



# I Jornadas de Enfermagem

Escola Superior de Saúde Egas Moniz

Sustentabilidade e Inovação em Enfermagem

**EBOOK**

**Cidália Castro, Ana Vanessa Antunes, Fernanda Loureiro, Paula Oliveira**

**Escola Superior de Saúde Egas Moniz  
Monte de Caparica**

**2020**

## **FICHA TÉCNICA**

**Título:** Ebook de resumos das I Jornadas de Enfermagem da Escola Superior de Saúde Egas Moniz.

**Data:** 4 e 5 de fevereiro de 2019.

**Coordenadora Científica:** Cidália Castro

**Autoria:** Cidália Castro

**Co-autoria:** Ana Vanessa Antunes, Fernanda Loureiro, Paula Oliveira

**Prefácio:** Cidália Castro

**Organização:** Cidália Castro, Ana Vanessa Antunes, Fernanda Loureiro, Paula Oliveira

**ISBN: 978-972-98495-5-8**

### **Comissão Científica:**

Cidália Castro (PhD, ESSEM)

Ana Vanessa Antunes (PhD, ESSEM)

Catarina Bernardes (PhD, ESSEM)

Maria do Céu Marques (PhD, ESESJD-UE)

Maria Teresa Magão (PhD, ESEL)

Paula Oliveira (PhD, ESSEM)

Aida Simões (MSc, ESSEM)

Fernanda Loureiro (MSc, ESSEM)

Luís Miranda (MSc, ESSEM)

Helena Almeida (MSc, ESSEM)

Mário Rosmaninho (MSc, ESSEM)

Clara Rocha (Dr., ESSEM)

### **Comissão Organizadora:**

Aida Serra (PhD, ESSEM)

Açucena Guerra (MSc, ESSEM)

Célia Vaz (MSc, ESSEM)  
Dina Peças (MSc, ESSEM)  
Elsa Rosário (MSc, ESSEM)  
Margarida Ferreira (MSc, ESSEM)  
Miriam Almeida (MSc, ESSEM)  
Raquel Pereira (MSc, ESSEM)  
Ana Romão (MSc, ESSEM)  
Gonçalo Rosa (Dr., ESSEM)  
Paula Pereira (Dr., ESSEM)

**Estudantes da 15ª turma:**

Ana Margarida Correia  
Carla Mascarenhas  
Joana Afonso  
Joana Fernandes  
Joana Teodoro  
Raquel Salvador  
Sofia Madeira

**Estudantes da 16ª turma:**

Catarina Couto  
Célia Jardim  
Inês Nobre  
Joana Cordeiro  
João Sardinha  
João Reinho  
Mafalda Costa  
Margarida Pedrosa  
Rita Rodrigues  
Rita Duarte

**Propriedade e Edição:** Escola Superior Saúde Egas Moniz.

**Design e paginação:** Comissão Científica.

A responsabilidade pelo conteúdo dos artigos é única e exclusivamente dos autores. Os artigos publicados neste livro são propriedade da ESSEM. Este livro ou qualquer parte do mesmo, não poderá ser reproduzido ou transmitido em qualquer formato ou por qualquer meio, eletrónico ou físico ou por qualquer sistema de armazenamento de informação ou de recuperação, sem autorização prévia por escrito da ESSEM.

Todos os direitos reservados.

## INDICE

<b>NOTA INTRODUTÓRIA</b> .....	7
<b>1 - NASCER EM SEGURANÇA</b> .....	8
1.1 - Parto Vertical.....	8
1.2 - Benefícios da Clampagem Tardia do Cordão Umbilical.....	15
1.3 - E depois do Parto? Consulta de Enfermagem do Puerpério.....	20
<b>2 - NOVAS REALIDADES NO CUIDAR A CRIANÇA E JOVEM</b> .....	22
2.1 - “De mãos dadas no Cuidar” - Cuidados paliativos pediátricos: a experiência do CHBM-EPE .....	22
2.2 - Cuidados paliativos pediátricos: a experiência do HGO .....	23
2.3 - Levamos o Hospital a Casa! A Experiência das unidades móveis de apoio no domicílio. ....	26
<b>3 - ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA - PRESENTE E FUTURO</b> .....	27
3.1 - Questões éticas no doente crítico em fim de vida .....	27
<b>4 - CUIDAR NO DOMICÍLIO</b> .....	29
4.1 - Integração do doente paliativo na comunidade .....	29
4.2 - Projeto de Hospitalização Domiciliária no HGO – 3 anos de experiência .....	30
4.3 - O conforto do doente em fim de vida.....	31
<b>5 - SUSTENTABILIDADE E INOVAÇÃO EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO</b> .....	34
5.1 - Reabilitação Respiratória: Ecare-copd Promoção da Autogestão na DPOC .....	34
5.2 - Reabilitação Motora da pessoa acometida de AVC com disfagia.....	35
<b>6 - A SAÚDE MENTAL DO SÉC XXI: NECESSIDADES E RESPOSTAS</b> .....	39
6.1 - Programa psicoeducacional e de treino de competências em setting ambulatorio 39	
6.2 - As intervenções de enfermagem na saúde mental: que resultados? .....	46
<b>7 - SAÚDE NA RUA</b> .....	62
7.1 - Embaixadores da Saúde – Projeto de Literacia em Saúde na Etnia Cigana .....	62
7.2 - Movimento Cidade dos Afetos .....	64
7.3 - Saúde Sobre Rodas .....	68
<b>8 - ENSINO E INVESTIGAÇÃO EM ENFERMAGEM</b> .....	70
8.1 - Robótica social: contributos para a Inovação em Saúde.....	70
<b>9 - COMUNICAÇÕES LIVRES</b> .....	73
9.1 - Administração intravenosa de fluidos por rotina durante o trabalho de parto .....	73

9.2 - Cuidados Centrados na Família da Criança em Situação Crítica: Um Projeto de Inovação na Sala de Reanimação .....	76
9.3 - Vivências de uma Curiosa na década de 60 .....	80
9.4 - A aspiração de secreções brônquicas na pessoa adulta ventilada em contexto de cuidados intensivos: <i>protocolo de scoping review</i> .....	84
9.5 - Identificação de preditores para o desenvolvimento de lesões faciais em pessoas submetidas a VNI, internadas numa UCIM.....	88
9.6 - Úlceras por pressão no doente crítico: incidência e fatores de risco. ....	90
9.7 - O Cuidado Fundamental e a recuperação da Pessoa em Situação Crítica .....	95
9.8 - Turismo e Saúde no rio Douro: oportunidades para a profissão de Enfermagem..	99
9.9 - Programa de Melhoria Continua da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação: limpeza das vias aéreas .....	102
<b>10 - PÓSTERES.....</b>	<b>107</b>
10.1 - Suplementos alimentares como produto de fronteira .....	107
10.2 - Amputação do membro inferior na diabetes Mellitus.....	109
10.3 - Intervenções de enfermagem à criança em fim de vida: Scoping Review.....	111
10.4 - Gravidez na adolescência e infeções sexualmente transmissíveis: revisão sistemática da literatura .....	114
10.5 - Declínio funcional na pessoa com ventilação invasiva Intervenção do Enfermeiro de Reabilitação.....	117
10.6 - Preparação dos pais para a alta- sessões de educação em grupo.....	120
10.7 - Intervenções Psicoterapêuticas de Enfermagem Psiquiátrica na Prática Clínica: Estudo de Caso.....	122
10.8 - Importância da avaliação e registo da dor no doente com ferida.....	124
10.9 - Úlceras de Pressão na face em doentes submetidos a Ventilação Não Invasiva no Serviço de Urgência Geral .....	126
10.10 - Violência Interpessoal .....	129
10.11 - Multiculturalidade: mitos e crenças na gravidez .....	131
10.12 - Fitoterapia na saúde da mulher.....	133
10.13 - Posicionamento versus otimização da <i>compliance</i> pulmonar .....	135
10.14 - Conhecimentos dos estudantes do curso de Licenciatura em Enfermagem da ESSEM sobre Infeções Sexualmente Transmissíveis .....	138
10.15 - Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Reflexão e Implementação .....	141
10.16 - Violência contra o idoso - uma realidade no serviço de urgência? .....	144
<b>NOTA CONCLUSIVA .....</b>	<b>146</b>
<b>PATROCINADORES OFICIAIS .....</b>	<b>148</b>

## **NOTA INTRODUTÓRIA**

As primeiras jornadas de Enfermagem da Escola Superior de Saúde Egas Moniz, intituladas Sustentabilidade e Inovação em Enfermagem, pretenderam criar espaços de reflexão e partilha de conhecimento e de experiências, com investigadores, professores, enfermeiros e estudantes, sobre as boas práticas nos vários domínios do conhecimento em enfermagem.

Sustentabilidade e inovação surge como tema central destas jornadas, convidando-nos a novos horizontes, apelando a um diálogo exigente e crítico a nível do ensino, da investigação e da profissão de enfermagem.

Ao longo destes dois dias de trabalho as várias temáticas abordadas acompanharam o ciclo de vida, desde o nascer em segurança, passando pelas novas realidades no cuidar a criança/ jovem, enfermagem médico-cirúrgica -presente e futuro, cuidar no hospital, sustentabilidade e inovação em enfermagem de reabilitação, a saúde mental do séc. XXI: necessidades e respostas e ensino e investigação em enfermagem, em suma, temáticas emergentes no panorama nacional e internacional da Saúde em geral e da Enfermagem em particular.

O presente E-Book, assinala a realização destas jornadas, integrando o conjunto das comunicações e resumos dos posters apresentados. Assumimos assim o nosso compromisso de partilhar e divulgar a riqueza científica dos trabalhos apresentados.

A concretização destas jornadas surgiu do esforço e dedicação de um grupo de pessoas que acreditaram desde o início neste projeto. Resta-nos felicitar as comissões científicas e organizadoras, assim como o envolvimento dos órgãos dirigentes da ESSEM e da Cooperativa de Ensino Superior Egas Moniz. A salientar a entrega dos estudantes de enfermagem.

Obrigado a todos os que se juntaram a nós e tornaram possível a sua realização. Desejo uma boa leitura.

Cidália Castro

## **1 - NASCER EM SEGURANÇA**

**Moderadora: Professor Luís Miranda (ESSEM)**

### **1.1 - Parto Vertical**

Carina Gomes de Sousa,  
Enfermeira Especialista em Saúde Materna e Obstetrícia  
Bloco de Partos/ Urgência Obstétrica e Ginecológica  
Hospital Garcia de Orta

#### **RESUMO:**

Desde que o parto foi medicalizado e trazido para o ambiente hospitalar as práticas de cuidar foram modificadas, intervindo desnecessariamente nos mecanismos fisiológicos do Parto.

O posicionamento para a mulher parir, perdeu a sua condição de espontaneidade e de livre escolha da posição para parir obrigando a parturiente a assumir a posição mais confortável para o prestador de cuidados (obstetra/ Parteira/ESMO) – habitualmente a posição de litotomia mais ou menos reclinada com pernas suspensas em estribos.

Com o decorrer do tempo foi-se perdendo a confiança no saber apoiar um parto livre de intervenções e em posições diferentes das posições de nascimento “medicalizadas” (Coppen, 2005, p.35).

As recomendações da Organização Mundial de Saúde (1996) para o atendimento ao Parto Normal consideram como praticas úteis e que devem ser estimuladas – A liberdade de posição e movimento durante o trabalho de parto assim como o estímulo a posições não supinas durante o trabalho de parto; e, como praticas claramente prejudiciais ou ineficazes e que devem ser eliminadas – o uso rotineiro da posição supina durante o trabalho de parto.

Conhece-se do ponto de vista teórico que as posições verticais ou lateralizadas permitem um alinhamento do canal de parto, mais favorável á descida e expulsão do feto pela ampliação dos diâmetros da bacia, a ação da gravidade, e incluem outras



vantagens como contrações uterinas mais fortes e eficientes que conduzem a um encurtamento do segundo estágio do trabalho de parto, e facilitam a perfusão uteroplacentária melhorando o fluxo sanguíneo (Lowdermilk et al, 2002), estão ainda associadas a níveis de satisfação da parturiente superiores (FAME e APEO, 2009).

A evidência também demonstra que as mulheres preferem as posições verticalizadas e dando-lhes a capacidade de escolher adotam a posição que consideram mais natural para si (Coppen, 2005); no entanto, na prática o posicionamento em litotomia é mantido e continua a ser reproduzido na formação prática dos novos profissionais.

Estamos perante uma situação em que o saber – saber, não encontra expressão na prática clínica por ausência do saber prático, da confiança e segurança do profissional. Já em 1993, Bennet & Brown citados por Lowdermilk et al (2002) referiam que o posicionamento para o segundo estágio do trabalho de parto pode ser determinado pela preferência da mulher, mas é limitado pela condição materna ou fetal, pelo ambiente e pela confiança do profissional de saúde em auxiliar o parto na posição específica.

Nos últimos anos no Bloco de Partos do Hospital Garcia de Orta, tem-se feito uma caminhada no sentido de desmedicalizar o parto, dando corpo às práticas preconizadas pela OMS (1996) como facilitadoras de um parto normal – Aceitação e respeito pelo plano individual do parto, presença da pessoa significativa, liberdade de movimentos, incluindo a monitorização fetal contínua com recurso à telemetria, liberdade de ingestão de líquidos em trabalho de parto, utilização dos enemas e tricotomia perineal só em casos estritamente necessários, estabelecimento do contacto pele a pele na primeira meia hora de vida e pelo maior tempo possível assim como o início da amamentação na primeira meia hora de vida.

No entanto no posicionamento em período expulsivo era mantido predominantemente a posição de litotomia variando o ângulo da cabeceira da marquesa de menos ou mais elevada. Nos vários planos de parto que recebemos quando se referem ao período expulsivo é frequente a solicitação da utente para escolher a posição em que se sinta mais confortável e para que o parto seja efetuado em posição vertical.

Para além disso a motivação de vários elementos em desenvolver competências na assistência ao parto normal e, especificamente na assistência ao parto vertical, com

base nas recomendações da OMS para o parto normal e as recomendações do Lamaze Healthy Birth Practices, entre outros decidimos desenvolver um projeto com vista à promoção e implementação do Parto Vertical.

O objetivo deste projeto foi que a equipa de Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica coadjuvada pelos enfermeiros generalistas estivessem aptos a apoiar e auxiliar as utentes na adoção de posicionamentos não supinos no período expulsivo. Pretendeu-se contribuir para diminuir o fosso entre o conhecimento teórico e a prática, gerando confiança dos profissionais nesta prática de cuidar específica que é a condução do período expulsivo em posição diferente da posição de litotomia, porque tal como Jonge (2008) afirma as parteiras e os seus estudantes necessitam de ser capazes de ganhar experiência na assistência do parto em posições não supinas.

#### ENQUADRAMENTO HISTÓRICO

A história e a antropologia revelam que, a maioria das mulheres de todas as raças e culturas adoptava uma posição vertical durante o trabalho de parto e parto. As mulheres em sociedades sem influências da obstetrícia ocidental, actualmente, ainda adoptam preferencialmente posturas verticais durante o trabalho de parto e o parto (Sabatino [et al], 2000; Mamede F. V. [et al], 2007).

As modificações, na forma de dar à luz, ocorreram especialmente nas sociedades ocidentais dando origem à obstetrícia ocidental. A obstetrícia ocidental teve suas raízes na Europa, no século XVII, atribuindo-se a François Mauriceau, médico francês, a maior influência na mudança da posição do parto de vertical para horizontal. Ele afirmava que a posição supina seria a mais confortável para a parturiente e para o profissional que assiste o parto. O aumento do uso de fórceps e da prática das cirurgias, a partir do século XVIII, parece também ter sido um factor importante na manutenção das posições supina e de litotomia (Sabatino [et al]., 2000).

O fortalecimento de tal prática ocorreu à medida que a introdução de muitas intervenções, tais como a monitorização cardiotocográfica, o uso de perfusão ocitócica e da analgesia epidural, exigiam a manutenção das parturientes deitadas durante o trabalho de parto e parto (Sabatino [et al]., 2000).

No decorrer da progressiva medicalização do parto, a posição horizontal estabeleceu-se em definitivo por facilitar a assepsia; o trabalho do profissional durante a expulsão

do feto e para observar atentamente a situação do períneo, a fim de realizar a episiotomia (Maldonado, 1991). Segundo Osava (1990), o parto em posição supina é mantido devido à comodidade dos profissionais de saúde, em detrimento do respeito aos mecanismos fisiológicos do parto e de uma participação mais ativa da mulher.

O parto, à semelhança de muitos outros processos fisiológicos, é influenciado por um conjunto de atitudes e comportamentos socialmente controlados e culturalmente definidos que refletem esses valores nas diversas sociedades (Mamede F. V. [et al], 2007). Observa-se que as parturientes adotam, de certa forma, a posição litotômica, também pela influência cultural em particular no mundo ocidental onde a posição de litotomia constitui a norma.

A institucionalização do processo de parir e nascer promoveu uma série de mudanças no assistir à mulher e à família. Muitas das práticas que preservavam o respeito aos valores culturais, à autonomia da mulher sobre seu próprio corpo e sua fisiologia deram lugar a outros que valorizam a tecnologia, a medicalização e a intervenção. Os progressos tecnológicos têm vindo a condicionar a fisiologia, para assegurar a segurança no parto, considerado como potencialmente patológico, e refletindo o poder que os profissionais de saúde exercem na transformação de eventos fisiológicos em processos intervencionistas e potencialmente patológicos.

Atualmente, inicia-se uma tendência para repor a tecnologia ao serviço da fisiologia, através de diferentes atitudes, sendo possível associar vigilância, segurança, analgesia e respeito pela fisiologia.

A revisão da literatura sobre esta temática, reforça a necessidade de resgatar a mulher como protagonista do seu parto, o que significa permitir, nomeadamente a escolha da posição para parir, incentivando a adotar a posição vertical, pois o parto normal, numa posição verticalizada, favorece naturalmente a saída do feto, porque tem a força da gravidade a trabalhar a seu favor.

#### DEFINIÇÃO DE PARTO VERTICAL

Adotamos como definição de parto vertical a definição utilizada pelo Minsa “o parto vertical é aquele em que a parturiente se coloca em posição vertical (de pé, de cócoras, sentada, de joelhos”. (MINSa, 2005), coadjuvado pelos critérios de WALSH (2012:73) que considera como posição vertical para o parto, posições de sentada com

as costas elevadas num ângulo superior a 45° na cama ou fora da cama, em posição lateral, ajoelhada, de cócoras, de gatas ou em pé e em contraposição nas posições de deitada considera a posição de semi deitada com as costas da cama num ângulo inferior a 45°, deitada na horizontal e com a face para cima e a posição de litotomia.

#### PARTO NA POSIÇÃO HORIZONTAL VERSUS PARTO NA POSIÇÃO VERTICAL

A associação “Women’s Health, Obstetric and Neonatal Nurses” (2000) recomenda, que todas as mulheres grávidas recebam informação sobre os benefícios das posições verticais na segunda fase do trabalho de parto. Recomenda também que as enfermeiras desencorajem as posições de supina e estimulem as posições verticais.

A OMS (1996) refere que a mulher deve ter liberdade de escolher a posição mais confortável para ela no momento do parto, e refere que posição supina é desaconselhada, devendo a mulher preferencialmente ser incentivada a adotar a posição de pé ou deitada de lado. Salaria ainda que o profissional que estiver assistindo a mulher pode orientá-la – de acordo com o desenvolvimento do trabalho de parto – a assumir posições que facilitem este momento;

Os estudos científicos das últimas décadas, que comparam as diversas posturas adotadas durante o trabalho de parto e parto têm revelado que, fisiologicamente, é muito melhor para a mãe e para o feto, o uso de qualquer posição vertical ou deitada de lado, comparado com posições de supina ou litotomia (MINSAs, 2005)

##### a) Parto na posição horizontal

Provoca a compressão dos grandes vasos maternos (artéria aorta e via cava), pelo útero grávido: origina diminuição do gasto cardíaco, hipotensão, bradicardia materna; provoca alterações no fluxo útero-placentário e conseqüentemente a diminuição da quantidade de oxigénio que o feto recebe. Isto traduz-se em alterações significativas do traçado cardíaco fetal, podendo conduzir a sofrimento fetal se o período expulsivo for prolongado.

- ✓ As contrações uterinas são menos eficazes
- ✓ A ação da gravidade não favorece a descida do feto ao longo da bacia. O feto é obrigado como que subir durante a expulsão para vencer a forma da curva

pélvica. O ângulo da curva da escavação pélvica é mais acentuado na posição horizontal

- ✓ Os esforços expulsivos são mais difíceis – contra a força de gravidade
- ✓ Não permite a mobilidade da bacia, e o conseqüente aumento dos seus diâmetros.
- ✓ Durante o período expulsivo, os membros inferiores ao permanecerem imobilizados atuam como peso morto: não permitem os movimentos intrínsecos da bacia e os “puxos” maternos são mais difíceis, não favorecendo a expulsão final
- ✓ A posição horizontal não permite que a cabeça fetal exerça uma pressão mantida sobre o períneo, dificultando a distensão gradual do mesmo

b) Parto na posição vertical

- ✓ Impede a compressão dos grandes vasos maternos (artéria aorta ou da veia cava), pelo útero gravídico, não provocando alterações na circulação materna, nem na irrigação da placenta, não afetando a quantidade de oxigênio que o feto recebe.
- ✓ Assegura um melhor fluxo útero-placentário, diminuindo o risco de sofrimento fetal, mesmo quando o período expulsivo estiver aumentado.
- ✓ Os estudos mostram menos alterações dos padrões na frequência cardíaca fetal nas posições verticais / Menor padrão de anomalia dos batimentos cardíacos fetal
- ✓ A ventilação pulmonar materna e o equilíbrio ácido-básico materno e fetal melhoram na posição vertical, tanto no período de dilatação como no período expulsivo
- ✓ Maior eficiência das contrações uterinas durante o trabalho de parto e o período expulsivo, que se sucedem com menor frequência, mas com mais intensidade, o que provavelmente ocorre devido à melhor circulação uterina, que permite que as fibras musculares uterinas cumpram, de forma mais eficiente, sua função contrátil - verifica-se entre 30 e 40 mmHg de pressão intra-uterina na posição vertical (SABATINO,2000). Constata-se assim, menor

necessidade de intervenções obstétricas, menor uso de ocitocina e menor risco de alterações do traçado cardíaco fetal.

- ✓ O peso da gravidade coopera com as contrações uterinas e com os esforços expulsivos, estando o corpo gravídico em harmonia com o sentido da força gravitacional e com o ângulo de incidência do útero
- ✓ Duração do trabalho de parto e parto mais curto
- ✓ A ação da gravidade favorece o encaixe e a descida da apresentação fetal
- ✓ O ângulo da curva da escavação pélvica é menos acentuado na posição vertical
- ✓ Promovem uma retificação do canal de parto e alinhamento do feto na bacia materna maximizando os puxos expulsivos maternos
- ✓ Aumento dos diâmetros da bacia: 2cm o diâmetro antero-posterior e 1cm o diâmetro transverso
- ✓ Os membros inferiores ao estarem apoiados constituem um ponto de apoio: maximizam os "puxos" maternos e funcionam como alavanca, contribuindo para o aumento dos diâmetros da bacia
- ✓ Esforços expulsivos mais eficientes. Menor esforço e maximização dos puxos expulsivos maternos pela acção da gravidade .
- ✓ A pressão constante exercida pela apresentação estimula os receptores do pavimento pélvico induzindo o seu estiramento progressivo.
- ✓ Redução da taxa de episiotomia
- ✓ Ph médio da artéria umbilical, mais elevado.
- ✓ O trabalho de parto pode ser vivenciado de forma menos dolorosa, com menos desconforto
- ✓ Permite à mulher uma maior participação no nascimento do seu filho.
- ✓ Facilita a vinculação.

#### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- CALAIS-GERMAIN, Blandine e PARÉS, Núria Vives – **Parir en movimiento: Las movilidades de la pelvis en el parto**. Barcelona: la Leibre de Marzo, S.L., 2010;
- MALDONADO, M.T. - **Psicologia da gravidez: Parto e puerpério**. Petrópolis: Vozes, 1991;

MAMEDE F. V. [et al] – **Reflexões sobre a deambulação e posição materna no trabalho de parto e parto.** In *Revista da escola de enfermagem Anna Nery.* 11(2),(2007).p331-336.

MAYBERRY, L.J [et al.] - **Second-stage management: promotion of evidence-based practice and a collaborative approach to patient care.** Washington, DC: Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses (AWHONN), 2000;

MINSA - **Norma técnica para la atención del parto vertical con adecuación intercultural.** Lima: Ministerio de Salud. Dirección General de Salud de Las Personas. Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Sexual y Reproductiva , 2005

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE – **Assistência ao Parto Normal: um guia prático.** Genebra: Organização Mundial de Saúde. Unidade de Maternidade Segura, de Saúde Reprodutiva e da Família, 1996;

OSAVA, R.H. - **Estudo das representações do parto entre enfermeiras de maternidade do Município Paulista.** Ribeirão Preto, 1990. 104 f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP, Ribeirão Preto, 1990.

SABATINO, H. [et al] - Parto **humanizado:** formas alternativas. 2a. ed. Campinas: Ed. Unicamp, 2000.

## 1.2 - Benefícios da Clampagem Tardia do Cordão Umbilical

Ana Cristina Canhoto Ferrão, Luís Manuel Pinto Miranda,

Sandra Margarida Gaiato Risso,

Cristina Maria de Jesus Serralha Castanho Pires,

Ana Rita Araújo Ferreira,

Serviço de Obstetrícia / Serviço de Urgência Obstétrica e Ginecológica

Centro Hospitalar Barreiro-Montijo, EPE.

### INTRODUÇÃO:

A clampagem do cordão umbilical traduz-se na interrupção da circulação fetoplacentária, no entanto, nos primeiros minutos, após o parto ainda há transferência de sangue, a chamada transfusão placentária (Salari, Rezapour & Khalili, 2014). O sangue flui nas artérias umbilicais (do recém-nascido para a placenta) durante

os primeiros 20 a 25 segundos, sendo pouco significativo aos 40 a 45 segundos. Por sua vez, a veia umbilical mantém o seu fluxo (da placenta para o recém-nascido) durante mais de 3 minutos após o nascimento (Pan American Health Organization, 2013).

O timing certo em que deve ser realizada a clampagem do cordão umbilical tem vindo a ser bastante debatido nas últimas décadas. A Organização Mundial de Saúde (2014) recomenda a clampagem tardia do cordão umbilical, entre 1 a 3 minutos após o nascimento, iniciando-se simultaneamente os cuidados imediatos ao recém-nascido. Outras entidades internacionais de saúde como o American College of Nurse Midwives (2014) define que em crianças de termo e pré-termo, a clampagem do cordão umbilical deverá ser realizada entre 2 a 5 minutos após o nascimento, enquanto que a American Academy of Pediatrics (2013) e, recentemente o American College of Obstetricians and Gynecologists (2017) indicam a intervenção, para todos os recém-nascidos com boa vitalidade, pelo menos entre 30 a 60 segundos após o nascimento.

O atraso na clampagem do cordão umbilical contribui para um aumento de 30% no volume sanguíneo e uma adição superior a 60% dos eritrócitos do recém-nascido, promovendo conseqüentemente o aumento das concentrações de hemoglobina e das reservas de ferro e diminuindo os índices de anemia ferropénica, que constitui uma das graves deficiências nutricionais infantis, com conseqüências no desenvolvimento cognitivo, motor e comportamental da criança (Jahazi et al., 2008 cit. por Nesheli, Esmailzadeh, Haghshenas, Bijani & Moghaddams, 2014; Palethorpe, 2010 cit. por McDonald, Middleton, Dowswell & Morris, 2013).

#### OBJETIVO:

Identificar na literatura, evidências científicas sobre os benéficos da clampagem tardia do cordão umbilical, em recém-nascidos de termo.

#### METODOLOGIA:

Estudo de revisão sistemática da literatura com pesquisa na plataforma eletrónica SciELO e nas bases de dados Academic Search Complete; MEDLINE; MedicLatina; CINAHL; Cochrane Database Register Controlled Trials e Cochrane Database of Systematic Reviews, através da plataforma EBSCOhost, com os descritores: umbilical



cord e delayed clamping. Os critérios de inclusão foram: artigos de diferentes tipos de estudos, relacionados com os benefícios da clampagem tardia do cordão umbilical; com resumo disponível em formato full text e com data de publicação entre janeiro de 2012 e janeiro 2019. Os critérios de exclusão estipularam os estudos que abordassem os benefícios da clampagem tardia do cordão umbilical em recém-nascidos prematuros e que não estivessem redigidos em língua Portuguesa ou Inglesa.

#### RESULTADOS:

A amostra final constituiu-se de 9 estudos: 2 revisões sistemáticas da literatura, 4 estudos clínicos randomizados, 1 estudo transversal e 2 estudos de coorte observacional. Nesta revisão a maioria dos artigos incluídos classificaram-se entre o nível 1A e o nível 1B, pelo que se trataram de estudos com elevado grau de recomendação e evidência científica. Os estudos analisados tiveram como objetivo demonstrar a influência da clampagem tardia do cordão umbilical nos níveis séricos de hemoglobina, ferro e ferritina em recém-nascidos de termo, após o parto e entre os 4 a 12 meses de vida; nos estados clínicos de anemia ferropénica neonatal; a nível do desenvolvimento neurológico infantil e em situações de dificuldade respiratória, policitemia ou hiperrubulinemia. Os resultados demonstraram, de forma quase unânime, que os recém-nascidos submetidos a clampagem tardia do cordão umbilical apresentaram aumento dos níveis séricos de hemoglobina, ferro e ferritina, comparativamente a recém-nascidos sujeitos a clampagem precoce, com repercussão expressiva na diminuição dos índices de anemia neonatal e efeito positivo no desenvolvimento neurológico infantil. O procedimento não revelou resultados expressivos em situações de dificuldade respiratória, policitemia e hiperbilirrubinemia.

#### CONCLUSÕES:

A clampagem tardia do cordão umbilical deve tornar-se uma prática habitual na condução do 3º estágio do trabalho de parto em mulheres com gravidez de baixo risco obstétrico e, sempre que as condições clínicas maternas e neonatais estejam asseguradas.

Os profissionais de saúde devem informar a mulher sobre os benefícios e/ou implicações da clampagem tardia do cordão umbilical, empoderando-a na tomada de decisões conscientes sobre a condução do seu trabalho de parto.

É necessário, o desenvolvimento de constantes pesquisas que, comprovem os benefícios da clampagem tardia do cordão umbilical, bem como a implementação de novas políticas hospitalares que incentivem esta prática de humanização do nascimento.

#### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

American College of Nurse Midwives. (2014). Delayed umbilical cord clamping. Position Statement. Silver Spring (MD): American College of Nurse Midwives. Disponível em <http://www.midwife.org>.

American College of Obstetricians and Gynecologists. (2017). Committee Opinion No. 684: Delayed Umbilical Cord Clamping After Birth. Committee Opinion, 129(1): 5-10. doi: 10.1097/AOG.0000000000001860.

American Academy of Pediatrics. (2013). Statement of endorsement: timing of umbilical cord clamping after birth. Pediatrics, 131(4). doi: 10.1542/peds.2013-0191.

Ashish, Kc., Rana, N., Målqvist, M., Linda, L. J., Subedi, S., & Anderson, O. (2017). Effects of Delayed Umbilical Cord Clamping vs Early Clamping on Anemia in Infants at 8 and 12 Months. A Randomized Clinical Trial. JAMA Pediatr., 17. doi:10.1001/jamapediatrics.2016.3971.

Cernadas, J. M. C., Carroli, G., Pellegrini, L., Ferreira, M., Ricci, C., Casas, O. Morasso, M. (2012). Efecto del clampeo demorado del cordón umbilical en la ferritina sérica a los seis meses de vida. Estudio clínico controlado aleatorizado. Rev Chil Pediatr, 83(1): 86-87. Disponível em [http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0325-00752010000300005](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0325-00752010000300005).

Gyorkos, T. W., Maheu-Giroux, M., Blouin, B., Creed-Kanashiro, H., Casapía, M., Aguilar, E., Penny, M. E. (2012). A hospital policy change toward delayed cord clamping is effective in improving hemoglobina levels and anemia status ot 8-month-old peruvian infants. Journal of Tropical Pediatrics, 58(6): 435-440. doi: 10.1093/tropej/fms012.

Krishnan, L., Kommu, P. P. K., Thomas, B. J., Akila, B., & Daniel, M. (2015). Should delayed cord clamping be the standard of care in term low risk deliveries? A randomized controlled trial from a medical college hospital in South India. *Journal of Clinical Neonatology*, 4(3): 183-187. doi: 10.4103/2249-4847.159904.

McDonald, S. J., Middleton, P., Dowswell, T., & Morris, P. S. (2013). Effect of timing of umbilical cord clamping of term infants on maternal and neonatal outcomes. *Cochrane Database Systematic Review*, 11(7). doi: 10.1002/14651858.CD004074.pub3.

Nesheli, H. M., Esmailzadeh, S., Haghshenas, M., Bijani, A., Moghaddams, T. G. (2014). Effect of late vs early clamping of the umbilical cord (on haemoglobin level) in full-term neonates. *Journal of the Pakistan Medical Association*, 64(11): 1303-1305. Disponível em <http://jpma.org.pk/PdfDownload/7078.pdf>.

Oliveira, F. de C. C., Assis, K. F., Martins, M. C., Prado, M. R. M. C. do., Ribeiro, A. Q., Sant'Ana, L. F. da R.,... Franceschini, S. do C. C. (2014). Tempo de clameamento e fatores associados à reserva de ferro de neonatos a termo. *Rev. Saúde Pública*, 48(1): 10-18. doi: 10.1590/S0034-8910.2014048004928.

Pan American Health Organization. (2013). *Beyond survival: Integrated delivery care practices or long-term maternal and infant nutrition, health and development* (2 ed.). Washington, DC: Pan American Health Organization. Disponível em: [http://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/BeyondSurvival\\_2nd\\_edition\\_en.pdf](http://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/BeyondSurvival_2nd_edition_en.pdf).

Rana, N., Kc, A., Målqvist, M., Subedi, S., & Anderson, O. (2019). Effect of Delayed Cord Clamping of Term Babies on Neurodevelopment at 12 Months: A Randomized Controlled Trial. *Neonatology*, 115: 36-42 37. doi: 10.1159/000491994.

Salari, Z., Rezapour, M. & Khalili, N. (2014). Late umbilical cord clamping, neonatal hematocrit and apgar scores: A randomized controlled trial. *J Neonatal Perinatal Med.*, 7(4): 287-91. doi: 10.3233/NPM-1463913.

