

II Jornadas de Enfermagem

Escola Superior de Saúde Egas Moniz



O CUIDADO CENTRADO NA PESSOA

EBOOK

Aida Serra | Aida Simões | Júlio Fernandes | Margarida Ferreira

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE EGAS MONIZ

MONTE DA CAPARICA

2021

FICHA TÉCNICA

Título: O Cuidado Centrado na Pessoa

Organização: Aida Serra, Aida Simões, Júlio Fernandes, Margarida Ferreira.

Design e paginação: Aida Serra, Aida Simões, Júlio Fernandes, Margarida Ferreira.

Propriedade e Edição: Escola Superior Saúde Egas Moniz, Quinta da Granja - Monte de Caparica

2829 - 511 Caparica

<https://www.egasmoniz.com.pt/>

Data de Edição: 2021.

ISBN: 978-972-98495-7-2

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.

II Jornadas de Enfermagem Egas Moniz – O Cuidado Centrado na Pessoa

20-21 de fevereiro

Auditório Professor Doutor Martins dos Santos – Escola Superior de Saúde Egas Moniz

Comissão Científica:

Cidália Castro (PhD, ESSEM)
(Presidente)

Aida Simões (PhD, ESSEM)
Ana Vanessa Antunes (PhD, ESSEM)
Catarina Bernardes (PhD, ESSEM)
Clara Rocha (Dr., ESSEM)
Fernanda Loureiro (PhD, ESSEM)
Helena Almeida (MSc, ESSEM)
Júlio Belo Fernandes (PhD, ESSEM)
Luís Miranda (MSc, ESSEM)
Mário Rosmaninho (MSc, ESSEM)
Paula Oliveira (PhD, ESSEM)

Comissão Executiva:

Carina Barreira (ESSEM-CLE)
Sílvia Branco (ESSEM-CLE)
Carolina Gramatinho (ESSEM-CLE)

Comissão Organizadora:

Aida Serra (PhD, ESSEM)
(Presidente)
Açucena Guerra (MSc, ESSEM)
Célia Vaz (MSc, ESSEM)
Dina Peças (MSc, ESSEM)
Elsa Rosário (MSc, ESSEM)
Gonçalo Rosa (Dr., ESSEM)
Margarida Ferreira (MSc, ESSEM)
Paula Pereira (Dr., ESSEM)
Joana Afonso (Dr., Residências Montepio)
Ana Sofia Carvalho (ESSEM-CLE)
Andreia Calca (ESSEM-CLE)
Beatriz João (ESSEM-CLE)
Carolina Pinto (ESSEM-CLE)
Catarina Carvalho (ESSEM-CLE)
Catarina Couto (ESSEM-CLE)
Inês Nobre (ESSEM-CLE)
Inês Ramires (ESSEM-CLE)
Inês Rodrigues (ESSEM-CLE)
Joana Cordeiro (ESSEM-CLE)
João Reinho (ESSEM-CLE)
João Sardinha (ESSEM-CLE)
Lília Martins (ESSEM-CLE)
Mafalda Costa (ESSEM-CLE)
Magda Azevedo (ESSEM-CLE)

– Parceiros –



Índice

Prefácio	5
Nota Introdutória	6
1 – DESMITIFICAR O CUIDADO CENTRADO NA PESSOA.....	7
1.1 - Intervenção Centrada na Pessoa	7
1.2 - Cuidados Centrados na Pessoa Vs Cuidados Centrados na Família.....	10
1.3 - Estratégias de ensino do estudante de enfermagem para efetivar o Cuidado Centrado na Pessoa	11
2 – O CCP NA RESOLUÇÃO DE PROBLEMAS DE SAÚDE.....	15
2.1 - Outcomes da avaliação da qualidade dos cuidados de enfermagem.....	15
3 – A IMPORTÂNCIA DAS TEORIAS DE ENFERMAGEM NA EFETIVAÇÃO DO CCP	19
3.1 - Modelo prescritivo e adoção de comportamentos na assistência às mães adolescentes	19
3.2 - A Teoria de Enfermagem na Organização dos Cuidados de Enfermagem - Um projeto de melhoria de cuidados	20
4 – ESTABELECEER A PARCERIA NOS CUIDADOS	23
4.1 - Os Pares “Peritos” como Principais Atores na Educação para a Autogestão da Condição Crônica	23
4.2 - Modelos de Parceria para a centralidade na Pessoa e Família.....	26
5 – A PERSONALIZAÇÃO DO CCP	29
5.1 - A qualidade de vida no cuidado à pessoa submetida a transplante renal.....	29
5.2 - Parceria de Cuidados de Enfermagem no Cuidar da Pessoa após Acidente Vascular Cerebral.....	31
5.3 - Levante Precoce e Recuperação da Marcha: Projeto de Melhoria Contínua da Qualidade	35
5.4 - Continuidade de Cuidados: Da Urgência para a Comunidade	36
6 – O CCP COMO MEIO DE PROMOVER A LITERACIA EM SAÚDE	41
6.1 - Já Nasceu... Atuação do Enfermeiro no Puerpério	41
7 – O CCP PARA VALORIZAR A DIGNIDADE E AUTONOMIA	43
7.1 - Vulnerabilidade da criança no internamento hospitalar	43
8 – O IMPACTO DA IMPLEMENTAÇÃO DE PROJETOS DE MELHORIA CONTINUA DA QUALIDADE NO CCP	46
8.1 - Declínio Funcional na pessoa sujeita a ventilação mecânica invasiva	46
9 – COMUNICAÇÕES LIVRES.....	49
9.1 - A pessoa idosa no centro de cuidados: uma consulta de enfermagem em cirurgia ambulatória.	49
9.2 - Cuidado centrado na pessoa idosa com disfunção da eliminação urinária em consulta de enfermagem: a ativação para o autocuidado.....	51

9.3 - Envolver a família no cuidado à pessoa em situação crítica: estudo em contexto de cuidados intensivos	54
9.4 - Barreiras percebidas e acesso à vacinação em pessoas adultas e grupos vulneráveis em risco não vacinados contra o vírus da hepatite B (VHB)	55
9.5 - Impacto da hematúria e retenção urinária no doente com AVC isquémico submetido a tratamento de repermeabilização	58
9.6 - Infecção do trato urinário em doentes após AVC agudo: Impacto da revisão de procedimentos.....	60
9.7 - Estratégias na utilização do humor nos cuidados de enfermagem à criança em idade escolar e adolescente: uma <i>scoping review</i>	62
9.8 - Papel do enfermeiro de reabilitação na prevenção de complicações à mulher mastectomizada.....	64
9.9 - O Papel do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação junto da pessoa com necessidades paliativas	65
9.10 - Projeto Conforta-me: a intervenção de enfermagem centrada na Pessoa Idosa hospitalizada, em situação paliativa.....	68
10 – POSTERES.....	71
10.1 - O papel do enfermeiro de família: Perceção dos utentes da USF Vista Tejo	71
10.2 - Contratualização em Cuidados de Saúde Primários: o caso Português	73
10.3 - Teorias da Liderança: Uma Visão para a Enfermagem.....	76
10.4 - Parceria de cuidados: intervenções do enfermeiro especialista em saúde infantil e pediátrica	79
10.5 - Complicações do acesso arterial para tromboectomia – Importância de uma vigilância sistematizada	85
10.6 - Novo regime geral de proteção de dados e a cedência de informação aos familiares	87
10.7 - Tratamento de uma Ferida Exsudativa com Carboximetilcelulose, Prata Iónica e Agentes Anti-biofilme: Um Estudo de Caso	89
10.8 - Economia da Saúde e importância da Avaliação Económica	91
10.9 -A importância da capacitação dos enfermeiros para atuar na Paragem Cardiorrespiratória	94
10.10 - Doença Mental no Século XXI: Intervenções de Enfermagem Promotoras da Literacia em Saúde Mental em Portugal - Revisão Integrativa da Literatura.....	97
10.11 - A outra face do cuidar - Intervenções do Enfermeiro de Família na capacitação do cuidador informal ao idoso com dependência. Revisão Integrativa da Literatura.	99
10.12 - A adesão ao regime medicamentoso: uma intervenção de enfermagem centrada na pessoa idosa e cuidador	101
10.13 - Cuidar em Pediatria: um desafio permanente	103
10.14 - Revisão narrativa da literatura: A teoria de sistemas de Betty Neuman.....	105

10.15 - Revisão narrativa da literatura: a Teoria do Défice do Autocuidado de Dorothea Orem.....	107
10.16 - Cuidados Centrados na Pessoa Idosa - Vivências no Bloco Operatório	109
Nota Conclusiva.....	111

Prefácio

A publicação deste *e-book* pretende dar relevo à produção científica apresentada nas segundas Jornadas de Enfermagem da Escola Superior de Saúde Egas Moniz, com o tema “O Cuidado Centrado na Pessoa”.

Trata-se de uma obra coletiva em que os diversos autores que participaram deram o seu contributo na análise de cada temática e na realização do evento.

Ao longo dos dois dias em que decorreu o evento foram ouvidas várias vozes de peritos, formadores e formandos em enfermagem, que nos brindaram com os seus saberes, partilhando o estado de arte e os desafios que se colocam à enfermagem no acompanhamento na doença e na promoção da saúde ao longo do ciclo de vida, que vos convidamos a ler em cada secção deste livro.

