originais enviar uma folha onde declarem ceder graciosamente os direitos de publicação do artigo. Daí decorre que um artigo enviado para a **RIE** até rejeição da sua publicação não pode ser enviado para outro periódico.

3 - COMO ENVIAR ARTIGOS PARA PUBLICAÇÃO

Os artigos e cartas devem de preferência ser enviados **via on-line** através do site da RIE: <http://www.sinaisvitais.pt/index.php/revista-investigacao-enfermagem>

Podem também ser serão endereçados ao director da **RIE**, Parque Empresarial de Eiras, lote 19 - 3020-265 Coimbra, ou Apartado 8026, 3021-901 PEDRULHA.

Neste caso, deve enviar um original em suporte papel dactilografado em espaço duplo, letra 12, papel formato A4, com o tamanho máximo recomendado conforme atrás descrito para cada tipo.

Deve enviar CD com o texto, de preferência em Word, construído de forma simples sem utilização de cor.

Deve acompanhar carta com título do trabalho, nome dos autores, morada e forma de contacto, categoria profissional, título académico, local de trabalho.

Deve acompanhar declaração, manuscrita ou dactilografada em como cedem à **RIE** os direitos de publicação do artigo (identificar título), datado e assinado por todos os autores.

Imagens, figuras e fotografias a inserir, devem ser enviados os originais de forma ordenada e em função da sua introdução sequencial no texto (formato JPEG ou TIFF, com boa resolução).

Tabelas, quadros e gráficos devem ser incluídos(as) por ordem de inclusão no texto. **Os autores devem ter em atenção à sua forma gráfica, à clareza de apresentação dos dados e resultados e ao formato dos símbolos da linguagem estatística.**

A taxa de submissão de artigo é de 15€.

4 - PROCEDIMENTOS DA RIE

A **RIE** acusa a recepção do artigo em carta enviada ao 1º autor. A **RIE** assim que proceder à aceitação do artigo comunica ao 1º autor a data provável de publicação.

Após publicação será(ão) enviada(s) ao(s) autor(es) senha(s) de acesso à **RIE** em formato PDF.

Os juízos e opiniões expressos nos artigos e cartas ao director são dos autores e não necessariamente do Conselho Editorial e da Formasau, Formação e Saúde Lda, editora da **RIE**, entidades que declinam qualquer responsabilidade sobre o referido material.

Terão prioridade na publicação os artigos provenientes de autores assinantes da **RIE**, da Revista Sinais Vitais.

A aceitação do artigo para publicação, implica o pagamento de taxa de publicação com um custo de 15€.

5 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Utilizam-se normas aceites pela comunidade científica nomeadamente a Norma Portuguesa, NP 405-1 (1994), alguns exemplos:

Monografias;

LAKATOS, Eva Maria; MARCONI, Marina de Andrade – **Metodologia do trabalho científico**. 4ª ed. São Paulo: Atlas, 1992. ISBN 85-224-0859-9 (Com mais de dois autores utilizar *et al.*)

Artigos de publicações periódicas;

WEBB, Patt – **A sociedade europeia de enfermagem oncológica: passado, presente e futuro**. *Enfermagem Oncológica*. Porto. ISSN 0873-5689. Ano 1, Nº1 (1997), p.11-18.