Sinavski, M., Sosa, N., Silveira, F., & Rosselo, J. L. D. (2013). Clampeo tardio de cordón umbilical: saturación de oxígeno en recién nacidos. *Archivos de Pediatría del Uruguay*, 82 (3): 141-146. Disponível em [http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S104-06752013000100009](http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S104-06752013000100009).

Souza, C. J. N. A., Barbosa, A G. de C., Brandão, M. V., & Ferreira, T. N. (2014). Implicações relacionadas ao clampeamento tardio do cordão umbilical: revisão sistemática da literatura. Revista Digital. Buenos Aires, (193). Disponível em <http://www.efdeportes.com/efd193/clampeamento-tardio-do-cordao-umbilical.htm>.  
World Health Organization. (2014). Guideline: delayed umbilical cord clamping for improved maternal and infant health and nutrition outcomes. Geneva: World Health Organization. Disponível em [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/148793/1/9789241508209\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/148793/1/9789241508209_eng.pdf).

### **1.3 - E depois do Parto? Consulta de Enfermagem do Puerpério**

Tânia Ribeiro,  
Enfermeira Especialista em Saúde Materna e Obstetrícia  
Consulta de Enfermagem do Puerpério  
Centro Hospitalar Barreiro Montijo, E.P.E.

O CHBM. EPE é certificado como Hospital Amigo do Bebê desde setembro de 2012, as sugestões de melhoria dos avaliadores externos incidiram essencialmente no melhorar a rede de apoio/encaminhamento no pós-parto, o que terá repercussões no aumento da taxa de aleitamento materno exclusivo, bem como no aumento do grau de satisfação das puérperas/casais com o apoio que recebem relativamente ao AM (Aleitamento Materno).

A 10ª medida para ser considerado HAM engloba discutir com as mães na alta, como alimentarem os seus filhos quando chegarem a casa, criação/encaminhamento para grupos de apoio ao AM, estimular as mães a consultar um profissional qualificado em apoio na amamentação 2-4 dias após o parto e mais uma vez após a segunda semana, para avaliar como estão a alimentar os seus bebés e oferecer apoio, se necessário.

Após análise cuidada da equipa de enfermagem, e com o objetivo de melhorar as boas práticas e manter os cuidados de excelência que desejamos tornou-se imperativo a formalização da Consulta de Enfermagem do Puerpério, que existia informalmente no Cantinho de Amamentação em funcionamento desde 2008.

Assim, aquando da alta hospitalar na Sessão de Preparação dos Pais para a Alta Hospitalar, é realizada a referenciação de todos os casais a esta consulta 48 horas após a mesma, onde um Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna observa a mamada, valida ensinamentos e esclarece dúvidas aos casais de forma mais personalizada. Todas as tríades que frequentam esta consulta são contactadas telefonicamente 15 dias após o nascimento e novamente aos 6 meses para auscultar a Taxa de aleitamento materno.

Para a recolha dos dados foram elaboradas matrizes onde o enfermeiro efetua registos dos dados a monitorizar. Estes são tratados com recurso a análises estatísticas descritivas, mensais, trimestrais e anualmente.

Este é um projeto pioneiro (iniciado em Fevereiro de 2018), que visa a inovação e sustentabilidade em Enfermagem, podemos concluir – atendendo à análise estatística dos resultados - a sua importância, fundamental para a adequada transição para a parentalidade e vivência positiva da amamentação, o que permite, melhorar significativamente a taxa de manutenção da amamentação aos 6 meses, o que trará ganhos em saúde à população que servimos.

## **2 - NOVAS REALIDADES NO CUIDAR A CRIANÇA E JOVEM**

**Moderadora: Professora Doutora M<sup>a</sup> Teresa Magão (ESEL)**

### **2.1 - “De mãos dadas no Cuidar” - Cuidados paliativos pediátricos: a experiência do CHBM-EPE**

Ana Cristina Avó,  
Enfermeira Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica  
Serviço de Internamento de Pediatria  
Centro Hospitalar Barreiro Montijo, E.P.E.

Os Cuidados Paliativos Pediátricos (CPP) são reconhecidos como um direito humano básico para todas as crianças portadoras de doença crónica complexa (DCC), limitante ou ameaçadora da vida.

O objetivo da Equipa de Cuidados Paliativos Pediátricos (ECP) do Centro Hospitalar Barreiro/Montijo (CHBM) é assegurar cuidados a todos os utentes em idade pediátrica (recém-nascidos, crianças e jovens), portadores de DCC de forma holística e humanizada, satisfazendo as suas necessidades, preferências e desejos, sempre que possível em ambulatório, de acordo com as suas especificidades, reconhecimento da trajetória da doença e da fase em que se encontra.

Integrada no Serviço de Pediatria do Hospital Nossa Senhora do Rosário, a equipa serve uma população de cerca de 214 mil habitantes. O contexto com idade Pediátrica na Península de Setúbal é de 150.090 crianças, sendo que, destas, 480 crianças e famílias têm necessidades paliativas e das quais, 128 residem nos concelhos de área de abrangência do CHBM (Barreiro, Moita, Montijo e Alcochete).

A Equipa iniciou a sua atividade dia 1 de junho de 2017, é constituída por 2 Pediatras sendo a Dra. Elizabeth Gonçalves a coordenadora, 2 Enfermeiras Especialistas em Saúde Infantil e Pediatria, 1 Assistente Social e 1 Psicóloga.

Ao longo deste primeiro ano de atividade, a equipa faz o acompanhamento de 15 crianças e adolescentes, sempre que possível em ambulatório. Estas crianças já eram acompanhadas no serviço de Pediatria e em várias consultas de especialidade, no entanto, com a criação da ECP a abordagem passou a ser "mais estruturada", com um plano de intervenção que abrange as vertentes física, psicológica e espiritual.

Deste modo, conseguiu-se que o número de episódios de urgência destas crianças fosse nulo.

Atualmente, 4 membros da equipa frequentaram a Formação Básica em Cuidados Paliativos Pediátricos, e a coordenadora da equipa, Dra. Elisabete Gonçalves, frequenta a Pós-Graduação na Universidade católica.

## **2.2 - Cuidados paliativos pediátricos: a experiência do HGO**

Tânia Santos e Vanda Vicente,  
Enfermeiras Especialistas em Saúde Infantil e Pediátrica  
Serviço de Internamento de Pediatria  
Hospital Garcia de Orta

O Serviço de Pediatria do Hospital Garcia de Orta é constituído por seis Unidades de Prestação de Cuidados. Dois de internamento: Internamento médico e cirúrgico e Unidade de Cuidados Intensivos neonatais e pediátricos. Uma Unidade de Urgência com capacidade para internamentos de curta duração. E três unidades de ambulatório: as consultas externas, o hospital de dia e o Centro de Desenvolvimento da Criança Torrado da Silva (CDC).

Com uma área de abrangência que se estende até ao sul do país, ilhas e países Africanos de língua oficial portuguesa (ao abrigo dos acordos nacionais com os PALOP), é um Serviço vocacionado, desde a sua criação, para atender as Crianças e suas famílias numa perspetiva de Cuidados Centrados nas suas necessidades, considerando a Humanização dos Cuidados como um paradigma prioritário.

É neste contexto, e acompanhando a evolução dos Cuidados de Saúde e respetivas políticas instituídas, que também a provisão de Cuidados paliativos pediátricos enquadra uma preocupação e uma prioridade nas metas institucionais a alcançar pelas equipas de Saúde nos seus diversos sectores de atuação.

Algumas medidas têm refletido esse compromisso em Cuidar com particular atenção a Criança com doença crónica complexa.

Na perspetiva dos cuidados em ambulatório, com especial enfoque na patologia neurológica, o Centro de Desenvolvimento da criança é hoje uma referência no apoio multidisciplinar diferenciado em estreita colaboração com os Cuidados da Comunidade. Nas restantes situações clínicas, o hospital de dia de Pediatria permite receber num ambiente pediátrico as várias valências médicas e respetivos procedimentos, tornando possível minimizar o número de internamentos e otimizar a humanização dos Cuidados.

Nas situações agudas, frequentemente com descompensação sintomática, a equipa da Urgência intervém em parceria com as equipas responsáveis pelo acompanhamento clínico de cada Criança. Os internamentos nas Unidades de Curta duração são minimizados procurando acolher de forma personalizada a vontade das Famílias de permanecerem no domicílio ou, em alternativa no serviço de internamento, mais habilitado para receber estas situações.

O Serviço de Cuidados Intensivos neonatais e pediátricos é por excelência o sector mais sensível na prestação de Cuidados Paliativos em Pediatria. Gerir, num serviço vocacionado para a doença aguda grave, uma situação aguda em contexto de doença crónica, envolve uma complexidade de Cuidados que transcende o controlo sintomático. Engloba expectativas, dilemas éticos, trabalho em equipa, gestão de emoções, de entre outros fatores que exigem dos seus profissionais um empenho constante e uma enorme compaixão. Para aqueles que nascem com um diagnóstico complexo, ou até mesmo os que in útero já o conhecem, a Unidade de Neonatologia assume uma importância vital. O impacto do diagnóstico, o apoio à família, o suporte emocional e espiritual, a perda antecipada, a dor e o sofrimento e subjacente a esperança no futuro constituem a base dos Cuidados Neonatais, com enfoque na família e na sua autonomia e na transição segura para o domicílio, ou caso haja necessidade para o serviço de internamento.

O internamento encontra-se vocacionado para a patologia médica e cirúrgica, aguda e crónica das mais diversas valências médicas. Atento às necessidades especiais das crianças com necessidades paliativas e consciente das dificuldades das famílias em encontrar respostas na comunidade, acolhe sempre que solicitado, internamentos para descanso do cuidador, para controlo sintomático, para estabilizar situações de doença aguda, para agilizar realização de exames complementares de diagnóstico,



para capacitar as famílias nos cuidados, para suportar as situações de fim de vida, e para todas as situações em que o internamento se proveja benéfico para a criança e família. As necessidades paliativas são identificadas e analisadas de forma estratégica desafiando os profissionais a responder com eficácia.

A Cuidar na metodologia do enfermeiro responsável, a equipa organiza-se com facilidade para identificar rapidamente as situações que carecem de maior investimento, nomeando um gestor de Cuidados e estabelecendo pontes com outros profissionais e com a comunidade para criar, em tempo útil, uma rede de suporte que em equipa responda às necessidades de cada Criança/Família.

Foi neste sentido que em 2017 foi criada a consulta de enfermagem de acompanhamento ao familiar enlutado. Esta, consiste numa consulta não presencial, por contacto telefónico, cujo objetivo principal é referenciar a família em luto aos cuidados de saúde primários, acompanhando os familiares durante um período aproximado de um ano. O enfermeiro procura identificar precocemente sinais de luto não adaptativo e articular rapidamente com a comunidade visando conseguir uma resposta adequada face à(s) necessidade(s) identificada(s). Desde a criação da EIHCPP que o acompanhamento no luto integra as atividades preconizadas pela equipa em todos os sectores da Pediatria.

Nomeada a 13 de julho de 2018 pelo Concelho de Administração do Hospital Garcia de Orta, a EIHCPP traduz mais um investimento nesta área do Cuidar. É constituída por profissionais com formação avançada em Cuidados Paliativos Pediátricos, capazes de suportar as demais equipas dos diversos sectores da Pediatria.

Um recurso válido e emergente, face às atuais exigências na Saúde. Ainda numa fase inicial da sua implementação, esta equipa espelha toda uma filosofia de Cuidar em complementaridade funcional com o objetivo maior de melhorar a Qualidade de Vida das Crianças com necessidades Paliativas e suas famílias.

### **2.3 - Levamos o Hospital a Casa! A Experiência das unidades móveis de apoio no domicílio.**

Suzana Fardilha e Joana Ribeiro Fonseca,  
Fundação do Gil

A Fundação do Gil tem 19 anos de experiência na intervenção junto da criança com fragilidade clínica/social e da sua família, e 12 anos de trabalho realizado no âmbito da prestação de cuidados de saúde pediátricos ao domicílio.

O projeto UMAD (Unidades Móveis de Apoio ao Domicílio), a funcionar desde 2006, tem sido pioneiro no apoio à reinserção de crianças com doença crónica complexa e/ou incapacitante, hospitalizadas, nos seus ambientes familiares de origem. As carrinhas da UMAD prestam apoio clínico/social em casa e/ou escolas e funcionam em parceria com 5 hospitais nacionais (Hospital de Santa Maria/ Hospital Dona Estefânia/ Hospital Prof. Dr. Fernando da Fonseca/ Hospital de São João/ Centro Materno Infantil do Norte (CMIN)), abrangendo vários distritos do país.

Sem a UMAD muitas crianças seriam obrigadas a permanecer hospitalizadas, por períodos indefinidos, até que a família estivesse apta para garantir o seu acompanhamento clínico, social e emocional. A doença crónica e incapacitante pode prolongar o período de internamento e levar à sobrecarga de recursos hospitalares e familiares. A continuidade da prestação de cuidados de saúde pediátricos no domicílio, assente numa abordagem multidisciplinar, pode evitar internamentos desnecessários e prevenir, na origem, a degradação psicossocial do doente e da família.

Desde 2006 já foram apoiadas em casa mais de 2 500 crianças, e o projeto tem dado provas de elevada eficácia na melhoria do conforto e da qualidade de vida do doente pediátrico, e na otimização dos recursos hospitalares.

Os benefícios gerados pelo projeto junto da criança, da família e do meio hospitalar têm sido sucessivamente reconhecidos pelas entidades parceiras, por entidades ligadas ao sector da saúde e por organizações internacionais.

Para saber mais [www.fundacaodogil.pt](http://www.fundacaodogil.pt) | [www.facebook.com/fundacaodogil](https://www.facebook.com/fundacaodogil) | [instagram.com/fundacaodogil](https://www.instagram.com/fundacaodogil)

### **3 - ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA - PRESENTE E FUTURO**

**Moderadora: Professora Doutora Alice Ruivo (IPS)**

#### **3.1 - Questões éticas no doente crítico em fim de vida**

Sérgio Deodato,  
Prof. Associado  
Diretor da Escola de Enfermagem (Lisboa) do  
Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa  
Investigador no Centro de Investigação Interdisciplinar em Saúde (CIIS)  
do ICS Da UCP  
Membro do Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida

#### **RESUMO**

A comunicação apresentada nas I Jornadas de Enfermagem da Escola Superior de Saúde Egas Moniz aborda a problemática das questões éticas na pessoa em situação crítica na condição de fim de vida.

A temática é abordada a partir de uma revisão da literatura científica publicada, realizada em janeiro de 2019 com o objetivo de identificar a evolução dos problemas éticos identificados pelos profissionais de saúde neste domínio. Da investigação realizada – ou melhor da síntese da investigação realizada, uma vez que se trata de uma revisão da literatura – podemos concluir que se verifica uma evolução nos problemas éticos na pessoa em situação crítica em fim de vida. Com efeito, verificamos que nos estudos de 2014 os problemas identificados se inserem nas categorias tradicionais, nomeadamente as questões relacionadas com a transmissão da informação, as relacionadas com a “conspiração do silêncio” perante a pessoa em fim de vida e as dificuldades de decisão sobre a intervenção terapêutica a realizar. De modo diferente, nos estudos de 2019 verifica-se já uma categoria de problemas éticos relacionados com as declarações antecipadas de vontade (vulgo “testamento vital”).

Por fim, em 2018 surge uma categoria nova, que sendo por vezes implícita em alguns estudos anteriores, emerge agora de forma explícita; trata-se da eutanásia.

Assim, tendo em conta a limitação de tempo para esta comunicação, escolhemos para analisar a problemática da eutanásia enquanto problemática ética dos profissionais.

A eutanásia constitui-se, do ponto de vista dos profissionais de saúde, como uma decisão de extinguir uma vida. Trata-se de uma decisão de matar! Ora, os profissionais de saúde preparam-se, científica e eticamente para ajudar a morrer com serenidade e não para matar. Para os enfermeiros, em concreto, a eutanásia corresponde a uma decisão de administração farmacológica com vista extinguir uma vida. A administração de fármacos que se denomina habitualmente de “administração de terapêutica”, vê-se transformada num ato que provoca a morte de uma pessoa. Que valores e que princípios éticos fundamentam esta decisão? Sendo a vida e o respeito por ela, um valor essencial em saúde, como é que os profissionais de saúde justificam uma eutanásia?

A discussão atual centra a justificação da eutanásia no alívio do sofrimento. Contudo, importa discutir este fundamento numa perspetiva de enfermagem. Se o sofrimento for o diagnóstico, certamente a intervenção corresponderá ao alívio do sofrimento e não a uma morte provocada. A decisão científica e eticamente adequada para o sofrimento será a prestação de intervenções que aliviem a dor, a ansiedade, a angústia e que promovam o sentido da vida para a pessoa que sofre. É deste modo que a Enfermagem deve responder ao pedido de eutanásia. Não encontramos outros fundamentos que justifiquem decisão diferente.

## **4 - CUIDAR NO DOMICÍLIO**

**Moderadora: Professora Célia Tavares Vaz (ESSEM)**

### **4.1 - Integração do doente paliativo na comunidade**

Ana Almeida,

Enfermeira coordenadora da LInQUE – Cuidados Paliativos em casa

Integrar o doente na sua própria comunidade pode parecer um paradoxo. Estar em casa/comunidade, significa estar no seu meio, na sua rede de apoio. Mas efetivamente é necessário perceber que rede é essa e qual o desejo do doente. Existem muitas possibilidades de apoio ao doente e família nas várias fases da doença. Assim, deve ser primordial o respeito pela autonomia do doente. Efetivamente o que é que o doente quer? Sabemos pelos estudos publicados, que nem sempre o local de vivência da doença e da morte, corresponde ao local de preferência do doente. Assim, sempre que o doente deseje ficar em casa, deve-se perceber quais as suas necessidades, bem como as dos seus cuidadores, e quais são as intervenções que estão disponíveis para os apoiar. O doente e a família precisam de uma rede apoio, família, amigos, vizinhança, centro de saúde, junta de freguesia, todas as entidades que possam ser intervenientes ativos nos cuidados e uma mais-valia. Ter uma rede de apoio coesa, forte, com um plano definido e possível de ser ajustado sempre que necessário é muito importante para manter o doente no domicílio e apoiar os seus cuidadores.

As principais necessidades do doente e família/cuidadores são: Cuidados físicos; Cuidados de enfermagem; Gestão terapêutica; Cuidados domésticos; Apoio emocional; Serviço Social; Comunicação; ter um profissional de referência; Cuidados antecipatórios; Cuidados preventivos. Sabemos que os prestadores de cuidados enfrentam consideráveis desafios sociais e financeiros, têm muitas vezes de cuidar dos pais, mas ainda têm filhos de quem cuidar e estão em idade ativa profissional. Como cuidar de um doente que necessita de uma presença durante 24h. Uma das principais intervenções da equipa de apoio de saúde em casa é capacitar.

Os cuidadores precisam de compaixão, são os especialistas nos cuidados ao doente, precisam de informação e atualizações permanentes, devem receber uma avaliação e

validação constante dos seus cuidados, têm que saber o que fazer em situações inesperadas, devem sentir a disponibilidade da equipa que os acompanha.

Uma relação de comunicação entre doente/equipa baseada na confiança é fundamental para que o doente se sinta seguro nos cuidados prestados e integrado nos mesmos.

Assim, considero que os principais pontos de acompanhamento de um doente paliativo no seu domicílio são: Respeitar a autonomia do doente e família; Respeitar as decisões; Explorar as redes de apoio; Relação de comunicação baseada na confiança; e, Capacitação.

#### **4.2 - Projeto de Hospitalização Domiciliária no HGO – 3 anos de experiência**

Inês Horta Costa,  
Enfermeira  
Unidade de Hospitalização Domiciliária  
Hospital Garcia de Orta

A Unidade de Hospitalização Domiciliária (UHD) do Hospital Garcia de Orta foi pioneira no País e surgiu em alternativa ao internamento convencional, uma vez que havendo a necessidade de o doente ficar internado e de requerer cuidados contínuos e coordenados dos profissionais de saúde, tem a possibilidade de o fazer no conforto do seu lar.

A UHD completou agora 3 anos, sendo que foram admitidos 1058 doentes e realizadas cerca de 14.083 visitas, com um tempo médio de visita de 44 minutos e com uma perspetiva muito positiva, pois verifica-se uma taxa de avaliação do índice de satisfação do doente e/ou cuidador superior a 90%. Este percurso é possível graças a uma equipa motivada constituída por enfermeiros, médicos, assistente administrativa, farmacêutica e assistente social que trabalham 365 dias por ano, 24 horas por dia, prestando cuidados de nível hospitalar em casa, desenvolvendo uma medicina de ambulatório e uma atividade de educação para a saúde, promovendo a recuperação funcional e a autonomia do doente no seio da sua família.

O internamento na UHD inicia-se com a referenciação dos doentes, podendo esta ser efetuada pelos profissionais (médicos/enfermeiros) dos serviços de internamento médico e cirúrgico, serviço de urgência, consulta externa e pelos cuidados de saúde primários. Existe ao longo de todo o processo, desde a admissão do doente até ao momento da alta a preocupação de se estabelecer uma relação com os cuidados de saúde primários ou outros recursos da comunidade, de forma a que a continuidade de cuidados seja assegurada com eficácia e segurança para o doente.

Importa salientar que este percurso começou muito antes destes 3 anos, foi e continua a ser trabalhoso e em constante crescimento com diversos desafios e novas perspetivas, um trabalho já reconhecido por entidades externas, uma vez que a UHD ganhou em 2016 a 10ª edição do Prémio de Boas Práticas em Saúde e em Abril de 2018 a Ordem dos Enfermeiros atribuiu Homenagem Carreira aos Enfermeiros da Equipa de Hospitalização Domiciliária do Hospital Garcia de Orta. É por tudo isto que vamos continuar a trabalhar com a finalidade de prestar cuidados de saúde de excelência para o doente, família e comunidade.

Concluindo, que de uma forma inovadora temo-nos tornado imprescindíveis para reduzir custos e permanência hospitalar, número de reinternamentos e complicações clínicas, aumentando a participação da família no cuidado ao doente, proporcionando uma melhor qualidade de vida a todas as partes envolvidas.

#### **4.3 - O conforto do doente em fim de vida**

Raquel Alexandra Machado Pereira,  
Centro Hospitalar Barreiro Montijo, E.P.E.

#### **INTRODUÇÃO:**

A presente revisão surge da necessidade de dar um contributo mais amplo acerca da temática do conforto na prática de cuidados de enfermagem à pessoa adulta e idosa em fim de vida hospitalizada. Objetivo: Sistematizar a evidência científica sobre os cuidados de conforto à pessoa adulta e idosa em fim de vida hospitalizada.

#### MÉTODO:

Revisão integrativa de literatura, utilizando os descritores MeSH de cada base de dados EBSCOhost (CINAHL Plus With Full Text; MEDLINE with Full text; e Scientific Electronic Library Online - SciELO Resultados: A amostra constitui-se de 15 artigos cujos achados foram analisados e sintetizados.

#### DISCUSSÃO:

O conforto do adulto e idoso em fim de vida constitui uma preocupação para as equipas de saúde. Esta preocupação é transversal a várias culturas. Os adultos e idosos em fim de vida hospitalizados requerem ser confortados e identificam diferentes interpretações do significado de conforto, focando pouco a dimensão física e mais frequentemente as questões relacionadas com o ambiente e as relações pessoais e sociais. Os achados da revisão mostram também alguns fatores limitantes, que impedem que o "confortar em fim de vida" seja feito pelos profissionais de forma efetiva, nomeadamente um entendimento fragilizado, que relaciona este tipo de cuidados apenas à pessoa que se encontra em situação de morte iminente.

#### CONCLUSÕES:

O conforto é um fator preponderante para o bem-estar da pessoa adulta e idosa que se encontra hospitalizada, sobretudo no contexto de fim de vida. No entanto, as equipas de saúde mantêm algumas limitações ligadas ao processo de confortar em fim de vida, muito relacionadas com sentimentos de pesar e penosidade correlacionados com a terminalidade. Por outro lado, o número reduzido de estudos com estas características, bem como a necessidade de compreender o processo de confortar neste contexto, incita ao desenvolvimento de novas investigações.

#### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Kolcaba, K. (2003). *Comfort theory and practice. A vision for holistic health care and research*. New York : Springer.

Konietzny C, Anderson B. Comfort Conversations in Complex Continuing Care: Assessing Patients' and Families' Palliative Care Needs. *Perspectives: The Journal of the Gerontological Nursing Association*



- Malinowski, Ann & Stamler, L.L. (2002). Comfort: exploration of the concept in nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 39 (6), 599-606. Doi: 10.1046/j.1365-2648.2002.02329.x
- Morse, J. (2000). On comfort and comforting. *American Journal of Nursing*. 100 (9), pp. 34-38.
- Oliveira, C. (2011). O cuidado confortador da pessoa idosa hospitalizada: individualizar a intervenção conciliando tensões. Tese de Doutoramento em Enfermagem. Lisboa: Universidade de Lisboa.
- Pontífice de Sousa P. A natureza do processo de conforto do doente idoso crónico em contexto hospitalar. Construção de uma teoria explicativa. Universidade Católica Portuguesa. Tese de Doutoramento. 2012. Available from:
- Prochet, T. & Silva, M. J. (2008). Situações de desconforto vivenciadas pelo idoso hospitalizado com a invasão do espaço pessoal e territorial. In Escola Anna Nery, *Revista de Enfermagem* 12 (2) pp. 310 -315.
- Silva, Rudval Souza da, Pereira, Álvaro, & Mussi, Fernanda Carneiro. (2015). Comfort for a good death: perspective nursing staff's of intensive care. *Escola Anna Nery*, 19(1), 40-46.
- Vasques TCS, Lunardi VL, Silva PA, Carvalho KK, Lunardi Filho WD, Barros E JL, Percepção dos trabalhadores de enfermagem acerca do cuidado ao paciente em terminalidade no ambiente hospitalar. *Texto Contexto Enferm*, 2016; 25(3):e0480014.
- Watson, J. (2002). *Enfermagem: ciência Humana e Cuidar. Uma teoria de Enfermagem*. Loures: Lusociência
- Wiesenthal A, Goldman DA, Korenstein D. Impact of Palliative Medicine Involvement on End-of-Life Services for Patients With Cancer With In-Hospital Deaths. *Journal Of Oncology Practice*
- Wittenberg E, Ferrell B, Goldsmith J, Ragan SL, Paice J. Assessment of a Statewide Palliative Care Team Training Course: COMFORT Communication for Palliative Care Teams. *Journal Of Palliative Medicine*.

## **5 - SUSTENTABILIDADE E INOVAÇÃO EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO**

**Moderador: Professor Doutor Fernando Henriques (ESEC)**

### **5.1 - Reabilitação Respiratória: Ecare-copd Promoção da Autogestão na DPOC**

José Miguel Padilha, Ana Leonor Ribeiro; Paulo Puga Machado; José Luís Ramos

Escola Superior de Enfermagem do Porto

CINTESIS/Tech4edusim.

A DPOC continua a ser uma das principais causas de morbilidade, perda de qualidade de vida e mortalidade em Portugal e no Mundo. Independentemente das estratégias de prevenção, diagnóstico e gestão da doença implementadas, e dos resultados encorajadores observados, muitos são os desafios que nós, enfermeiros, enfrentamos para ajudar as pessoas com DPOC. Destes desafios destaco a necessidade de nos envolvermos na formação ao longo da vida para nos mantermos atualizados e significativos para as pessoas com DPOC.

Os comportamentos de autocuidado influenciam, de forma determinante, a nossa condição de saúde. Na doença crónica diversas entidades nacionais e internacionais preconizam a melhoria das competências de autogestão da doença, justificando-o com o impacto positivo no controlo da condição de saúde, na funcionalidade, autonomia e qualidade de vida.

Reconhecendo os desafios que pessoas com DPOC e os enfermeiros enfrentam, a Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP), com o parceiro tecnológico (Take the Wind - <https://www.takethewind.com/>), está a desenvolver um programa formativo centrado no desenvolvimento de competências dos enfermeiros para ajudarem as pessoas com DPOC a melhor autogerirem a doença. Este projeto, financiado pelo Fundo Europeu de Desenvolvimento Regional (FEDER) e COMPETE2020, através do Programa Operacional de Competitividade e Internacionalização (POCI) permitirá colmatar uma lacuna formativa que, ainda hoje, subsiste na formação de enfermeiros por todo o mundo.

No século XXI a formação dos enfermeiros encerra novos desafios e oportunidades. A inovação tecnológica, o acesso facilitado a tecnologias de informação e comunicação,

associadas à elevada literacia tecnológica e apetência dos enfermeiros pela inovação e utilização da tecnologia, criou-nos a oportunidade para inovar na oferta formativa com a criação do Ecare-COPD.

Este projeto inova nos conteúdos e nas estratégias pedagógicas, baseando-se no e-learning assíncrono e na simulação clínica virtual em ambiente web, com vista ao desenvolvimento do raciocínio clínico. Com o Ecare-COPD pretendemos facilitar o acesso e promover o envolvimento dos enfermeiros na formação ao longo da vida.

No desenvolvimento do Ecare-COPD participam investigadores e docentes\* da ESEP, especialistas tecnológicos da Take The Wind, estudantes e enfermeiros peritos, encontrando-se em atualmente em fase de teste.

Os conteúdos do programa e a sua especificação foram definidos a partir da revisão sistemática da literatura e validados por peritos nacionais, estando organizados/distribuídos por três cursos de diferentes níveis de complexidade, em resposta às necessidades de certificação dos enfermeiros (estudantes do curso de licenciatura; formação ao longo da via de enfermeiros e enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação).

O Ecare-COPD estará acessível em suporte multimédia numa plataforma inovadora (Projeto NAU - <https://lms.nau.edu.pt/>) e terá acesso a um simulador clínico virtual em ambiente web para treino do raciocínio clínico em enfermagem (<https://bodyinteract.com/>).

Este projeto é financiado pelo Programa Operacional Competitividade e Internacionalização - COMPETE2020 e por fundos Nacionais da FCT - Fundação para a Ciência e a Tecnologia (Ref.: POCI-01-0145-FEDER-023342)

## **5.2 - Reabilitação Motora da pessoa acometida de AVC com disfagia**

Fernando Martins, Edite Sanches, Elsa Pereira,  
Unidade de AVC, Serviço de Neurologia  
Hospital Garcia de Orta, Almada

A deglutição é um fenómeno complexo. Qualquer alteração nas estruturas envolvidas na deglutição sejam de natureza anatómica ou neurológica devem ser encaradas como

sinais de alerta de possível presença de disfagia, sendo essencial uma avaliação minuciosa da deglutição.(1)

As dificuldades na alimentação podem dever-se a problemas neurológicos/motores que são consequentes ao AVC. Aproximadamente 50% dos doentes com Acidente Vascular Cerebral (AVC), apresentam na fase inicial da doença - disfagia. (2,3)

A deteção da disfagia e atuação precoce perante a mesma é fator importante na diminuição de tempos de internamento e complicações. (3)

Os enfermeiros são cruciais na identificação e prevenção de complicações e parte integrante de uma equipa multidisciplinar na abordagem e reabilitação do doente com disfagia.

A identificação da disfagia pressupõe uma avaliação da deglutição, esta deve ser realizada antes de iniciar a ingestão de qualquer alimento ou líquido. A avaliação da deglutição deve ser rigorosa e cautelosa. A recolha de informação clínica do doente, avaliação do estado mental, cognição, linguagem, eficácia da tosse, das estruturas anatómicas e pares cranianos envolvidos, são alguns dos elementos da avaliação da deglutição, entre outros. (1,6)

Após essa avaliação, se for seguro, procede-se à fase seguinte com ingestão de líquidos e alimentos.

A aplicação de um teste para a deteção da disfagia deve ter em conta a necessidade de uma equipa treinada na execução do mesmo, de forma a este ser executado com o máximo de fiabilidade, sob forma de protocolo que contemple a articulação com outros profissionais de saúde. No serviço de Neurologia/UAVC do Hospital Garcia de Orta, foi implementado um instrumento de rastreio de disfagia, Volume – Viscosity Swallow Test (VVS-T). Nesta intervenção foram incluídos momentos de formação a toda a equipa de enfermagem, assim como elaboração de norma de procedimento. Foi igualmente realizada a avaliação dessa intervenção, efetuado o registo prospetivo da aplicação de testes de rastreio de disfagia a doentes internados na Unidade de AVC nos 6 meses seguintes à formação, para comparação com igual período anterior.

Foram incluídos 155 doentes incluídos (52,3% homens, mediana de idades 73 anos), 89,0% tinham AVC isquémico, 6,5% AVC hemorrágico, 2,6% AIT e 1,9% TVC.

Verificou-se: aumento da frequência de rastreio de disfagia em 20%, em que o número de doentes que não realizou teste quando clinicamente indicado desceu de 11,1% para

3,4%; redução do número de doentes com entubação nasogástrica em 10% e redução da incidência de pneumonia em 7,6%.

A análise dos dados confirmou a aplicação efetiva do teste de avaliação da deglutição por toda a equipa de enfermagem após formação, com conseqüente ganho em saúde na diminuição do número de pneumonias.

Relativamente á reabilitação da disfagia esta é considerada eficaz quando o doente consegue alimentar-se de forma segura via oral, ganha peso ou quando há redução da incidência de pneumonia aspirativa. (7)

Assim, as intervenções na área da reabilitação do doente com disfagia são inclusas os cuidados gerais durante o momento da alimentação e a abordagem do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação na execução de técnicas e exercícios: técnicas posturais, estimulação sensitiva, exercícios de amplitude e fortalecimento muscular, alterações da dieta, mudanças voluntárias da deglutição. (1)

Salienta-se também a importância do papel do enfermeiro na preparação da alta, na realização de ensinamentos ao doente e/ou família sobre a adequação da dieta, consistência dos líquidos, posicionamento durante e após as refeições, os cuidados na prevenção de complicações assim como orientação para a unidade de saúde na comunidade.

#### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1 Braga,R. (2016). Cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa ao longo da vida. Loures. Lusodidacta. 2016;4(4):181-186

2 Bennett B, Howard C, Barnes H, Jones A. Medication management in patients with dysphagia: a service evaluation... [corrected][published erratum appears in NURS STAND 2013 Jul; 27(46): 33]. Nursing Standard [serial on the Internet]. (2013, June 12), [cited March 17, 2018]; 27(41): 41-48. Available from: CINAHL Complete.

3 Altman K, Takizawa C, Martino R, Speyer R, Derex L, Altman R, et al. Dysphagia screening, evaluation and treatment in stroke: implementation and integration with multiple concurrent clinical pathways. International Journal Of Care Pathways [serial on the Internet]. (2012, June), [cited March 17, 2018]; 16(2): 33. Available from: CINAHL Complete.