As várias secções apresentadas remetem o leitor para as temáticas integrantes no programa do evento.

Os textos que abrem a primeira secção, dedicados ao Cuidado Centrado na Pessoa e família, traçam a moldura conceptual que enquadra a prática e o ensino em Enfermagem, a partir da relação particular entre quem cuida e quem é cuidado. É essa consciência da singularidade e da vulnerabilidade do outro que nos move na procura do conhecimento nos vários domínios da Enfermagem, levando-nos a estes momentos de reflexão e partilha.

Na segunda e terceira secção, surge um elenco de comunicações livres e *posters*, cujos autores nos apresentam a sua realidade no âmbito dos cuidados centrados na pessoa nos diferentes contextos em enfermagem.

A todos os que contribuíram para a realização deste *e-book*, estudantes, docentes e prestigiados autores, agradeço em nome da Escola Superior de Saúde Egas Moniz, manifestando o nosso orgulho pela qualidade dos trabalhos apresentados. O nosso Bem Hajam.

Aos leitores, espero que este livro seja inspirador e facilitador do desenvolvimento e enriquecimento científico da Enfermagem, que visa uma adequada decisão de cuidados centrados na Pessoa.

Cidália Castro

Nota Introdutória

No âmbito das segundas Jornadas de Enfermagem da Escola Superior de Saúde Egas Moniz, intituladas Cuidado Centrado na Pessoa (CCP), surgiram momentos de partilha de conhecimento e oportunidades para refletir sobre a temática, envolvendo professores, investigadores, estudantes e enfermeiros, que tiveram a oportunidade de dar a conhecer experiências e conhecimento, com o objetivo de continuar a investir nas boas práticas, na excelência dos cuidados assim como na promoção do conhecimento em Enfermagem.

Vários aspetos sobre esta temática foram abordados ao longo dos dois dias em que decorreram os trabalhos, nomeadamente a importância de desmistificar o CCP, a abordagem do CCP na resolução de problemas de saúde, também se refletiu sobre a importância das teorias de enfermagem na efetivação dos CCP assim como o, estabelecimento da parceria no cuidar. Foi ainda abordada a personalização do CCP e a sua utilização como meio de promover a literacia em Saúde e foi ainda debatida a forma de valorizar a dignidade e autonomia através do CCP. No final desta partilha de conhecimento foi ainda referido o impacto da implementação de projetos de melhoria contínua da qualidade no CCP. Destas temáticas ainda surgiram varias interessantes comunicações livres, assim como apresentações de pósteres que valorizaram significativamente estes dias de intenso trabalho.

Embora seja um processo difícil, o cuidado centrado na pessoa já é prestado por um número modesto (embora crescente) de serviços, com resultados positivos. A mudança requer esforço, mas é certamente possível. A partilha das práticas e do conhecimento, em momentos como os que nos proporcionaram estas jornadas, constituem contributos para este processo de mudança.

Neste Ebook encontram-se os resumos das comunicações e dos pósteres que foram apresentados nestas jornadas, contribuindo desta forma para a divulgação do conhecimento e da produção científica da enfermagem.

Para a concretização deste evento científico contamos com a dedicada colaboração dos elementos que constituíram a comissão científica e organizadora, que muito se esforçaram para concretizar uma vez mais com sucesso, estes momentos de partilha de conhecimento, salientamos ainda o envolvimento dos órgãos dirigentes da ESSEM e da Cooperativa de Ensino Superior Egas Moniz assim como a preciosa colaboração dos estudantes do Curso de Licenciatura em Enfermagem. Realçamos ainda a importância de todos os que, de várias formas, patrocinaram este evento e o tornaram possível. O nosso muito obrigado a todos que de alguma forma colaboraram connosco.

Esperamos que a leitura deste E-book seja do agrado de todos.

Aida Abreu Serra

1 – DESMITIFICAR O CUIDADO CENTRADO NA PESSOA

Moderadora Professora Vanessa Antunes

1.1 - Intervenção Centrada na Pessoa

Júlio Belo Fernandes

Escola Superior de Saúde Egas Moniz, PaMNEC – Grupo de Patologia Médica, Nutrição e Exercício Clínico – CiiEM

O cuidado centrado na pessoa (CCP) permite que o indivíduo alvo desses cuidados desenvolva os conhecimentos, as capacidades e a confiança que necessita para tomar decisões informadas e gerir de forma mais eficiente o seu projeto de saúde (The Health Foundation, 2016).

Existe menção na literatura acerca do CCP desde a década de 60, tendo Carl Rogers introduzido o conceito de abordagem centrada no cliente no âmbito da psicoterapia. Apesar da longevidade do conceito, mantêm-se a ambiguidade na conceptualização e operacionalização do CCP (The Health Foundation, 2016).

Partindo desta afirmação, estrutura-se este ensaio que tem como objetivo analisar as barreiras para a efetivação do CCP em Portugal.

O CCP deve ser perspectivado como um cuidado coordenado e personalizado tendo em conta as necessidades individuais da pessoa. É crucial assegurar que a pessoa seja sempre tratada com dignidade e respeito. Isto pode parecer uma visão de senso comum, mas a verdade é que esta prática não é padrão (The Health Foundation, 2016). Frequentemente, os cuidados de saúde são dirigidos “para” a pessoa em vez de ser um cuidado “com” a pessoa. E esta é uma das grandes barreiras para o desenvolvimento do CCP.

McCormack (2019) refere que se vivem momentos centrados na pessoa, ou seja, momentos em que os atributos de centralização na pessoa são vividos e experimentados por esta. No entanto, esses momentos são inconsistentes, não têm continuidade, originando a que as pessoas frequentemente descrevam as suas experiências de cuidados como sendo cuidados dirigidos para uma “coisa” ou “objeto”, não identificando a personalização dos cuidados, nem sentindo que estiveram no centro do cuidado.

Uma das principais barreiras para a não efetivação do CCP é a falta de cultura organizacional das instituições prestadoras de cuidados. Na verdade, pode-se

argumentar que é imoral esperar que enfermeiros prestem esse tipo de cuidados se eles próprios não experienciam os mesmos valores centrados na pessoa no seu dia-a-dia, na organização onde desenvolvem a sua prática profissional.

Através da análise dos dados da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico ([OCDE], 2019), do Ministério da Saúde (2018) e do estudo realizado por Gomes, Faria e Lopes (2016) pode-se verificar a origem desta afirmação.

Em 2017 Portugal apresentava um rácio de 6,7 enfermeiros por mil habitantes. Comparando esta informação com dados de outros países, verifica-se que os 10 países com melhor rácio enfermeiro/habitantes são a Noruega com 17,7 enfermeiros por mil habitantes, Suíça com 17,2 enfermeiros por mil habitantes, encontrando-se o Japão em décimo lugar com 11,3 enfermeiros por mil habitantes, sendo que nos países que compõem a OCDE a média é de 8.8 enfermeiros por mil habitantes (OCDE, 2019).

Dados do Ministério da Saúde (2018) indicam que existem mais de 43 mil enfermeiros a desempenhar funções no Serviço Nacional de Saúde, os quais totalizaram perto de um milhão e trezentos mil dias de ausência ao trabalho. Isto equivale a aproximadamente 13% do total de dias de trabalho.

Gomes, Faria e Lopes (2016) realizaram um estudo em colaboração da Ordem dos Enfermeiros, no qual avaliaram o *stress* e a saúde psicológica junto de 2.302 enfermeiros. Estes investigadores concluíram que 17,8% dos inquiridos sofre de sintomas de exaustão física e emocional, 86% manifestaram que desenvolvem a sua prática clínica sob *stress*, dos quais 37,3% apontaram *stress* elevado. As principais fontes de *stress* identificadas foram a relação com a pessoa de quem cuidam (69,2%) e o excesso de trabalho (63,4%).

Tendo em consideração estes dados, facilmente se deduz que se em países que apresentam melhores rácios enfermeiro/pessoa existe dificuldade em efetivar o CCP, em Portugal não será diferente. Acrescentando a este facto, deve-se considerar também os anos de austeridade, pouco investimento no Serviço Nacional de Saúde, rácios enfermeiros/pessoa, elevado nível de insatisfação e *burnout* verificado. Todas estas variáveis fazem parte do ambiente onde os cuidados são prestados. A forma como os cuidados de enfermagem se relacionam com o ambiente e são influenciados por este deve ser acautelada, principalmente pelo impacto nos resultados desse cuidado. Apesar dos enfermeiros possuírem conhecimento e capacidades que lhes permitem cuidar e compreender o outro sem juízos de valor, não ficam imunes à influência do ambiente sobre a sua prática.

Um fator de bom prenúncio que este ensaio não pode ignorar, é o facto de existir uma excelente base para que a Enfermagem continue a evoluir no cuidar, tendo em perspectiva o CCP. Dados da Ordem dos Enfermeiros (2018) revelam que nos últimos 18 anos, o número total de membros ativos duplicou e o número de enfermeiros especialistas triplicou. Verifica-se assim um bom indício, pois existem mais enfermeiros

e cada vez são mais qualificados, sendo esta diferenciação um dos requisitos para a evolução do cuidar.