- 4 Xue Y. Identification and nursing management of dysphagia in individuals with acute neurological impairment. *Journal Of Advanced Nursing* [serial on the Internet]. (2010, Sep), [cited March 17, 2018]; 66(9): 1932-1933. Available from: CINAHL Complete.
- 5 Hughes S. Management of dysphagia in stroke patients. *Nursing Older People* [serial on the Internet]. (2011, Apr), [cited March 17, 2018]; 23(3): 21-24. Available from: CINAHL Complete.
- 6 Hoeman SP. *Enfermagem de Reabilitação: Aplicação e Processo*. 2 ed. Loures: Lusociência; 2000
- 7 Silva Roberta Gonçalves da. A eficácia da reabilitação em disfagia orofaríngea. *Pró-Fono R. Atual. Cient.* [Internet]. 2007 Apr [cited 2019 Feb 03] ; 19( 1 ): 123-130. Available from:[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-56872007000100014&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-56872007000100014&lng=en) .<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-56872007000100014>.

## **6 - A SAÚDE MENTAL DO SÉC XXI: NECESSIDADES E RESPOSTAS**

**Moderador: Professor Doutor António Nabais (ESEL)**

### **6.1 - Programa psicoeducacional e de treino de competências em setting ambulatorio**

Ana Isabel Santos,  
CHLO- Hospital Egas Moniz

Apesar das pessoas com doença mental apresentarem habitualmente dificuldades mais ou menos graves no funcionamento pessoal e social que os impedem de viver de forma independente e autónoma, a grande maioria dos serviços continua a disponibilizar apenas um sistema tradicional de cuidados centrado no hospital, ignorando as intervenções da esfera psicossocial.

Os serviços que funcionam dessa forma, são incapazes, não apenas de identificar muitos dos doentes mentais das suas comunidades, como de assegurar a continuidade de cuidados dos doentes que identificaram, o que inevitavelmente leva ao fenómeno da 'porta giratória', com todas as consequências que esse fenómeno implica.

Embora na generalidade cerca de 70% dos doentes melhorem quando tratados com antipsicóticos, dada a diversidade de problemas e dificuldades que cada um deles pode apresentar, muitos autores afirmam que o tratamento eficaz da doença mental deve incluir muitas outras intervenções para além da medicação.

Desde há muitos anos que as organizações e associações preocupadas com a saúde e a doença mental aconselham a que a reabilitação psicossocial seja implementada nas instituições de saúde, mas apesar da bem documentada eficácia e redução de custos deste tipo de tratamento, na maioria dos países da Europa, este tipo de serviços continuam a ser insuficientes.

O Programa Psicoeducacional e de Treino de Competências em Ambulatório da Equipa Comunitária de Saúde Mental de Lisboa (ECSML) do CHLO foi implementado no final de 2013 para que os doentes mentais graves desta equipa pudessem continuar a usufruir de intervenções da esfera da reabilitação psicossocial após a extinção do Serviço de Reabilitação Psicossocial – Unidade de Dia do CHLO.

Embora o funcionamento em setting ambulatorio pudesse constituir um entrave à sua operacionalização, nomeadamente pela inexistência de um espaço físico específico e convenientemente equipado para a realização dos treinos de competências sociais, o programa tem a vantagem de possibilitar o treino dessas competências nos ambientes em que o doente mental se movimenta, utilizando os seus próprios materiais e equipamentos ou a ausência deles, como tantas vezes acontece.

Operacionalizado pela equipa de enfermagem, o programa não pretende ser um programa global de reabilitação psicossocial que requereria uma maior diversidade de intervenções e maior quantidade de recursos físicos e humanos, mas tem sido uma importante ferramenta para o empowerment e o recovery das pessoas que nele participam ou participaram e tem contribuído para a taxa 0 de recaída e reinternamento dos seus participantes.

Dos grupos inicialmente implementados, mantêm-se o grupo de Gestão dos Sintomas de Doença e Medicação, o de Estimulação da Cognição e o de Estimulação da Motricidade Fina. Todos eles funcionam numa periodicidade semanal e cada sessão tem uma duração nunca inferior a 1.30h. A lotação máxima oficial é de 12 participantes por grupo. Por norma, as sessões de ensino realizam-se no hospital e os treinos de competências poderão realizar-se no hospital, em locais de interesse da comunidade ou no domicílio dos participantes. Foram estabelecidos critérios de inclusão, mas quase todos os doentes mentais graves da nossa consulta apresentam um ou mais desses critérios, podendo por isso integrar o grupo em qualquer momento.

Embora os conteúdos de cada grupo sejam diferentes, todos eles foram construídos segundo a estrutura e metodologia do modelo dos Módulos UCLA para o treino de competências sociais e vida independente de Liberman. Esta metodologia é direccionada para o saber-fazer, o que faz todo o sentido se atentarmos ao habitual conjunto de dificuldades de funcionamento das pessoas com doença mental grave. Segundo os autores do modelo, o importante não são os conteúdos escolhidos, mas a metodologia proposta que os autores acreditam ser a mais eficaz para a aprendizagem e aquisição de competências.



Relativamente aos conteúdos e formato, todos os grupos estão divididos em 3 partes que se prolongam por um número não pré-determinado de sessões que depende das etapas pré-estabelecidas e sobretudo do ritmo de aprendizagem do grupo.

Na 1ª parte, constituída pelas primeiras sessões de cada grupo, procede-se a uma avaliação específica e abordam-se as questões mais gerais sobre o tema com base em apresentações power point. Na 2ª parte trabalham-se as pré-competências e competências que é suposto o doente adquirir ou desenvolver. Finalmente, a 3ª parte é a fase final das diversas sessões de grupo e também ela é dividida em várias sessões de trabalho em que se avaliam a aquisição de conhecimentos/alteração de comportamentos e outras necessidades de informação e intervenção.

Embora realizado em grupo, deve ser feito um esforço de adaptação ao perfil cognitivo e de funcionamento de cada utilizador, partindo das premissas de que (1) não basta que ensinemos para que os participantes aprendam, (2) de que a aprendizagem é um acto voluntário que será tanto mais consistente, quanto mais motivado estiver o participante e por isso é tão importante, garantir no grupo uma relação de confiança e um ambiente de afectos, (3) de que a velocidade do ensino depende do ritmo da aprendizagem do participante com maior dificuldade de aprendizagem, (4) de que, dependendo das situações, aos participantes com menos dificuldades de aprendizagem pode ser pedido que ajudem aqueles cujo ritmo de aprendizagem é mais lento e (5) de que os métodos de formação preferencialmente utilizados serão os métodos demonstrativos ou aprendizagem por modelagem, os métodos interrogativos que estimulam a cognição e a criatividade e métodos activos que são úteis para fomentar a motivação e participação

Exemplo da integração do tema esquizofrenia com a metodologia recomendada por Liberman:

- ☐ apresentação power point sobre esquizofrenia
- ☐ demonstrações e treinos práticos (e.g. identificação de sinais individuais de descompensação, na construção de planos individuais de intervenção na crise)
- ☐ resolução dos problemas identificados e relacionados com os recursos e obstáculos à aquisição de competências
- ☐ trabalhos para casa

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Afonso, I.A. (2014). *Necessidades Educacionais de Cuidadores de Pessoas com Esquizofrenia*. Lisboa: Editora Padrões Culturais.

Afonso, I.A. (2014). Programa Psicoeducacional e de Treino de Competências em Setting Ambulatório. Comunicação apresentada no âmbito do Prémio de Boas Práticas em Saúde, ACSS no INFARMED, Lisboa. Disponível em [www.apdh.pt/sites/apdh.pt/files/proj\\_3\\_isabel%20ana.pdf](http://www.apdh.pt/sites/apdh.pt/files/proj_3_isabel%20ana.pdf).

American Psychiatric Association (2004). *Practice Guidelines for the treatment of patients with schizophrenia (2ª ed.)*. Washington DC: American Psychiatric Association.

Blasi, R. (2006). Entrevista com Robert Paul Liberman. Acedido 06/01/2018 em <http://www.elsevier.es/es-revista-rehabilitacion-psicosocial-272-articulo-entrevista-con-el-dr-r-obert-13102380>.

Bustillo, J.R., Lauriello, J., Horan, W.P. et al. (2001). The psychosocial treatment of schizophrenia: An update. *American Journal of Psychiatry*, 158(2),163-75.

Caldas de Almeida, J.M. & Xavier, M. (1997). Perspectivas actuais do tratamento da esquizofrenia na comunidade. *Acta Médica Portuguesa*, 12:885-862.

Drake, R.E., Mueser, K.T., Torrey, W.C. et al. (2000). Evidence-based treatment of schizophrenia. *Current Psychiatry Report*, 2(5):393-97.

Eckman, T.A., Wirshing, W.C., Marder, S.R., Liberman, R.P. et al. (1992). Technique for training schizophrenic patients in illness self-management: A controlled trial. *American Journal of Psychiatry*, 149, 1549-1555.

Economou, M.P., (2015). Psychoeducation: A Multifaceted Intervention International. *Journal of Mental Health*, 44(4).

Ellen P. Lukens & William R. McFarlane. (2004). Psychoeducation as Evidence-Based Practice: Considerations for Practice, Research, and Policy. *Brief Treatment and Crisis Intervention*, 4(3). Doi: 10.1093/brief-treatment/mhh019.

Falloon, I.R., Held, T., Roncone, R., Coverdale, J.H. & Laidlaw, T.M. (1998). Optimal treatment strategies to enhance recovery from schizophrenia. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 32(1), 43-9.

Franx, G., Kroon, H., Grimshaw, J., Drake, R., Grol, R. & Wensing, M. (2008). Organizational Change to Transfer Knowledge and Improve Quality and Outcomes of

Care for Patients With Severe Mental Illness: A Systematic Overview of Reviews. *La Revue Canadienne de Psychiatrie*, 53(5).

Glynn, S.M., Marder, S.R., Liberman, R.P., Blair, K. et al. (2002). Supplementing Clinic-Based Skills Training With Manual-Based Community Support Sessions: Effects on Social Adjustment of Patients With Schizophrenia. *Am J Psychiatry*, 159, 829–837.

Heinssen, R. K., Liberman, R. P. & Kopelowicz, A. (2000). Psychosocial skills training for schizophrenia: lessons from the laboratory. *Schizophrenia Bulletin*, 26, 21-46.

Huxley, N. A., Rendall, M. & Sederer, L. (2000). Psychosocial treatments in schizophrenia: a review of the past 20 years. *Journal of Nervous and Mental Disorders*, 188, 187-201.

Kopelowicz A, Liberman RP, Zarate R (2006). Recent Advances in Social Skills Training for Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 32 (1), 12-23. [Doi.org/10.1093/schbul/sbl023](https://doi.org/10.1093/schbul/sbl023).

Kopelowicz, A., Liberman, R.P. & Wallace, C.J. (2003). Psychiatric Rehabilitation for Schizophrenia. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 3(12), 283-298.

Lak, D.C.C. & Tsang, H.W.H. (2004). Cultural Adaptation of the Basic Conversational Skills Module for a Chinese Population. *Psychiatric Services*, 55(9).

Leff, J. (2006). The social context of mental illness. In Roberts, G., Davenport, S., Holloway, F. & Tattan, T. (Eds.). *Enabling recovery: The Principles and Practice of Rehabilitation Psychiatry*, pp. 38-47. Londres: Gaskell.

Liberman R.P. (2007). Dissemination and adoption of social skills training: Social validation of an evidence-based treatment for the mentally disabled. *Journal of Mental Health*, 16(5), 595 – 623.

Liberman, R.P. & Kopelowicz, A. (2009). Training skills for illness self-management in the rehabilitation of schizophrenia. A Family-assisted Program for Latinos in California. *Salud Mental*, 32(2).

Liberman, R.P. & Silbert, K. (2005). Community Re-Entry: Development of Life Skills. *Psychiatry*, 68(3), 220-228.

Liberman, R.P. (2007). Dissemination and adoption of social skills training: Social validation of an evidence-based treatment for the mentally disabled. *Journal of Mental Health*, 16(5).

Liberman, R.P., DeRisi, W.J. & Mueser, K.T. (1989). *Social Skills Training for Psychiatric Patients*. New York: Pergamon Press.

Liberman, R.P., Hilty, D.M., Drake, R.E. & Tsang, H.W.H. (2001). Multidisciplinary roles in the 21st century: Requirements for multidisciplinary teamwork in psychiatry rehabilitation. *Psychiatry Services*, 52:1331-1342.

Liberman, R.P., Wallace, C.J., Blackwell, G., Kopelowicz, A., Vaccaro, J.V. & Mintz, J. (1998). Skills training versus psychosocial occupational therapy for persons with persistent schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 155, 1087-1091.

Marder, S.R., Wirshing, W.C., Mintz, J., McKenzie, J., Johnston, K., Eckman, T.A., Lebell, M., Zimmerman, K. & Liberman, R.P. (1996). Two-year outcome of social skills training and group psychotherapy for outpatients with schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 153, 1585-1592.

National Institute for Health and Clinical Excellence (2009). *Schizophrenia - Core interventions in the treatment and management of schizophrenia in adults in primary and secondary care*. Consultado em 3/1/2018 em NICE Clinical Guideline: Quick reference guide: [www.nice.org.uk](http://www.nice.org.uk).

National Institute for Health and Clinical Excellence (2010). *Schizophrenia Annual Evidence Update*. Acedido 20/01/2018 em <https://arms.evidence.nhs.uk/resources/hub/35926/attachment>.

National Institute for Health and Clinical Excellence (2014). *Psychosis and schizophrenia in adults-Treatment and management*. Acedido 14/01/2018 em <https://www.nice.org.uk/guidance/cg178>.

Pasadas, F. & Manso, F. (2015). Psychoeducation: A Strategy for Preventing Relapse in Patients with Schizophrenia. *International Journal of Nursing*, 2(1), 89-102. Doi: 10.15640/ijn.v2n1a10.

Pekkala, E. & Merinder, L. (2002). Psychoeducation for schizophrenia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2(CD002831). Doi: 10.1002/14651858.CD002831.

Penn, D., & Mueser, K. (1996). Research update on the psychosocial treatment of schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 153, 607-17.

Portugal (2013). Ministério da Saúde. *Saúde Mental em números – Programa Nacional para a Saúde Mental*. Lisboa: DGS. Disponível em <https://www.dgs.pt/em-destaque/portugal-saude-mental-em-numeros-201511.aspx>.

Schooler, N.R. (2006). Relapse Prevention and Recovery in the Treatment of Schizophrenia. *J Clin Psychiatry*, 67(5), 19-23.

Spaulding, W. et al. (2005). Best Practices. Canadá: Nebraska Department of Health and Human Services - Division of Behavioral Health Services.

Stout, C.E & Hayes, R.A. (2004). *The Evidence-Based Practice: Methods, Models, and Tools for Mental Health Professionals*. Nova Jersey: John Wiley & Sons.

Thorncroft, G., & Susser, E. (2001). Evidence-based psychotherapeutic interventions in the community care of schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, 178, 2-4.

Thornton, J.F., Seeman, M.V. & Plummer, E.D. (2006). *Schizophrenia: Rehabilitation: Education about illness*. Consultado em 7/1/2018, em <http://www-mentalhealth.com/book/p42-sc4.html>. 10/04/06.

Wallace, C.J. & Liberman, R.P. (1985). Social skills training for patients with schizophrenia: A controlled clinical trial. *Psychiatry Research*, 15, 239-247.

Wallace, C.J., Liberman, R.P., MacKain, S.J. & Eckman, T.A. (1992). Effectiveness and replicability of modules for teaching social and instrumental skills to the severely mentally ill. *American Journal of Psychiatry*, 149, 654-658, 1992.

Wallace, C.J., Liberman, R.P., Tauber, R. & Wallace, J. (2000). The Independent Living Skills Survey: A Comprehensive Measure of the Community Functioning of Severely and Persistently Mentally Ill Individuals. *Schizophrenia Bulletin*, 26(3).

World Health Organization (2001). *The World Health Report 2001. Mental Health: New Understanding, New Hope*. Genebra: World Health Organization.

World Health Organization (2002). *The World Health Report 2002 - Reducing Risks, Promoting Healthy Life*. Genebra: World Health Organization.

Xavier, M., Caldas de Almeida, J.M., Martins, E, Barahona, B. & Kovess, V. (2002). Avaliação das necessidades de cuidados de indivíduos com esquizofrenia em Portugal: estudo comparativo multicêntrico. *Saúde Mental*. 20(2):5-17.

Xia J., Merinder L.B. & Belgamwar M.R. (2011). Psychoeducation for schizophrenia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 6(CD002831). Doi:10.1002/14651858.CD002831.pub2.

Zygmunt, A., Olfson, M., Boyer, C.A, & Mechanic, D. (2002). Interventions to Improve Medication Adherence in Schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 159(10), 1653-1664.

## 6.2 - As intervenções de enfermagem na saúde mental: que resultados?

Paulo Seabra,  
Professor Adjunto  
Escola Superior de Enfermagem de Lisboa  
Investigador Colaborador na UI&DE, ESEL  
Investigador Integrado no CIIS, UCP.

Na perspetiva da reflexão sobre a inovação e a sustentabilidade da Enfermagem, é determinante refletirmos sobre a saúde mental no séc. XXI, que necessidades têm as pessoas, as famílias, as comunidades, que respostas podem ser colocadas ao dispor das mesmas, que respostas podem melhorar o seu bem-estar e a sua qualidade de vida. Esta reflexão pretende contribuir para essa discussão, procurando destacar, desocultar os ganhos, os benefícios, os resultados das intervenções dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (EESMP). Esta reflexão pretende falar da evidência desse contributo para a sociedade. Ou seja, vamos falar de inovação. Falar de resultados que contribuem significativamente para a sustentabilidade dos sistemas de saúde.

### O PESO DA DOENÇA MENTAL, AS INCAPACIDADES ASSOCIADAS, A CARGA GLOBAL DA DOENÇA

É uma realidade que a vivências nas sociedades atuais têm aumentado a prevalência da doença mental. Já sabemos, que a carga das doenças mentais vai ser o maior fator de morbilidade e incapacidade nas próximas décadas (depressão, as perturbações de ansiedade e as doenças neuro degenerativas – demências). Há uma prevalência elevada na população idosa e sabemos que há um desfasamento entre o início dos sintomas/problemas nas pessoas e as respostas que os serviços conseguem dar. Diferentes organismos, têm assinalado diferentes taxas de prevalência das perturbações mas, todos nos aportam dados que revelam a dimensão do problema: Em cada ano 25% dos portugueses sofre de um distúrbio mental e do comportamento (Almeida, 2010; Gomes, 2010; Sá, 2010; DGS, 2013); 50% dos portugueses já teve um problema de saúde mental (17,5% considerada grave) (Almeida, 2018); Perturbação

depressiva 7,9% da população; Perturbação da ansiedade 16,5% da população (DGS,2013); 25,4% da população com sintomas de depressão (mulheres 33,7%) (INE, 2015), entre outros dados. Tem sido consensual que está a acontecer um aumento de casos de morbilidade psiquiátrica (psicose, neurose, perturbações do comportamento) (DGS, 2016). Estima-se que existam cerca de 160 mil pessoas com demência em Portugal (DGS, 2016). Foi identificado que 35,9% de pessoas mais velhas ( $\geq 65$  anos) que recorrem aos Cuidados de Saúde Primários na Região Norte, têm problemas de saúde mental (OPSS, 2015).

Já sobre as respostas, sabemos que há um distanciamento entre as necessidades e as respostas. Apenas 37,8% das pessoas com Depressões Major tiveram contacto para tratamento no ano do início da doença, correspondente a uma mediana da duração do atraso de 4 anos (DGS, 2016), e os dados apontam para que 29,3% dos casos iniciais de depressão, podem ser classificados de grave (Almeida, 2018). Apenas 27,1% das pessoas com Perturbação Bipolar acederam a tratamento no ano do início da doença, alcançando a mediana do atraso um período de 6 anos (DGS, 2016). Na realidade atual, sabemos que persistem altas taxas de reinternamento, pela influência de alguns dos fatores conhecidos como determinantes para a estabilização das pessoas com doença mental, seja a não estabilização completa no momento da alta, seja a falta de acompanhamento, seja a instabilidade provocada pelo seu ambiente social (Almeida, 2018). Estes factos contribuem significativamente para que os anos vividos com incapacidade pelas perturbações mentais e do comportamento, sejam na ordem de 20,55% dos anos totais de vida (Almeida, 2013).

Alguns dados complementares podem ser destacados: Temos um continuado acréscimo prescritivo farmacológico com ênfase para os antidepressivos, ansiolíticos e estimulantes inespecíficos. Há um aumento de casos de perturbações mentais na infância (DGS 2016) e por último, algo que deve ser tido em conta nesta análise, Portugal está na 94<sup>a</sup> posição em 125 países no índice de felicidade (Relatório Mundial de Felicidade, 2015)

Para termos uma noção das respostas a estes problemas, veja-se que o investimento na saúde mental e psiquiatria foi na ordem dos 5,2% do orçamento geral do ministério da saúde em 2017, evidenciando um crescimento significativo pois em 2008 era 2,5% (Ministério da Saúde, 2018). Na linha da identificação da falta de recursos, veja-se o

que o Relatório Primavera do Observatório Português dos Sistemas de Saúde refere “Há um escasso investimento na saúde mental e o número de enfermeiros limita a concretização do plano nacional de saúde mental” (OPSS, 2015).

## O TRATAMENTO DA DOENÇA MENTAL

A história da Psiquiatria tem dados muito interessantes e já todos ouvimos falar que desde a segunda metade do século XX, se iniciou o movimento de humanização dos cuidados e desinstitucionalização das pessoas com doença mental.

Temos dados históricos que muitas intervenções foram avanços significativos do tratamento das pessoas com doença mental. Veja-se a inoculação com o Plasmodium esperando o benefício da elevada temperatura corporal na sintomatologia, da indução do coma insulínico, da lobotomia e da eletroconvulsivoterapia (Soares, 2008; Correia, 2014). Concomitantemente deu-se o aparecimento e a evolução dos psicofármacos com o aparecimento dos neurolépticos (1952) que permitiram efetivamente pensar na desinstitucionalização das pessoas com doença mental grave, mais tarde, as benzodiazepinas (Clordiazepóxido 1957; Diazepam 1963) que tiveram uma forte adesão das populações doentes e não doentes, com reconhecimento dos potenciais riscos à posteriori. Os antidepressivos (Imipramina (1955) e a Fluoxetina (1987)) foram considerados quando surgiram, as pilulas da felicidade (Jarne & Talarni, 2015). Naturalmente que desde esses momentos, tem sido claro, que usar os psicofármacos para ajudar a lidar com os problemas da vida, ou moldar a personalidade, era perigoso e não terá efetivamente esse resultado.

## AS INTERVENÇÕES DOS ENFERMEIROS

Os Enfermeiros nesta área profissional não têm os algoritmos de decisão rápida, fundamentada e de suporte, como outras áreas têm, veja-se o sistema de triagem de Manchester, os algoritmos de suporte básico de vida, de suporte imediato de vida, de suporte avançado de vida, de suporte avançado no trauma. Uma coisa nós sabemos, é que temos um domínio de intervenção autónomo ou interdependente, devidamente regulamentado pelo Regulamento do exercício profissional dos enfermeiros (REPE, 1998) que no seu Art. 4º, ponto 4 – salienta que os Cuidados de enfermagem são as intervenções autónomas ou interdependentes a realizar pelo enfermeiro no âmbito



das suas qualificações profissionais. Os Enfermeiros sabem, que na implementação das intervenções, devem incorporar os resultados da investigação, sabendo que estas decisões lhes conferem conhecimento, autonomia e maior responsabilização. Uma das melhores estratégias é a produção de guias orientadores de boas práticas de cuidados de enfermagem, baseados na evidência empírica. Estes guias, podem constituir-se uma base estrutural importante para a melhoria contínua da qualidade do exercício profissional (OE, 2001). Veja-se por exemplo o Guia Orientador para a patologia depressiva e comportamentos da esfera suicidária (Santos et al., 2012).

O Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental (Regulamento nº515/2018) refere o seu quadro de competências:

F1. Detém um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de autoconhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional.

F2. Assiste a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na otimização da saúde mental.

F3. Ajuda a pessoa ao longo do ciclo de vida, integrada na família, grupos e comunidade a recuperar a saúde mental, mobilizando as dinâmicas próprias de cada contexto.

F4. Presta cuidados psicoterapêuticos, sócio terapêuticos, psicossociais, e psicoeducacionais, à pessoa ao longo do ciclo de vida, mobilizando o contexto e dinâmica individual, familiar de grupo ou comunitário, de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde.

O domínio que se pretende responder na 4ª competência é através dos princípios da Intervenção Psicoterapêutica. Mas esta é definida pela American Psychology Association como "A aplicação informada e intencional de métodos clínicos e as posições interpessoais derivadas de princípios psicológicos estabelecidos para o efeito de ajudar as pessoas a modificar seus comportamentos, cognições, emoções e / ou outras características pessoais em direções que os participantes considerem desejáveis" (Norcross & Munion, 1990, citados por Sampaio, Sequeira, & Lluch-Canut, 2014). Mais recentemente foi construído um Modelo de intervenção psicoterapêutica em Enfermagem (Sampaio, Sequeira, & Lluch-Canut, 2014; Sampaio, 2017) que assume

um conjunto de princípios que ajudaram à construção do modelo que possibilita que os EEESMP realizem, efetivamente, intervenções psicoterapêuticas enquanto intervenção autónoma de Enfermagem (com conhecimento próprio de enfermagem). Com a ajuda deste modelo ficou claro o que podemos designar como intervenção psicoterapêutica em Enfermagem: Uma intervenção estruturada, baseada em raciais teóricos, que resulta da identificação de um diagnóstico de Enfermagem e tem como objetivo a mudança ou redução de um estado percebido como negativo pelo cliente através da definição prévia de metas mútuas (Sampaio, Sequeira & Lucht, 2015).

#### AS INTERVENÇÕES DOS ENFERMEIROS NA SAÚDE MENTAL - EVIDÊNCIA

No nosso grupo de investigação temos pesquisado a evidência de toda a tipologia de intervenções terapêuticas (sejam psicoterapêuticas, socio terapêuticas, psico-educativas ou psicossociais), mas, neste recorte, apresentamos apenas aqueles trabalhos em que conseguimos recolher a evidência do sucesso destas intervenções, quando realizadas por enfermeiros. A metodologia utilizada neste projeto tem sido a Revisão de Literatura (realizadas nos últimos dois anos, com naturezas diferentes: Scoping Reviews, Revisões Integrativas e Sistemáticas) com os seguintes critérios de inclusão: Efetividade das Intervenções terapêuticas realizadas por Enfermeiros.

Destas revisões, podemos apresentar os resultados, organizados por diferentes focos de Enfermagem, consoante a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (ICN, 2016) e aquelas intervenções em que a literatura demonstrou que as pessoas sujeitas às mesmas, tiveram ganhos em saúde.

#### ANSIEDADE

- ✓ Relaxamento progressivo de Jacobson - Diminuição significativa da sintomatologia (Gonzalez, 2012)
- ✓ Técnicas de Relaxamento - Diminuição da ansiedade (Rosa, 2014; Wilhelm et al., 2015)
- ✓ Biblioterapia - Diminuição da ansiedade (Brabyn et al., 2016)
- ✓ Treino de assertividade - Diminui a ansiedade nas interações sociais (Lin et al., 2008; Lee et al., 2013; Malky et al., 2016); Controlo de sintomas (Sampaio et al., 2018)

- ✓ Restruturação cognitiva - Melhoria dos sintomas de ansiedade e autocontrole (Sampaio et al., 2018)
- ✓ Programas de mindfules - Diminuição da agorafobia (Valk, Waerdt, Meijer, Hout & Haan, 2013)
- ✓ Terapia pelo Drama - Redução da ansiedade (Ilievová, Zitny & Karabová, 2015)

#### AUTOESTIMA

- ✓ Biblioterapia ou Cineterapia (individual ou em grupo) - Melhoria da confiança e da autoeficácia, aceitação do elogio, melhoria da reação à crítica e capacidade de estabelecer objetivos realistas para o futuro (Nunes, 2018). Melhoria da autoestima, comunicação e interação social (Walsh, 2010)
- ✓ Treino de assertividade - Diminuição de comportamentos agressivos, melhor autoestima e qualidade de vida (Wood et al., 2010; Lee et al., 2013). Diminuição das dificuldades no relacionamento interpessoal (Malky et al., 2016)
- ✓ Terapia da Reminiscência - Autoestima aumentada (Chiang, 2008; Preschl, et al., 2012; Meléndez-Moral et al., 2015; Halford & Mellor 2016); mais satisfação com a vida (Wu, 2011).
- ✓ Programas de Psicoeducação - Melhoria da auto-estigma (Rahmani, et al., 2016),

#### HUMOR

- ✓ Treino assertivo (com psicoeducação) - Prevenção de comportamentos de risco, mais assertividade e recuperação da sintomatologia depressiva (Tomás & Carvalho, 2014; Malky et al., 2016).
- ✓ Treino assertivo - Recuperação dos sintomas depressivos (Malky et al., 2016; Bertelsen et al., 2008)
- ✓ Biblioterapia - Melhoria dos sintomas depressivos (Songprakun & McCann, 2012; Brabyn et al., 2016), mais resiliência (Songprakun & McCann, 2012; Robertson et al., 2016),
- ✓ Terapia da reminiscência - Diminuição dos sintomas depressivos (Wu, 2011; Preschl, et al., 2012).

#### STATUS PSICOLÓGICO

- ✓ Técnicas de Relaxamento - Bem-estar emocional, maior equilíbrio interno, maior capacidade de auto-monitorização, maior tranquilidade, aumento da vitalidade e diminuição da agressividade (Rosa, 2014). Redução do estado de ansiedade e stress e melhoria do bem-estar (Georgiev, 2012)
- ✓ Terapia com imagens (imaginação guiada) e música - Mais bem-estar, melhor perceção pessoal (Jain et al., 2012)
- ✓ Arteterapia - Bem-estar, melhor balanço emocional, menos medos e angústia, melhor interação entre pares (Coqueiro, Vieira & Freitas, 2010).

#### PENSAMENTO E COGNIÇÃO

- ✓ Estimulação cognitiva e Coaching - Resultados positivos ao nível da atenção, memória de trabalho, aprendizagem verbal e funcionamento cognitivo; Diminuição dos sintomas negativos da esquizofrenia (Ahmed, A. et al. (2015)
- ✓ Biblioterapia - Diminuição do número e da duração dos internamentos (Chien et al., 2016)
- ✓ Treino de competências sociais - Melhoria das competências comunicacionais, assertivas e relacionais (Khalil, 2012; Malky et al., 2016)
- ✓ Programas de mindfulness - Diminuição da severidade dos sintomas, diminuição dos reinternamentos, melhor funcionamento psicossocial, melhor perceção e insight (Chien & Thompson, 2014), diminuição do psiconeuroticismo (Valk, et al., 2013)
- ✓ Treino de assertividade - Melhoria desta sintomatologia (Bertelsen et al., 2008)

#### SONO

- ✓ Técnicas de Relaxamento - Regularização e diminuição da insónia (Rosa, 2014).

#### DOR

- ✓ Técnicas de Relaxamento - Maior controlo da dor (Rosa, 2014); Eficaz no tratamento de dores crónicas severas (Wallash, 2012).

#### MEDO

- ✓ Terapia pelo Drama - Redução do medo (Ilievová, Zitny & Karabová, 2015).

#### ABUSO DE ÁLCOOL E ABUSO DE DROGAS

- ✓ Técnicas de Relaxamento - Menos recaídas (Erim, 2016).

- ✓ Treino de assertividade - Diminuição do uso de drogas (Bertelsen et al., 2008).

#### AUTOCUIDADO

- ✓ Estimulação Cognitiva, Funcional e Sensorial - Melhoria ao nível da linguagem, da interação social, da capacidade de expressar emoções, da atenção sustentada e do pensamento abstrato (Silva, 2018); mais velocidade psicomotora (Bowie, et al., 2013).

#### ATENÇÃO E MEMÓRIA

- ✓ Estimulação cognitiva - Melhoria do funcionamento ao nível da atenção, da memória de trabalho, da memória prospetiva e retrospectiva (Mohammadi. (2014); maiores capacidades cognitivas, velocidade de processamento de informação complexa, na memória de trabalho e na capacidade de planeamento (Bowie et al., 2013); Melhorias cognitivas significativas ao nível das capacidades de aprendizagem verbal, resolução de problemas e da memória de trabalho (Biagianti et al., 2017).

#### ADESÃO AO REGIME TERAPÊUTICO

- ✓ Programas de Psicoeducação - Melhora o *insight* da doença (Rahmani, et al., 2016), diminuição das taxas de não adesão ao regime terapêutico (Rahmani, et al., 2016; Matsuda & Kohno 2016), Melhoria da atitude face à medicação (Choe., Sung Kang & Yoo 2016).
- ✓ Terapia pelo Drama - Mais vontade de monitorizar e gerir a sua doença (Haleem & Winters, 2011).

#### ACEITAÇÃO DO ESTADO DE SAÚDE

- ✓ Programas de Psicoeducação - Aumento do conhecimento sobre a doença (*insight*) e sobre a medicação (Maffei, Gorges, Kissling, Schreiber & Rummel-Kluge, 2015; Choe et al., 2016).
- ✓ Terapia pelo Drama - Melhor conhecimento da doença (Haleem & Winters, 2011).

#### QUALIDADE DE VIDA

- ✓ Terapia cognitivo-comportamental - Melhoria da Qualidade de Vida (Zhuang & Zhao, 2013)

- ✓ Psicoeducação - Melhoria da Qualidade de Vida (Maffei et al., 2015).

#### ISOLAMENTO SOCIAL

- ✓ Treino de assertividade - Melhor adaptação à vida social fora das instituições (Bertelsen et al., 2008).
- ✓ Terapia pelo Drama - Aumento das competências sociais (Li, Wang, Guo & Kun, 2015)

#### SOBRECARGA FAMILIAR

- ✓ Biblioterapia - Promoção do bem-estar familiar (Chien et al., 2016).
- ✓ Psicoeducação - Diminuição da sobrecarga, comprometimento e aliança terapêutica (Hanlon et al., 2018).

Na literatura sobre esta temática, refere-se que as intervenções psicoterapêuticas em enfermagem, mais utilizadas em Portugal são: técnicas de relaxamento, aconselhamento, orientação para a realidade, promoção da autoestima, intervenção na crise, reestruturação cognitiva (Sampaio, Sequeira, & Lluch-Canut, 2014; 2016)

#### CONCLUSÃO

O desenvolvimento socioeconómico e cultural das sociedades veio trazer uma maior valorização das medidas não farmacológicas. Há outra sensibilidade, aceitação e reconhecimento do seu potencial terapêutico.