Palavras-chave

Cuidado centrado na pessoa; Intervenção centrada na pessoa; Enfermagem

Referências bibliográficas

- Gomes, A.R., Faria, S., & Lopes, H. (2016). Stress and psychological health: Testing the mediating role of cognitive appraisal. *Western Journal of Nursing Research*, 38(11), 1448-1468. doi: 10.1177/0193945916654666.
- McCormack, B. (2019). My Vision for Person-centred Nursing. *Projetar Enfermagem*, 2, 2-12. Disponível em: https://cea1ab13-e8f7-4563-b6b1-409d813d0297.filesusr.com/ugd/4e34d8_d83ba112a443410eaeaa1dfe179289e9.pdf
- McCormack, B., & McCance, T. (2017). *Person-centred Nursing and Health Care – Theory and Practice*. Oxford: Wiley Publishing.
- Ministério da Saúde. (2018). *Relatório Social do Ministério da Saúde e do Serviço Nacional de Saúde*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Ordem dos Enfermeiros. (2018). Balcão Único – Estatísticas. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/sala-de-imprensa/estat%C3%ADstica-de-enfermeiros/>
- Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico. (2019). *Health at a Glance 2019: OECD Indicators*. Paris: OECD Publishing.
- The Health Foundation. (2016). *Person-centred care made simple*. Reino Unido: The Health Foundation.

1.2 - Cuidados Centrados na Pessoa Vs Cuidados Centrados na Família

Maria do Céu Barbieri de Figueiredo

Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP)/ NursId-CINTESIS ESEP

O cuidado centrado no indivíduo/família é um valor inerente à disciplina de enfermagem desde a sua origem. Se recuarmos até às primeiras teóricas de enfermagem como Florence Nightingale, no século XIX, ou Hildegard Peplau e Virginia Henderson, na segunda metade do século XX, verificamos que esta abordagem perpassa os seus escritos, tendo sido consistentemente desenvolvida pelas diversas teóricas que lhes sucederam até aos nossos dias

Nas ultimas décadas os cuidados centrados na pessoa na família passaram de ideais filosóficos para as políticas institucionais e para a implementação nos cuidados de saúde, numa perspetiva multidisciplinar, passando também a ser alvo de investigação sobre o seu nível de implementação.

Nesta comunicação irei apresentar a análise comparativa dos conceitos: “Cuidados Centrados na Pessoa”, “Cuidados Centrados na Família” e “Cuidados Centrado na Criança” a partir de um estudo realizado por Coyne, Holmström e Söderbäck em 2018.

Verificaremos que apesar de algumas diferenças, os conceitos partilham muitos atributos, nomeadamente: Parceria, Tomada de Decisão Partilhada, Respeito, Empoderamento, Relação Simétrica e Individualização dos Cuidados.

Esta análise permite-nos refletir que estes valores são consistentes com uma abordagem de enfermagem contemporânea, como a que nos propõe Laurie Gottlieb na sua obra de 2016, Cuidados de Enfermagem Baseados nas Forças, e que os enfermeiros devem ser mais assertivos em dar visibilidade a estes valores, que são parte do seu “código genético”, perante os restantes elementos da equipa de saúde.

Palavras Chave

Centrado na Pessoa; Cuidados Centrados na Família; Cuidados Centrados na Criança; Teorias de Enfermagem

Referências Bibliográficas

- Coyne, I., Holmström, I. & Söderbäck, M. (2018). Centeredness in Healthcare: A Concept Synthesis of Family-centered Care, Person-centered Care and Child-centered Care. *Journal of pediatric nursing*, 42, 45–56. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2018.07.001>
- Gottlieb, L. (2016). *O Cuidar em Enfermagem Baseado nas Forças*. Loures: Lusodidacta.

1.3 - Estratégias de ensino do estudante de enfermagem para efetivar o Cuidado Centrado na Pessoa

Célia Simão de Oliveira

Escola Superior de Enfermagem de Lisboa; Unidade de Investigação e Desenvolvimento em Enfermagem

Introdução: O cuidado centrado na pessoa (CCP) reconhece e atribui à pessoa cliente a centralidade no processo de cuidados de saúde. Para que o enfermeiro efetive o CCP precisa aprender/ desenvolver competências que possibilitem agir sob essa filosofia e modelos de ação. Propõe-se a adoção e alinhamento da Andragogia e da Aprendizagem pela Experiência, no ensino do CCP.

Objetivos: Propor e fundamentar estratégias de ensino favorecedoras da aprendizagem e transferência do CCP.

Metodologia: Revê-se a literatura sobre o CCP para deduzir o que a sua aprendizagem exige. Com base na experiência pedagógica pessoal e na fundamentação teórica, apresenta-se uma reflexão pessoal sobre o ensino do CCP.

Desenvolvimento: Goodwin (2016), Health Foundation (2014), McCormack, & McCance (2017, citado por McCormack, 2019), Santana et al. (2018), Talerico (2013), e a WHO (2016), entre outros, definem o CCP. De algum modo, os modelos de CCP referem-se i) às condições para o CCP: identificam os *domínios estruturais*, relacionados com o sistema ou o contexto de assistência (Santana et al. 2018) ou os construtos *ambiente de cuidados* e *atributos enfermeiro*, como a competência profissional, habilidades interpessoais, compromisso com o trabalho, autoconhecimento e a demonstração clara de crenças e valores (McCormack & McCance, 2006, 2010). Identificam ii) conjuntos de atividades para operacionalização do CCP: *processos centrados na pessoa* - trabalhar com as crenças e valores da pessoa, envolvimento do enfermeiro na relação, a sua presença compassiva, partilhar a tomada de decisão e prover cuidado holístico (McCormack & McCance, 2010, 2019) ou os *domínios do processo*, associados à interação entre clientes e profissionais, ao cultivo da comunicação, ao cuidado respeitoso e compassivo, ao envolvimento daqueles na gestão dos seus cuidados, e à integração do cuidado (Santana et al., 2018). Identificam iii) os *resultados*: “uma boa experiência de cuidado” (McCormack & McCance, 2019, p.8) ou *domínios de resultados*: o acesso aos cuidados e resultados relatados pelo paciente (Santana et al., 2018).

Mas, por diversas razões, mesmo quando o CCP é o *modelo exposto*, a prática dos cuidados, fica frequentemente aquém daquela perspetiva (Health Foundation, 2014, McCormack, 2019, Santana et al, 2018) conseguindo-se, por vezes, apenas “momentos centrados na pessoa” (McCormack, 2019, p. 10).

O estudante de enfermagem em formação inicial, é geralmente um adulto jovem. A sua formação, nacional e internacionalmente regulada, visa proporcionar experiências formativas conducentes a um perfil de competências finais. Desenvolver competências significa desenvolver ou mudar conhecimentos, atitudes e habilidades (Alonso Chacón, 2012, Taylor & Hamdy, 2013) a revelar na ação. Para o processo de mudança – aprendizagem – é nuclear o papel do estudante – porque é ele que faz escolhas se e sobre o que aprender (Greener, 2015) e é ele que constrói o seu conhecimento.

Face à definição e características do CCP, faz-se notar a complexidade das aprendizagens que requer. O estudante precisa construir conhecimentos, nomeadamente sobre modelos e modos de concretizar o CCP; precisa também desenvolver *skills* diversos para o operacionalizar: conhecer a pessoa e ajudar, comunicar e capacitar, tomar decisões, negociar e ajustar os cuidados que constituam resposta holística às necessidades, preferências e crenças de cada pessoa; precisa desenvolver atitudes e o conhecimento de si para adotar aquela filosofia na sua prática, para respeitar a pessoa e dar-lhe voz, para se comprometer com o cuidado, para agir de modo compassivo, para buscar o seu desenvolvimento.

Mas para que o CCP subsista, também a formação pós-graduado deve revisitar a filosofia e modelos de CCP, equacionar as práticas, à luz da teoria e da evidência científica, promover a reflexão sobre o desenvolvimento pessoal e profissional e o dos contextos. Esta é exigência duma prática (de enfermagem) avançada (CNA, 2019, WHO, 2016). Igualmente, a formação em contexto de trabalho é indispensável para a adoção do CCP (Goodwin, 2015, Santana et al. 2018).

Para o ensino do CCP defende-se o enquadramento dado pela teoria da Aprendizagem pela Experiência (AE). Segundo a AE “a aprendizagem experiencial refere-se a qualquer aprendizagem que apoie os estudantes na aplicação de seu conhecimento e entendimento conceitual a problemas ou situações do mundo real, em que o instrutor direciona e facilita a aprendizagem” (Sharifi & Shariati, 2017). O estudante aprende refletindo na experiência que vive, construindo sobre o que sabe, abstraindo e conceptualizando e experimentando (Taylor & Hamdy, 2013). Para além do mais, a AE possibilita o ensino de valores e a exploração das questões afetivas na educação (Hickcox, 2002), o que é vital na aprendizagem do CCP.

A AE prevê atividades experienciais como sessões de laboratório (Healey & Jenkins, 2000, Sharifi & Shariati, 2017), atividades como estudos de caso e baseados em problemas, simulações, experiências, projetos de pesquisa ou de arte (Sharifi & Shariati, 2017) e trabalho de campo (Healey & Jenkins, 2000). Para a aprendizagem do CCP, destaca-se o particular contributo do ensino em contexto clínico, onde a experiência em ambiente real acontece e a reflexão sobre a mesma se impõe.