A literatura refere que podem ser realizadas em múltiplas formas de interação: presenciais ou não presenciais (tutorias, vídeos, apps, telefone), individualmente ou em grupo, em diferentes *settings* e podem ser seguidas por diferentes formas e tempos de *follow-up*. Podem ser realizadas isoladamente ou como coadjuvantes da terapia farmacológica, há uma clara evidência da poupança de custos.

Pode ser assumido por estas revisões, que os Enfermeiros demonstram a sua competência para a realização destas intervenções, mas, alerta-se, que para muitas delas, é necessária formação acrescida realizada em Sociedades Científicas devidamente credenciadas, não sendo suficiente a formação pós-graduada de especialização.

Da análise de todos os trabalhos pode assumir-se que são requisitos fundamentais para o sucesso das intervenções, as seguintes características ou competências: Compreensão efetiva das pessoas, proximidade com as mesmas e com os seus fatos vividos, estratégias de comunicação efetivas e promotoras da expressão do outro e, a capacidade de relações interpessoais adequadas.

#### Agradecimento

Deixo um agradecimento pelo empenho e qualidade do trabalho desenvolvido pelos meus estudantes nos últimos dois cursos de Mestrado em Enfermagem, com a especialização em ESMP, na Universidade Católica.

#### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Ahmed, A. et al. (2015). A randomized study of cognitive remediation for forensic and mental health patients with schizophrenia. *Journal of Psychiatric Research*, 68, 8-18.

Almeida, C. (2018). *A saúde mental dos portugueses*. Fundação Francisco Manuel dos Santos. Lisboa.

Bertelsen, et al. (2008). Five-Year Follow-up of a Randomized Multicenter Trial of Intensive Early Intervention vs Standard Treatment for Patients With a First Episode of Psychotic Illness. *Arch Gen Psychiatry*, 65(7), 762-771. doi:10.1001/archpsyc.65.7.762.

Bowie C, Grossman M, Gupta M, Oyewumi LK, & Harney P. (2013). Cognitive remediation in schizophrenia: efficacy and effectiveness in patients with early versus long-term course of illness. *Early Intervention in Psychiatry*, 8:32-8. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23343011> [acedido a 09-03-2018].

Brabyn, S., Araya, R., Barkham, M., Bower, P., Cooper, C., Duarte, A., . . . Littlewood, E. (2016). The second Randomised Evaluation of the Effectiveness, cost-effectiveness and Acceptability of Computerised Therapy (REEACT-2) trial: does the provision of telephone support enhance the effectiveness of computer-delivered cognitive behaviour therapy? *Health Technology Assessment, NIHR Journals Library*, N° 20 (89), 1-63. DOI 10.3310/hta20890.

Braconinier, Alain (2007). *Manual de Psicopatologia*. Climepsi Editores. Lisboa.

Chiang, K.-J., Lu, R.-B., Chu, H., Chang, Y.-C., & Chou, K.-R. (2008). Evaluation of the effect of a life review group program on self-esteem and life satisfaction in the elderly. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 23, pp. 7-10.

Chien, & Thompson (2014). Effects Of a Mindfulness-Based Psychoeducation Programme For Chinese Patients With Schizophrenia:2-Year Follow-Up. *The British Journal of Psychiatry*, 52-59.

Chien, W. T., Thompson, D. R., Lubman, D. I., & McCann, T. V. (2016). A Randomized Controlled Trial of Clinician-Supported Problem-Solving Bibliotherapy for Family Caregivers of People with First-Episode Psychosis. *Schizophrenia Bulletin* 42 (6), 1457–1466. doi:10.1093/schbul/sbw054.

Choe K., Sung B.J., Kang Y. & Yoo S.Y. (2016) Impact of Psychoeducation on Knowledge of and Attitude Toward Medications in Clients with Schizophrenia and Schizoaffective Disorders. *Perspectives in Psychiatric Care*, 52, 113 - 119. Recuperado em: <file:///C:/Users/vilar/Desktop/B%20%20ON/Impact%20of%20Psychoeducation....pdf>.

Coqueiro, Vieira & Freitas (2010). Art therapy as a therapeutic tool in mental health. *Acta Paulista de Enfermagem*. 23(6):859-862.

Correia, Diogo (2014). *Manual de psicopatologia*. 2ª ed. Lidel, Edições Técnicas. Lisboa.

DGS. (2016). *Saúde mental em números*. Lisboa.

Erim, Bottcher, Schieber, Kindner, Klein & Paul. (2016). Feasibility and Acceptability of an Alcohol Addiction Therapy Integrated in a Transplant Center for Patients Awaiting Liver Transplantation. *Alcohol and Alcoholism*, 51.

Georgiev, Probst, Genova, Tonkova & Vancampfort. (2012). Acute Effects of Progressive Muscle Relaxation on State Anxiety and Subjective WellBeing in Chronic Bulgarian Patients with Schizophrenia. *Psychiatria Danubina*, 24.

González, J. (2012). Estudio cuasi-experimental sobre las terapias de relajación en pacientes con ansiedad. *Enfermería Global*, 26, 39-53. Doi: <http://dx.doi.org/10.4321/S1695-61412012000200004>.



Haleem, D. & Winters, J. (2011). A sociodrama: an innovative program engaging college students to learn and self-reflect about alcohol use. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*. 24 (2011), 153-160. DOI: 10.1111/j.17446171.2011.00289. x.

Hallford, D., Mellor, D., & Cummins, R. (2013). Adaptive autobiographical memory in younger and older adults: the indirect association of integrative and instrumental reminiscence with depressive symptoms. *Memory*, 21(4), pp. 444-457

Harrison, P; Geddes, J & Sharpe, M (2006). *Guia Prático de Psiquiatria*. Climepsi, Lisboa.

Ilievová, L., Zitny, P. & Karabová, Z. (2015). The effectiveness of drama therapy on preparation for diagnostic and therapeutic procedures in children suffering from cancer. *Journal of Health Sciences*. 5(2), (2015), 53-58. DOI: 10.17532/jhsci.2015.252.

Jain, S., McMahon, G. F., Hasen, P., Kozub, M. P., Porter, V., King, R., & Guarneri, E. M. (2012). Healing Touch with Guided Imagery for PTSD in returning active duty military: a randomized controlled trial. *Military Medicine*, 177(9), 1015-1021.

Jarne, Adolfo & Talarni, Antoni (2015). *Manual de Psicopatologia Clínica*. 1ª ed. Herder Editorial. Barcelona.

Lee, T.-Y., Chang, S.-C., Chu, H., Yang, C.-Y., Ou, K.-L., Chung, M.-H., & Chou, K.R. (2013). The effects of assertiveness training in patients with schizophrenia: a randomized, single-blind, controlled study. *Journal of Advanced Nursing*, 69(11), 2549–59. doi:10.1111/jan.12142

Li, J., Wang, D., Guo, Z. & Li, K. (2015). Using psychodrama to relieve social barriers in an autistic child: a case study and literature review. *International Journal of Nursing Sciences*. 2 (2015), 402-407. DOI: 10.1016/j.ijnss.2015.08.008

Lin, Y.-R., Wu, M.-H., Yang, C.-I., Chen, T.-H., Hsu, C.-C., Chang, Y.-C., ... Chou, K.R. (2008). Evaluation of assertiveness training for psychiatric patients. *Journal of Clinical Nursing*, 17(21), 2875–83. doi:10.1111/j.1365-2702.2008. 02343.x

Maffei, Gorges, Kissling, Schreiber & Rummel-Kluge. (2015). Using a film as a psychoeducation tool for patients with schizophrenia: a pilot study using a quasi – experimental pre-post design. *BMC Psychiatry*. doi: 10.1186/s12888-015-0481-2

Malky, M., Atia, M. M., & H.Alam, F. (2016). The effectiveness of social skill training on depressive symptoms, self- esteem and interpersonal difficulties among Schizophrenic patients. *International Journal of Advanced Nursing Studies*, 5(1), 43. doi:10.14419/ijans.v5i1.5386

Matsuda M. & Kohno A. (2016). Effects of the Nursing Psychoeducation Program on the Acceptance of Medication and Condition – Specific Knowledge of Patients with Schizophrenia. *Archives of Psychiatric Nursing*, 30, 581 – 586 Recuperado em: <http://www.elsevier.com/locate/apnu>.

Meléndez-Moral, J., Terrero, F., Galán, A., & Rodríguez, T. (2015). Effect of reminiscence therapy on depression, well-being, integrity, self-esteem and life satisfaction in older adults. *The Journal of Positive Psychology*, 10(3), pp. 240-247.

Ministério da Saúde (2018), *Retrato da Saúde, Portugal*. ISBN 978-989-99480-1-3.

Mohammadi M, Keshavarzi Z, & Talepasand S. (2014). The Effectiveness of Computerized Cognitive Rehabilitation Training Program in Improving Cognitive Abilities of Schizophrenia Clients. *Iranian Journal of Psychiatry*, 9(4):209-15. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4361823/> [acedido a 09-03-2018].

Nunes, Inês. (2018). *Promoção da autoestima: Intervenções autónomas e especializadas de enfermagem. Relatório de estágio de Mestrado*. Universidade Católica Portuguesa (não publicado).

O'Hanlon, Hayes, Perleszc & Harveyd. (2018). Understanding the complex family experiences of Behavioural Family Therapy. *Journal of Family Therapy* (2018) 40: 45–62 doi: 10.1111/1467-6427.12139.

OPSS. (2015). *Relatório Primavera*. Lisboa.

Portugal - Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental (Regulamento nº515/2018)

Portugal - Regulamento do exercício profissional dos enfermeiros (REPE) - Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de Setembro (Com as alterações introduzidas pelo Decreto-lei nº 104/98 de 21 de Abril)

Preschl, B., Maercker, A., Wagner, B., Forstmeier, S., Baños, R., Alcañiz, M., . . . Botella, C. (November de 2012). Life-review therapy with computer supplements for depression in the elderly: a randomized controlled trial. *Aging & Mental Health*, 16(8), pp. 964-974.

Rahmani, F., Ebrahimi, H., Ranjbar, F., Razavi, S. S., & Asghari, E. (2016). The Effect of Group Psychoeducation Program on Medication Adherence in Patients with Bipolar Mood Disorders: A Randomized Controlled Trial. *Journal of Caring Sciences*, 5(4), 287–297. Disponível em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5187549/>

Robertson, R., Wray, S. J., Maxwell, M., & Pratt, R. J. (2008). The introduction of a healthy reading scheme for people with mental health problems: usage and experiences of health professionals and library staff. *Mental Health in Family Medicine*, 5 (4), 219–228.

Rosa, P. (2014). Enfermeiro: Terapia de relaxamento. *Enfermagem e o Cidadão*, nº38, acessado a 14/05/2017 disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt/sites/centro/informacao/JornalCRC/JEC38/files/assets/common/downloads/page0010.pdf>

Sampaio, Araujo, Sequeira, Canut & Martins. (2018). A randomized controlled trial of a Nursing psychoterapeutic intervention for anxiety psychiatric outpatients. *Journal of Advanced Nurse*, 1-13.

Sampaio, F. M. C., Sequeira, C., & Lluch Canut, M. T. (2016). Intervenções psicoterapêuticas de enfermagem NIC na prática clínica em Portugal: Um estudo descritivo. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental* (16), 11-18.

Sampaio, F., Sequeira, C., & Lluch-Canut, T. (2014). A intervenção psicoterapêutica em enfermagem de saúde mental: Conceitos e desafios. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental* (Ed. Esp. 1), 103-108.

Sampaio, F., Sequeira, C., & Lluch-Canut, T. (2015). Nursing psychotherapeutic interventions: a review of clinical studies. *Journal of Clinical Nursing*, doi: 10.1111/jocn.12808.

Santos, Façanha, Gonçalves, Erse, Cordeiro & Façanha. (2012). *Guia Orientador de Boas Práticas para a Prevenção de Sintomatologia Depressiva e Comportamentos da Esfera Suicidária*. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa.

Silva, Vanessa. (2018). *Estimulação Cognitiva como Intervenção do Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica. Relatório de estágio de Mestrado*. Universidade Católica Portuguesa (não publicado).

Soares, Maria (2008). A Reforma dos Serviços de Assistência Psiquiátrica. *Pensar Enfermagem*. 12(2), 25-51.

Songprakun, W., & McCann, T. V. (2012). Effectiveness of a self-help manual on the promotion of resilience in individuals with depression in Thailand: a randomised controlled trial. *BMC Psychiatry*, 12 (12), 1–10. <https://doi.org/10.1186/1471-244X12-12>.

Tomás, A. C. T., & Carvalho, M. R. (2014). Treino assertivo para a depressão: uma revisão bibliográfica. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 10(2), 103-111. <https://dx.doi.org/10.5935/1808-5687.20140016>

Valk, Waerdt, Meijer, Hout, & Haan. (2013). Feasibility Of Mindfulness-Based Therapy In Patients Recovering From a 1st Psychotic Episode:a Pilot Study. *Early Intervention in Psychiatry*, 64–70.

Wallash, Angeli, Kropp. (2012). Outcomes of a headache-specific cross-sectional multidisciplinary treatment program. *Headache*, 52.

Willhelm, Andretta & Ungaretti. (2015). Importância das técnicas de relaxamento na terapia cognitiva para a ansiedade. *Contextos Clínicos*, 8.

Wood, T. E., Englander-Golden, P., Golden, D. E., & Pillai, V. K. (2010). Improving addictions treatment outcomes by empowering self and others. *International Journal of Mental Health Nursing*, 19(5), 363–8. doi:10.1111/j.1447-0349.2010.00678.x

Wu, L.-F. (2011). Group integrative reminiscence therapy on self-esteem, life satisfaction and depressive symptoms in institutionalized older veterans. *Journal of Clinical Nursing*, 20, pp. 2195-2203.

Zhuang, S., Zhao, S. (2013). Effect of cognitive behavioural interventions on the quality of life in chinese heroin dependent individual in detoxication: a randomized controlled trial. *Journal of Clinical Nursing*, 23, 1239-1248.

## **7 - SAÚDE NA RUA**

**Moderadora: Professora Doutora Amélia Figueiredo (UCP)**

### **7.1 - Embaixadores da Saúde – Projeto de Literacia em Saúde na Etnia Cigana**

Florbela de Jesus Salcedas Duarte,  
Unidade de Saúde Familiar Stº António da Charneca  
ACES Arco Ribeirinho

A literacia em Saúde é um dos temas em destaque da atualidade, corresponde a maior capacidade para tomar decisões em saúde fundamentadas, maior controlo das pessoas sobre a sua saúde, maior capacidade para procurar informação e para assumir responsabilidades (OMS). Remete para as competências e os conhecimentos dos indivíduos necessários para acederem, compreenderem, avaliarem e utilizarem informação sobre saúde.

Um nível inadequado de Literacia em Saúde pode pautar-se por maior número de internamentos, utilização mais frequente de serviços de urgência e, também, uma menor prevalência de atitudes individuais e familiares preventivas no campo da saúde. Ou seja, uma menor qualidade de vida.

A USF Santo António da Charneca localiza-se num dos maiores Bairros de Habitação Social do Barreiro (Quinta da Mina), em que 75% da população é de etnia cigana. Neste contexto e, numa tentativa de mapear a literacia em saúde desta população, tendencialmente fechada e considerada de grande vulnerabilidade, a equipa desta Unidade desenvolveu um projeto nessa área, na Comunidade Cigana da Quinta da Mina: “Embaixadores da Saúde - Literacia em Saúde na Comunidade Cigana.”

Para diagnóstico da situação realizou-se um estudo descritivo, correlacional e transversal de abordagem quantitativa na população da Quinta da Mina. Foi utilizado o questionário European Health Literacy Survey Questionnaire (HLS-EU-Q), na versão portuguesa autorizada, o European Health Literacy Survey in Portuguese (HLS-EUPT) (Saboga-Nunes et al. 2013).

Este instrumento é composto por 47 questões, desenhadas de acordo com um modelo conceptual que integra 3 domínios muito importantes da saúde – cuidados de saúde,

promoção da saúde e prevenção da doença – e 4 níveis de processamento da informação: acesso, compreensão, avaliação e utilização.

Da análise dos dados, verificou-se que as dimensões “cuidados de saúde” e “promoção da saúde”, eram problemáticas e a “prevenção da doença”, suficiente. Constatou-se ainda, um nível problemático de Literacia em Saúde.

A intervenção na Comunidade foi delineada de acordo com o método de Planeamento em Saúde e teve como principal estratégia a “Educação por Pares”. Esta envolve a disseminação de informação sobre saúde por Pares Educadores, devidamente formados, com vista a facilitar a mudança de atitudes e de comportamentos de risco (Brito 2008).

Assim, foram selecionados, voluntariamente, 2 embaixadores da saúde, da comunidade cigana.

Foi já realizada formação aos embaixadores sobre os problemas que a comunidade identificou como prioritários: saúde oral, higiene e segurança dos prédios e via pública adjacente e Atividade Física nos Jovens. Foram planeadas as sessões de educação para a saúde, realizadas pelos embaixadores aos seus pares.

Relativamente à atividade física está em curso um protocolo com a Camara Municipal do Barreiro – Divisão da Intervenção social e Divisão do Desporto para a formação de uma equipa de futebol infanto/juvenil com os embaixadores como treinadores e, aulas de dança para jovens e adultos.

Deste modo, pretendemos promover o duplo “empowerment” individual e de grupo, maior responsabilização sobre as decisões e ações que afetam a saúde de forma a influenciar positivamente a adoção de comportamentos saudáveis, atuando nos determinantes sociais.

A avaliação do projeto será feita através dos seguintes indicadores: taxa de satisfação dos Embaixadores na participação do projeto; taxa de satisfação da população da Quinta da Mina com o projeto; avaliação do grau de Literacia em Saúde, através da reaplicação do questionário ao fim de 12 a 18 meses.

Da nossa parte, a satisfação é já um sentimento vivido e partilhado; acreditamos que o nosso projeto, aumentando a literacia em saúde, irá contribuir para o Programa Nacional de Educação para a Saúde, Literacia e Autocuidados reforçando o papel do

cidadão no sistema de saúde português e fazer da informação, do conhecimento e da decisão informada, veículos privilegiados; “passamos a palavra, passamos a saúde”.

#### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Eichner, J., Dullabh,p. (2011). Acessible health information technology for populations with limited literacy: a guide for devolepers and purchasers of Health IT. Rockvile, MD:Agencyfor Healthcare Research and quality.

HLS-EU Consortion. (2012). Comparative Reporto f health literacy in eight European Union member states. The Europeen Health Literacy Survey HLS-EU.

Kickbusch et al. (2005). Navigating Health: The Role of Health Literacy

Pedro, A., et al. (2016). Literacia em saúde, dos dados à ação: tradução, validação e aplicação do European Health Literacy Survey em Portugal

Pedro, A., et al. (2016). Literacia em saúde, dos dados à ação: tradução, validação e aplicação do European Health Literacy Survey em Portugal. Revista Portuguesa de Saúde Pública, Volume 34, Issue 3, September–December 2016, Pag. 259-275.

Sakraida, T. (2004). Modelo de Promoção da Saúde. In Ann Tomey, & Martha Alligood (Eds), Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra: Modelos e Teorias de Enfermagem (699-715), Loures: Lusociência.

Saboga, N., (2013). The Europeen health Literacy survey and its portuguese cultural adaptation and validation. Aten Primaria, 45:46

Tavares, A. (1990). Métodos e Técnicas de Planeamento em Saúde. Caderno de Formação nº 2. Lisboa: Ministério da Saúde. DRHS

## **7.2 - Movimento Cidade dos Afetos**

Maria de Fátima Jordão Pereira Neves,  
ACES Oeste Norte

O Movimento Cidade dos Afetos resultou do trabalho desenvolvido ao longo dos anos nas escolas, onde foram definidos os afetos como o aspeto central a desenvolver no âmbito da educação sexual. A sua aplicação em experiências concretas abriu caminho



para uma vasta utilização em vários contextos e ao desenvolvimento do movimento “Escola de Afetos, Escola de Sucesso”.

O envolvimento de diversos parceiros permitiu consolidar este caminho e exigiu um novo conceito, mais vasto, que se consubstanciou na “Cidade dos Afetos”.

O desenvolvimento do Movimento Cidade dos Afetos levou à proclamação das duas primeiras “Cidades dos Afetos” – Barreiro e Caldas da Rainha, em dezembro de 2014, numa iniciativa conjugada dos respetivos Presidentes de Câmara e Delegados de Saúde. Estas quatro entidades constituíram-se assim como promotoras do alargamento desta iniciativa a outras cidades através do apadrinhamento de todas as novas adesões.

A “Cidade dos Afetos” pretende chamar para o dia-a-dia das comunidades os afetos, como mecanismo fundamental de desenvolvimento alicerçado nos seguintes pressupostos:

- a. Maior afetividade entre as pessoas diminui a violência, a agressividade gratuita e os conflitos inúteis, promovendo maior urbanidade, coesão social e tolerância, valores essenciais a uma comunidade desenvolvida.
- b. O desenvolvimento de relações afetivas aos lugares, costumes e tradições locais permite a identificação das comunidades com as suas raízes e consequentemente a busca dum futuro assente nas potencialidades e recursos locais e numa perspetiva de desenvolvimento sustentável.
- c. Uma terra sem passado é uma terra sem futuro, pelo que dar às novas gerações a dimensão da luta dos antepassados para a construir é uma forma de garantir a coesão cultural e o sentimento de pertença no futuro.

Da prática do Movimento consolidaram-se alguns valores:

1. Os afetos, valor central do Movimento, são simultaneamente o conteúdo central do trabalho e a ferramenta relacional mais importante da rede.
2. Criatividade e inovação são uma base sólida de desenvolvimento, pois asseguram que possa existir uma atenção permanente da comunidade e sobretudo das camadas mais jovens, a quem se devem dirigir preocupações de uma educação de não violência.

3. Tolerância, que implica a aceitação do diferente como um potencial de melhoria da humanidade, pois todo o desenvolvimento na natureza ou na sociedade humana se faz pelo surgimento de diferenças.

4. Participação da comunidade através de instituições e cidadãos.

Este Movimento tem sobretudo características de uma rede aberta, em que as cidades (municípios) se unem por quererem pôr em prática determinados princípios e valores, baseados no compromisso voluntário e de acordo com os princípios mais puros da organização em rede:

- a. Caráter evolutivo e aberto
- b. Autorregulação interna
- c. Relações não hierarquizadas
- d. Relações informais e interpessoais

A continuação da Rede e a sua dinâmica dependem da evolução das iniciativas das várias cidades e da expansão das adesões.

Sendo um projeto assente em atividades nas escolas de todos os graus de ensino e que parte do lema “Escola de Afetos, Escola de Sucesso”, pretende mobilizar toda a comunidade escolar e comunidade em geral, para o desenvolvimento de atividades que apliquem a componente afetiva, criando sinergias entre as diferentes estruturas da comunidade, numa perspetiva de que, assim, estamos a contribuir para que os nossos cidadãos estejam, no futuro, mais capacitados em termos de bem-estar e estilos de vida saudáveis.

Por ser um movimento aberto à comunidade, as atividades poderão ser múltiplas e diversificadas.

Da experiência recolhida poderemos tipificá-las em dois grupos fundamentais:

- a. Atividades âncora – São aquelas que podem congrega toda a comunidade num tempo único, dando dimensão comunitária, visibilidade, intervenção diversificada, participação alargada, e que serão da iniciativa dos promotores, como é o caso do “Dia dos Afetos” (11 de fevereiro) ou da “Semana dos Afetos”, a “Hora do Abraço”, a realização de exposições de vários tipos e temas, Jornadas e formação de professores e iniciativas de inscrição no território.

b. Atividades de iniciativa isolada – são as atividades promovidas por entidades aderentes à “Cidade dos Afetos” de forma isolada ou em grupo e que utilizando a simbologia da “Cidade dos Afetos” lembram aos cidadãos a condição da sua cidade e promovem os valores da “Cidade dos Afetos”.

As potencialidades derivam diretamente da capacidade de atração que o conceito demonstra por parte de vários parceiros comunitários e da criatividade que demonstrem para, na sua área de intervenção na comunidade, desenvolverem atividades que se alinhem com o espírito e os valores da “Cidade dos Afetos”.

Para que esta potencialidade possa ser posta no terreno basta que a nível municipal os promotores, Câmara Municipal e Delegado de Saúde encontrem um programa de intervenção e mobilização dos parceiros.

O futuro passa por transformar atividades esporádicas em comportamentos do dia-a-dia e esse é o desafio que se coloca.

Para promover, dinamizar e divulgar as iniciativas com carácter global como o “Dia dos Afetos”, foi criado o site da “Cidade dos Afetos”: [www.cidadedosafetos.pt](http://www.cidadedosafetos.pt)

A avaliação é feita anualmente, coincidindo com o ano letivo, com dados relativos às atividades relacionadas com os afetos, desenvolvidas no âmbito da Saúde Escolar, assim como às desenvolvidas pela Unidade de Saúde Pública e restantes parceiros da comunidade.

Esta avaliação irá incidir sobre o processo e os resultados das atividades desenvolvidas. O Movimento Cidade dos Afetos é um projeto prioritário do Departamento de Saúde Pública da ARSLVT, sendo os afetos um território prioritário e estruturante do Plano Regional de Saúde da ARSLVT.

#### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Von Bertalanffy, L. (1968). General system theory. New York, George Brazillier.

Bisquerra, R. (Coord.); Punset, E.; Mora, F.; Garcia Navarro, E.; López-Cassá, È.; Pérez-Gonzalez, J.C.; Lantieri, L.; Nambiar, M.; Aguilera, P.; Segovia, N.; Planells, O. (2012). Como educar las emociones? La inteligència emocional en la infancia y la adolescência. Esplugues de Llobregat (Barcelona): Hospital Sant Joan de Déu.

Casel Guide (2012) Effective Social and Emotional Learning Programs. Preschool and Elementary School Edition. Collaborative for Academic, Social and Emotional Learning. Consultado em 17 fev. 2017. Disponível em:

[http://gse.buffalo.edu/gsefiles/documents/alberti/\\_\\_\\_2012%2080%20pg%20CASEL\\_Guide%20SOCIAL%20EMOTIONAL%20LEARNING%20.pdf](http://gse.buffalo.edu/gsefiles/documents/alberti/___2012%2080%20pg%20CASEL_Guide%20SOCIAL%20EMOTIONAL%20LEARNING%20.pdf).

Cooperrider, D. L., & Srivastva, S. (1987). Appreciative Inquiry in Organizational Life. *Research in Organizational Change and Development*, 1, 129-169.

Goleman, D. (1996). *Inteligencia emocional*. Barcelona: Kairós.

Harvard Study of Adult Development (1938...). Consultado em 13 set. 2018. Disponível em: <https://www.adultdevelopmentstudy.org/>

Seligman, M. E. P., & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology: An introduction. *American Psychologist*, 55(1), 5-14.

<http://dx.doi.org/10.1037/0003-066X.55.1.5>

### **7.3 - Saúde Sobre Rodas**

Susana Santos,  
Enfermeira Coordenadora da UCC Seixal  
ACES Almada Seixal

Saúde Sobre Rodas é um Projeto de Intervenção Comunitária, implementado no terreno em 2004, desenvolvido em parceria com a Câmara Municipal do Seixal, com recurso a uma unidade móvel. Tem como objetivo a Promoção da Saúde das populações residente em Bairros sociais com fracas condições habitacionais e com deficiente acessibilidade rodoviária do Concelho do Seixal: Cucena, Vale de Chicharos, Santa Marta e Quinta da princesa, ao longo do ciclo de vida. Este tipo de intervenção, assenta nos pilares do PNS, nomeadamente no eixo da Cidadania em Saúde e no da Equidade e Acesso adequado aos Cuidados de Saúde Dirige-se a todas as famílias identificadas pela equipa de saúde e pelas estruturas da comunidade, sendo as mulheres, crianças e jovens o grupo-alvo prioritário deste projeto.

O ponto de partida, para a necessidade de intervenção nestes bairros, resultou de um diagnóstico de situação, no qual foram detetados problemas: baixa cobertura vacinal, deficiente cumprimento dos programas de vigilância na área da saúde da mulher e da criança, fraca adesão ao Planeamento familiar, elevada taxa de gravidezes não planeadas, absentismo escolar, aliados aos problemas sócio económicos desta população.

Das mais valias do trabalho desenvolvido ao longo dos anos destacamos: • Mudança do paradigma de doença para o de vigilância;

- Melhoria da utilização os serviços de saúde;
- Ganhos em saúde ao longo do ciclo de vida;
- Co-responsabilização da família no plano de intervenção; • Melhoria da articulação da continuidade dos cuidados.

Semanalmente a equipa de intervenção desloca-se a cada bairro com recurso á unidade móvel, em horário pré definido. A equipa de intervenção articula-se com as unidades funcionais do ACES, hospital de referência e com as estruturas locais/respostas comunitárias para assegurar o encaminhamento e acompanhamento de situações de acordo com as necessidades identificadas. A sistematização da intervenção, criou um compromisso com aquelas populações, que se traduz na adesão, na aceitação da mesma.

Este projeto encontra-se em fase de maturação, com necessidade de ser mantida no tempo, dadas as características da população alvo de intervenção.

## **8 - ENSINO E INVESTIGAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**Moderadora: Professora Doutora Isabel Rabiais**

### **8.1 - Robótica social: contributos para a Inovação em Saúde**

Vítor Rodrigues

Coordinating Professor with Aggregation,

Research Center in Sports Sciences, Health Sciences and Human Development, CIDESD,

School of Health, University of Trás-os-Montes e Alto Douro, Vila Real, Portugal

Cristiana Costa

Research fellow, University of Trás-os-Montes e Alto Douro, Vila Real, Portugal

Tiago Rodrigues

Research fellow, University of Trás-os-Montes e Alto Douro, Vila Real, Portugal

Diana Martins

Research fellow, University of Trás-os-Montes e Alto Douro, Vila Real, Portugal

Fernando Freitas

Research fellow, University of Trás-os-Montes e Alto Douro, Vila Real, Portugal

#### **INTRODUÇÃO:**

O projeto SAICT-POL/24048/2016 – “NIE - Interfaces naturais com idosos”, com referência NORTE-01-0145-FEDER-024048, financiado pela Fundação para a Ciência e Tecnologia e co-financiado pelo Fundo Europeu de Desenvolvimento Regional (FEDER) através do Programa Operacional Regional do Norte (NORTE2020), decorreu no norte de Portugal em Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas, uma vez que os idosos, sobretudo, os que vivem em Instituições têm muitas limitações de saúde, tais como diminuição da acuidade visual, auditiva e de locomoção.

#### **OBJETIVOS:**

Este projeto teve como objetivos principais: identificar as características de saúde, o estado funcional dos idosos, a qualidade de vida, a solidão e a apetência dos idosos para o uso das novas tecnologias, nomeadamente, a interação com robots de telepresença.

## METODOLOGIA:

Realizou-se um estudo exploratório e transversal, tendo sido utilizado um formulário constituído por questões de caracterização sócio-demográfica, antecedentes clínicos e questões relacionadas com o uso das novas tecnologias. A recolha de dados decorreu entre fevereiro e maio de 2018, em 7 estruturas residenciais para idosos do norte de Portugal. Os idosos que participaram no estudo tinham idade igual ou superior a 65 anos, estavam conscientes e orientados no tempo e espaço e deram o seu consentimento informado. O estudo obteve parecer favorável (nº 13/2018 de 28/02/2018) da Comissão de Ética da UTAD e das várias Instituições onde o estudo decorreu.

## RESULTADOS:

Participaram neste estudo, 135 idosos, 69,6% do sexo feminino e 30,4% do sexo masculino, com uma média de idade de 83,19 anos e média de permanência na Instituição de 4,6 anos. 59,3% são viúvos e 61,6% sabem ler e escrever e /ou têm o 1º ciclo. A institucionalização aconteceu porque, para 23% a família não tinha tempo para cuidar deles, para 20,7% dos idosos porque viviam sozinhos e para 20% porque existiu o agravamento do seu estado de saúde. 95,6% dos idosos referiu ter problemas de saúde, onde 98,5% faz algum tipo de medicação e 86,7% sofre de alguma incapacidade, nomeadamente, 22,2% a nível da audição, 58,5% na mobilidade e 50,4% na visão. Somente 37% dos idosos usam o telemóvel e apenas 2,2% o computador. 80,7% gostaria de ter contacto mais frequente com a família e 70,4% com os amigos. 43,7% dos idosos veria um assistente eletrónico, tipo robot, que interagisse consigo como interessante e muito interessante, 53,3% veriam um assistente eletrónico, tipo robot, que lhe tornasse mais fáceis algumas atividades e tarefas diárias como interessante e muito interessante, 41,5% dos idosos veria um assistente eletrónico, tipo robot, que lhe propusesse atividades lúdicas como interessante e muito interessante.

## CONCLUSÃO:

Os dados encontrados neste estudo, referem que é fundamental proporcionar aos idosos novas formas de relacionamento social com a ajuda das novas tecnologias, no

caso, com robots de telepresença, a fim de podermos contribuir para uma melhor qualidade de vida e evitarmos e/ou diminuirmos a solidão. Estamos, neste momento, a realizar a prova de conceito (experimentação in loco) da interação dos idosos com a família/amigos através dos robots de telepresença.

#### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

Conselho Económico e Social (2013). Parecer de iniciativa sobre as consequências económicas, sociais e organizacionais decorrentes do envelhecimento da população, Lisboa.

Dillin, A.; Gottschling, D. & Nyström, T. (2014). The good and the bad of being connected: the integrons of aging. *Current opinion in cell biology*, 26: 107-112.

Ministério da Saúde (2018). Retrato da Saúde, Portugal. Ministério da Saúde, Lisboa

Pripfl, J.; Körtner, T.; Batko-Klein, D.; Hebesberger, D.; Weninger, M. & Gisinger, C. (2016). Social service robots to support independent living. *Z Gerontol Geriat.* 49:282–287. DOI 10.1007/s00391-016-1067-4



## 9 - COMUNICAÇÕES LIVRES

### 9.1 - Administração intravenosa de fluídos por rotina durante o trabalho de parto

Nádia Fernandes,

Enfermeira Especialista em Saúde Materna e Obstétrica,

CHBM, EPE.

Irene Cristina,

Mestre e Enfermeira Especialista em Saúde Materna e Obstétrica, CHBM, EPE.

Vanda Pinto,

Enfermeira Especialista em Saúde Materna e Obstétrica, CHBM, EPE.

#### OBJETIVO:

Identificar a necessidade de administração intravenosa de fluídos por rotina à parturiente durante o trabalho de parto.