Ao formador cabe ser um desenhador e facilitador da aprendizagem (Taylor & Hamdy, 2013): desenha experiências intencionalmente dirigidas à aprendizagem, cria as

condições para que o estudante possa reconstruir o conhecimento prévio, confrontar atitudes, treinar habilidades, conceptualizar e generalizar o conhecimento e planejar a ação futura; suporta e remove obstáculos do caminho, serve de modelo e de suporte, ajudando a dar sentido ao experimentado. Isto é vital na aprendizagem do CCP, sobretudo em contextos clínicos, para mais sabendo-se que alguns destes não conseguem ainda operar naquela filosofia de cuidados. Aqui, os papéis do formador são essenciais ao planejar a experiência não a deixando ao acaso, ao prover os recursos trabalhando com outros modelos e ao ajudar a dar sentido, por via da reflexão sobre a ação, àquilo que o estudante pode desapreçoer ou mesmo sentir como ameaça, se não for ajudado neste processo.

Conclusão: Para desenvolver competências para o CCP, o estudante de enfermagem precisa conhecer conceitos e modelos, adotar atitudes de respeito e compaixão e de valorização do CCP, e desenvolver e treinar *skills* que possibilitem dar a centralidade à pessoa no processo de cuidados. Defendeu-se a AE e a Andragogia como conceções capazes de enquadrar e moldar estratégias de ensino promotoras da aprendizagem do CCP na formação inicial e na pós-graduada.

Palavras-chave

Aprendizagem baseada em problemas; assistência centrada no paciente; educação em enfermagem; enfermagem.

Referências bibliográficas

- Alonso-Chacón, P. (2012). La andragogía como disciplina propulsora de conocimiento en la educación superior. *Revista Electrónica Educare*, 16(1), p. 15-26. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=194124281003>
- Canadian Nurses Association (2019). *Advanced Practice Nursing: A Pan-Canadian Framework*. Canadian Nurses Association, Ottawa.
- Goodwin, C. (2016). Person-centered care: A definition and essential elements. *Journal of American Geriatric Society*, 64, p. 15-18. DOI: 10.1111/jgs.13866
- Greener, S. (2015). Editorial - What do we mean by “student-centred” learning? *Interactive Learning Environments*, 23(1), p.1-2. <https://doi.org/10.1080/10494820.2015.1005423>
- Healey, M., & Jenkins, A. (2000). Kolb's Experiential Learning Theory and Its Application in Geography in Higher Education. *Journal of Geography*, 99(5), p. 185-195, DOI: 10.1080/00221340008978967
- Health Foundation (2014). *Person-centred care made simple*. ISBN 978-1-906461-56-0

- Hickcox, I. K. (2002). Personalizing Teaching through Experiential Learning, *College Teaching*, 50(4), p. 123-128, DOI: 10.1080/87567550209595892
- McCormack, B. (2019). My Vision for Person-centred Nursing, *Projetar Enfermagem – Revista Científica de Enfermagem*, 2, p. 6-12. <https://projetarenfermagem.pt/wp-content/uploads/2019/11/My-Vision-for-Person-centred-Nursing.pdf>
- McCormack, B., & McCance, T. (2010). *Person-centered nursing theory and practice*. Oxford: Wiley-Blackwell.
- Santana, M.J., Manalili, K., Jolley, R. J., Zelinsky, S., & Lu, M. (2018). How to practice person-centred care: A conceptual framework. *Health Expect.* 21, p. 429–440. <https://doi.org/10.1111/hex.12640>
- Sharifi, N. & Shariati, M. (2017). Using Experiential Learning to Enhance Students' Foreign Language Proficiency. *Translation Journal*. <https://translationjournal.net/July-2017/using-experiential-learning-to-enhance-students-foreign-language-proficiency.html>
- Talerico, K. A., O'Brien, J. A., & Swafford, K. L. (2003). Person-Centered Care. An Important Approach for 21st Century Health Care. *Journal of Psychosocial Nursing*, 41(11), p. 12 -16.
- Taylor, D. C. M., & Hamdy, H. (2013). Adult learning theories: Implications for learning and teaching in medical education: AMEE Guide No. 83. *Medical Teacher*, 35(11), p. e1561-e1572, DOI: 10.3109/0142159X.2013.828153
- World Health Organization (2016). Framework on integrated, people-centred health services: Report by the Secretariat. Sixty-ninth World Health Assembly. Provisional agenda item 16.1. p. 1-12. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/252698/A69_39-en.pdf?sequence=1&isAllowed=y

2 – O CCP NA RESOLUÇÃO DE PROBLEMAS DE SAÚDE

Moderadora Professora Cidália Castro

2.1 - *Outcomes* da avaliação da qualidade dos cuidados de enfermagem

Mafalda Sofia Santos Brás Baptista Sérgio

CUF Academic Center, Grupo CUF

Introdução: A avaliação da qualidade dos cuidados tem como propósito mensurar o processo, a estrutura, os *outcomes* e a satisfação dos clientes na relação direta de efetividade entre a liderança organizacional e a qualidade dos cuidados prestados.

Com uma visão organizacional na prestação de cuidados de qualidade sustentada em valores de desenvolvimento intelectual e numa cultura de melhoria contínua e diferenciadora, um grupo de saúde privado em Portugal, definiu como estratégia de desenvolvimento “medir e melhorar” com foco na análise dos indicadores relevantes e identificação de oportunidades de melhoria e soluções materializada pela avaliação da excelência e satisfação dos cuidados prestados. No âmbito especificamente dos cuidados de enfermagem, definiu-se como linha orientadora avaliar o impacto direto no cliente, de acordo com: a) as características da equipa ao nível das competências pessoais e profissionais; b) atividades de enfermagem centradas nos procedimentos; c) atividades de enfermagem centradas no cliente; d) as pré-condições para o cuidado e e) progresso do processo de enfermagem / cliente na excelência e continuidade dos cuidados; e) O ambiente de cuidados físico, psicológico e social, sendo implementado em todos os Hospitais do grupo o processo mensal de auditorias aos cuidados de enfermagem, baseado no modelo de Haddad* (2004) que avalia e define o nível global de qualidade dos cuidados em qualidade desejável, adequada, segura, mínima e não adequada. Este modelo, foi adaptado e contextualizado de acordo com os referenciais teóricos dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem da Ordem dos Enfermeiros (OE), Quadro de Referência de Enfermagem e Manual de Procedimentos da Área Assistencial de Enfermagem (AAE) da instituição.

Com a finalidade da melhoria contínua e monitorização da qualidade dos cuidados de enfermagem definiu-se institucionalmente o cumprimento de índices de positividade superiores a 80% ou seja - Qualidade Segura para as dimensões: prevenção de complicações, conforto e bem-estar, readaptação funcional e organização dos cuidados, sendo que com o processo da realização de auditorias da qualidade dos cuidados de enfermagem mensais permite: identificar indicadores sensíveis à garantia e segurança

clínica de acordo com os índices de positividade baseadas em evidências observadas para as dimensões prevenção de complicações, conforto e bem-estar, readaptação funcional, organização de cuidados; classificar a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados em qualidade desejável, adequada, segura, mínima ou não adequada; promover *benchmarking* entre unidades; contribuir para o desenvolvimento profissional e pessoal; e aumentar a satisfação e motivação profissional, o que nos conduziu à realização do estudo.

Objetivos: identificar indicadores sensíveis à garantia e segurança clínica de acordo com os índices de positividade pela evidência observada das dimensões: prevenção de complicações, conforto e bem-estar, readaptação funcional, organização dos cuidados; classificar a qualidade dos cuidados em: qualidade desejável, adequada, segura, mínima ou não adequada; garantir o valor de referência organizacional com os índices de positividade superiores a 80% - Qualidade Segura;

Metodologia: Estudo observacional retrospectivo (2017, 2018 e 2019), com uma amostra aleatória para a interpretação global e detalhada dos significados dos índices de positividade das diferentes situações contextuais por dimensão e por item de acordo com critérios pré-definidos, observação da prestação direta de cuidados e análise dos registos de enfermagem efetuados. Com recurso a estatística descritiva e inferencial, com intervalo de confiança de 95% com margem de erro de 5%.

Resultados: O *report* dos resultados foi facultado aos respetivos serviços dos Hospitais para cada um definir e implementar ações de melhoria contínua de acordo com os padrões definidos.

Com um *n* amostral (taxa de ocupação de doentes saídos) no ano 2017 *n*=1888, no ano de 2018 de *n*=2332 e no ano de 2019 de *n*= 1982.

A avaliação dos resultados foi espelhada pelo número de Não Evidências (NE) observadas, as quais foram analisadas e categorizadas de acordo com indicadores sensíveis à garantia e segurança clínica e apurado o nível global de qualidade dos cuidados em valores percentuais, por dimensão e pelos respetivos itens, de acordo com os critérios de classificação da qualidade dos cuidados de enfermagem ou índices de positividade. Quanto à média global de qualidade do triénio com 86% ou seja qualidade adequada, em que média global anual em 2017 com um índice de positividade global de qualidade mínima - 79% e uma qualidade adequada em 2018 87% e em 2019 com 90%. Quanto ao índice de positividade por dimensão os resultados revelaram globalmente para a dimensão Prevenção de Complicações (13 itens) - 88% sendo que em 2017 foi de 82%, em 2018 de 90% e em 2019 de 91%. Para a dimensão Conforto e bem-estar ao autocuidado (17 itens) revelou globalmente 93%, em 2017 foi de 84%, em 2018 de 97% e em 2019 de 98%. Já para a dimensão Readaptação funcional (9 itens) revelou globalmente 76%, em que 2017 foi de 72%, em 2018 de 73%, em 2019 de 83%,

por último para a dimensão Organização dos Cuidados (11 itens) revelou globalmente 85%, em que 2017 de 78%, em 2018 de 87% e em 2019 de 89%.

Conclusão; O envolvimento dos profissionais na implementação dos mecanismos de controlo é essencial para planear, monitorizar, avaliar e implementar ações de melhoria contínua dos processos. A monitorização sistemática da qualidade dos cuidados de enfermagem permite assim categorizar indicadores de segurança e qualidade que revelaram áreas sensíveis na prática de cuidados as quais poderão ser influenciadas por um acompanhamento estratégico dos profissionais ao longo da prática diária, manter e aumentar o cumprimento dos padrões de qualidade dos cuidados de acordo com a positividade dos critérios e segurança clínica, refletir sobre a prática para a aquisição de novas competências com impacto direto nos resultados e influenciar atitudes, valores e experiências profissionais com um compromisso ético e legal da profissão de Enfermagem.

As organizações ao terem um compromisso de liderança determinado e com uma visão clara do processo, promovem a concretização de planos estratégicos adequados às necessidades e identificam processos facilitadores ao desenvolvimento individual e organizacional que são promotores de dinâmicas colaborativas e reflexivas, sendo essencial o sentimento de pertença e um envolvimento para a tomada de decisão para que ocorra o desenvolvimento de competências pessoais, profissionais e organizacionais.

Nesta relação de reciprocidade entre organização e profissionais baseada no diálogo, a discussão e a partilha ativa, torna-se possível com flexibilidade multidisciplinar desenvolver processos integrados que possibilitam a compreensão das ações e limitações dos diferentes contextos, induzem transformações e ganho de competências com equilíbrio das responsabilidades e proporcionam a avaliação robusta dos processos e resultados com impacto no valor profissional.

Palavras-chave

Enfermagem; qualidade; auditoria; cuidados; indicadores

Referências bibliográficas

- António, N., Teixeira, A., Rosa, A. (2016). Gestão da Qualidade - de Deming ao modelo de excelência EFQM. Edições Sílabo. Lisboa.
- Benner, P. (2001). From Novice to Expert: Excellence and Power in Clinical Nursing Practice. Upper Saddle River, New Jersey: Prentice Hall Health.
- CIPE® - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem®: versão 2015(2015). Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

- Cook, R. M., Mckibben, W. B., & Wind, S. A. (2018). Supervisee perception of power in clinical supervision: The Power Dynamics in Supervision Scale. *Training and Education in Professional Psychology*, 12(3), 188-195. doi:10.1037/tep0000201
- Cruz, S., Carvalho, A. L., & Sousa, P. (2015). Clinical Supervision and Emotional Intelligence Capabilities: Excellence in Clinical Practice. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 171, 153-157. doi: 10.1016/j.sbspro.2015.01.101
- Gonge, H. (2016). Exploring Organizational Barriers to Strengthening Clinical Supervision of Psychiatric Nursing Staff: A Longitudinal Controlled Intervention Study. *Issues in Mental Health Nursing*. ISSN: 0161-2840 (Print) 1096-4673 (Online) Journal homepage: <http://www.tandfonline.com/loi/imhn20>
- Gonsalvez, C. J., Hamid, G., Savage, N. M., & Livni, D. (2017). The Supervision Evaluation and Supervisory Competence Scale: Psychometric Validation. *Australian Psychologist*, 52(2), 94-103. doi:10.1111/ap.12269
- Haddad, M. D., & Évora, Y. D. (2004). Qualidade da assistência de enfermagem: O processo de avaliação; em hospital universitário público.
- Meydan, B., & Koçyiğit, M. (2019). The Supervisory Relationship Experiences of Turkish First- Time and Advanced Supervisees. *Qualitative Research in Education*, 8(1), 89. doi:10.17583/qre.2019.3942
- Ordem dos Enfermeiros (2001). Divulgar: padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem – enquadramento conceptual enunciados descritivos. [Em linha]. Disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/divulgar%20%20padroes%20de%20qualidade%20dos%20cuidados.pdf>.
- Ordem dos Enfermeiros (2010). Modelo de desenvolvimento profissional: processos e instrumentos para a operacionalização do sistema de certificação de competências. [Em linha]. Disponível em <http://membros.ordemenfermeiros.pt/Documents/Documents/cadernostematicos1.pdf>.
- Ordem dos Enfermeiros (2016) Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (REPE) e a segunda alteração ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros (EOE) - Lei 156/2015, de 16 de setembro [https://www.ordemenfermeiros.pt/documentos-oficiais/?type_field=&location_field=re pe&subtype_field=&mandate_field=](https://www.ordemenfermeiros.pt/documentos-oficiais/?type_field=&location_field=re%20pe&subtype_field=&mandate_field=)
- Cook, R. M., McKibben, W. B., Wind, S. A. (2018). Supervisee Perception of Power in Clinical Supervision: The Power Dynamics in Supervision Scale. *Training and Education in Professional Psychology* © 2018 American

3 – A IMPORTÂNCIA DAS TEORIAS DE ENFERMAGEM NA EFETIVAÇÃO DO CCP

Moderadora Professora Margarida Ferreira

3.1 - Modelo prescritivo e adoção de comportamentos na assistência às mães adolescentes

Paula Sarreira de Oliveira

Escola Superior de Saúde Egas Moniz; CiiEM

Introdução: relativamente ao panorama mundial, segundo a Organização Mundial de Saúde, no seu relatório Adolescent Pregnancy de 31 de janeiro de 2020, refere que, todos os anos, nos países em vias de desenvolvimento, estima-se que 12 milhões de meninas entre os 15 a 19 anos engravidam. Que nos países desenvolvidos, pelo menos 777.000 nascimentos ocorrem em meninas menores de 15 anos. Que, nos países em desenvolvimento, por ano, cerca de 10 milhões de gravidezes indesejadas ocorrem em meninas com idades entre os 15 e os 19 anos. Salienta, também que, mundialmente, as complicações durante a gravidez e o parto são a principal causa de morte em meninas dentro desta faixa etária. Dos estimados 5,6 milhões de abortos que ocorrem anualmente entre meninas entre os 15 a 19 anos, 3,9 milhões são inseguros, contribuindo deste modo para a mortalidade materna, morbilidade e problemas de saúde duradouros.

Em termos do panorama nacional, de acordo com os dados do INE, tem-se verificado uma melhoria da situação, com uma diminuição drástica tendo por base os valores referentes a 1980. No entanto, Portugal situa-se entre os países da União Europeia com taxas mais altas de nascimentos em mães adolescentes, em que o planeamento da gravidez apresenta-se como a terceira trajetória mais frequente, 75 a 82% das gravidezes não foi planeada, decorrente de um relacionamento pouco duradouro e de vínculos frágeis com o parceiro. Existe a perda do contato com o progenitor durante a gravidez e o não assumir da paternidade.

Objetivos: apresentar o modelo prescritivo com enfoque nas intervenções de enfermagem para um fenómeno, descrevendo as intervenções que ocorrem e prever as consequências.

Metodologia: apresentação da análise prescritiva dos dados relevantes.

Resultados e Conclusão: A apresentação de um Modelo prescritivo permite, ao sabermos quais os fatores determinantes para o conhecimento, conseguindo trazer informações sobre as consequências deste mesmo acontecimento.

Ou seja, as necessidades de conhecimentos e as competências maternas, das mães adolescentes num contexto de transição quer situacional quer desenvolvimental, tornam-se visíveis de modo a melhorar a assistência a estas famílias.

Palavras-chave

Maternidade na adolescência; intervenções de enfermagem; modelo prescritivo

Referências bibliográficas

- Darroch J, Woog V, Bankole A, Ashford LS. (2016). Adding it up: Costs and benefits of meeting the contraceptive needs of adolescents. New York: Guttmacher Institute.
- UNFPA. Girlhood, not motherhood: Preventing adolescent pregnancy. New York: UNFPA; 2015.
- UNICEF. Ending child marriage: Progress and prospects. New York: UNICEF, 2013
- Sarreira-de-Oliveira. *Maternidade na adolescência*. Lisboa: Universidade Católica Ed.
- Romagnoli, RC. (2014). O conceito de implicação e a pesquisa-intervenção institucionalista. *Psicologia & Sociedade*, 26(1), 44-52. <https://dx.doi.org/10.1590/S0102-71822014000100006>

3.2 - A Teoria de Enfermagem na Organização dos Cuidados de Enfermagem - Um projeto de melhoria de cuidados

Maria Violante Nunes

Serviço de Medicina Interna - Centro Hospitalar de Setúbal, EPE

No âmbito do Protocolo celebrado entre a Ordem dos Enfermeiros e o Centro Hospitalar de Setúbal, EPE para a implementação de programas de melhoria contínua da qualidade de cuidados, o Serviço de Medicina Interna estruturou um projecto de intervenção com o objetivo de “Elaborar um modelo para reduzir a ocorrência de quedas nos doentes internados”.