#### METODOLOGIA:

Revisão sistemática de literatura de artigos científicos completos em Português, Espanhol ou Inglês, através do motor de busca EBSCOhost, das bases de dados CINAHL, MEDLINE, Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive, Cochrane Plus Collection, Library, Information Science & Technology Abstracts, MedicLatina, utilizando um recorte temporal entre Janeiro de 2014 e Dezembro de 2018. Utilizaram-se como descritores: “parturiente”, “infusão endovenosa continua”, “cateterização endovenosa”, “hidratação endovenosa”, “trabalho de parto” e “parto humanizado”, tendo sido utilizados os booleanos “AND” E “OR” como ferramenta para o cruzamento dos mesmos, e tendo-se recorrido simultaneamente a pesquisa qualitativa.

#### RESULTADOS:

Foram considerados relevantes para a temática deste estudo um total de 13 artigos, os quais remetem para dois eixos temáticos: necessidade de Humanização dos cuidados prestados no trabalho de parto/parto; e necessidade de redução de procedimentos interventivos e práticas medicalizadas de rotina no trabalho de parto/parto.

## CONCLUSÃO:

Realça-se a escassez de evidência científica sobre o objeto da pesquisa, contudo, esta revisão salienta a importância da redução de práticas interventivas, rotineiras e de medicalização do parto, de acordo com as recomendações da OMS 2018, nas quais se enquadra a infusão intravenosa contínua de fluidos no trabalho de parto. É fundamental que se abdique de ações padronizadas na prestação de cuidados, garantindo a segurança dos cuidados e a sua devida fundamentação, mas considerando a decisão/vontade da parturiente e a sua individualidade, no sentido da humanização do parto. Este trabalho evidencia não só a necessidade de reflexão sobre a prática, como de maior investigação sobre a temática da administração endovenosa de fluidos por rotina à parturiente durante o trabalho de parto.

## PALAVRAS-CHAVE:

infusão intravenosa contínua; parto humanizado; parturiente; trabalho de parto.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alves, Â.G., Martins, C.A., Silva F.L., et al. (2017). Humanization policy of labor assistance based on rede cegonha implementation: integrative review. *Journal of Nursing UFPE online*. 11(2):691-702. doi: 10.5205/reuol.10263-91568-1-RV.1102201724
- American Psychological Association (2010). *Publication manual of the American Psychological Association* (6th Ed.). Washington, DC: APA
- Cáceres-Manrique, F.M., Nieves-Cuervo, G.M. (2017). Atención humanizada del parto. Diferencial según condición clínica y social de la materna. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*. 68, (2), 128-134. Doi: 10.18597/rcog.3022
- Cifre, R.L. (2018). Humanización de la atención obstétrica: qué opinan las matronas. *Matronas profesión*. 19, (1), 12-20. Disponível em: [http://www.federacion-matronas.org/wpcontent/uploads/2018/04/Original\\_Humanizacion.pdf](http://www.federacion-matronas.org/wpcontent/uploads/2018/04/Original_Humanizacion.pdf)

- Escobal, A.P.L., Matos G.C., Gonçalves, K.D., et al. (2018). Participation of women in decision-making in the process of parturition. *Journal of Nursing UFPE online*. 12, (2), 499-509. doi: 10.5205/1981-8963-v12i2a231114p499-509-2018
- Ferreira, L.M.F., Santos, A.D.F., et al. (2017). Assistência de enfermagem durante o trabalho de parto e parto: a percepção da mulher. *Revista Cubana de Enfermería*. 33, (2), 1-10. Disponível em: <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/1102/263>
- Kopereck, C.S., Matos, G.C. et al. (2018). Obstetric violence in the multinational context. *Journal of Nursing UFPE online*. 12, (7), 2050-2060. doi: 10.5205/1981-8963v12i7a231399p2050-2060-2018
- Merino, C.M.M., Zapata, L.F., Berrio, D.P.M., Urrea, J.D.A. (2018). Dehumanization during Delivery: Meanings and Experiences of Women Cared for in the Medellín Public Network. *Investigación y Educación en Enfermería*. 36, (1), 1-14. doi: 10.17533/udea.iee.v36n1e03
- Morais, J.M.O., Paz, B.S.N., et al. (2017). Humanized work under the optics of puerperae served in a public maternity. *Journal of Nursing UFPE online*. 11 (11), 4625-4630. doi: 10.5205/reuol.111138-99362-1-SM.1111sup201711.
- Pedroso, T.Z., Monteiro, A.G., et al. (2015). Política de humanização: investigando o Conhecimento/desconhecimento das Parturientes. *Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research*. 11(n.E.), 177-179. Disponível em: [https://www.mastereditora.com.br/periodico/20150727\\_1546042.pdf](https://www.mastereditora.com.br/periodico/20150727_1546042.pdf)
- Possati, A.B, Prates, L.A., et al. (2017). Humanização do parto: significados e percepções de Enfermeiras. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*. 21, (4), 1-6. doi: 10.1590/21779465-EAN-2016-0366
- Rodríguez, Y.G., González, J.L.A., et al. (2016). Satisfacción de las mujeres atendidas con el parto culturalmente adecuado en Loreto, Orellana. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*. 42, (4), 485-492. Disponível em: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0138-600X2016000400006](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2016000400006)
- World Health Organization (2018). WHO Recommendations: Intrapartum care for a positive childbirth experience. Disponível em:

<https://www.who.int/reproductivehealth/publications/intrapartum-care-guidelines/en/>

## **9.2 - Cuidados Centrados na Família da Criança em Situação Crítica: Um Projeto de Inovação na Sala de Reanimação**

Ana Maria Jacinto Guerreiro

Enfermeira Especialista e Mestre em Saúde Infantil e Pediátrica

Enfermeira na Unidade de Urgência Pediátrica do Hospital Garcia de Orta

### **INTRODUÇÃO**

A filosofia dos Cuidados Centrados na Família (CCF) é um pilar fundamental da prestação de cuidados de saúde em pediatria e um importante impulsionador da melhoria global da qualidade dos cuidados prestados, mas parecem ainda existir dificuldades na sua implementação, nomeadamente em contextos de elevada complexidade como os serviços de urgência (Curtis, Foster, Mitchell & Van, 2016). A presença da família na sala de reanimação em situações de gravidade e risco de vida da criança e jovem não é consensual nas equipas de saúde (American Heart Association, 2005; Mekitarian & Ângelo, 2015), contudo é uma realidade na Unidade de Urgência Pediátrica (UUP) do Hospital Garcia de Orta.

A chegada de uma criança ou jovem à UUP geralmente é súbita, sem aviso e quando é comunicada antecipadamente, o tempo entre a mesma e a sua chegada é rápido, o que limita a preparação da sala de reanimação para a sua admissão. Assim, torna-se fundamental que a equipa esteja preparada para um envolvimento imediato com a família, através de uma avaliação e intervenção simultânea (Foster, Young, Mitchell, Van & Curtis, 2017).

A reflexão sobre a prática de cuidados relativa ao apoio fornecido à família é essencial para a definição estratégias de intervenção que contribuirão para a melhoria e excelência dos cuidados prestados às famílias na sala de reanimação, alicerçados numa filosofia de CCF (Dudley, Ackerman, Brown & Snow, 2015; Manguy, Joubert, Oakley & Gordon, 2018).

## OBJETIVOS

Objetivo geral:

- Contribuir para a promoção dos CCF à criança, jovem e família em situação crítica.

Objetivo específico:

- Apresentar resultados sobre a presença e o apoio à família na sala de reanimação;
- Definir orientações para a prática de enfermagem no apoio à família da criança e jovem em situação crítica na sala de reanimação.

## METODOLOGIA

Realizada análise qualitativa a 102 folhas de registo de enfermagem referente à presença e apoio à família na sala de reanimação, no período de 03/01/2017 a 30/12/2017. Desde Janeiro de 2018 iniciou-se a implementação de um projeto de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem norteado pelo Guião para a Organização de Projetos de Melhoria Contínua da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem emanado pela Secção Regional Sul da Ordem dos Enfermeiros (OE, 2013).

## RESULTADOS

A família está presente em 99% das situações de entrada na sala de reanimação. O tipo de apoio fornecido à família não foi registado em 74% das situações, tendo sido representativo de uma área de cuidados a carecer de melhoria ao nível do apoio fornecido à família da criança e jovem em situação crítica na sala de reanimação.

A implementação do projeto iniciou-se a partir de uma sessão de análise de práticas que possibilitou a apresentação dos resultados anteriormente referidos e a definição de estratégias para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem ao nível do apoio prestado à família da criança e jovem em situação crítica na sala de reanimação. Outra das atividades desenvolvidas relacionou-se com a elaboração de documentos de apoio à prática de enfermagem, nomeadamente a revisão da norma de procedimento sobre a distribuição e atuação dos elementos numa situação de reanimação e da folha de registo de enfermagem na sala de reanimação no que concerne ao tipo de apoio

fornecido à família da criança em situação crítica, cujo registo neste contexto poderá ser pioneiro a nível nacional.

A formação dos enfermeiros e a elaboração de um guia de intervenções de enfermagem para o apoio à família da criança e jovem em situação crítica são duas das atividades que ainda se encontram em fase de desenvolvimento.

## CONCLUSÕES

A evidência consultada realça a importância da presença da família na sala de reanimação, do apoio à mesma e da necessidade de existência de práticas sistematizadas e orientadas pelos princípios inerentes à filosofia de CCF (Dudley et al., 2015; Byczkowski, Gillespie, Kennebeck, Fitzgerald, Downing & Alessandrini, 2016; Manguy et al., 2018). Apesar dos desafios inerentes às características de um serviço de urgência, é possível alcançar a excelência dos cuidados através de uma filosofia de CCF na UUP. A promoção da presença e o apoio à família na sala de reanimação, serão medidas conducentes da melhoria da qualidade dos cuidados, de uma maior eficácia dos mesmos e de uma maior satisfação da família, criança e jovem em situação crítica (Dudley et al., 2015; Béranger, Pierron, Blanquat, Jean & Chappuy, 2017; Khan et al., 2017).

## PALAVRAS-CHAVE:

Cuidados Centrados na Família; Família; Enfermagem Pediátrica; Cuidados Críticos; Sala de Reanimação.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

American Heart Association (2005). Part 2: Ethical issues. *Circulation*, 112, IV6-10. Acedido a: 01/04/2017. Disponível em <http://circ.ahajournals.org/>.

Béranger, A., Pierron, C., Blanquat, L. S., Jean, S. & Chappuy, H. (2017). Communication, informations et place des parents en réanimation polyvalente pédiatrique: revue de la littérature. *Archives de Pédiatrie*, 24 (3), 265-272. Acedido em 15/12/2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.arcped.2016.12.00>.

Byczkowski, T. L., Gillespie, G.L., Kennebeck, S. S., Fitzgerald, M. R., Downing, K. A. & Alessandrini, E.A. (2016). Family-Centered Pediatric Emergency Care: A Framework for

Measuring What Parents Want and Value. *Acad Pediatr*, 16 (4), 327–335. DOI: 10.1016/j.acap.2015.08.01.

Curtis, K., Foster, K., Mitchell, R., & Van, C. (2016). Models of Care Delivery for Families of Critically Ill Children: An Integrative Review of International Literature. *Journal of Pediatric Nursing*, 31(3), 330–341. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.pedn.2015.11.009>.

Dudley, N., Ackerman, A., Brown, K. M. & Snow, S. K. (2015) Patient- and Family-Centered Care of Children in the Emergency Department. *PEDIATRICS*, 135 (1), e255-e272. DOI: 10.1542/peds.2014-3424.

Khan, A., Baird, J., Rogers, J. E., Furtak, S. L., Williams, K. A., Allair, B. ... Landrigan, C. P. (2017). Parent and Provider Experience and Shared Understanding After a Family-Centered Nighttime Communication Intervention. *Acad Pediatr*, 17 (4), 389-402. DOI: 10.1016/j.acap.

Foster, K., Young, A., Mitchell, R., Van, C. & Curtis, K. (2017). Experiences and needs of parents of critically injured children during the acute hospital phase: A qualitative investigation. *Injury, Int. J. Care Injured*, 48, 114–120. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.injury.2016.09.034>.

Manguy, A.M., Joubert, L., Oakley, E. & Gordon, R.J. (2018). Psychosocial Care Models for Families of Critically Ill Children in Pediatric Emergency Department Settings: A Scoping Review. *Pediatr Nurs*, 38, 46-52. DOI: 10.1016/j.pedn.2017.10.014.

Mekitarian, F. F. P. & Ângelo, M. (2015). Family's presence in the pediatric emergency room: Opinion of health's professionals. *Revista Paulista de Pediatria*, 33 (4), 460–466. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rpped.2015.03.010>.

Ordem dos Enfermeiros (2013). *Programa Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Guião para a Organização de Projetos de Melhoria Contínua da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

### 9.3 - Vivências de uma Curiosa na década de 60

Carina Martins

Enfermeira no Centro Hospitalar Barreiro Montijo

Márcia Ferraz

Enfermeira no Centro Hospitalar Barreiro Montijo

#### INTRODUÇÃO:

A evolução da história dos partos em Portugal está intimamente ligada a evolução do serviço nacional de saúde. Durante as décadas de 40 a 60 do século XX o parto no domicílio era comum e considerado normal, assistido por curiosas apenas com conhecimentos adquiridos pela prática, com recurso a procedimentos e utensílios rudimentares, tal como refere Cunha, Ferreira, Aparício, Bical e Estudantes (2016). A falta de assistência especializada durante a gravidez e parto manifestavam-se em elevadas taxas de mortalidade materna e neonatal, de acordo com dados da Pordata, em 1960 a taxa de mortalidade materna era de 115,5% e a taxa de mortalidade perinatal e neonatal de 42,2%. Com a melhoria das políticas de saúde, com a implementação do Serviço Nacional de Saúde e sensibilização da população para os cuidados de saúde por profissionais formados, após meados da década de 70, verificou-se a passagem da assistência à parturiente do domicílio para unidades hospitalares. De acordo com Barreto, Correia e Cunha (2014), em 1974/75 são estabelecidas uma serie de diretrizes para a diminuição da taxa de mortalidade materno-infantil, das quais fazia parte a necessidade de realização do parto em contexto hospitalar bem como o acompanhamento perinatal, a identificação dos fatores de risco, reutiliza-se o boletim da grávida e de saúde infantil como fonte de informação clínica.

#### OBJETIVOS:

Perceber a contextualização da prática clínica em Saúde Materna e Obstétrica na década de 60 em Portugal.



## METODOLOGIA:

Estudo misto, composto por uma análise qualitativa com aplicação de entrevista semi-estruturada, com a orientação de um guião, a uma parteira tradicional e por uma revisão da literatura com recurso a base de dados Scielo. Foram utilizados os seguintes descritores: parto no domicílio, parteira, pai, nascimento e recém-nascido. Limitamos artigos publicados de 1998 a 2018.

## RESULTADOS:

Da análise da entrevista resultaram 4 categorias: formação dos prestadores de cuidados; cuidados à mulher na gravidez, no parto e no puerpério; cuidados ao recém-nascido e, o papel do pai. Na década de 60 e 70 do século XX ainda se verificava um grande número de partos em casa, assistidos por curiosas ou mulheres mais velhas que tinham o saber fazer de forma empírica das suas próprias experiências de parto. As curiosas, ou parteiras tradicionais, aprendiam a arte, as técnicas e instrumentos utilizados durante o trabalho de parto baseavam-se na sabedoria popular, que era transmitida às parteiras entre gerações, tal como refere Cunha *et al.* (2016). As modificações sociopolíticas ocorridas em Portugal, durante a segunda metade da década de 1970, inícios da década de 1980, influenciam modificações na prestação de cuidados de saúde e no acesso da população aos mesmos. Desta forma, também a formação dos profissionais de saúde teve de acompanhar estas modificações, também a profissão de enfermagem sofreu alterações e houve a necessidade de, em 1983, criar três escolas pós-básicas para lecionarem cursos de especialização, nomeadamente obstetrícia (Quintas, Farto, Rosa & Santos, 2007). A não vigilância da gravidez, tal como o parto no domicílio assistido por curiosas é uma realidade que faz parte da história dos cuidados maternos prestados em Portugal. Os procedimentos e matérias utilizados pelas Curiosas eram rudimentares, e baseavam-se na assistência fundamental a mãe e ao bebé. Tradicionalmente, as posições adotadas para o período expulsivo eram a posição de joelhos, de cócoras, de pé, apoiada entre cadeiras. Naquela época as mulheres adotavam a posição de decúbito dorsal apenas para descanso (Carneiro, 2008). As Curiosas continuavam a prestar apoio a mulher até cair o coto umbilical do recém-nascido, a não ser quando a comunidade não era muito distante para se deslocarem (Nascimento, Santos, Erdmann, Júnior & Carvalho, 2009). Fazendo parte

dos cuidados a preparação da alimentação da puérpera e os cuidados de higiene ao recém-nascido. O papel do da figura paterna no acompanhamento da mulher grávida e no parto, tem acompanhado as mudanças sociais e a forma como é vivenciado o nascimento, bem como a relação com os filhos. Ao longo dos tempos, tem-se verificado um maior desejo de envolvimento da figura paterna. Na década de 60 o momento do parto era assim visto como um acontecimento que só as mulheres tinham direito a assistir (Gil, 1998). Desta forma o parto era algo reservado às mulheres, ficando o pai afastado do local.

#### CONCLUSÃO:

O local e o processo de vivência do parto sofreram várias alterações ao longo dos anos. O progresso tecnológico e científico e a institucionalização do parto foram importantes para a assistência à grávida, à parturiente, à puérpera e ao recém-nascido em alternativa ao parto no domicílio vivido no passado. Apesar dos poucos recursos materiais e dos conhecimentos transmitidos de geração em geração, o papel das curiosas foi fundamental na história dos cuidados de saúde materna, a sua visão humanizada dos cuidados à mulher são a base dos cuidados do enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica. Com a melhoria das políticas de saúde e do Serviço Nacional de Saúde há também uma maior preocupação com a formação de forma a dar respostas as necessidades populacionais.

#### PALAVRAS-CHAVE:

parto no domicílio, parteira, pai, nascimento e recém-nascido

#### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Barreto, X., Correia, J.P. & Cunha, O. (2014). A mortalidade infantil em Portugal: evolução dos indicadores e factores associados entre 1988 a 2008. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos;
- Carneiro, M. (2008). Ajudar a nascer, saberes obstétricos e modelos de formação (seculo XV-1974). Porto: Editora Universidade do Porto;

Carvalho, M. (2003). Participação dos pais no nascimento em maternidade pública: Dificuldades institucionais e motivações dos casais. *Cadernos Saúde Pública*, 19(2), 389- 398;

Caus, E.C.M., Santos, E.K.A., Nassif, A.A. & Monticelli, M. (2012). O processo de parir assistido pela enfermeira obstétrica no contexto hospitalar: significados para as parturientes. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, 16(1), 34-40;

Cunha, M., Ferreira, M., Aparício, G., Bical, I. & Estudantes 26°CLE, ESSV, IPV (2016). Parto no domicílio em Portugal: das vivências das décadas de 40 a 60 do século XX às recomendações atuais. *Revista Servir*, 59(1), 55-66;

Garcês, M. (2011). Vivências da figura paterna no trabalho de parto e nascimento no processo de transição para a parentalidade. Dissertação de Mestrado. Escola Superior de Enfermagem do Porto, Portugal;

Gil, J.M. (1998). Dar sem (se) perder. *Análise psicológica*, 16(3), 393-404;

Gomez, R. (2005). O Pai. Paternidade em Transição. In I. Leal, *Psicologia da gravidez e da parentalidade* (257-283). Lisboa: Fim de Século;

Instituto Nacional de Estatística (2018). Acedido em Outubro 23, 2018, em <https://www.ine.pt>;

Jones R.H. (2004). Memórias do homem de vidro: reminiscências de um obstetra humanista. Porto Alegre: Idéias a Granel;

Lamaze International (2003). Práticas de atenção e cuidados que promovem o Parto Natural. Não separar a mãe do bebê depois parto, com benefícios ilimitados para a amamentação. Acedido em Novembro 14, 2018, em <https://www.lamaze.org>;

Marcacine, K.O., Orati, P.L., Abrão, A.C.F.V. (2012). Educação em saúde: repercussões no crescimento e desenvolvimento neuropsicomotor do recém-nascido. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 65(1), 141-147;

Merighi M.A.B & Gualda D.M.R. (2009). O cuidado à saúde materna no Brasil e o resgate do ensino de obstetrizes para assistência ao parto. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 17(2), 265-270;

Nascimento, K.C., Santos, E.K.A, Erdmann, A.L., Júnior, H.J.N. & Carvalho, J.N. (2009). A arte de partejar: experiência de cuidado das parteiras tradicionais de Envira. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*. 13(2), 319-327;

Organização Mundial da Saúde (1996). Maternidade segura. Assistência ao parto normal: um guia prático. Genebra;

Pordata (2018). Acedido em Outubro 23, 2018, em <https://www.pordata.pt>;

Quintas, C., Farto, J., Rosa, M.C. & Santos, M.J. (2007). História de Enfermagem década de 80. *Revista Percursos*, 21-23.

#### **9.4 - A aspiração de secreções brônquicas na pessoa adulta ventilada em contexto de cuidados intensivos: *protocolo de scoping review*.**

Dora Ladislau,

Enfermeira na Unidade de Cuidados Intensivos do Hospital Curry Cabral. MSn Student em Enfermagem Médico-cirúrgica na Universidade Católica Portuguesa (ICS).

Sérgio Deodato

PhD em Enfermagem. Professor Associado na Universidade Católica Portuguesa

#### **INTRODUÇÃO:**

Atualmente, verifica-se uma preocupação crescente relacionada com os cuidados seguros e de qualidade que correspondem às reais necessidades da pessoa em situação crítica. A intubação endotraqueal e a ventilação mecânica invasiva são recursos amplamente utilizados no tratamento da pessoa em situação crítica, em unidades de cuidados intensivos com o objetivo de proporcionar adequada troca gasosa. A aspiração endotraqueal é um procedimento invasivo e como tal, não é isento de riscos. A manutenção da permeabilidade das vias aéreas tem sido o maior desafio e o principal objetivo nos cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica, intubados e com ventilação artificial. Segundo Manara, D. et al. (2014), “a aspiração endotraqueal é um procedimento comum realizado por enfermeiros de terapia intensiva com o objetivo de estabelecer e manter a troca gasosa, oxigenação adequada e ventilação alveolar em pacientes críticos em ventilação mecânica. Como este procedimento está associado a diversas complicações e riscos, o enfermeiro deve ter um conhecimento adequado de como realizar o procedimento de acordo com a prática baseada em evidências”. De acordo com a Ordem dos Enfermeiros (2006), “o

enfermeiro tem o dever de exercer a profissão com os adequados conhecimentos científicos e técnicos, adotando todas as medidas que visem melhorar a qualidade dos cuidados e serviços de enfermagem”.

#### OBJETIVO:

Sintetizar evidência sobre o procedimento adequado na aspiração de secreções brônquicas, na pessoa adulta ventilada, em contexto de cuidados intensivos.

**METODOLOGIA:** O método é o da *Scoping Review* segundo a Joanna Briggs Institute (2015). A pesquisa foi efetuada nas bases de dados: Ebscohost, PubMed e Cochrane database Systematic Reviews. Os descritores MeSh foram combinados com o operador booleano “AND”. A equação de pesquisa utilizada em todas as bases de dados foi a seguinte: (“intubation” [Mesh]) AND (“suction” [Mesh]) AND (“critical care” [Mesh]). A investigação atendeu aos critérios de elegibilidade e de inclusão: friso temporal de 2010 a 2018, idiomas português, inglês e espanhol, texto integral disponível e centralizado na temática da aspiração de secreções brônquicas na pessoa adulta ventilada, no contexto de unidade de cuidados intensivos. No sentido de alargar o campo de investigação, procedeu-se à pesquisa de fontes de informação principais não publicadas e que correspondem a literatura cinzenta. Após o processo de seleção resultaram 4 Documentos Oficiais, 1 Tese de Mestrado em Enfermagem, 2 Revisões Sistemáticas para integrar a *Scoping Review*.

**RESULTADOS DE PESQUISA:** Dos estudos pesquisados nas bases de dados e dos estudos não publicados que pertencem à literatura cinzenta, resultou um total de 7 estudos para integrar a *Scoping Review*. Relativamente à tipologia dos estudos, dos 7 selecionados, verificou-se que existiam: 4 Documentos oficiais, 1 Tese apresentada à Escola Superior de enfermagem de Coimbra para obtenção do grau de mestrado em Enfermagem; 2 Revisões sistemáticas.

#### CONCLUSÃO:

Este documento delineou o protocolo para uma *Scoping Review* que pretende mapear a literatura existente sobre o procedimento na aspiração de secreções brônquicas, na pessoa adulta ventilada em contexto de cuidados intensivos. Na pesquisa nas bases de

dados *online* apenas existe uma revisão sistemática que faz referência a uma das etapas do procedimento sobre o presente tópico. Efetivamente, existem estudos que fazem referência a questões relacionadas com a aspiração endotraqueal, contudo não incidem sobre o procedimento, em particular. No que concerne a esta temática, existem recomendações internacionais e nacionais, sobre o procedimento na aspiração endotraqueal, como são exemplos as diretrizes do American Association of Respiratory Care; Recomendações do Centers for Diseases Control and Prevention; Diretrizes para a Prevenção da Pneumonia Associada aos Cuidados de Saúde, e do Comité de Consultoria em Práticas de Controlo de Infeções em Cuidados de Saúde. Assim, tornase fundamental o desenvolvimento de estudos sobre o procedimento de aspiração de secreções brônquicas na pessoa adulta ventilada, de forma a promover a prática de cuidados de enfermagem especializados, baseados na evidencia e na excelência.

Palavras-chave:

Aspiração de Secreções Brônquicas; Ventilação Mecânica Invasiva; Pessoa em Situação Crítica; Cuidados de Enfermagem Especializados; Prática Baseada na Evidência.

#### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

Administração Central Sistema Saúde – ACSS (2011). Manual de normas de enfermagem – procedimentos técnicos. Recuperado de [http://www.acss.minsaude.pt/Portals/0/MANUAL%20ENFERMAGEM%2015\\_07\\_2011.pdf](http://www.acss.minsaude.pt/Portals/0/MANUAL%20ENFERMAGEM%2015_07_2011.pdf).

American Association of Respiratory Care. (2010) AARC clinical practice guidelines: endotracheal suctioning of mechanically ventilated patients with artificial airways. *Respir Care*, jun, 55(6): 758-66.

Ayhan, H.; Akamca, Y.; Arikan, E; Iyigun, E.; Sevim, Z.&Tastan, S. (2015). Normal saline instillation before endotracheal suctioning: “What does the evidence say? What do the nurses think?”: Multimethod study. *Journal of Critical Care* 30. 762-767.PUBMED.

Bambi, S.; Canesi, M.; Fumagalli, R.; Lucchini, A. & Robustelli, G. (2016). Na association Between

Pain and American association of Respiratory Care 2010 Guidelines During Tracheal Suctioning. Prospective observational study. Educational Dimension September/October 2016. doi:

10.1097/dcc.0000000000000200-PUBMED

Centers for Diseases Control and Prevention. Guidelines for preventing health-care associated pneumonia (2003): recommendations of CDC and Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee. MMWR Recomm Rep. 53 (RR-3), 1-36. Acedido 6 de julho de 2018. Disponível em <https://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr5303a1.htm>

Dalri, M.; Canini, S.; Favretto, D.; Garbin, L. & Silveira, R. (2012). Aspiração endotraqueal em pacientes adultos com via aérea artificial: revisão sistemática. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 20(5): [11 telas]. set-out. disponível em [www.eerp.usp.br/rlae](http://www.eerp.usp.br/rlae).

Eser, I.; Guler, E.K.; Maras, G.B. & Kose, S. (2017). Knowledge and practice of intensive care nurse for endotracheal suction in a teaching hospital in western Turkey. Intensive and Critical Care Nursing. (39), 45-54. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1016/j.iccn.2016.08.006>.

Manara, D.; Negro, A.; Ranzani, R. & Villa, M. (2014). Survey of Italian care unit nurses' knowledge about endotracheal suctioning guidelines. Intensive and Critical Care Nursing. (30), 339-345.

Disponível em <http://dx.doi.org/10.1016/j.iccn.2014.06.003>

Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge (2004). Recomendações para a Prevenção da Infecção Respiratória em Doente Ventilado. Programa Nacional de Controlo de

Infecção (PNCI). Acedido 6 de julho de 2018.

Disponível em <https://www.dgs.pt/.../infeccao/.../recomendacoes-para-a-prevencao-da-infeccao-respiratoria>.

Ordem dos Enfermeiros. (2006). Tomada de Posição sobre a segurança do cliente. Documento elaborado pelo Conselho Jurisdicional da OE e aprovado na reunião do Conselho Diretivo de 8 de junho de 2006.

Santos, CMC; Pimenta, CAM; & Nobre, MRC. (2007). The PICO strategy for the research question construction and evidence search. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 15(3), 508–511. doi:10.1590/s0104-11692007000300023

The Joanna Briggs Institute. (2015). *The Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual 2015 – Methodology for JBI Scoping Reviews*. The Joanna Briggs Institute. Australia.

### **9.5 - Identificação de preditores para o desenvolvimento de lesões faciais em pessoas submetidas a VNI, internadas numa UCIM**

Carlos Quitério

Enfermeiro no Centro Hospitalar de Setúbal, Setúbal, Portugal

Isabel Cordeiro~

Enfermeira no Centro Hospitalar de Setúbal, Setúbal, Portugal

Mariana Pereira

Professora Adjunta Instituto Politécnico de Setúbal, Escola Superior de Saúde , Portugal.

#### **INTRODUÇÃO:**

A ventilação não invasiva representa uma técnica grandemente utilizada em casos de insuficiência respiratória aguda e crónica, tendo como complicação, entre outras, o desenvolvimento de lesões faciais (LF) (Mehta & Hill, 2001).

Objetivo: Identificar os preditores para o desenvolvimento de LF em indivíduos submetidos a ventilação não invasiva (VNI), internados numa Unidade de Cuidados Intermédios Médicos (UCIM) da região de Lisboa e vale do Tejo.

#### **METODOLOGIAS:**

Estudo retrospectivo, com foco na população de utentes internados na UCIM, no período de agosto a outubro de 2018. Através de critérios de inclusão e exclusão



obteve-se uma amostragem por conveniência de 41 indivíduos, dos quais 63,4% do sexo masculino, com uma média de idades de  $78,0 \pm 9,7$  anos. Os dados foram recolhidos através da consulta do processo informatizado. O formulário foi composto por i) variáveis sociodemográficas; ii) variáveis relativas à mobilidade: avaliação do estado de consciência – Escala de Coma de Glasgow (GCS) (Muñana-Rodríguez & Ramírez- Elías, 2014); iii) variáveis relativas ao estado de saúde: risco nutricional – Nutricional Risk Screening 2002 (NRS 2002) (Kondrup, Allison, Elia, Vellas, & Plauth, 2003); iv) variáveis referentes à VNI. Foram calculados modelos de regressão hierárquica, cumprindo os seus pressupostos. Para análise, foi utilizado um nível de significância de 0,05. O presente estudo foi submetido e aprovado pela Comissão de Ética da instituição.

#### RESULTADOS:

No geral, 24,4% dos indivíduos foram admitidos por insuficiência respiratória global. Na altura da admissão do utente, estes apresentaram um nível de consciência de  $14,1 \pm 2,3$  (alteração ligeira) e um risco de desnutrição de  $2,5 \pm 1,1$  (sem risco). Ainda, em média, os indivíduos foram submetidos a VNI num período  $6,1 \pm 3,9$  dias. Através do modelo de regressão hierárquica multivariada, com dois blocos (bloco 1: sexo e idade; bloco 2: bloco 1 + GCS, NRS e duração de tratamento), observou-se um coeficiente de determinação ajustada ( $R^2$ ) de 30,3% e um modelo significativo [ $\beta=0,478$ ;  $F(5,32)=4,220$ ;  $p=0,005$ ]. Observou-se que o nível de consciência ( $\beta=-0,508$ ;  $t=3,270$ ;  $p=0,003$ ) e a duração de tratamento ( $t=-3,281$ ;  $p=0,002$ ) são preditores de LF.

Conclusões: Com a realização deste trabalho de investigação, pôde-se identificar os preditores de LF em indivíduos submetidos a VNI: nível de consciência e duração de tratamento. Desta forma, a presente investigação poderá apresentar como implicações para a prática, a necessidade de fomentar e incrementar as ações de sensibilização de

enfermeiros com vista à melhoria contínua de intervenções prevenindo e diminuindo o desenvolvimento de LF [ex. aplicação de apósitos de proteção (Riquelme et al., 2017) e alternância de interfaces (Chacur, Vilella Felipe, Fernandes, & Lazzarini, 2011)]. Por outro lado, este trabalho apresenta implicações para a investigação na medida em que se contribuiu com evidência para os fatores associados a LF. Futuros trabalhos poderão

incidir no estudo de fatores pessoais (intrínsecos) e fatores ambientais e relativos a gestão de cuidados de saúde (extrínsecos), com recurso a outros tipos de estudo (ex. coorte ou caso-controlo e/ou estudos quasi-experimentais) por forma a avaliar causalidades e identificar o efeito mediador e/ou moderador das diferentes variáveis.

**PALAVRAS-CHAVE:**

Lesões faciais; ventilação não invasiva; preditores; cuidados de enfermagem; doente crítico.

**REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:**

Chacur, F. H., Vilella Felipe, L. M., Fernandes, C. G., & Lazzarini, L. C. O. (2011). The total face mask is more comfortable than the oronasal mask in noninvasive ventilation but is not associated with improved outcome. *Respiration*, 82(5), 426– 430. <https://doi.org/10.1159/000324441>

Kondrup, J., Allison, S. P., Elia, M., Vellas, B., & Plauth, M. (2003). ESPEN guidelines for nutrition screening 2002. *Clinical Nutrition*, 22(4), 415–421. [https://doi.org/10.1016/S0261-5614\(03\)00098-0](https://doi.org/10.1016/S0261-5614(03)00098-0)

Mehta, S., & Hill, N. S. (2001). Noninvasive ventilation (State of the Art). *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 163(2), 540–577.

Muñana-Rodríguez, J. E., & Ramírez-Elías, A. (2014). Escala de coma de Glasgow: origen, análisis y uso apropiado. *Enfermería Universitaria*, 11(1), 24–35.

Riquelme, H., Wood, D., Martínez, S., Carmona, F., Peña, A., & Wegner, A. (2017).

[Face protective patches do not reduce facial pressure ulcers in a simulated model of non-invasive ventilation]. *Revista Chilena De Pediatría*, 88(3), 354–359.