Assumiu-se que os pressupostos do desenvolvimento eram a promoção da cultura de segurança, apoiada no Plano Nacional para a Segurança dos doentes (Ministério da Saúde, 2015), conciliada com as determinações da Ordem dos Enfermeiros (2007).

Na definição de conceitos foi adotada a definição de “Queda” integrada na CIPE, versão 2.0. (Ordem dos Enfermeiros, 2011), e considerada a classificação dos factores de risco para o fenómeno.

“Queda” enunciada pela Organização Mundial de Saúde (World Health Organization, 2007), que os categoriza em Comportamental, Biológico, Socioeconómico ou Ambiental, assumindo que os factores comportamentais são modificáveis e estão relacionados com as ações humanas, as escolhas diárias ou as emoções.

A definição do modelo foi feita com recurso à Teoria das Consequências Funcionais desenvolvida por Carol Miller, cujo conceito é o de que alterações inevitáveis decorrentes do processo de envelhecimento associadas a fatores de risco, causam consequências funcionais negativas. Para Carol Miller as consequências funcionais são efeitos observáveis. A maioria das consequências funcionais negativas, que interferem com a funcionalidade e qualidade de vida da pessoa, pode ser atenuada por uma intervenção sobre os efeitos dos fatores de risco. A intervenção do enfermeiro, com destaque para as intervenções autónomas, deve focar os fatores de risco e pode resultar em consequências funcionais positivas, que facilitam um maior nível de funcionalidade, um menor nível de dependência e melhor qualidade de vida (Miller, 2012).

As atividades desenvolvidas integraram a formação de toda a equipa, a elaboração de um “Guia orientador para os Enfermeiros”, onde estão descritos os momentos em que deve ser efetuada a estratificação do risco de queda aplicando a Escala de Quedas de Morse, a definição das medidas de prevenção ajustadas ao risco identificado; no guia orientador está ainda definido que os enfermeiros devem efetuar registos protocolados no processo clínico do doente internado sempre que o fenómeno ocorra, e um relato de incidente.

Para a monitorização do processo foram utilizados os indicadores sugeridos pela Ordem dos Enfermeiros no Resumo Mínimo de Dados e Core de Indicadores de Enfermagem para o Repositório Central de Dados da Saúde (Ordem dos Enfermeiros, 2007) preconizados para o foco, e elaborada a grelha de auditoria, que integra observação direta e consulta dos registos clínicos.

No primeiro ano em avaliação (2012) verificou-se uma taxa de incidência de 5,2%, uma taxa de prevalência de 6,7% e uma taxa de efetividade na prevenção de 93,3%; o relatório elaborado em 2019 refere uma taxa de incidência de 0,4%, uma taxa de prevalência de 1,79% e uma taxa de efetividade na prevenção de 99,2%.

Dos resultados disponíveis na última avaliação deve ainda salientar-se uma taxa de cumprimento das medidas de prevenção de 94 %.

A evolução positiva destes indicadores permite concluir que as intervenções autónomas da enfermagem se transformam em consequências funcionais positivas, tal como é referido na Teoria das Consequências Funcionais de Carol Miller.

Toda a equipa de enfermagem refere a replicação da formação a todos os enfermeiros como um aspeto fundamental, em particular para a envolvência dos novos enfermeiros, como garantia para o cumprimento de procedimentos.

Destacam ainda a ação dos enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação, como um contributo essencial no treino de autonomia dos doentes (marcha e equilíbrio), entendido como uma consequência funcional positiva.

Palavras-chave

Queda; consequências funcionais; segurança, projeto de melhoria

Referências bibliográficas

Miller, C. A. (2012). *Nursing for wellness in older adults*. (6ª Ed). Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.

Ministério da Saúde. (2015). Decreto nº 1400-A/2015 de 10 Fevereiro. Anexo, *Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020*. *Diário da República*, 2ª Série, nº 28, 3882- (2) -3882- (10). Recuperado de: <https://dre.pt/application/file/66457154>

Ordem dos Enfermeiros. (2011). *Browser CIPE Versão 2*. (1). Recuperado de: <http://www.ordemenfermeiros.pt/browserCIPE/BrowserCIPE.aspx>

Ordem dos Enfermeiros. (2007). *Sistema de Informação de Enfermagem (SIE) - Resumo Mínimo de Dados e Core de Indicadores de Enfermagem para o Repositório Central de Dados da Saúde*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Recuperado de: http://www.ordemenfermeiros.pt/documentosoficiais/documents/rmde_indicadores-vfout2007.pdf

World Health Organization. (2007). *Background Paper: Falls Prevention: Policy, Research and Practice - World Health Organization Report: Prevention of Falls in Older Age*. World Health Organization. Recuperado de: <http://www.who.int/ageing/projects/5.Intervention,%20policies%20and%20sustainability%20of%20falls%20prevention.pdf>

4 – ESTABELECEER A PARCERIA NOS CUIDADOS

Moderadora Professora Fernanda Loureiro

4.1 - Os Pares “Peritos” como Principais Atores na Educação para a Autogestão da Condição Crónica

Maria Isabel Dias da Costa Malheiro

Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

Introdução: Os avanços tecnológicos e científicos na área da Saúde da Mãe e da Criança resultaram no aumento da incidência da população pediátrica com doença crónica. Com o aumento da esperança de vida, muitos destes jovens atingem a idade adulta, ainda muito dependentes dos seus pais/cuidadores para dar uma resposta adequada às suas necessidades especiais de saúde.

Deste modo, promover a transição e a transferência da responsabilização pelos cuidados especiais de saúde, dos pais/cuidadores para os jovens, constitui um dos principais desafios que se colocam aos profissionais de saúde (Sawin et al., 2006). O desenvolvimento das competências de autogestão no jovem com condição crónica, irá permitir que este aprenda a viver, trabalhar e participar ativamente na sociedade, com conhecimento de como gerir a sua condição e como prevenir a curto e longo prazo as complicações (Lombardo et al., 2003). Cabe aos profissionais de saúde a responsabilidade de orientar o jovem a adquirir estas competências para que possam transitar para a idade adulta com as tarefas inerentes à adolescência cumpridas tais como, a conquista da autonomia e a independência dos seus pais.

A gestão da condição crónica tem sido reconhecida como uma importante componente dos cuidados em saúde, associada a uma crescente consciencialização de que estratégias similares visam encorajar os indivíduos a terem mais controlo e responsabilidade pela gestão da sua condição (Wrigth, 2011).

Nos últimos anos tem-se dado ênfase às intervenções psicoeducativas no sentido de facilitar o processo de educação para a autogestão no indivíduo com uma condição crónica. A evidência científica demonstra que melhoram os resultados em saúde que se traduzem na redução das hospitalizações e complicações, melhoria na funcionalidade, na qualidade de vida e no Bem-estar (Lorig & Holman, 2003). No entanto, pouco se sabe sobre estratégias efetivas para promover comportamentos de autogestão em adolescentes.

De entre os diversos programas de educação para a autogestão encontrados na literatura destaca-se o modelo de intervenção desenvolvido por Kate Lorig Expert Patients Programme (EPP) que a evidência científica comprovou ser eficaz em adultos e idosos com condição crónica. Foram pioneiros na utilização de Lay leds no programa. Consideram lay led um modelo com a mesma condição crónica dos participantes e que é perito na autogestão da sua condição.

Objetivo: desenvolver, implementar e avaliar o efeito de um Programa de Educação para a Autogestão em Adolescentes com Spina Bífida (PEAJSB)

Procedimento: o PEAJSB foi adaptado do Modelo *Expert Patient Programme* para a população pediátrica, e sustentado em algumas teorias e conceitos dos quais se destaca, a Teoria Sociocognitiva (Bandura, 2004); o Modelo de Crenças em Saúde (Janz & Becker); A Teoria do Comportamento Planeado (Ajzen, 1991); O Modelo Transteórico da Mudança de Comportamento (Prochaska, et al, 1993) e o Modelo PRECEDE-PROCEED (Green).

O PEAJSB foi implementado a 87 Jovens com Spina Bífida/Lesão medular com idades compreendidas entre os 10 e os 18, composto por 7 sessões moderadas por uma enfermeira e um Lay led e que obedecem a um protocolo detalhado com as seguintes etapas: Breve introdução ao tema; Questionamento (tema da sessão); Brainstorming de Problemas; Técnica de Resolução de Problemas (questionar o grupo quanto às possíveis formas de resolução); Roleplaying (simulação de dois ou três problemas); Breve Lição (apresentação sumária em slides de alguns pontos-chave e visualização de breves vídeos de simulação realizada pelos Monitores/Lay Leds); plano de ação (no final de cada sessão, os participantes comprometem-se a mudar, pelo menos, um comportamento relacionado com o tema e registá-lo no seu "Livro Individual").

No decorrer do programa foi implementado o regime de tutoria: os tutores são selecionados de entre os participantes pela idade e nível de desenvolvimento (mais velhos) e não por capacidade e autonomia (metade do grupo de participantes, os mais velhos são tutores da restante metade dos participantes os mais novos).

Resultados: O Programa obteve resultados muito positivos na capacitação e habilitação do jovem com SB na realização das AVD e que são confirmados pelos pais após 6 meses de convivência no domicílio. Os pais e os jovens referem mudanças no seu comportamento estarem mais: responsáveis; proactivos; autoconfiantes; mais competentes na resolução de problemas e autónomos na realização das AVD.