<https://doi.org/10.4067/S0370-41062017000300007>

**9.6 - Úlceras por pressão no doente crítico: incidência e fatores de risco.**

Elsa Rosário

Mestre em comunicação em Saúde, Especialista em Enfermagem médico-cirúrgica. Enfermeira na Unidade de Cuidados Intensivos do CHBM-EPE

Maria João Pires

Mestre em Enfermagem, Especialista em Enfermagem médico-cirúrgica- PSC. Enfermeira na  
Unidade de Cuidados Intensivos do CHBM-EPE

Sandra Figueiredo

Especialista em Enfermagem de Reabilitação. Enfermeira na Unidade de Cuidados Intensivos  
do CHBM-EPE

Célia Pereira

Especialista em Enfermagem de Reabilitação. Enfermeira na Unidade de Cuidados Intensivos  
do CHBM-EPE

Vanessa Lourenço

Especialista em Enfermagem de Reabilitação. Enfermeira na Unidade de Cuidados Intensivos  
do CHBM-EPE

Dulce Rosa

Mestre em comunicação em Saúde, Especialista em Enfermagem de Reabilitação.

Enfermeira Coordenadora na Unidade de Cuidados Intensivos do CHBM-EPE

## INTRODUÇÃO

As Úlceras por pressão (UPP) constituem um fenómeno comum aos doentes internados em todo mundo nos diferentes contextos de saúde, especialmente os internados em unidades de cuidados intensivos, muitas vezes sujeitos a fatores de risco de forma contínua e prolongada, sobretudo os relacionados com a imobilidade e com a integridade da pele. Foram identificadas taxas de incidência e prevalência dos doentes internados numa UCI polivalente de um hospital distrital, no ano de 2018, e os locais mais frequentes onde ocorreram as UPP, relacionando estes dados com o nível de risco dos doentes, avaliado através da aplicação da Escala de Braden, escala preconizada desde 2012 pela Direção Geral de Saúde, para identificação do risco para o desenvolvimento destas lesões nos doentes sujeitos a internamento.

É feita uma análise dos dados comparativamente a dados nacionais e internacionais, e identificadas estratégias de melhoria para uma aposta ao nível da prevenção de UPP no doente crítico.

#### OBJETIVOS:

- Identificar a incidência e prevalência de UPP nos doentes críticos internados na UCI no ano de 2018
- Relacionar taxas de incidência e prevalência com fatores de risco, avaliados pela escala de Braden.

#### METODOLOGIA:

Estudo descritivo longitudinal, de análise quantitativa. A amostra corresponde a todos os doentes internados na UCI no período de 1 de janeiro de 2018 a 31 de dezembro de 2018. A escala utilizada para identificação do risco foi a Escala de Braden. Foi identificada a frequência das UPP relativamente à localização. A colheita de dados foi realizada a todos os processos clínicos informatizados, versão Sclínico normalizada.

#### RESULTADOS:

Foram identificadas taxa de incidência de 7,99% e taxa de prevalência de 15,01%, que foram analisadas à luz de resultados encontrados noutros estudos nacionais e internacionais. Relativamente aos factores de risco, avaliados diariamente utilizando a Escala de Braden, apenas dois doentes eram doentes de baixo risco, sendo os restantes doentes de alto risco, como tal com uma maior susceptibilidade para o desenvolvimento destas lesões. De referir que num total de 136 doentes, 27 tinham diagnóstico de UPP, sendo que 10 foram admitidos com UPP e 17 doentes desenvolveram UPP no internamento na UCI. Das lesões identificadas, através dos diagnósticos de UPP, a maioria das lesões ocorreu na região sacro e calcâneos, o que é coincidente com as evidências encontradas na literatura.

Dados existentes relativos a Portugal (Costeira, 2006) referem que a prevalência de úlceras por pressão em Cuidados intensivos é de 16,6%. Pini (2012) estima nas unidades de longa duração de Portugal continental uma prevalência na ordem dos 23% e ao nível da Península Ibérica, Soldevilla, et. al. (2007) refere em Espanha uma prevalência de 13,2% nas unidades de Cuidados Intensivos.

Segundo (Morais, 2015) em estudo realizado em UCI polivalentes no Norte de Portugal foram encontrados valores de prevalência de 19,3% e de incidência de 11,4%.

Internacionalmente, relativamente a UCI, estudos referem nos EUA taxas de incidência de úlceras de pressão entre 5,2% e 45%, com taxas de prevalência entre 22 e 28,7% e por outro lado, estudos em UCI realizados em países em desenvolvimento como a Indonésia, relatam incidência na ordem dos 33,3% (Suriadi, et al., 2008). Garcia-Fernandes, et. al. (2013) apresenta dados para Unidades de Cuidados Intensivos que referem uma incidência de 24,20%.

Um estudo de revisão realizado por Cuddigan (2012), em que faz uma análise sobre os dados de prevalência e incidência em Cuidados Intensivos a nível mundial, obteve dados com bastante variabilidade que poderá estar relacionada com as características das unidades e dos próprios doentes. Na generalidade, em cuidados intensivos existe uma maior taxa de incidência e prevalência comparativamente às verificadas em outras áreas do Hospital, que poderão ser explicadas por fatores associados à pessoa em situação crítica, e cuja atenção deve ser tida em conta na análise destes valores (Lahmann, et al., 2011).

Estes dados revelam valores diferentes, por vezes muito discrepantes nos estudos encontrados, o que aponta para a importância de identificar de forma mais pormenorizada os contextos, tais como, qual é o tipo de UCI, e as características dos doentes, comorbilidades associadas, terapêutica sedativa e vasopressora, a duração do internamento, etc.

#### CONCLUSÃO:

Os resultados identificados enquadram-se nos valores encontrados noutros contextos hospitalares de cuidados intensivos a nível nacional e internacional, sendo até bastante inferiores a alguns deles. No entanto sendo a excelência dos cuidados e a prevenção de complicações o nosso grande objectivo, consideramos ser essencial a aposta na prevenção, que passa por uma correta avaliação do risco do doente, minimização possível dos factores de risco e instituição de medidas preventivas ao nível de recursos materiais e humanos que permitam evitar sempre que possível a ocorrência de UPP no doente em situação crítica. É essencial a aposta na formação contínua para a prevenção de UPP, que engloba o desenvolvimento de competências na utilização de estratégias para impedir a ocorrência de UPP, nomeadamente as relacionadas com a manutenção da integridade da pele, diminuindo sempre que

possível a pressão nos tecidos, através por exemplo de medidas simples com a elevação dos calcanhares, os posicionamentos com intervalos adequados ao risco do doente e a utilização de dispositivos como almofadas e colchões adequados para esse efeito, não esquecendo que a observação da pele do doente é o primeiro passo para impedir que as lesões ocorram.

Palavras chave: Úlcera por Pressão; Avaliação do Risco; Incidência; Prevalência; Pessoa em situação crítica.

#### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Costeira, A. (2006). Importância da nutrição para o tratamento das úlceras de pressão. *Atheneu*; 165-71.

Cuddigan, J. (2012). Literature Review and Analysis Methodology. In National Pressure Ulcer Advisory Panel. Pieper, B. (Ed.). *Pressure Ulcers in America: Prevalence, Incidence, and Implications for the Future*. (2nd Edition). Washington, DC: NPUAP. pp, 3-4.

Cox J. (2011) Predictors of pressure ulcers in adult critical care patients. *Am J Crit Care*;20:364–75. Disponível em: <http://ajcc.aacnjournals.org/content/20/5/364.full.pdf+html>

DGS. (2011). Escala de Braden: Versão Adulto e Pediátrica (Braden Q). Orientação nº 17/2011 de 19/05/2011. Disponível em: [www.dgs.pt](http://www.dgs.pt)

Garcia-Fernandéz, F.P. et. al.(2014a) “Prevención de las úlceras por presión” Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas. I, 3-51.

Lahmann, N. et al. (2011). Friction and shear highly associated with pressure ulcers of residents in long-term care – Classification Tree Analysis (CHAID) of Braden items. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 17 (1), 168-73.

Morais, J.S. (2015). Fatores determinantes de úlceras de pressão na pessoa em situação crítica em cuidados intensivos. III Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Escola Superior de Saúde. Instituto Politécnico de Viana do Castelo.

Pini, L.R.Q. (2012). Prevalência, risco e prevenção de úlcera de pressão em unidades de cuidados de longa duração. Mestrado em Evidência e Decisão em Saúde. Universidade Católica Portuguesa. Instituto Ciências da Saúde.

Sayar S, et al. (2009) Incidence of pressure ulcers in intensive care unit patients at risk according to the Waterlow scale and factors influencing the development of pressure ulcers. *J Clin Nurs*;18(5):765-74. Disponível em:

<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1365-2702.2008.02598.x>

Silva Maia, R. (2012). Úlceras de pressão: prevalência e caracterização em hospitais na região norte de Portugal. Dissertação apresentada ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de mestre em Feridas e Viabilidade Tecidual.

Soldevilla, A. J. et al. (2011) "3.er Estudio Nacional de Prevalencia de Úlceras por Presión en España, 2009. Epidemiología y variables definitorias de las lesiones y pacientes" *Gerokomos*. 22(2), 77-90.

Suriadi, F., et. al. (2008). Development of a new risk assessment scale for predicting pressure ulcers in an intensive care unit. *Nurs. Crit. Care* 13 (1), 34–43. Disponível em:<http://dx.doi.org/10.1111/j.1478-5153.2007.00250.x>

## **9.7 - O Cuidado Fundamental e a recuperação da Pessoa em Situação Crítica**

Maria J. Pires,

Unidade de Cuidados Intensivos

Centro Hospitalar Barreiro-Montijo

Helga R. Henriques,

Departamento de Fundamentos de Enfermagem

Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

Maria C. Durão,

Departamento de Enfermagem Médico-cirúrgica

Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

### **INTRODUÇÃO**

Na Pessoa em Situação Crítica (PSC), a prioridade das intervenções de enfermagem é, na maioria das vezes, dirigida exclusivamente à gestão da situação clínica, não se valorizando o cuidado fundamental. Este engloba todos os cuidados que visam a satisfação das Necessidades Humanas Fundamentais exclusivas de cada pessoa. É o

cuidado necessário a cada pessoa, independentemente da sua condição clínica ou ambiente de saúde, desenvolvido com o objetivo de proporcionar segurança, saúde, bem-estar físico e psicossocial (Feo, Kitson, e Conroy, 2018). Em contexto de situação crítica, o Cuidado Fundamental fica comprometido, cabendo aos enfermeiros intervir para proporcionar a satisfação das Necessidades Humanas Fundamentais (Kitson et al., 2010). Assegurar o Cuidado Fundamental contribui, em muito, para reduzir as complicações durante o internamento dos doentes (Pires, Henriques & Durão, 2018).

#### OBJETIVO:

Reconhecer a importância do Cuidado Fundamental na recuperação da PSC, no decurso do desenvolvimento de competências especializadas de enfermagem no cuidado à PSC.

#### METODOLOGIA:

Reflexão acerca da valorização dada ao Cuidado Fundamental durante a experiência de desenvolvimento de competências especializadas de enfermagem no cuidado à PSC, em contexto de estágio nos serviços de urgência e unidade de cuidados intensivos. Foram alvo de reflexão os resultados da Revisão Integrativa da Literatura efetuada, partindo da questão “Qual a evidência relacionada com os cuidados fundamentais na recuperação da pessoa em situação crítica?” (Pires, Henriques & Durão, 2018); bem como a experiência clínica nos serviços de UCI, SU e numa incursão a uma Unidade de Cuidados Paliativos.

#### RESULTADOS:

O processo de desenvolvimento de competências de enfermagem especializadas no cuidado à PSC em contextos altamente tecnologicizados fez refletir a tecnologia como um recurso (e não como um fim). Esta deve ser utilizada para melhor conhecer a pessoa, com o objetivo de prestar cuidados individualizados (Locsin, 2013; Sá et al., 2015). Centrar o cuidado na pessoa, em detrimento da tecnologia, evidencia a importância da intervenção do enfermeiro na recuperação do doente em áreas do cuidado fundamental como o sono, a respiração, a pele, a nutrição, a comunicação, a



educação do doente e família, a mobilização e o posicionamento e a higiene (Shahin, Dassen, e Halfens 2009; Curtis e Wiseman 2008).

Valorizar o Cuidado Fundamental passa por respeitar e promover a autonomia da PSC e atender às necessidades da família. Implica estar disponível para aprofundar a relação terapêutica com a PSC e família, com momentos de escuta, apoio e presença (Twycross, 2001).

No desenvolvimento de competências especializadas no cuidado à PSC, a atenção ao Cuidado Fundamental fica facilitada com o desenvolvimento da perícia (Benner, 2001). Em situações de menor domínio cognitivo, afetivo e psicomotor do cuidar tecnológico (Locsin, 2013), o Cuidado Fundamental é facilmente relegado para segundo plano, em favor de uma abordagem mais biomédica. Trata-se, assim, de centrar a preocupação nas “pequenas coisas” da vida, nas coisas que dão sentido à vida e são importantes para a pessoa (Hesbeen, 2000). Estes cuidados têm como objetivo o atendimento individual, onde a pessoa é vista como ser único e complexo. Visam a manutenção da saúde, a recuperação ou uma morte pacífica, através da satisfação das necessidades humanas, sempre que existe falta de força, vontade ou conhecimento (Henderson, 2007).

#### CONCLUSÃO:

A recuperação da PSC não depende só das intervenções focalizadas na doença, mas também de intervenções de enfermagem centradas na pessoa. Os cuidados fundamentais, como a promoção do sono, avaliação da pele ou a nutrição, promovem a saúde, o conforto e o bem-estar da PSC, preservam a dignidade e evitam complicações (Curtis & Wiseman, 2008).

O Cuidado fundamental prestado, ou orientado, por um enfermeiro com competências especializadas de enfermagem no cuidado à PSC corre menos riscos de ter falhas na avaliação adequada das necessidades fundamentais do doente (Kitson & MacMillan, 2016).

#### PALAVRAS-CHAVE:

Doente crítico; cuidados fundamentais; recuperação.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito: Excelência e poder na prática clínica de enfermagem*. Coimbra: Quarteto.
- Curtis, K., & Wiseman, T. (2008). Back to basics-essential nursing care in the ED, Part 2. *Australasian Emergency Nursing Journal*, 11(2), 95–99. <https://doi.org/10.1016/j.aenj.2007.11.005>
- Feo, R., Conroy, T., Jangland, E., Athlin, A. M., Brovall, M., Parr, J., ... Kitson, A. (2018). Towards a standardised definition for fundamental care: A modified delphi study. *Journal of Clinical Nursing*, 1(15), 1–15. <https://doi.org/10.1111>
- Henderson, V. (2007). *Princípios Básicos dos Cuidados de Enfermagem do CIE*.
- Hesbeen, W. (2000). *Cuidar no Hospital Enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspectiva de cuidar*. Loures: Lusociência.
- Kitson, A., & MacMillan, K. (2016). Introduction from the guest editors: perspectives on fundamental care. *Canadian Journal of Nursing Leadership*, 29(1), 6–9. <https://doi.org/10.12927/cjnl.2016.24640>
- Kitson, A., Conroy, T., Wengstrom, Y., Profetto-McGrath, J., & Robertson-Malt, S. (2010). Defining the fundamentals of care. *International Journal of Nursing Practice*, 16, 423–434. <https://doi.org/10.1111/j.1440-172X.2010.01861.x>
- Locsin, R. C. (2013). Technological competency as caring in nursing: Maintaining humanity in a high-tech world of nursing. *Journal of Nursing and Health Sciences*, 7(1), 1–6.
- Pires, M., Henriques, H., & Durão, M. (2018). Fundamentals of care in the critically ill person in ICU: an integrative literature review. *BMC Health Services Research* 2018, 18(Suppl 2):P61.
- Sá, F. L. F. R. G., Botelho, M. A. R., & Henriques, M. A. P. (2015). Cuidar da família da pessoa em situação crítica : A experiência do enfermeiro. *Pensar Enfermagem*, 19(1), 31–46.
- Shahin, E., Dassen, T., & Halfens, R. (2009). Pressure ulcer prevention in intensive care patients: Guidelines and practice. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 15(2), 370–374.

<https://doi.org/10.1111/j.1365-2753.2008.01018.x>

Twycross, R. (2001). Cuidados Paliativos (1a edição). Lisboa: Climepsi.

## **9.8 - Turismo e Saúde no rio Douro: oportunidades para a profissão de Enfermagem**

Vítor Rodrigues

Coordinating Professor with Aggregation,

Research Center in Sports Sciences, Health Sciences and Human Development, CIDESD,  
School of Health, University of Trás-os-Montes e Alto Douro, Vila Real, Portugal

Diana Martins

Research fellow, University of Trás-os-Montes e Alto Douro, Vila Real, Portugal

Fernando Freitas

Research fellow, University of Trás-os-Montes e Alto Douro, Vila Real, Portugal

Tiago Rodrigues

Research fellow, University of Trás-os-Montes e Alto Douro, Vila Real, Portugal

Cristiana Costa

Research fellow, University of Trás-os-Montes e Alto Douro, Vila Real, Portugal

### **INTRODUÇÃO**

O projeto SAICT-POL/23434/2016 – “Health TuriDouro - Intervenções dirigidas às necessidades de saúde dos turistas dos cruzeiros do rio Douro”, com referência NORTE-01-0145-FEDER-023434, financiado pela Fundação para a Ciência e Tecnologia e co-financiado pelo Fundo Europeu de Desenvolvimento Regional (FEDER) através do Programa Operacional Regional do Norte (NORTE2020), decorreu junto de turistas que realizaram o cruzeiro fluvial no rio Douro, concretamente da Régua ao Pinhão, até porque a saúde e bem-estar dos turistas que frequentam os cruzeiros fluviais no rio Douro deve ser uma premissa das embarcações que realizam este tipo de cruzeiros.

### **OBJETIVOS**

O projeto foi elaborado com objetivo de caracterizar o perfil dos turistas que frequentam os cruzeiros fluviais no rio Douro, identificar as necessidades de saúde dos

turistas que frequentam os cruzeiros fluviais no rio Douro e posterior construção de uma aplicação móvel e uma plataforma de dados de saúde.

## METODOLOGIA

Tratou-se de um estudo exploratório e transversal, onde se procedeu à aplicação de um questionário composto por questões de caracterização sócio-demográfica, antecedentes clínicos e questões relacionadas com o uso de novas tecnologias. A recolha de dados decorreu entre abril e outubro de 2018, junto de turistas que realizaram o cruzeiro fluvial da Régua ao Pinhão a bordo dos navios da empresa Barcadouro, tendo sido assegurado o total anonimato e confidencialidade das informações obtidas. O estudo obteve parecer favorável (nº 64/2017 de 10/10/2017) da Comissão de Ética da UTAD e da empresa Barcadouro em 07/12/2017.

## RESULTADOS

1.086 turistas participaram neste estudo, sendo que para 64,2% este é o 1º cruzeiro que realiza. 62,7% são mulheres e 37,3% são homens, com uma média de idades de 54,9 anos (o grupo etário mais representado é o dos 61-70 anos), 65,1% dos turistas são casados, 59,9% refere ter o ensino superior e 57,7% refere que na situação face ao emprego está ativo. 37,5% dos turistas tinham a nacionalidade portuguesa e 62,5% nacionalidade estrangeira, salientando-se a francesa com 20,1%, a brasileira com 8,3%, a canadiana e a americana com 5,5%, a alemã com 4,5% e a inglesa com 3,8%. 27,3% dos turistas têm algum tipo de doença ou limitação e 41,2% tomam medicação.

86,9% dos turistas viam como interessante/muito interessante a presença de um profissional de saúde (no caso, um Enfermeiro) a bordo dos navios/cruzeiros e 84,9% referiram que se existisse um profissional de saúde (no caso, um Enfermeiro) a bordo dos navios, sentiam-se mais seguros.

75,4% dos turistas viam como interessante/muito interessante a utilização de uma plataforma de dados de saúde, que permitisse a sua vigilância de saúde e 73,6% viam como interessante/muito interessante a existência de uma aplicação informática, nos operadores turísticos, que permitisse identificar as suas necessidades de saúde. 22,6% dos turistas referiram que, em caso de voltarem a realizar cruzeiros no rio Douro,

gostariam de solicitar cuidados médicos/enfermagem e 10,4% assistência em situação de emergência.

## CONCLUSÃO

A existência de enfermeiros a bordo dos navios que realizam cruzeiros no rio Douro, assim como uma aplicação móvel e uma aplicação de backoffice para gestão da base de dados e de informações a fornecer aos turistas e aos operadores turísticos, respetivamente, será uma mais-valia para a segurança em termos do bem-estar e da saúde. Encontramo-nos, neste momento, na fase de desenvolvimento da aplicação móvel e da plataforma de dados de saúde.

## PALAVRAS CHAVE:

Plataforma de dados; Aplicação móvel; Turistas; Enfermagem

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

Guy, B.; Henson, J. & Dotson, M. (2015). Characteristics of consumers likely and unlikely to participate in medical tourism. *International Journal of Healthcare Management*, 8, 2.

Kim, H.; Woo, E. & Uysal, M. (2015). Tourism experience and quality of life among elderly tourists. *Tourism Management*, 46, 465-476.

Tseng (2013). Medical health care tourism: Why patients go overseas and what nurse practitioners need to know. *International Journal of Healthcare Management*, 6, 2.

Hung-Che, W.; Ching-Chan, C., Chi-Han, A. (2018). A study of experiential quality, experiential value, trust, corporate reputation, experiential satisfaction and behavioral intentions for cruise tourists: The case of Hong Kong. *Tourism Management* 66:200-220. <https://doi.org/10.1016/j.tourman.2017.12.011>

## **9.9 - Programa de Melhoria Contínua da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação: limpeza das vias aéreas**

Vanessa Lourenço

Especialista em Enfermagem de Reabilitação. Enfermeira na Unidade de Cuidados Intensivos do CHBM-EPE

Cláudia Nunes

Especialista em Enfermagem de Reabilitação. Enfermeira na Unidade de Cuidados Intensivos do CHBM-EPE

Sandra Figueiredo

Especialista em Enfermagem de Reabilitação. Enfermeira na Unidade de Cuidados Intensivos do CHBM-EPE

Dulce Rosa

Mestre em comunicação em Saúde, Especialista em Enfermagem de Reabilitação.

Enfermeira Coordenadora na Unidade de Cuidados Intensivos do CHBM-EPE

Isabel Pereira

Especialista em Enfermagem de Reabilitação. Enfermeira na Unidade de Cuidados Intensivos do CHBM-EPE

Célia Pereira

Especialista em Enfermagem de Reabilitação. Enfermeira na Unidade de Cuidados Intensivos

Ana Deolinda Teixeira

Especialista em Enfermagem de Reabilitação. Enfermeira na Unidade de Cuidados Intensivos do CHBM-EPE

O doente internado na unidade de cuidados intensivos, está exposto a uma panóplia de fatores que contribuem para aumentar o risco de incidência de infeções respiratórias. Estas representam 25% a 42% das infeções adquiridas, sendo a mais frequente a Pneumonia Associada a Ventilação.

Segundo Fernandes (2012), a infeção respiratória afeta cerca de 6,5% dos doentes que permanecem mais de 2 dias internados. Os doentes ventilados mais de 48 horas, 10% a 30% desenvolvem pneumonias. O risco diário aumenta de 1 a 3% por dia até ao 5º

dia. O risco cumulativo para os doentes com ventilação invasiva pode atingir 19% aos 20 dias e aos 30 dias é provável que 70% dos doentes, adquiram uma pneumonia.

O impacto destes valores a nível da prevenção de complicações torna pertinente investir no fulcro desta problemática. Está inerente ao diagnóstico clínico de infeção respiratória, a diminuição do mecanismo de defesa glótica e conseqüente diminuição da eficácia e eficiência da tosse, o que na prática clínica se traduz no Diagnóstico de Enfermagem: Limpeza das Vias Aéreas comprometida. A limpeza das vias aéreas comprometida é um problema que afeta especialmente os doentes internados na unidade de cuidados intensivos, quer pela sua situação clínica, quer pela imobilidade prolongada. Nesta perspetiva, a reabilitação funcional respiratória pretende melhorar a permeabilidade das vias aéreas, utilizando técnicas de reabilitação que facilitam a eliminação de secreções brônquicas

Neste contexto, desenvolvemos um programa de melhoria ao nível dos cuidados de enfermagem, cujo foco é a limpeza das vias aéreas e o diagnóstico de enfermagem é limpeza das vias aéreas comprometida.

A necessidade de acurácia nas intervenções de enfermagem relacionadas com o diagnóstico acima referido é inerente à intervenção especializada que decorre de um corpo de conhecimentos e procedimentos específicos do grupo de profissionais na área de enfermagem de reabilitação.

O enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação desempenha um papel crucial na resolução desta problemática e na maximização das capacidades funcionais e adaptativas a nível respiratório do doente e por conseguinte na aquisição de ganhos em saúde. Acresce que este foco de enfermagem está contemplado na Proposta de Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem da Especialidade de Enfermagem em Reabilitação e na Proposta de Core de Indicadores por Categoria de Enunciados Descritivos dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação emitidos pela Ordem dos Enfermeiros em 2014.

O presente Programa de Melhoria Continua da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem desenvolvido na Unidade de Cuidados Intensivos, durante o ano de 2018, teve como objetivos: Avaliar a efetividade dos cuidados de Enfermagem de Reabilitação na resolução da limpeza das vias aéreas comprometida, no sentido da melhoria contínua dos processos de reeducação funcional, contribuindo para

promover a maximização das suas capacidades funcionais e adaptativas a nível respiratório e determinar a percentagem de doentes em que o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação identifica limpeza das vias aéreas comprometida, visando desenvolver processos de reeducação funcional, contribuindo para promover a maximização das suas capacidades funcionais e adaptativas a nível respiratório.

O programa está estruturado segundo ciclo de PDCA (Plan; Do; Check; Act/Adjust), respeitando a sugestão da ordem dos enfermeiros para os projetos de melhoria continua da qualidade dos cuidados de enfermagem.

Identificamos como amostra todos os doentes que apresentam diagnóstico de Enfermagem Limpeza das Vias Aéreas comprometida, e que foram submetidos às intervenções de enfermagem executar cinesiterapia respiratória e avaliar limpeza das vias aéreas, nas primeiras 24 h e no momento da alta. Excluimos os óbitos.

De acordo com o bilhete de identidade proposto pelo colégio da especialidade de enfermagem de reabilitação da ordem dos enfermeiros, foram utilizados no tratamento de dados indicadores de processo, de resultado e epidemiológicos expressos em ganhos em saúde.

Os indicadores foram monitorizados mensalmente, com apresentação semestral dos resultados obtidos à equipa de enfermagem, bem como à enfermeira supervisora responsável no âmbito dos projetos de melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem do Centro Hospitalar Barreiro Montijo.

Da análise de dados relativamente aos doentes com limpeza das vias aéreas comprometida realizada pelo grupo de trabalho foram obtidos os seguintes resultados:

a) Número total de doentes com o diagnóstico de limpeza das vias aéreas comprometida foi 115; b) Número de doentes com o diagnóstico de limpeza das vias aéreas não comprometida após pelo menos uma intervenção de enfermagem reabilitação do tipo executar cinesioterapia respiratória 88; c) Taxa de prevalência de doentes com o diagnóstico de limpeza das vias aéreas comprometida 87,80 %; d) Taxa de prevalência de doentes com o diagnóstico de limpeza das vias aéreas comprometida em que foi realizada pelo menos uma intervenção de enfermagem reabilitação do tipo executar cinesioterapia respiratória 79,57%; e) Taxa de resolução de limpeza das vias aéreas dos doentes com o diagnóstico de limpeza das vias aéreas comprometida em que foi realizada pelo menos uma intervenção de enfermagem



reabilitação do tipo executar cinesioterapia respiratória 74,4%; f) Ganhos em melhoria da LVA 27,87%; g) Taxa de conformidade de 95,5 % aos registos da LVA

Podemos constatar que pelos resultados dos indicadores de processo que existe um envolvimento de toda a equipa de enfermagem na documentação dos cuidados. Verifica-se que dos 79,57% dos doentes com diagnóstico da limpeza das vias aéreas comprometido, 74,4% dos doentes veem o seu problema resolvido após a intervenção especializada cinesioterapia respiratória pelo enfermeiro de reabilitação, traduzindo-se em 95% de eficácia na resolução do diagnóstico da limpeza das vias aéreas.

Tendo por base a taxa de prevalência de 79,57% obtivemos 27,87% de ganhos em saúde com a melhoria da limpeza das vias aéreas, expressa na alteração do status do diagnóstico de elevado para moderado e de moderado para reduzido.

Os resultados evidenciam a importância do enfermeiro especialista na equipa de cuidados ao doente crítico internado na unidade de cuidados intensivos. Embora a atuação do enfermeiro especialista em reabilitação ainda não seja valorizada por todos os restantes enfermeiros, já é vista por muitos como diferenciadora na qualidade dos cuidados disponibilizados ao doente, com especial enfoque na equipa médica.

#### PALAVRAS CHAVE:

efetividade dos cuidados, limpeza das vias aéreas, enfermagem reabilitação

#### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Fernandes, P. (2012) - Infecção associada aos Cuidados de Saúde: Eficácia da aplicação de um conjunto de medidas na prevenção de pneumonia e traqueobronquite associadas ao ventilador (Tese mestrado). Universidade Católica de Lisboa. Instituto de Ciências da Saúde;

Hoeman, S. (2002) - Enfermagem de Reabilitação. Aplicação e Processo. Lusociência. 2ª edição;

Olazabell, M. (2003) - Métodos de limpeza das vias aéreas. In: Gomes, M. e Sotto-Mayor. Tratado de Pneumologia Sociedade Portuguesa de Pneumologia. Lisboa: Permanyer;

Ordem dos Enfermeiros (2014) – Proposta do grupo de trabalho. Core de Indicadores de Enunciados Descritivos dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação;

Ordem dos Enfermeiros (2014) – Proposta do Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem da Especialidade de Enfermagem em Reabilitação;

Ordem dos Enfermeiros (2015) – Core de Indicadores por categoria de enunciados descritivos dos padrões de qualidade dos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação;

Ordem dos enfermeiros (2015). Regulamento n.º 350/2015- Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Enfermagem de Reabilitação. Diário da República, 2.ª série — N.º 119 — 22 de junho de 2015, p.16655-16660.

## 10 - PÓSTERES

### 10.1 - Suplementos alimentares como produto de fronteira

Ana Catarina Quinzereis,  
Aluna de Naturopatia no Instituto de Medicina Tradicional de Lisboa

#### INTRODUÇÃO

Com este trabalho temos como objetivos: entender o conceito de Suplementos Alimentares (SA) como Produtos de Fronteira, quais as suas implicações abordar a regulamentação de SA e entender as suas limitações. Definir Produtos de Fronteira e os seus perigos. Sensibilizar para a lei nacional e a escassez da mesma. Alertar para as complicações de um mercado sem restrições. Alertar para irregularidades na rotulagem dos produtos. Salientar a importância de desenvolver nova regulamentação.

#### METODOLOGIA

Revisão sistemática da literatura. Realizou-se uma pesquisa dos artigos disponíveis em português e inglês, publicados entre 2002 e 2017, utilizamos vários motores de busca para a pesquisa de artigos como o Pubmed, Science Direct, b-on e o Google Académico.

#### RESULTADOS

Verificámos que, em Portugal, os suplementos alimentares enquadram-se na legislação dos géneros alimentícios, sob a tutela da Direção Geral de Alimentação e Veterinária (DGAV), departamento do Ministério da Agricultura. Tal situação levanta-nos uma questão eminente de saúde pública, devido à dificuldade em garantir a sua qualidade e segurança, uma vez que existe por um lado uma ausência de rigor científico, e por outro, a liberalização relativamente ao local de venda (hipermercados, bombas de gasolina, internet), incentivando a auto-suplementação, constituindo um perigo em contexto de saúde pública. Existem suplementos alimentares que, pela

permissão da própria legislação onde estão integrados, têm na sua composição plantas com constituintes farmacologicamente ativos, constituintes esses que também se encontram disponíveis em medicamentos à base de plantas, incluídos na legislação do “Estatuto do Medicamento”, levando-nos a um novo conceito, os Produtos de Fronteira, aqueles em que um determinado produto pode ser colocado no mercado ao abrigo de legislação diferente, não existindo uma clareza para o seu enquadramento.

## CONCLUSÕES

Concluimos que, como forma de colmatar estes riscos ao nível de Saúde Pública seria interessante que os legisladores refletissem sobre a hipótese dos suplementos alimentares respeitarem *guidelines* semelhantes às utilizadas para os medicamentos à base de plantas.

## PALAVRAS-CHAVE:

Suplementos Alimentares, Medicamentos à base de plantas, Produtos de Fronteira

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Mendes M. (2017). Análise do consumo de Suplementos Alimentares no mercado português de farmácia comunitária: que relação benefício-risco? (tese de mestrado não publicada). Universidade do Porto Faculdade de Ciências, Porto.

Decreto-Lei nº 136/2003 (2003). Diário da República, Série I-A, 147, 3724 – 3728.

Decreto-Lei nº 118/2015 (2015). Diário da República, 1.ª série, 120, 4389 – 4394.

Infarmed (2016). Produtos-Fronteira entre Suplementos Alimentares e Medicamentos.<http://www.infarmed.pt/documents/15786/17838/PRODUTOS+FRONT EIRA+SULEM ENTOS+MEDICAMENTOS.pdf/d0cd8e0f-fad8-474b-85b4-b32c01fac5e9>

European Commission. (2015). Novel Food catalogue.

[http://ec.europa.eu/food/safety/novel\\_food/catalogue/search/public/index.cfm](http://ec.europa.eu/food/safety/novel_food/catalogue/search/public/index.cfm)

Grupo Marktest (2015). Aumenta número de consumidores de vitaminas e suplementos. <https://www.marktest.com/wap/a/n/id-1fe2.aspx>

Diretiva nº 2002/46/CE (2002). Parlamento Europeu e do Conselho, L 183/51-57

## 10.2 - Amputação do membro inferior na diabetes Mellitus

Joana Afonso,  
Estudante de Enfermagem da ESSEM. Monte de Caparica.  
Ana Paula Pais dos Santos,  
Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação,  
USF Pinhal de Frades,  
ACES Almada Seixal.

### INTRODUÇÃO

Com este trabalho, temos como objetivo conhecer o impacto da amputação do membro inferior em Portugal, os fatores que contribuem para a amputação do membro inferior e quais as medidas a tomar para a prevenção da amputação do membro inferior.

### METODOLOGIA

Revisão sobre a temática da amputação do membro inferior na Diabetes Mellitus (DM) no âmbito do Plano de Saúde Nacional, Programa de Saúde Nacional da Diabetes na Administração Regional de Lisboa e Vale do Tejo (ARS LTV), Agrupamento de Centros de Saúde Almada-Seixal (ACES AS) nomeadamente na Unidade de Saúde Familiar Modelo B de Pinhal de Frades (USF-B PF). São referenciados os Programas Regional, Local e de Ação sobre o tema e alguns dados estatísticos que permitiram chegar a ilações sobre quais os fatores que contribuem para a amputação e possíveis medidas para a prevenção da mesma.

### RESULTADOS

A amputação *minor* e *major* têm uma incidência de 183 e 123 na ARS Norte, de 103 e 98 na ARS Centro, de 48 e 231 na ARS LVT, de 48 e 55 na ARS Alentejo, de 38 e 38 na ARS Algarve e de 705 e 545 no Serviço Nacional de Saúde (SNS), respetivamente.

## CONCLUSÕES

Os problemas identificados preenchem os requisitos de autocuidado de desvio de saúde, na medida em que estão relacionados com prevenção das úlceras nos pés, sendo fundamental intervir de forma a promover a prática destas medidas de autocuidado. Fatores que contribuem p/ amputação do MI são: a caracterização da população, o défice nos cuidados aos pés, riscos e complicações, um número de profissional desadequado, uma distribuição desadequada de Pedologistas no país e um número reduzido de consultas de pedologia. As medidas encontradas para a resolução da problemática consistem na distribuição uniforme de Pedologistas pelo país, o aumento da literacia sobre o risco / complicações ao PM, a implementação de sistema de notificação de consulta de vigilância e realização de campanhas de sensibilização.

## PALAVRAS-CHAVE:

Diabetes Mellitus, Amputação, Membro Inferior

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Agrupamento de Centros de Saúde Almada Seixal. (2017). Plano Regional de Saúde. Ministério da Saúde
- Cardoso, M. (2017). Diabetes ainda é responsável por quase três amputações por dia. Jornal O Público.  
<https://www.publico.pt/2017/11/14/sociedade/noticia/haquase-tres-amputacoes-por-dia-devido-ao-pe-diabetico-1792371>
- Direção Geral de Saúde. (2018). BI- Indicadores. Portal SNS Consultado dia 16/12/2018: <https://www.sns.gov.pt/>
- Direção Geral de Saúde. (2017). Plano Nacional de Saúde. Ministério da Saúde
- Estatuto do SNS. (1993). Diário da República – I Serie A nº 12 – 15-1-1993
- Lusa. (2012). Saúde 82% dos Pedologistas estão na região Norte. Agências de Notícias de Portugal, S.A., Porto, Portugal
- Unidade de Saúde Familiar de Pinhal de Frades. (2017). Plano de Ação. Ministério da Saúde

Vassal, R. (2015). Tratamento do pé diabético precisa de «via verde». Tempo de Medicina Online. <http://www.tempomedicina.com/noticias/29639>

Viegas, D. (2011). Algarve é a região com mais amputações. Jornal do Algarve. <https://jornaldoalgarve.pt/algarve-e-a-regiao-com-mais-amputacoes/>

### **10.3 - Intervenções de enfermagem à criança em fim de vida: Scoping Review**

Ana Raquel Cordeiro, Joana Lopes, Raquel Milheiro, Vanda Vicente,  
Mestrandas em Enfermagem ICS/UCP.  
Cândida Ferrito,  
Professora Auxiliar Convidada. ICS/UCP.

#### **INTRODUÇÃO**

A morte em Pediatria é sempre difícil de assumir e de integrar. A cada profissional de Saúde compete um investimento pessoal, profissional e académico que otimize as competências adquiridas e promova a aquisição de novas competências ajustadas às necessidades desta população em particular.

Os enfermeiros desempenham um papel importante no apoio às famílias que enfrentam a doença crítica e a morte de seus filhos. As abordagens do enfermeiro devem ser adaptadas à idade da criança, ao seu nível de desenvolvimento, acompanhando a situação à medida que esta progride do diagnóstico através do curso da doença e tratamento, seja aguda ou crónica, para apoio contínuo após a morte da criança (Mullen et al, 2015). Como objetivos, temos: identificar quais as intervenções de enfermagem à criança em fim de vida e respetiva família.

#### **METODOLOGIA**

Realizada uma *scoping review*, segundo *Joanna Briggs Institute* (2015). Feita pesquisa nas bases de dados EBSCO, PUBMED e SCIELO e utilizados os termos *nursing care AND child\** AND *end-of-life*. Utilizados os filtros, idioma em inglês, português e espanhol. Definidos critérios de inclusão de acordo com: Participantes- Todos os indivíduos dos 0

aos 18 anos menos um dia. Conceito - Todas as intervenções relacionadas com cuidados de enfermagem: autónomas e interdependentes. Contexto – qualquer contexto da prática de cuidados. Tipo de artigos foram excluídos, artigos de opinião.

## RESULTADOS

Após triagem foram selecionados para análise 11 artigos. Dos principais resultados salientam-se as intervenções de enfermagem nas áreas do planeamento de cuidados, (planeamento antecipatório para a morte, identificação das necessidades da criança e família, articulação com outros profissionais); Alívio do sofrimento/ gestão de sintomas (avaliação de sintomas, controlo da dor, administração terapêutica); Comunicação e Apoio no luto (promoção da esperança, suporte parental) (Blomer et al, 2015; Copnell, 2005; Poles e Bouso, 2011; Beckstrand et al 2010; O'Brien, I, 2015; Tubbs-Cooley et al 2010; Khraisat, 2017; Lynn, 2017; Fortney, 2016; Hinds, 2005; Kymre, 2012).

## CONCLUSÕES

Sendo o cuidado em fim de vida complexo, e especialmente o fim de vida em crianças, é essencial o aprofundamento de conhecimentos na área e o desenvolvimento de competências, para que se prestem cuidados mais adequados e de qualidade.

Em Portugal o tema é ainda pouco discutido e estudado em comparação com outros países, tendo em conta os documentos publicados. Assumimos que este facto se deve à recente preocupação com os cuidados paliativos pediátricos.

## PALAVRAS-CHAVE:

Intervenções de Enfermagem, criança, família, fim de vida

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Beckstrand, R.; Rawle, N.; Callister, L.; Mandleco, B. (2010). Pediatric nurses' perceptions of obstacles and supportive behaviors in end-of-life care. *American Journal of Critical Care*, Volume 19, No.6. EUA



Bloomer, M. et al (2015). 'Something normal in a very, very abnormal environment' - Nursing work to honour the life of dying infants and children in neonatal and pediatric intensive care in Australia. Elsevier Ltd. Austrália

Copnell B. (2005). Death in the Pediatric ICU: Caring for Children and Families at the End of Life. *Critical Care Nursing Clinics of North America* Volume 17, Issue 4, Pages 349-360

Fortney C.; Steward D. (2016). A qualitative study of nurse observations of symptoms in infants at end-of-life in the neonatal intensive care unit. *Intensive and Critical Care Nursing* Num. 40. EUA

Hinds, P. et al (2005). *End-of-life care for children and adolescents*. *Seminars in Oncology Nursing*, Vol 21, No 1: pp 53-62. EUA

Joanna Briggs Institute (2015). *Joanna Briggs Institute reviewers' manual 2015*. Methodology for JBI Scoping Reviews  
[http://joannabriggs.org/assets/docs/sumari/Reviewers-Manual\\_Methodology-for-JBIScoping-Reviews\\_2015\\_v2.pdf](http://joannabriggs.org/assets/docs/sumari/Reviewers-Manual_Methodology-for-JBIScoping-Reviews_2015_v2.pdf)

Khraisat O; Alakour N.; O'Neill T. (2017) *Pediatric End-of-life Care Barriers and Facilitators: Perception of Nursing Professionals in Jordan*. *Indian Journal of Palliative Care*. 2017 Apr-Jun; 23(2): 199–206. Jordania

Kymre I.; Bondas T. (2012) *Skin-to-skin care for dying preterm newborns and their parents – a phenomenological study from the perspective of NICU nurses*. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* Num. 27: 669–676. Noruega

Lynn, D.; Maynard, L. (2017). *Development of a logic model to support a network approach in delivering 24/7 children's palliative care: part two*. *International Journal of Palliative Nursing* Vol 22, No 6. Inglaterra

Mullen, J., Reynolds, M., & Larson, J. (2015). *Caring for Pediatric Patients' Families at the Child's End of Life*. *Critical Care Nurse*, 35(6), 46-56. 28

O'Brien, I.; Duffy, A.; O'Shea, E. (2015). *Medical futility in children's nursing: making end-of-life decisions*. *British Journal of Nursing*, 2010, Vol 19, No 6. Inglaterra

Peters, M. et al (2015). In *The Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual*

Tubbs-Coolley H. et al. (2011) *Pediatric Nurses' Individual and Group Assessments of Palliative, End-of-Life, and Bereavement Care*. *Journal of Palliative Medicine*; 14(5): 631–637.

Poles, K.; Bousso R. (2011) *Dignified death: Concept development involving nurses and doctors in Pediatric Intensive Care Units*. Nursing Ethics. Volume: 18 issue: 5, page(s): 694-709

#### **10.4 - Gravidez na adolescência e infeções sexualmente transmissíveis: revisão sistemática da literatura**

António Fernandes, Daniel Sousa, João Sardinha, João Reisinho, Pedro Santos, Rita Rodrigues,  
Estudantes de Enfermagem da ESSEM.  
Paula Sarreira de Oliveira,  
Professora Auxiliar da ESSEM. PhD Enfermagem Avançada.

#### **INTRODUÇÃO**

A adolescência é uma etapa da vida compreendida entre os 10 e 19 anos de idade (Alves & Oliveira, 2017). Segundo Crastes (2014), Portugal verifica uma das maiores taxas de maternidade na adolescência da EU; estando intimamente relacionada com a prematuridade do início da vida sexual, associada à falha do método contraceptivo, à sua má utilização, a não utilização de proteção durante as relações sexuais e a ineficiente informação, aumentando assim a vulnerabilidade às IST's. (Pereira, 2016; Zuge et al., 2016). Pretendemos descrever e comparar estudos empíricos sobre formas/programas de prevenção relacionados com os adolescentes, as principais formas de prevenção da gravidez e das infeções sexualmente transmissíveis; Conhecer quais as intervenções de educação sexual mais eficazes na redução das taxas de gravidez e IST's na adolescência.

#### **METODOLOGIA**

Quais as Vantagens da Educação para a Saúde (I) na Promoção de uma Sexualidade segura e na Prevenção da Gravidez (O) na Adolescência (P)? Revisão sistemática da literatura, utilizando a base de dados B-On. Os critérios de inclusão utilizados foram artigos publicados disponíveis na íntegra, entre janeiro de 2013 e novembro de 2018; Idiomas em português e inglês; Adolescentes com idades compreendidas entre os 10 e os 19 anos; Estudos que abordem o tema da gravidez, IST's e a sua prevenção. Os

critérios de exclusão utilizados foram adultos; Formas de tratamento das IST's; Manifestações patológicas; Vantagens e desvantagens dos métodos contraceptivos.

## RESULTADOS

Os resultados valorizam a escola como local privilegiado para a promoção da educação sexual, a prevenção e mudanças de comportamentos relativamente aos fatores de riscos; Sugerindo a utilização de novas tecnologias e a criação de programas interativos onde possam ocorrer a promoção de hábitos de vida saudáveis, entre os quais a educação para uma sexualidade responsável (Flora et al., 2013). Verificou-se a eficácia de alguns programas, nomeadamente o *Need to Know* (N2K), que salienta o aumento do conhecimento, das habilidades, da motivação e do apoio, para a melhoria das mudanças de atitudes e prolongamento da idade do início da atividade sexual (Gelfond, Dierschke, Lowe, & Plastino, 2016).

## CONCLUSÕES

Os resultados obtidos através dos artigos pesquisados permitem responder à pergunta de partida definida. Contudo, ambos apresentam resultados distintos relativamente à eficácia das intervenções nos adolescentes, não sendo possível realizar uma comparação direta por não serem homogêneos em termos de amostra. Verificou-se também a referência para a necessidade de incremento de mais programas de intervenção que promovam a redução do número de gravidezes não programadas em adolescentes, aumento da utilização de contraceção, bem como programas para a prevenção das IST's.

---

## PALAVRAS-CHAVE:

Adolescência; Gravidez; Infecções sexualmente transmissíveis; Prevenção

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alves, KRCL., Oliveira, PSD. (2017). Sexualidade na adolescência, percepção e cuidados na prevenção de doenças sexualmente transmissíveis. *Revista Rede de Cuidados Em Saúde*, 11 (1), 1-15.

Aslam, RW., Hendry, M., Booth, A., Carter, B., Charles, JM., Craine, N., Rycroft-Malone, J. (2017). Intervention Now to Eliminate Repeat Unintended Pregnancy in Teenagers (INTERUPT): a systematic review of intervention effectiveness and cost-effectiveness and qualitative and realist synthesis of implementation factors and user engagement, 1–13. <https://doi.org/10.1186/s12916-017-0904-7>.

Clark, LF, Desai, M., Drake, P., Okonta, V. (2018). Is Current Measurement of Contraception Use Hindering Identification of Evidence-Based Pregnancy Prevention for Vulnerable Adolescents? *American Journal of Public Health, 108*(S1), S17–S18. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2017.304207>

Crastes, JFR (2014). Relatório de estágio (Escola Secundária Mouzinho da Silveira, Escola Secundária de São Lourenço e Escola Superior de Saúde de Portalegre).

Flora, MC; Rodrigues, RFF; Paiva, HMCGC. (2013). Intervenções de educação sexual em adolescentes: uma revisão sistemática da literatura. *Physical Review Letters, 32*(10), 515–517. <https://doi.org/10.1103/PhysRevLett.32.515>

Gelfond, J., Dierschke, N., Lowe, D., Plastino, K. (2016). Preventing pregnancy in high school students: Observations from a 3-year longitudinal, quasi-experimental study. *American Journal of Public Health, 106*, S97–S102. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2016.303379>

Pereira, A (2016). Promoção da sexualidade saudável em adolescentes. Dossier Educação Somática processos Criativos e afeto. Ano 20, n36, 1-103.

Santos, CMC, Pimenta, CAM& Nobre, MRC (2007). The pico strategy for the research question, *15*(3), 2–5.

Santos, MJO, Ferreira, EMS& Ferreira, MMC (2018). Comportamentos contraceptivos de estudantes portugueses do ensino superior. (Portuguese). *Contraceptive Behavior of Portuguese Higher Education Students. (English), 71*(suppl 4), 1805. Retrieved from <http://www.bvsspa.es/papi/ezproxy.php?url=http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=edb&AN=131246793&lang=es&site=eds-live&scope=site>

Silva, MJ& Carvalho, L. (2014). Para uma Educação Sexual Corporizada : análise situada na educação básica em Portugal, 33 – 41.

Zuge, SS; Tomazelli, C; Brum, CN; Schmalfluss, JM; Valandro, LP& Santos, MEER. (2016). Vulnerabilidade individual de universitárias acerca do HPV : contribuições para o cuidado em saúde. *15*, 166 – 167.

### **10.5 - Declínio funcional na pessoa com ventilação invasiva Intervenção do Enfermeiro de Reabilitação**

Catarina Ribeiro,

Enfermeira UCINT/HGO. Almada. Portugal.

Gonçalo Rosa,

Enfermeiro. Estudante ESEL do 9º CMEER. Lisboa. Portugal

Vanda Pinto Marques, Helena Dias,

Enfermeira da UCC Barreiro. ACES Arco Ribeirinho.

#### **INTRODUÇÃO**

A crescente complexidade na prática de cuidados assenta numa maior valorização do potencial dos enfermeiros na tomada de decisão com base na melhor evidência disponível. Deste modo, o enfermeiro especialista de enfermagem de reabilitação (EEER) deve atuar na pessoa em situação crítica visando maximizar e promover a capacidade funcional da pessoa com declínio funcional, com benefícios não só a nível individual, mas também coletivos, já que ao promover a sua capacidade funcional, podemos diminuir tempos de internamento, simplificar processos de alta hospitalar e contribuir para a permanência da pessoa idosa no seu domicílio, com níveis funcionais adequados e satisfatórios do seu bem-estar. Com base na implementação de um programa de enfermagem de reabilitação precoce são várias as vantagens advindas da sua atuação que se refletem na diminuição do tempo de internamento, facilitação em termos de desmame ventilatório, minimizando assim o impacto das complicações respiratórias e músculo-esqueléticas adjacentes, prevenindo futuras sequelas. Assim, temos como objetivos: identificar e sintetizar a melhor evidência disponível sobre o programa de reabilitação a usar na prevenção de declínio funcional da pessoa em situação crítica. A elaboração deste trabalho assenta, deste modo, na intervenção do

enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação na pessoa com declínio funcional, sujeita a ventilação mecânica invasiva (VMI), com vista a analisar as intervenções de reabilitação que promovem *outcomes* para o domínio funcional; Prevenir as complicações associadas à deterioração do padrão funcional no utente ventilado; Determinar os efeitos dos cuidados de reabilitação no utente ventilado; Planear intervenções no sentido de aumentar a capacidade funcional na pessoa submetida a ventilação invasiva em contexto Hospitalar e Comunitário.

## METODOLOGIA

Elaboração de uma scoping review segundo a metodologia proposta no The Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual 2015 – Methodology for JBI Scoping Review, até à realização de um Fluxograma. Nesta revisão scoping, os conceitos de interesse incidiram, essencialmente na perceção das consequências resultantes do declínio funcional na pessoa ventilada; Programas de Reabilitação que visam a pessoa com declínio funcional, sujeita a ventilação invasiva; Outcomes para os utentes ventilados, sujeitos a programas de reabilitação. Foi elaborada pesquisa nas bases de dados CINAHL e MEDLINE, da plataforma EBSCOhost Integrated Search, pesquisa realizada com linguagem do foro científico, entre 2009 e 2018 no sentido de obter a evidência científica mais recente.

## RESULTADOS

Para a seleção dos artigos, inicialmente verificou-se que o título cumpria os critérios de inclusão. Após leitura do título e resumo e aplicação dos critérios de exclusão, ficam 23 artigos, que consistem em estudos quantitativos. Os resultados mais pertinentes associados à mobilização precoce prendem-se com o aumento da força muscular; diminuição do tempo de desmame ventilatório e dos dias de internamento e retorno mais precoce à funcionalidade.

## CONCLUSÕES

A mobilização precoce tem-se vindo a afirmar na comunidade científica como uma medida segura e eficaz na prevenção das sequelas associadas ao internamento em Unidades de cuidados intensivos. O enfermeiro de reabilitação apresenta neste

processo um papel fundamental na gestão, formação e dinamização da equipa multidisciplinar. No entanto mais estudos são necessários, especialmente ensaios clínicos randomizados para se identificar a frequência, intensidade e duração otimizadas com vista a demonstrar a efetividade dos protocolos de reabilitação na pessoa sujeita a ventilação mecânica invasiva.

#### PALAVRAS-CHAVE:

Declínio Funcional, Ventilação Mecânica Invasiva Enfermagem de Reabilitação.

#### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Covinsky KE. (2003). Loss of independence in activities of daily living in older adults hospitalized with medical illnesses: increased vulnerability with age.; *J Am Geriatr Soc.* Apr;51(4):451-8.; PMID: 12657063.

Asmus-Szepesi et al. (2011). Evaluation design of a reactivation care program to prevent functional loss in hospitalised elderly: A cohort study including a randomised controlled trial; PMID: PMC3161861; doi: 10.1186/1471-2318-11-36.

Wakefield & Holman. (2007). Functional trajectories associated with hospitalization in older adults; PMID: 17337620 DOI: 10.1177/0193945906293809.

Hoogerduijn, J.G., Schuurmans, M.J., Korevaar, J.C., Burman, B.M., Rooij, S.E. (2010). Identification of older hospitalised patients at risk for functional decline, a study to compare the predictive values of three screening instruments. *Journal of Clinical Nursing.*19(9/10), 1219-1225

Kapella, PhD, RN, Eileen G. Collins. (2016). Mobilization of prolonged mechanical ventilation patients: An integrative review. The University of Illinois at Chicago, College of Nursing, 845 South Damen Avenue, Chicago, IL 60612, USA.  
[www.heartandlung.org](http://www.heartandlung.org).

Mehlhorn, J., Freytag, A., Schmidt, K., Brunkhorst, F.M., et al (2014). Rehabilitation Interventions for Postintensive Care Syndrome: A Systematic Review. *Critical care Medicine*, 42(5), 1263-71. DOI: 10.1097/CCM.000000000000014.

## 10.6 - Preparação dos pais para a alta- sessões de educação em grupo

Carla Barroso,

Enfermeira Especialista de Saúde Materna e Obstétrica

Serviço de Obstetrícia do CH Barreiro/Montijo.

Barbara Lamego· Delisa Ponte,

Enfermeira

Serviço de Obstetrícia do CH Barreiro/Montijo.

### INTRODUÇÃO

No período pós-parto os casais vivenciam dificuldades na adaptação à parentalidade, pelo que, na procura da melhoria contínua dos cuidados prestados ao recém-nascido é fundamental a capacitação dos pais para a prestação de cuidados ao filho de forma autónoma, promovendo a parentalidade positiva.

A Ordem dos Enfermeiros (2015) refere ser necessário a construção de um plano de alta, que se inicia no momento do acolhimento, mantendo-se ao longo de todo o internamento, devendo envolver tanto os profissionais de saúde como os familiares responsáveis pelo recém-nascido.

A educação para a saúde é uma ferramenta fundamental para a competência dos pais nos cuidados ao recém-nascido, devendo os enfermeiros proceder à transmissão de conhecimentos e promover a prestação de cuidados, bem como treinar competências, tendo em vista a capacitação dos pais. Assim, como objetivos temos: promover o desenvolvimento de competências dos pais nos cuidados ao recém-nascido e identificar as dificuldades das tríades com vista ao desenvolvimento de estratégias de resolução.

### METODOLOGIA

Na véspera da alta hospitalar todas as puérperas e respetiva pessoa significativa são convidadas a participar numa sessão de educação em grupo, onde serão abordados vários temas nomeadamente a vinculação psicoafectiva com os pais, interação social, aleitamento materno, cuidados de higiene e conforto, vestuário, eliminação vesical e



intestinal, sono e repouso, choro, vigilância de saúde infantil, resolução de pequenos problemas, sinais de alarme e prevenção de acidentes.

O conteúdo programático abordado durante estas sessões é facultado em formato papel a todas as puérperas internadas no serviço de obstetrícia.

É registado em livro próprio para o efeito, o número de puérperas que assistiram às sessões e a causa em situações de não participação, para posterior tratamento de dados.

As sessões são realizadas quando se verifica um rácio no máximo de 1:6 (enfermeiro/puérpera), número preconizado pela Ordem dos Enfermeiros de acordo com a Dotação Segura, para que não interfiram com os restantes cuidados de enfermagem, nem com as rotinas do serviço.

## RESULTADOS

O projeto teve início em janeiro de 2018, tendo-se atingido uma taxa presencial de puérperas/casais, nas sessões de ensino, de 86%., a qual superada ao inicialmente proposto (> 60%). Os principais motivos pela não participação nas sessões foram: barreira linguística; internamento do recém-nascido no serviço de neonatologia; interrupção médica da gravidez e/ou morte neonatal (10 casos); O *racio* enfermeiro/puérpera por turno insuficiente para a realização da sessão.

## CONCLUSÕES

O projeto revelou-se fundamental para a consolidação dos ensinamentos realizados às puérperas, no período de internamento no serviço de obstetrícia, contribuindo para ganhos em saúde, nomeadamente no que se relaciona com a vivência positiva da parentalidade. Perspetivando uma maior visibilidade do projeto, bem como a sua melhoria, efetivou-se a sua divulgação na consulta de enfermagem de obstetrícia e nas aulas de preparação para a parentalidade realizadas no Centro Hospitalar Barreiro-Montijo, EPE.

## PALAVRAS-CHAVE:

Puerpério; Parentalidade; Educação para a Saúde; Enfermeiro.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ferreira, M. (1996). *Relação mãe e filho: uma abordagem fenomenológica (nos primeiros dias de vida)*. (Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem). Universidade Católica Portuguesa. Lisboa. Portugal.
- Graça, L. (2003). Dificuldades de primíparas na prestação de cuidados ao recém-nascido: um caso experimental. *Enfermagem*, 29-30, 31-41.
- Lazure, H. (1994). *Viver a relação de ajuda*. Lisboa: Lusodidata.
- Marques, F. (1997). *Dúvidas da grávida nulípara no terceiro trimestre*. (Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem). Universidade Católica Portuguesa. Lisboa. Portugal.
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Guia orientador de boa prática – adaptação à parentalidade durante a hospitalização*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

### **10.7 - Intervenções Psicoterapêuticas de Enfermagem Psiquiátrica na Prática Clínica: Estudo de Caso**

Catarina Paninho,  
Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria  
DPSM. CH Barreiro/Montijo  
Cláudia Guerreiro da Silva,  
Enfermeiro. DPSM. Centro Hospitalar Barreiro/Montijo  
Ana Amaro, Eduardo Rodrigues, Sofia Madeira,  
Estudante de Enfermagem da ESSEM.

## INTRODUÇÃO

O presente estudo, com recurso à metodologia do Estudo de Caso, fundamentado na análise qualitativa tem como alvo uma cliente do Serviço de Psiquiatria de um hospital geral, com a qual se delineou e implementou um conjunto de intervenções psicoterapêuticas realizadas pelos Enfermeiros, considerando os transtornos inerentes às alterações emocionais resultantes da doença, do tratamento, e/ou do relacionamento com os técnicos.

Pretende-se dar a conhecer as potencialidades das intervenções de enfermagem de uma forma geral e das psicoterapêuticas em particular.

## METODOLOGIA

Os aspetos observados relativos ao estado mental foram confirmados com a monitorização da observação clínica de enfermagem, que comprovou que a maior parte dos sinais/sintomas que evidenciam as alterações da saúde mental sofreram redução.

## CONCLUSÕES

As intervenções de enfermagem realizadas permitiram o alcance de todas as metas terapêuticas delineadas para esta cliente, e como consequência possibilitaram que atingisse melhoria do seu bem-estar físico e mental. Porém considera-se que as intervenções psicoterapêuticas embora sejam um poderoso recurso são pouco utilizadas, prevalecendo as intervenções farmacológicas.

## PALAVRAS-CHAVE:

Relação; Intervenções; Psicoterapêuticas; Enfermagem Psiquiátrica; Transtorno Bipolar.

## 10.8 - Importância da avaliação e registo da dor no doente com ferida

Mariana Sousa, Ana Margarida Correia  
Estudantes de Enfermagem da ESSEM.

Paula Sarreira de Oliveira,  
Professora Auxiliar da ESSEM  
PhD Enfermagem Avançada

### INTRODUÇÃO

O desenvolvimento de feridas é um grande problema de saúde que envolve diversos fatores relacionados com o utente e o seu meio ambiente (Moreira et al. 2009). Com efeito, além das mudanças sociais resultantes da constante ida às instituições de saúde para tratamentos, as feridas provocam dor, imobilidade/incapacidade, alterações psico-emocionais relacionadas à autoestima, autoimagem e afastamento do convívio social (Oliveira et al. 2016). Para os doentes uma ferida não é apenas uma lesão física, mas algo que dói sem precisar de estímulos externos (Waidman et al, 2011).

Assim, a dor é considerada uma experiência sensorial e emocional desagradável associada a um dano real ou potencial dos tecidos, ou relacionada com o tipo de lesões (*International Association for the Study of Pain*, 1994). Considerado o 5º sinal vital, à semelhança dos outros sinais vitais, não pode ser desvalorizada mas sim fazer parte de uma avaliação diária. O interesse em reduzir a dor associada às mais diversas feridas tem vindo a ser objeto de estudo. Porém, as ações ainda não se refletem em alterações significativas a nível prático, onde continuamos a depararmo-nos com a dificuldade transversal dos enfermeiros em realizarem uma adequada avaliação da dor segundo os diversos parâmetros da ferida existente (Silva, 2012). Como objetivos queremos, conhecer quais os tipos de dor e as suas características; perceber quais os métodos e formas de avaliação da dor; Perceber qual a produção académica efetuada sobre dor associada às feridas.

### METODOLOGIA

Foi feita uma Revisão da Literatura, para responder à seguinte pergunta de partida: Quais os mecanismos de avaliação da dor de acordo com a tipologia da ferida, nos doentes?

A pesquisa foi realizada na base de dados B-on onde foram utilizados como critérios de inclusão estudos disponibilizados na íntegra, disponíveis *online*, nos idiomas português e inglês e publicados entre 2010 e 2018.

## RESULTADOS

Incluídos 5 estudos. (2 estudo de tipo quantitativo, descritivo, exploratório e transversal; 1 Revisão Integrativa da literatura; 1 Revisão da literatura; 1 Revisão Sistemática da literatura).

## CONCLUSÕES

Verificámos que existem vários instrumentos que poderão ajudar os enfermeiros na otimização na avaliação da dor ao doente com ferida. Daqui resulta um reforço positivo do controlo da dor associada à ferida, a contribuição para uma maior capacidade de autocuidado e de gestão da doença e melhorias no acesso à informação.

## PALAVRAS-CHAVE:

Ferida; dor; enfermagem; avaliação.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

International Association for the Study of Pain, (1994).<https://www.iasp-pain.org/Education/Content.aspx?ItemNumber=1698#Pain>

Moreira RA N, Queiroz TA, Araújo MFM, Araújo TM, Caetano JÁ. Condutas de enfermeiros o tratamento de feridas numa unidade de terapia intensiva. Rev Rene 2009;1(3):83-89.

Oliveira FP, Oliveira BGRB, Santana RF, Silva BP, Cândido JSC. Classificações de intervenções e resultados de enfermagem em pacientes com feridas: mapeamento cruzado. Rev Gaúcha Enferm. 2016; 37(2):1-9.

Silva, I. (2012). Tratamento da Dor em Feridas Crónicas: Revisão Sistemática de Literatura. (Tese de Mestrado em cuidados paliativos). Universidade de Lisboa,

Faculdade de Medicina: Lisboa.

file:///C:/Users/pc/Downloads/660110\_Tese%201%20(1).pdf

Waidman MAP, Rocha SC, Correa JL, Brischiliari A, Marcon SS. (2011) O cotidiano do indivíduo com ferida crônica e sua saúde mental. *Texto Contexto Enferm.* 20(4):691-9

## **10.9 - Úlceras de Pressão na face em doentes submetidos a Ventilação Não Invasiva no Serviço de Urgência Geral**

Raquel Cerdeira, Cátia Vicente, Ana Vieira,  
Enfermeiras do CH Barreiro/Montijo.

### **INTRODUÇÃO**

As doenças do foro respiratório, com agravamento sazonal durante o inverno, contribuem para o aumento dos internamentos por Insuficiência Respiratória Global (IRG) e conseqüentemente para o aumento da taxa de internamento de doentes com Ventilação Não Invasiva (VNI) no Serviço de Urgência Geral (SUG). A utilização contínua de VNI, por períodos prolongados, aumenta a taxa de ocorrência de lesões cutâneas da face, nomeadamente úlceras de pressão provocadas pelo contato direto da máscara (interface) com a face. Temos como objetivos, conhecer a evidência científica que identifica os fatores desencadeantes da úlcera da face e identificar as intervenções de enfermagem na prevenção das úlceras de pressão (UP) ao doente submetido a VNI.

### **METODOLOGIA**

Para dar resposta às perguntas de investigação “Quais os fatores desencadeantes de úlcera de pressão da face no doente submetido a VNI e quais as intervenções de enfermagem na prevenção de úlcera de pressão da face no doente submetido a VNI?”, foi utilizada uma revisão integrativa da literatura de artigos nos períodos 2008 a 2018, tendo sido realizada uma pesquisa nas bases de dados B-On, Pubmed e Plataforma EBSCOhost CINAHL, tendo sido utilizadas como palavras-chave: Úlcera de Pressão, Ventilação Não Invasiva (VNI), Serviço de Urgência e Pressure Ulcer, Non Invasive

Ventilation (NIV) e Emergency Department. A pesquisa realizada permitiu identificar 163 artigos, dos quais 142 foram excluídos, tendo sido considerados 19 artigos. Como critérios de exclusão foram excluídos todos os artigos referentes a Ventilação Mecânica Invasiva (VMI), comparativos entre VMI e VNI e artigos relativos a utentes pediátricos.

## RESULTADOS

Em doentes admitidos com insuficiência respiratória global, a prioridade dada às intervenções de enfermagem regem-se pela estabilização e tratamento do episódio agudo, enquanto o conforto, transita para segundo plano. (Otero, 2017).

Contudo, dependendo da pressão aplicada, pode demorar apenas 2 a 6 horas, para que se desenvolva a úlcera de pressão (Otero, 2017). De entre os resultados, podemos mencionar que os fatores desencadeantes da úlcera da face são a pressão aplicada pela máscara (interface) e o tempo de permanência prolongado da mesma. A maior taxa de insucesso ao VNI deve-se à intolerância e desconforto, tal como o desenvolvimento de úlceras por pressão. (Grilo, 2017). A prevenção das úlceras de pressão é um assunto no qual o enfermeiro tem um papel fundamental, sendo estimado que cerca de 95% das úlceras de pressão podem ser prevenidas (Otero, 2017). De entre as mais frequentes, encontramos as úlceras da pirâmide nasal, quando utilizada máscara nasal (Grilo, 2017). De entre os resultados encontrados, as intervenções de enfermagem na prevenção das úlceras de pressão ao doente submetido ao VNI incidem-se na escolha, ajuste e pressão adequada da máscara (Visscher, 2015); verificação e monitorização da pressão da máscara a cada 4-6h (Grilo, 2017); vigilância regular da pele a cada 4-6h; utilização de solução de ácidos gordos hiperoxigenados (Otero, 2017); a utilização de placas de silicone (MARUCCIA, 2015); utilização de máscara (interface) total em alternativa, quando a integridade da pele está comprometida (Grilo, 2017).

Não existe um consenso quanto à utilização de placas de hidrocolóide, alguns estudos indicam que a utilização em pele íntegra, pode prevenir o aparecimento de úlceras de pressão (Weng, 2008), outros estudos mais recentes, apontam que a sua utilização não contribuem para a diminuição da pressão facial (Riquelme, 2017).

A máscara facial total comparativamente à máscara nasal tem uma taxa de incidência de úlceras de pressão mais baixas e são consideradas por grande parte dos doentes como sendo mais confortável (Schallom, 2015). As máscaras com silicone nasal surgem também por reduzirem significativamente a taxa de lesões da pirâmide nasal (Grilo, 2017).

## CONCLUSÕES

É da competência do Enfermeiro assegurar uma avaliação e vigilância contínua da pele, a escolha do tamanho e tipo de máscara, a aplicação de uma pressão adequada ao utente, a vigilância da integridade da pele, higiene e hidratação da pele, reposicionamento da máscara, sendo estas intervenções fundamentais na prevenção das úlceras por pressão associadas ao VNI, e permitindo ao utente uma maior tolerância e consequente sucesso no VNI.