Quanto à avaliação dos jovens relativamente às estratégias psicoeducativas utilizadas no programa, a implementação do regime de tutoria entre os participantes foi sem dúvida uma estratégia destacada por estes jovens. No seu discurso denotam uma grande satisfação pela oportunidade de ensinar os mais pequenos. Consideraram como uma mais-valia, pois obrigou-os a melhorar o seu desempenho na gestão da sua condição, para que o pudessem transmitir de forma correta aos mais pequenos.

A implementação de monitores com SB peritos na gestão da sua condição (Lay Led) foi também considerada uma estratégia importante para os jovens e para os pais. Pela motivação e incentivo associado ao sucesso deste e a perspectiva de no futuro também conseguirem gerir a sua condição de forma autónoma.

Os jovens destacam também o método de resolução de problemas utilizado no programa como uma estratégia que contribuiu para o desenvolvimento de competências de autogestão da condição.

Os resultados revelam as vantagens das estratégias de reforço da Autoeficácia (persuasão social e modelagem com os Lay leds e tutores) utilizadas no programa e podemos afirmar que estão associadas a uma melhoria nos comportamentos de autogestão nos jovens com SB.

Conclusão: O PEAJSB destaca-se não só pelos resultados obtidos com estes jovens, mas também pela possibilidade de ser adaptado a jovens com outras doenças crónicas ou incapacidade (atualmente estamos a realizar um estudo piloto em que o PEAJSB, já foi adaptado e implementado em adolescentes com Diabetes Mellitus Tipo 1 estamos em processo de análise dos dados).

Palavras-chave

Adolescent; Self-management; Program Evaluation

Referências bibliográficas

- Ajzen, I. (1991). The Theory of Planned Behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50(2), 179-211. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/0749-5978\(91\)90020-T](http://dx.doi.org/10.1016/0749-5978(91)90020-T)
- Bandura, A. (2004). Health promotion by social cognitive means. *Health Education & Behavior*, 31(2), 143-164. doi: 10.1177/1090198104263660
- Lombardo, F., Salzano, G., Messina, M. F., & De Luca, F. (2003). How self management therapy can improve quality of life for diabetic patients. *Acta Bio-Medica: Atenei Parmensis*, 74(Suppl 1), 26-28.
- Lorig, K., & Holman, H. (2003). Self-management education: history, definition, outcomes, and mechanisms. *Annals of Behavioral Medicine*, 26(1), 1-7.
- Prochaska, J. O. , DiClemente, C. C., & Norcross, J. C. (1993). In search of how people change: Applications to addictive behaviors. *Diabetes Spectrum*, 6(1), 25-33.
- Sawin, K. J., & Bellin, M. H. (2010). Quality of life in individuals with spina bifida: a research update. *Developmental Disabilities Research Reviews*, 16(1), 47-59. doi: 10.1002/ddrr.96

- Sawin, K. J. , Bellin, M. H., Builta, E., Vasel, L., Buran, C. F., & Brei, T. J. (2006). Cross-informant agreement between adolescents with myelomeningocele and their parents. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 48(3), 188-194.
- Wright, K. (2011). Self-management and current health policies. In L. Meerabeau & K. Wright (Eds.), *Long-term conditions: Nursing care and management* (pp. 119-134). Oxford: Blackwell Publishing.

4.2 - Modelos de Parceria para a centralidade na Pessoa e Família

Maria Manuela Ferreira Pereira da Silva Martins

ICBAS - Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar

Introdução: O conceito de parceria enquadra-se na problemática das redes. A rede constitui uma articulação de nós através de determinado número de conexões (Castells, 2002, p. 606; Dupuy, 1994, p. 145). Estes nós são *a priori* heterogéneos no tempo e no espaço. Esta propriedade é a base para a necessidade de conexões desencadeadas pela rede (Dupuy, 1994, p. 145). Em termos pragmáticos, a parceria é considerada um processo de negociação e definição de objetivos comuns com implicações nas respetivas tarefas.

Para o desenvolvimento da parceria é necessário: clarificação e definição de objetivos de cada instituição parceira, do projeto e dos objetivos e metas específicas (ou seja, diretamente ligados às tarefas previstas); desenvolvimento do diagnóstico;

definição e concretização de tarefas que possibilitam o alcance dos objetivos na base da disponibilização e partilha de recursos humanos, financeiros e materiais; a última fase a definição e concretização da avaliação de resultados e processos.

Em 1988 emerge o primeiro modelo de cuidados pediátricos, desenvolvido a partir do conceito de criar uma parceria de cuidados centrados na família. É denominado por Modelo da Parceria de Cuidados, que realça a importância fundamental dos pais nos cuidados à criança hospitalizada, assumindo estes como parceiros da equipa de enfermagem pediátrica nos cuidados ao filho (Casey, 1993). Para a autora os cuidados centrados na família, prestados em parceria com esta, são a filosofia de enfermagem pediátrica. As crenças e valores que sustentam essa filosofia incluem o reconhecimento de que os pais são os melhores prestadores de cuidados à criança. É importante preservar o crescimento e desenvolvimento da criança, os cuidados devem ser prestados em forma de proteção, estímulo e amor, e nesta perspetiva ninguém melhor que os pais para os desenvolverem, contudo Há necessidades das crianças de

desenvolvimento e crescimento em que os pais são os privilegiados para os desenvolver e as enfermeiras só o devem fazer na sua impossibilidade, mas também há cuidados que só as enfermeiras podem desenvolver embora integrem os pais com treino e ensino.

O modelo Parceria em Enfermagem Christensen (1993) Clarifica a contribuição do enfermeiro para otimizar a experiência de cada pessoa enquanto doente ou seu familiar e revaloriza a prestação de enfermagem, utiliza o conhecimento e as técnicas conhecidas e disponíveis para benefício de todos, principalmente a relação enfermeiro/doente a partir de três elementos essenciais, interligados dentro da prática de enfermagem: contexto, passagem e trabalho mútuo.

Objetivos: Identificar mecanismos que conduzam a uma parceria efetiva; Relembrar estratégias que favorecem a parceria; Descrever dois modelos de parceria em Enfermagem (A. Casey, 1988), (Christensen J. , 1993)

Metodologia: Reflexiva com revisão da literatura a partir das palavras chaves e com recurso à análise swot.

Resultados: Identifica-se referências à parceria como técnica de aproximação de instituições e também modelos de práticas de cuidados.

Os modelos de cuidados apresentam especificações para a intervenção sendo que o de A. Casey (1988) sustenta-se nos conceitos: a criança; saúde; ambiente; família; enfermeiro pediátrico; diversidade de papeis. Desenvolvendo-se a partir do apoio, ensino e encaminhamento.

Por sua vez do Modelo de Christensen (1993:35) assenta no trabalho mútuo entre as partes sustenta-se nas Determinante Contextuais: continuidade Episódica; intimidade anónima; benevolência mutua. Num processo assistencial desenvolvido com um início o estabelecimento das tarefas seguindo-se a negociação durante todo o processo até terminar o episódio de contacto, ou seja até ir para casa.

Conclusão: As parcerias exigem condições de conhecimento para os enfermeiros tais como: conhecimento claro da sua área de intervenção; capacidade negocial, para tomar decisões e gerir conflitos e manter uma comunicação assertiva. Das evidencias são pontes fortes da parceria: a visibilidade que dá aos Enfermeiros; aplica-se em qualquer metodologia de trabalho; autonomia do cliente é valorizada; Direitos e deveres dos clientes e enfermeiros são considerados e valoriza a responsabilidade. Das fraquezas identificamos: a exigência de treino e conhecimentos; condições para a negociação; há poucos estudos com a sua aplicação. Das oportunidades emerge fazer a diferença com outros profissionais; demonstrar uma estratégia de centralidade no cliente e por ultimo como ameaça a dificuldades em generalizar. A Pessoa Cuidada e seus Familiar são iguais aos enfermeiros, os três são cidadãos com direitos Iguais, só têm saberes diferentes.

Nurse and patient; Nursing; Nurse-Patient Relations

Referências bibliográficas

- Casey, A. (1995). Partnership nursing: influences on involvement of informal carers. *Journal of Advanced Nursing*, 22, 1058-1062.
- Casey, A. & Mobbs, S. (1988) - Partnership in practice. *Nursing Times*. Vol. 84, nº 4, p. 67-68.
- Castells, M. (2002), *A Sociedade em Rede*, Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Castells, M. (2005), «A sociedade em rede», in G. Cardoso et al., *A Sociedade em Rede em Portugal*, Porto: Campo das Letras, pp. 19-29.
- Christensen, J. (1993). *Nursing Partnership: A Model for Nursing Practice*. Londres, Reino Unido: Churchill Livingstone.
- Dupuy, G. (1994), «Réseaux», in J.-P. Auray, *Encyclopédie d'économie spatiale*, Paris: Economica, pp. 145-151.
- Gottlieb, L. & Feely, N. (2005) - The collaborative partnership approach to care: a delicate balance. Toronto: Elsevier Canada.
- Martins, M. M. F. P. d. S. (2004). *O adulto doente e a família uma parceria de cuidados* Retrieved from Porto: <https://repositorio-aberto.up.pt/>
- Mendes, M. G S Rs; Martins, M. M.(2012)- . Parceria nos cuidados de enfermagem em pediatria: do discurso à ação dos enfermeiros. *Rev. Enf. Ref*, vol.serIII, n.6, pp.113-121. ISSN 0874 0283 <http://dx.doi.org/10.12707/RIII1144>.
- Smith, F. (1995). *Children's nursing in practice: The Nottingham model*. Oxford: Blackwell Science.