A utilização de apósitos é controversa, no entanto podem ser utilizados como intervenção para a prevenção de úlceras de pressão associadas ao VNI. De entre os estudos encontrados, nenhum se focava especificamente com o serviço de Urgência, no entanto, sendo o internamento no Serviço de Observação dos Serviços de Urgência cada vez mais prolongados, achamos importante a realização desta revisão, pois irá ajudar-nos na prática, no serviço onde desempenhamos funções a prestar cuidados individualizados e de qualidade aos nossos utentes, mais especificamente aos utentes submetidos a VNI.

## PALAVRAS-CHAVE:

Úlcera de Pressão; Ventilação Não Invasiva (VNI); Serviço de Urgência; Pressure Ulcer; Non Invasive Ventilation (NIV); Emergency Department.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Grilo C., Alminhas S. (2017). Ventilação Não Invasiva Úlcera Por Pressão Na Face - Implicações Para a Prática Clínica. *Onco.News*, 10(34), 16–24. <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=124508835&lang=pt-br&site=ehost-live>



Maruccia M., Ruggieri M., Onesti M. G. (2015). Facial skin breakdown in patients with non-invasive ventilation devices: report of two cases and indications for treatment and prevention. *International Wound Journal*, 12(4), 451–455.

<https://doi.org/10.1111/iwj.12135>

Otero DP., Domínguez DV., Fernández LH., Magariño AS., González VJ., Klepzing JVG., Montesinos JVB. (2017). Preventing facial pressure ulcers in patients under non-invasive mechanical ventilation: a randomised control trial. *Journal Of Wound Care*, 26(3), 128–136. <https://doi.org/10.12968/jowc.2017.26.3.128>

Riquelme MH, Wood VD., Martínez FS., Carmona MF, Peña VA, Wegner AA. (2017). [Face protective patches do not reduce facial pressure ulcers in a simulated model of non-invasive ventilation]. *Revista Chilena De Pediatría*, 88(3), 354–359. <https://doi.org/10.4067/S0370-1062017000300007>

Schallom M., Cracchiolo L., Falker A., Foster J., Hager J, Morehouse T, Kolle M. (2015). Pressure Ulcer Incidence in Patients Wearing Nasal-Oral Versus Full-Face Noninvasive Ventilation Masks. *American Journal Of Critical Care An Official Publication, American Association Of Critical-Care Nurses*, 24(4), 349–356.

<https://doi.org/10.4037/ajcc2015386>

Visscher MO, White CC, Jones JM, Cahill T, Jones DC, Pan BS (2015). Face Masks for Noninvasive Ventilation: Fit, Excess Skin Hydration, and Pressure Ulcers. *Respiratory Care*, 60(11), 1536–1547. <https://doi.org/10.4187/respcare.04036>

Weng MH. (2008). The effect of protective treatment in reducing pressure ulcers for non-invasive ventilation patients. *Intensive & Critical Care Nursing*, 24(5), 295–299. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2007.11.005>

## **10.10 - Violência Interpessoal**

Raquel Salvador,

Estudante de Enfermagem da ESSEM.

Francisca Carraça,

Enfermeira Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica

USF Pinhal de Frades, ACES Almada Seixal.

## INTRODUÇÃO

Atualmente a violência é um tema de grande relevância ao nível dos cuidados de saúde. O fenómeno da Violência tem vindo a ganhar visibilidade ao longo dos anos, a nível nacional e internacional e ocorre em todas as fases do ciclo de vida. É um fenómeno complexo e multidimensional, que atravessa classes sociais, idades e regiões.

A violência interpessoal é considerada um problema preocupante de saúde pública, que se verifica em diferentes regiões do mundo e tem sido amplamente discutida por vários setores da sociedade. É um fator de risco para problemas sociais e de saúde que podem durar por toda a vida, no entanto poderá ser previsível e evitável.

Desde 2008 que a saúde desenvolveu a sua ação junto das crianças e jovens, no domínio dos maus tratos, com a criação da Ação de Saúde para Crianças e Jovens em Risco (Despacho n.º 31292/2008, de 5 de dezembro). Em 2013, prevê-se o alargamento as fases subsequentes do ciclo de vida, com criação da Ação de Saúde sobre Género, Violência e Ciclo de Vida (ASGVCV), (Despacho n.º 6378, de 16 de maio). Pretende-se uma intervenção neste domínio de forma integral e multidisciplinar, intersectorial, de igualdade e equidade, com o estabelecimento de parcerias e um trabalho em rede eficaz. Com o objetivo de sensibilizar a comunidade, para a violência enquanto problema de saúde e ainda sistematizar estratégias de intervenção a adotar, tomando em consideração as diferentes formas de violência e os vários níveis de cuidados de saúde. A ASGVCV veio determinar, a criação das Equipas de Prevenção da Violência em Adultos.

Segundo Krug et al., 2002 violência é "o uso intencional de força física ou de poder em forma real ou de ameaça contra si próprio, contra outro ou contra um grupo ou comunidade que resulta, ou tem elevada probabilidade de resultar, em injúrias, morte, dano psicológico, perturbações no desenvolvimento ou privação"

Anualmente, milhões de pessoas perdem a vida e muitas outras sustentam ferimentos não fatais decorrentes de violência doméstica e comunitária. Além disso, a violência representa uma das principais causas de morte de pessoas entre 15 e 44 anos em todo o mundo, podendo ser evitada e ter os seus fatores contextuais e situacionais modificados.

## CONCLUSÕES

Desde sempre, os profissionais de saúde são chamados a prestar cuidados a vítimas de atos violentos, centrados numa perspetiva de reparar as lesões causadas, tanto sob o ponto de vista físico como psicológico e emocional.

Os enfermeiros e restantes profissionais de saúde têm o dever de saber como agir e articular quando encontram uma situação de violência numa perspetiva multissetorial, que permita rentabilizar recursos e aumentar a eficácia das intervenções e qual o fluxograma a seguir.

## PALAVRAS-CHAVE:

Violência, Violência interpessoal, articulação, rede, parcerias profissionais de saúde.

### **10.11 - Multiculturalidade: mitos e crenças na gravidez**

Ana Margarida Correia, Joana Afonso, Joana Teodoro, Sofia Madeira,  
Estudante de Enfermagem da ESSEM.

Luís Miranda,  
Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica,  
Professor da ESSEM.

## INTRODUÇÃO

Dar a conhecer os conceitos científicos de termos referentes ao trabalho, identificar e caracterizar mitos e crenças na gravidez, tendo por base a pré- determinação do sexo do bebé, interdições e crenças relativas à prescrição.

## METODOLOGIA

Revisão sistemática da literatura, visando responder à questão: Quais os mitos e crenças na gravidez? Realizou-se uma pesquisa dos artigos disponíveis em português e

inglês, publicados entre 2014 e 2019, na plataforma digital, Biblioteca do Conhecimentos B-on.

## RESULTADOS

A amostra foi obtida de dois artigos em que as grávidas partilhavam os seus quais os conhecimentos sobre a gravidez e parto e identificaram aqueles oriundos de crenças, mitos e tabus.

## CONCLUSÕES

A manifestação de sentimentos relaciona-se com a dor, insegurança, ansiedade e impotência. As crenças e mitos transmitidos por experiências e relatos de familiares das gestantes exercem uma forte influência. A falta de conhecimento prévio e o medo atuam no comportamento da parturiente, confirmando a importância do cuidado humanizado no parto. A utilização de práticas populares alheias às orientações recebidas durante o acompanhamento pré-natal continua em vigor nos dias de hoje. Todas as práticas de conhecimento popular foram orientadas e ensinadas pelos familiares.

## PALAVRAS-CHAVE:

Crenças, Mitos, Gravidez, Multiculturalidade

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Almeida A., Campos A., Santos R. (2014). Crenças, Mitos e Tabus de Gestantes acerca do Parto normal. *Rev Enferm UFSM*. 4(2):332-341
- Bianchini C, Kerber N. (2016). Mitos e Crenças no cuidado materno e do recém-nascido. *Vittalle, Rio Grande*, 22(2): 35-50.
- Lowdermilk L, Perry E. (2008). *Enfermagem na Maternidade*. Loures: Lusodidacta.

## 10.12 - Fitoterapia na saúde da mulher

Ana Catarina Quinzereis,

Aluna de Naturopatia no Instituto de Medicina Tradicional de Lisboa

### INTRODUÇÃO

Entender o papel da fitoterapia na saúde da mulher. Adquirir conhecimentos sobre a utilização de fitoterápicos na puberdade, sexualidade e fertilidade e na menopausa. Conhecer a ação terapêutica da Onagra (*Oenothera biennis*) na puberdade. Conhecer as ações terapêuticas da Damiana (*Turnera diffusa*) e Anho-Casto (*Agnus castus*) na saúde reprodutiva e sexualidade na mulher. Conhecer as ações terapêuticas da Cimicifuga (*Cimicifuga racemosa*) e Salva (*Salvia officinalis*) na menopausa.

### METODOLOGIA:

Revisão bibliográfica. Realizou-se uma pesquisa através de artigos em português e inglês, publicados entre 2006 e 2017. Para a pesquisa dos artigos foram utilizados vários motores de busca como o Pubmed, Science Direct, b-on e o Google Académico.

### RESULTADOS

A fitoterapia tem sido usada em vários sistemas medicinais tradicionais para o tratamento de diversas efemeridades relacionadas com o sistema reprodutor feminino. Diversas plantas medicinais têm sido utilizadas para promover a saúde da mulher em diferentes fases da sua vida, desde a puberdade até à menopausa. Apesar da utilização destas plantas estar baseada na sua longa tradição, a sua ação tem sido comprovada através da pesquisa científica. O efeito terapêutico destas encontra-se centrado essencialmente na regulação hormonal. No entanto, diferentes plantas apresentam diferentes ações a nível hormonal, sendo possível fazer a sua recomendação segundo a fase da vida da mulher e correspondente equilíbrio hormonal necessário a essa mesma fase. Tendo em consideração esta particularidade, foi abordada a ação da Onagra (*Oenothera biennis*) na puberdade, tendo em conta a prevalência de Síndrome Pré-menstrual nesta fase, a Damiana (*Turnera diffusa*) e o

Anho-Castro (*Agnus castus*) para complicações relativas à sexualidade e fertilidade na mulher, e a Cimicifuga (*Cimicifuga racemosa*) e a Salva (*Salvia officinalis*) para complicações características na menopausa.

## CONCLUSÕES

Conclui-se assim a fitoterapia pode promover eficazmente a saúde na mulher, tendo sempre como objetivo o seu bem-estar. No entanto, a utilização de plantas medicinais para estes fins requer o auxílio de técnicos de saúde de forma a averiguar se a sua utilização é apropriada e segura numa dada situação.

## PALAVRAS-CHAVE:

Fitoterapia, Saúde da mulher, Puberdade, Sexualidade e Fertilidade, Menopausa.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Cunha A., Silva A., Roque O. (2006). *Plantas e Produtos Vegetais em Fitoterapia*. Fundação Calouste Gulbenkian, 2ª edição, Lisboa.
- Cunha A., Teixeira F., Silva A., Roque, O. (2007). *Plantas na Terapêutica Farmacológica e Ensaio Clínicos*. Fundação Calouste Gulbenkian, Lisboa.
- Pizzorno E., Murray M. T. (2013). *Textbook of Natural Medicine*. Elsevier, 4ª edição, St. Louis, Missouri. ISBN 978-1-4377-2333-5
- Kargozar R., Azizi H., Salari R. (2017). A review of effective herbal medicines in controlling menopausal symptoms. *Electron Physician*. 9(11): 5826–5833.
- Kashani L., Saedi N., Akhondzadeh S. (2010). Femicomfort in the treatment of premenstrual syndromes: a double-blind, randomized and placebo controlled trial. *Iran J Psychiatry*. 5(2): 47–50.
- Rafieian-Kopaei M., Movahedi M. (2017). Systematic Review of Premenstrual, *Jan 25;9(1):3685-3689*. doi: 10.19082/3685.

### 10.13 - Posicionamento versus otimização da *compliance* pulmonar

Cláudia Nunes

Enfermeira Especialista Enfermagem de Reabilitação,  
Unidade de Cuidados Intensivos CH Barreiro/Montijo

Dulce Crespo

Mestre em Comunicação em Saúde, Enfermeira Especialista Enfermagem de Reabilitação,  
Enfermeira Coordenadora da Unidade de Cuidados Intensivos do  
CH Barreiro/Montijo

Helena Correia,

Estudante da especialidade de reabilitação na ESCVP  
Enfermeira no serviço de cardiologia do CH Barreiro/Montijo.

#### INTRODUÇÃO

O posicionamento terapêutico é uma intervenção de enfermagem que pode melhorar a ventilação/perfusão e favorecer a ocorrência das trocas gasosas, com efeitos diretos na ventilação.

A posição adotada condiciona o trabalho pulmonar e está indicado entre outras situações quando há necessidade de aumentar a *compliance* pulmonar (Lourenço, *et al*, 2016). A *compliance* ou distensibilidade é uma designação que se aplica às propriedades elásticas dos pulmões e corresponde às variações de pressões necessárias para insuflar os pulmões até um determinado volume (Hoeman, 2000).

Os autores parecem unânimes em considerar que a distribuição da ventilação depende da *compliance* pulmonar, da resistência das vias aéreas e da posição do corpo. Igualmente a distribuição da perfusão parece depender da posição do corpo e é afetada pelo débito cardíaco e resistência vascular pulmonar

Nas unidades de cuidados intensivos, para além do cuidado que se deve ter em relação ao posicionamento dos doentes quanto à prevenção dermatológica de áreas de pressão e isquemia, é igualmente importante a melhoria da oxigenação, a facilitação funcional da mecânica respiratória, bem como promover a mobilização de secreções traqueobrônquicas (THOMAS *et al.*, 2007). Assim, pretendemos criar um cartaz de

orientação sobre posicionamentos num período de 24h, no sentido de otimizar a *compliance* pulmonar, promovendo a prática de enfermagem baseada na evidência.

#### METODOLOGIA

Os enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação constataram que, a equipa de enfermagem cumpria com rigor as alternâncias de decúbito, faziam levantar logo que a situação clínica do doente o permitia, mas com o enfoque na prevenção das UPP e na prevenção das consequências da imobilidade. Era imperioso entrar em linha de conta com a componente ventilatória.

Com base em pesquisa bibliográfica criamos um cartaz que contém um relógio com os posicionamentos, para os doentes acamados, de modo a ser um instrumento facilitador no planeamento de cuidados, na medida em que diminui a probabilidade de instituir novamente o mesmo decúbito. Relacionamos através da imagem anatómica dos pulmões e a imagem do posicionamento, qual o lóbulo que se pretende otimizar. Contudo cabe ao enfermeiro avaliar a especificidade de cada situação tendo em linha de conta as alterações pulmonares, de forma a otimizar a relação ventilação perfusão e, portanto, as trocas gasosas.

#### RESULTADOS

A mudança de decúbitos a intervalos regulares faz parte da prática de enfermagem como rotina. Esta alternância, nos doentes com disfunções pulmonares, deve ser vista como recurso terapêutico para melhorar a oxigenação sanguínea ou prevenir a hipoxia. A distribuição da ventilação de acordo com a posição do corpo é a seguinte:

Decúbito dorsal melhora a distribuição da ventilação nos lobos superiores, porém está associado a reduções significativas dos volumes pulmonares e ao aumento do trabalho respiratório (Lourenço et al, 2016)

Decúbito lateral melhora a distribuição da ventilação nos lobos inferiores direito ou esquerdo. Deve ser utilizado sobretudo em situações de patologia pulmonar unilateral. A lateralidade deve ser realizada sobre o sã. O contacto com o leito obriga a uma maior efetividade na contração do diafragma.

No caso de comprometimento pulmonar bilateral a Pao<sub>2</sub> pode melhorar em decúbito lateral direito devido ao alívio da compressão cardíaca sobre o pulmão esquerdo que é



de menor tamanho respiratório em relação ao decúbito dorsal e lateral. (Lourenço et al, 2016)

De entre os posicionamentos corporais, o decúbito lateral é o que apresenta as maiores mudanças em relação a volumes estáticos, ventilação regional, perfusão e capacidade de difusão pulmonar

Decúbito Fowler/Semi-Fowler melhora a distribuição da ventilação nos lobos superiores. Permite que os pulmões ventilem mais eficazmente, melhorando a relação ventilação perfusão pulmonar, diminuindo as áreas de shunt pulmonar. Esta posição permite uma maior *compliance* do sistema (Lourenço et al, 2016)

Semidorsal esquerdo melhora a distribuição da ventilação no lobo médio e o semidorsal direito na língula. É habitualmente usado no caso de comprometimento bilateral em doentes sob ventilação mecânica.

Na prática clínica, o posicionamento corporal pode ser utilizado com o objetivo de otimizar o transporte de oxigênio, melhorar a relação ventilação/perfusão, incrementar volumes e capacidades pulmonares e favorecer o aumento da depuração mucociliar, além de reduzir o trabalho respiratório e o cardíaco.

## CONCLUSÕES

Ao serem realizadas mudanças de decúbito no leito, o enfermeiro deve ter em conta os objetivos fisiológicos pretendidos e avaliar cuidadosamente a mecânica ventilatória do doente. Conceitos a respeito da mecânica respiratória, principalmente da ventilação e da perfusão, são de suma importância para compreender a influência de diferentes posicionamentos sobre a mesma e na prevenção de complicações

A criação do cartaz com a alternância dos posicionamentos ao longo das 24h para doentes acamados, otimizando a *compliance* pulmonar, pareceu-nos útil como instrumento de apoio ao planeamento dos cuidados de enfermagem

Pretende-se fazer formação à equipa de enfermagem com base no conteúdo informativo contido no cartaz, com vista a que integrem o posicionamento como recurso terapêutico na patologia respiratória por um lado, e por outro, que assegure a continuidade dos cuidados de enfermagem de reabilitação.

## PALAVRAS-CHAVE:

posicionamento, *compliance* pulmonar

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Santos C., George R., Longo E., Geovana R. Influencia do posicionamento terapêutico na ventilação perfusão, complacência e oxigenação pulmonar. rev. braz. de ciências da saúde, ano 8, nº26:43-47, out/dez12010;

Porto E., Castro A., Leite J. e Saulo M. (2008). Análise comparativa da complacência do sistema respiratório em três diferentes posições no leito (lateral, sentada e dorsal) em pacientes submetidos a ventilação mecânica invasiva prolongada. rev.braz.ter. intensiva, São Paulo,20(3):213-219;

Hoeman, S. (2002) - Enfermagem de Reabilitação. Aplicação e Processo. Lusociência. 2ª Edição;

Lourenço MJ., Ferreira O., Baixinho C.. (2016) - Terapêutica de posição. Contributo para um cuidado de saúde seguro. Lusodidacta.1ªedição;

Pimenta CAM, Kolzumi MS. Posição corporal e oxigenação: pacientes com disfunção pulmonar unilateral-parte 1.rev.esc.enf.USP, São Paulo,23 (3):205-221, dez.1989.

Ordem dos Enfermeiros (2018) – Guia orientador de boa pratica-reabilitação respiratória. Cadernos OE, serie 1, numero1:91-93, janeiro 2018

### **10.14 - Conhecimentos dos estudantes do curso de Licenciatura em Enfermagem da ESSEM sobre Infecções Sexualmente Transmissíveis**

Ana Filipa Rosado, Cátia Santos, Micaela Silvestre,  
Estudantes de Enfermagem da ESSEM.

Aida Serra,  
Professora da ESSEM  
PhD em Enfermagem.

## INTRODUÇÃO

As infeções sexualmente transmissíveis (IST's) são doenças infectocontagiosas, que se transmitem através do contacto sexual. Estas infeções são provocadas por vírus, bactérias, parasitas unicelulares e fungos. Sendo que os seus agentes etiológicos são vários. (OMS, 2001).

Na maioria dos casos de infeção, não existe um quadro clínico evidente, sendo assintomático por períodos mais ou menos longos, encontrando-se os indivíduos efetivamente infetados mas não doentes (Azevedo, 2008), tornando a transmissão destas infeções mais frequente devido à falta de métodos de prevenção, assim como, também poderá aumentar o risco de complicações associadas à falta de tratamento.

As IST's são um grave problema de saúde pública pela alta taxa de incidência, morbidade e mortalidade, por isso a sua prevenção é muito importante para prevenir complicações e interromper a cadeia de transmissão. Porém muitas vezes é difícil prevenir devido ao sistema de saúde implementado em certos países e devido a fatores comportamentais e sociais. Por isso, a educação para a saúde tem como objetivo a redução do risco e a mudança de comportamentos e atitudes para que haja uma diminuição das IST's, especialmente na população mais jovem (OMS, 2001).

As IST's e a falta de conhecimentos acerca destas é uma problemática entre os jovens. Para melhor compreender esta temática, aplicámos um questionário aos estudantes de enfermagem do 1º, 3º e 4º ano da ESSEM, com os objetivos de identificar os conhecimentos em relação aos métodos de prevenção de transmissão de IST's e ainda identificar as discrepâncias de conhecimentos entre os estudantes dos diferentes anos da licenciatura do curso de Enfermagem da ESSEM relativamente às IST's.

## METODOLOGIA

Aplicámos o questionário a 50 estudantes do 1º ano e a 37 estudantes do 3º ano e 30 estudantes do 4º ano do curso de Licenciatura em Enfermagem da ESSEM, posteriormente, realizada uma análise qualitativa das respostas dos alunos aos questionários.

## RESULTADOS

Após a análise das respostas aos questionários, verificamos que os alunos do 1º, 3º e 4º ano do curso de Licenciatura em Enfermagem da ESSEM, refletem a necessidade de investir em medidas educacionais no âmbito da sexualidade, pois demonstraram falta de conhecimentos sobre esta temática, estes estudantes revelaram ainda acentuados défices nas estratégias de prevenção.

## CONCLUSÕES

Os alunos de 1º ano revelaram falta de conhecimentos sobre IST's, por ainda irão abordar esta temática ao longo da licenciatura, vindo eles a adquirir mais conhecimentos e a consolidar outros sobre este tema. No entanto os alunos do 3º ano e do 4º ano mantinham lacunas no conhecimento desta temática.

Propomos que os estudantes devem melhorar os seus conhecimentos, não só pessoais, como também cientificamente. Assim como têm que validar a importância da prevenção contra as IST's.

## PALAVRAS-CHAVE:

Infeção Sexualmente Transmissível; Prevenção; Estudantes de Enfermagem

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

OMS (2001), Orientações Para o Tratamento de Infeções Sexualmente Transmissíveis. (Reunião Consultiva) Genebra, Suíça<sup>1</sup>

Azevedo J. (2008) Infeções Sexualmente Transmissíveis. Revista sexualidade & Planeamento Familiar, p. 43-45. Associação para o Planeamento da Família.

## 10.15 - Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Reflexão e Implementação

Isabel Melgueira, Manuela Martins

Enfermeira CH Setúbal. Hospital de São Bernardo. Setúbal. Portugal

Maria Violante Nunes,

Enfermeira Chefe. CH Setúbal. Hospital de São Bernardo. Setúbal. Portugal.

### INTRODUÇÃO

A qualidade é hoje uma dimensão incontornável na prestação dos cuidados de saúde. O seu carácter multidimensional e multiprofissional é inquestionável, num quadro onde os cuidados de enfermagem ocupam um papel de relevo. Os enfermeiros são o maior grupo profissional nos contextos de saúde e as características dos cuidados de enfermagem determinam que a qualidade da sua prestação tenha forte impacto nos serviços de saúde, onde a Pessoa deve ser o centro dos cuidados e a sua satisfação deve ser valorizada.

Os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem definidos pela Ordem dos Enfermeiros assumem-se como um contributo específico para o exercício profissional dos enfermeiros e garantia de melhoria contínua da qualidade e procura permanente da excelência (Ordem dos Enfermeiros, 2002). A criação de enunciados descritivos de qualidade do exercício dos enfermeiros, a partir dos metaparadigmas: Saúde, Pessoa, Ambiente e Cuidados de Enfermagem e baseados em evidência científica, permitem promover desenvolvimento pessoal e profissional dos enfermeiros (Ordem dos Enfermeiros, 2002).

Com a existência de padrões estão reunidas as condições para medir, avaliar e implementar métodos que permitam atingir o nível de excelência dos cuidados de enfermagem. Conhecidas ferramentas de gestão da qualidade, como é exemplo o Ciclo de Melhoria Contínua, proposto por *Deming*, também denominado de ciclo PDCA - *Plan, Do, Check, Act* (António, Teixeira & Rosa, 2016) consubstanciam que para a melhoria da qualidade em enfermagem é necessária a reflexão sobre a prática, o que requer tempo e motivação para pensar os cuidados prestados, formas de os avaliar e de definir estratégias para a sua melhoria.

Nesta continuidade, a avaliação operacionalizada pela aplicação de instrumentos validados e usados em Portugal, de que é exemplo a Escala de Perceção das Atividades de Enfermagem que contribuem para a qualidade dos cuidados (Martin e Gonçalves, 2016), são determinantes para que seja percorrido um percurso de excelência.

O enfermeiro gestor tem um papel preponderante na liderança e dinamização deste processo, em consonância com o seu perfil de competências no domínio da gestão (Diário República, 2015). Pretendemos conhecer a perceção dos enfermeiros relativamente à concretização de atividades que contribuem para a qualidade dos cuidados de enfermagem.

## METODOLOGIA

Estudo exploratório, de carácter quantitativo, realizado em 2 serviços do departamento de medicina numa instituição hospitalar EPE de Portugal continental, com a participação de 72 enfermeiros. Para a colheita de dados foi usado um questionário de autopreenchimento a EPAECQC - Escala de Perceção das atividades de enfermagem que contribuem para a qualidade dos cuidados, após autorização da autora. Esta Escala, que é constituída por um total de 25 itens, encontra-se validada para Portugal apresentando uma elevada consistência interna (*alfa de Cronbach* de 0,940).

## RESULTADOS

Participaram 72 enfermeiros, maioritariamente do sexo feminino  $n = 63$  (87,5%), com idades compreendidas entre os 23 e os 60 anos. O tempo de exercício profissional variou entre 1 ano e 39 anos. A maioria dos inquiridos  $n = 56$  (77,78%) não possuía estudos especializados.

Os resultados obtidos permitem evidenciar que a maioria dos enfermeiros inquiridos percebe que as atividades que contribuem para a qualidade dos cuidados de enfermagem são concretizadas “às vezes” (48,94%) ou “sempre” (46,28%). Verifica-se ainda que a possibilidade “nunca” não foi assinalada por nenhum dos inquiridos.

Foi ainda possível constatar que as atividades inerentes à dimensão “Promoção da Saúde” e à dimensão “Organização dos Cuidados” foram as que os enfermeiros perceberam como menos executadas para a qualidade dos cuidados de

enfermagem, tendo sido assinalada pelos inquiridos a possibilidade “sempre” apenas em 31,25% e 32,41% dos casos, respetivamente.

## CONCLUSÕES

Da análise dos resultados alcançados emergem as áreas a priorizar em novos projetos de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem, com vista à excelência dos cuidados de enfermagem.

A aplicação periódica deste instrumento pode constituir uma importante estratégia para o enfermeiro gestor, dinamizar a reflexão sobre a qualidade dos cuidados de enfermagem, promovendo o desenvolvimento profissional dos enfermeiros da sua equipa, pela apropriação dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Esta análise poderá ser ainda complementada com resultados que emergem da avaliação da satisfação da Pessoa internada, da avaliação da satisfação do enfermeiro e da avaliação da perceção da qualidade do ambiente de prática de enfermagem.

## PALAVRAS-CHAVE:

padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem; qualidade; hospital; perceção

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aiken L., Clarke S., Sloane D., Sochalski J., Silber J. (2002). Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction. *JAMA*, 288(16), 1987–93
- António NS.; Teixeira A.; Rosa A. (2016). *Gestão da Qualidade – de Deming ao modelo de excelência da EFQM*. (2ª edição). Lisboa: edições Sílabo
- Diário da República (2015), 2.ª série - N.º 48 - 10 de março de 2015, 5948–5952
- Hesbeen W. (2001). *Qualidade em enfermagem: pensamento e acção na perspectiva do cuidar*. Loures: Lusociência.
- Martins, M. Gonçalves, M., Ribeiro O., Tronchin, D. (2016) Qualidade dos cuidados de enfermagem: construção e validação de um instrumento. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2016;69(5):864-70.
- Mezomo J. (2001). *Gestão da qualidade na saúde: princípios básicos*. (1ª ed.) São Paulo: Editora Manole.

Ordem dos Enfermeiros (2002). *Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem: enquadramento conceptual e enunciados descritivos*. Divulgar: Lisboa.

### **10.16 - Violência contra o idoso - uma realidade no serviço de urgência?**

Ana Sofia Sousa, Cláudia Rastreio, Filomena Sanches, Mónica Veríssimo, Sandra Contreiras,  
Enfermeiras do Serviço de Urgência CH Barreiro/Montijo.

#### INTRODUÇÃO

Segundo a OMS, Portugal é um dos países com maior taxa de violência contra os idosos.

Durante o processo de envelhecimento surgem perdas da ordem física e psicológica que torna os idosos mais vulneráveis ao risco de violência.

De acordo com a OMS (2012) violência contra o idoso define-se como, "... qualquer ato isolado ou repetido, ou a ausência de ação apropriada, que ocorre em qualquer relação em que há uma expectativa de confiança, e que causa dano ou sofrimento a uma pessoa idosa". A violência contra idosos pode ter várias formas, física, psicológica/verbal, sexual, negligência e abandono, financeira/económica ou violência doméstica e implicar a prática de vários crimes.

No serviço de urgência torna-se imperativo sinalizar os vários tipos de violência a que os idosos estão sujeitos, visto ser, na maioria das vezes, o primeiro serviço a que estes recorrem, como tal, os profissionais de saúde devem estar habilitados para identificar, avaliar e notificar estas situações que podem traduzir-se em consequências dramáticas na vida do idoso.

#### METODOLOGIA

Apresentamos um estudo de caso referente a um casal, a coabitar com um filho que aparentemente assegurava os cuidados, que foram encaminhados para o Serviço de



Urgência, pela equipa da comunidade, por maus cuidados de higiene, más condições habitacionais e possíveis maus tratos.

Com a criação do Grupo de Acompanhamento e Apoio aos Doentes e Família (GAADF) esperamos que as situações de violência contra os idosos, sejam sinalizadas o mais célere possível.

## CONCLUSÃO

Consideramos que este caso é um exemplo das várias formas de violência contra os idosos, uma situação que tem vindo a aumentar em Portugal e que na maioria das vezes é de difícil deteção.

Traduz-se num problema social e de saúde, pelo que se torna premente uma sensibilização de todos os profissionais de saúde, principalmente no Serviço de Urgência, por ser o serviço onde estas situações tentam obter resposta numa fase inicial.

## NOTA CONCLUSIVA

*A Enfermagem é uma arte; e para realizá-la como arte, requer uma devoção tão exclusiva, um preparo tão rigoroso, quanto a obra de qualquer pintor ou escultor; pois o que é tratar da tela morta ou do frio mármore comparado ao tratar do corpo vivo, o templo do espírito de Deus? É uma das artes; poder-se-ia dizer, a mais bela das artes!"*

*Florence Nightingale*

Terminadas as NOSSAS Jornadas de Enfermagem da ESSEM, cujo tema primordial foi o "Sustentabilidade e Inovação em Enfermagem", podemos conjugá-las bastante bem com esta premissa de Florence Nightingale. Nunca conseguiremos cuidar da pessoa, cuidar do outro, se não os tratarmos com dignidade, compaixão e respeito; se não oferecermos um cuidado e um apoio com cuidados personalizados; e se não apoiarmos o outro para que reconheçam e desenvolvam as suas próprias competências, a fim de terem uma vida independente e plena no seu contexto.

Para nós, finalistas desta nobre e fraternal Casa, foi um privilégio termos conseguido fazer parte da organização das primeiras Jornadas de Enfermagem da nossa Escola! Após estes dois dias de partilha de conhecimentos e de educação contínua da nossa aprendizagem humana e científica, resta-nos fazer um balanço do nosso caminho enquanto estudantes.

Após estes quatro anos de (árduo) trabalho, podemos relembrar com carinho o primeiro dia em que atravessámos a Porta Férrea da entrada da faculdade, visualizarmos os corredores cinzentos repletos de estudantes que tal como nós procuravam um futuro promissor e, para alguns, o sonho de poder ser Enfermeiro.

As cadeiras do primeiro ano deram água pelas barbas, a arte e a dedicação que a nossa nobre profissão acarreta precisava de ser desenvolvida, e nada nem ninguém melhor para nos ensinar do que uma pequena, mas grande equipa de professores e profissionais qualificados.

As emoções dos primeiros dias dos ensinamentos clínicos contrastavam com o medo e a responsabilidade de estarmos a lidar com a vida das pessoas num dos seus

momentos mais frágeis. No entanto, ao longo do nosso percurso académico fomos aprendendo e adquirindo competências instrumentais, sistémicas, e acima de tudo humanas, que nos guiaram para o (quase) profissional de saúde com que sempre sonhámos.

É realmente único e verdadeiro o sentimento que nutre dentro de cada um de nós por esta magnífica e inigualável profissão, que muitos desvalorizam por não saberem realmente a dimensão da mesma e a coragem que é necessária para dia após dia deixarmos os nossos para cuidarmos do outro.

Exigente sim, mas ao mesmo tempo bastante recompensador cada momento vivido nos ensinamentos clínicos, que nos ajudaram a moldar e a tornar-nos naquilo que hoje somos.

Hoje, com um pé mais próximo da porta de saída, agradecemos a todos os professores o esforço e dedicação que dispensaram para a nossa formação enquanto futuros profissionais e seres humanos. A relação que convosco criámos só é possível na Egas Moniz, e em algum lugar poderíamos encontrar o que aqui encontramos. Como alunos e professores que fomos durante quatro anos, e estando cada vez mais próximos de nos podermos chamar de “colegas”, relembramos com muito carinho cada momento passado a vosso lado, e agradecemos tudo aquilo que nos foi ensinado. Uma coisa é certa, nunca se esquecerão da turma que mais cabelos brancos vos deu, porque também foi a melhor e que mais prazer vos deu ensinar (nós sabemos 😊).

É então de forma receosa, mas com uma garra abismal, que partimos em busca do nosso futuro, de um lugar onde nos possamos sentir felizes com a nossa profissão, mas acima de tudo connosco próprios. Um sítio onde possamos exercer o que a nossa profissão tem de melhor!

Na bagagem levamos sempre o ADN que nos caracteriza e a identidade própria que nesta Casa foi criada – o ADN Egas Moniz!

Um bem-haja a todos! Viva a Egas Moniz! Viva a Enfermagem,

***A turma do Curso de Licenciatura em Enfermagem 2016/2020 da ESSEM.***

PATROCINADORES OFICIAIS