5 – A PERSONALIZAÇÃO DO CCP

Moderadora Professora Paula Oliveira

5.1 - A qualidade de vida no cuidado à pessoa submetida a transplante renal

Vanessa Antunes,

Escola Superior de Saúde Egas Moniz; Membro Integrado do Centro de Investigação Interdisciplinar Egas Moniz

Introdução. A doença renal crónica é considerada um problema de saúde pública, não só pela sustentabilidade do sistema de saúde, mas sobretudo pela forma como afeta a qualidade de vida dos indivíduos não só a nível físico, como social e familiar. Ela afeta mais de 10% da população dos países desenvolvidos e é classificada em 5 estádios de afeção renal, em que no último ocorre falência renal com necessidade de TSFR (Hemodiálise, Diálise Peritoneal e Transplante Renal) (KDIGO, 2013). O TR é um dos tratamentos de eleição perante o último estádio da DRCT, sendo que vários estudos demonstram que este proporciona ganhos em saúde, aumento da sobrevida e QV (Domingos, 2014; Santos et al., 2016). No entanto, esta modalidade conduz a pessoa à condição de doente crónico gerando grande incerteza, traz alguns riscos, medos e dependência de tratamentos farmacológicos e um alto impacto social e económico (Carrillo, Melgarejo, & Rubio, 2015). Nesta perspetiva, os profissionais de saúde, especificamente de enfermagem, devem saber identificar e avaliar a QV destas pessoas, para adequarem a sua intervenção às dimensões mais afetadas.

Objetivos. Mapear as evidências disponíveis sobre a avaliação da QV da pessoa com doença renal crónica, pós transplante.

Metodologia. Este estudo adapta a metodologia proposta pelo *Joanna Briggs Institute* (JBI) para a Scoping Review (Peters et al., 2017), permitindo identificar hiatos na literatura e mapear os tipos de evidência que suportam a prática de enfermagem na promoção da QV dos transplantados renais. Desta forma, a pesquisa decorreu em três fases: foi primeiramente efetuada uma pesquisa através da EBSCO, limitada à MEDLINE e CINAHL, para análise das palavras contidas no título, no resumo e nos termos do índice, com o objetivo de apurar os descritores; numa segunda pesquisa utilizaram-se as palavras-chave e termos de índice identificados realizando-se uma procura em toda as bases de dados incluídas; por fim, a lista de estudos obtidos foi sujeita aos filtros de acordo com os critérios de inclusão, tendo sido ainda posteriormente selecionados a partir da leitura do resumo e texto completo (Peters et al., 2017). A pesquisa foi efetuada

em maio de 2019, nas bases de dados: MEDLINE (PubMed), Scopus; CINAHL; e EBSCO. Para estudos não publicados recorreu-se ao Google Scholar. Estabeleceram-se como critérios de inclusão: artigos publicados nos últimos 10 anos; em inglês, espanhol e português; estudos de caráter quantitativo e qualitativo que abordassem uma ou mais dimensões da qualidade de vida (QV) no transplantado renal; estudos de validação de escalas e disponibilidade de texto integral. Como critérios de exclusão definiram-se: estudos em menores de 18 anos; estudos que não relacionassem a dimensão avaliada com a qualidade de vida. Para o processo de seleção de artigos optou-se pela metodologia PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses). As referências dos artigos identificados foram exportadas para o gestor de referências Mendeley. O processo de seleção de artigos foi efetuado de acordo com a metodologia PRISMA, tendo sido incluídos um total de 27 estudos. Os dados foram extraídos com recurso a uma tabela de sistematização da informação alinhada ao objetivo e à questão de investigação.

Resultados. Apesar da limitação temporal de 10 anos, a maioria dos estudos (22) foram publicados nos últimos cinco anos. Evidencia-se a prevalência de estudos de caráter quantitativo e 3 revisões de literatura. Os estudos quantitativos utilizam uma heterogeneidade de instrumentos para avaliar a QV com predominância da SF-6 e WHOQoL. Não sendo específicas para o TR estes estudos relacionam algumas dimensões gerais da QV (componente social; componente mental; e percepção geral do estado de saúde) com variáveis específicas da QV do TR (sono, efeitos colaterais da terapia imunossupressora, idade, sexualidade, comorbilidades, prurido, fadiga, regime terapêutico, imagem corporal, otimismo, ansiedade, depressão, apoio social, emprego, biomarcadores (hemoglobina e eritrócitos), aparência física, tempo de TR, tempo em diálise, receio de rejeição do enxerto, literacia, e tipo de dador). Constata-se uma escassez de estudos longitudinais e experimentais que demonstrem a causalidade destas variáveis sobre a QV do transplantado renal.

Conclusão. É vital que o enfermeiro detenha conhecimento das dimensões da QV afetadas após transplante renal, para compreender a forma e os motivos do doente renal crónico funcionar durante o processo de adaptação e auxiliá-lo a gerir os comportamentos associados ao novo papel. Evidencia-se a necessidade de inclusão destes achados no currículo académico de enfermagem. O treino e reflexão sobre diagnósticos e intervenções direcionadas à melhoria da QV, são estratégias facilitadoras da translação do conhecimento e aplicação na prática.

Palavras-chave

Qualidade de Vida; Doença Renal Crónica; Transplante Renal; Enfermagem

Referências bibliográficas

- Carrillo, A., Melgarejo, L., & Rubio, F. (2015). El cuidado en un programa de trasplante renal: un acompañamiento de vida. *Aquichan*, 15(2), 266–277. <https://doi.org/10.5294/aqui.2015.15.2.10>
- KDIGO. (2013). Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease. *Kidney International Supplements*, 3, 1–150. <https://doi.org/10.1038/kisup.2012.64>
- Peters, M., Godfrey, C. M., Mcinerney, P., Baldini Soares, C., Khalil, H., & Parker, D. (2017). 2017 Guidance for the Conduct of JBI Scoping Reviews. *Joana Briggs Institute Reviewer's Manual*, (September), 141–146.
- Santos, B. P. dos, Schwartz, E., Beuter, M., Echevarría-Guanilo, M. E., Feijó, A. M., & Duarte, G. da C. (2016). Transplante renal: análise comportamental a partir da Técnica dos Incidentes Críticos. *Aquichan*, 16(1), 83–93.

5.2 - Parceria de Cuidados de Enfermagem no Cuidar da Pessoa após Acidente Vascular Cerebral

Maria do Céu Sá

Departamento de Enfermagem de Reabilitação, Escola Superior de Enfermagem, de Lisboa (ESEL).

A pessoa com Acidente Vascular Cerebral (AVC) pode apresentar problemas de várias ordens em todas as suas dimensões quer física quer psicológica. Quando ocorre um AVC, o tempo de internamento é cada vez mais curto, o que significa altas clínicas precoces (Lourenço, & Mendes, 2007). O Plano Nacional de Saúde (2010-2016) refere a insuficiência de respostas relativamente às pessoas que se encontram em situação de perda de funcionalidade ou com níveis de dependência que as fazem necessitar de apoio para a satisfação das suas necessidades o que se traduz na procura de auxílio nas redes de apoio formal e informal (Ministério da Saúde, 2013). Integrada na rede de apoio informal configura-se a família como um recurso fundamental. Face a esta situação a parceria com a família e a sua presença durante o internamento deve ser uma realidade no processo de cuidados. O Enfermeiro ao envolver a família e ao proporcionar a sua participação nos cuidados ao familiar, está a favorecer a manutenção da sua individualidade, da unidade familiar e dos valores afetivos. Esta oportunidade da família observar e participar na prestação de cuidados, prepara-a para enfrentar a realidade

pós-alta, ou seja, a continuidade dos cuidados no domicílio (Direção-Geral da Saúde, 2000).

Neste processo de parceria os enfermeiros dispõem de oportunidades únicas para exercer a arte de cuidar, dando ênfase a interações centrada na pessoa onde cada uma pode vivenciar um projeto de saúde, que a torna singular, única e indivisível num momento único de cuidado.

O conceito de parceria apresenta várias definições, no entanto de acordo com vários autores (Gotlieb, & Feeley, 2005) estes são unânimes em considerar a parceria como um processo dinâmico que requer participação ativa e acordo de todos os parceiros na procura de objetivos comuns.

A preparação da alta bem conduzida, possibilita a prevenção de complicações, na medida em que um número significativo dos problemas pode ser antecipado, evita prolongamentos do internamento e concorre para a diminuição de reinternamentos, rentabilizando deste modo os recursos disponíveis

Das intervenções do enfermeiro no processo de planeamento da alta destacam-se:

Avaliação das reais capacidades do doente e da família

Identificação das necessidades afetadas, problemas reais e potenciais da pessoa/familiar;

Criação de espaços de diálogo sobre o impacto da doença na vida familiar e discussão, planeamento e avaliação conjunta dos cuidados;

Resposta às dúvidas e promoção de atitudes que facilitem o processo de adaptação do cuidador;

Identificação de barreiras e aconselhamento sobre as adaptações da estrutura física da habitação às reais necessidades funcionais do doente;

Coordenação com outros profissionais envolvidos na continuidade dos cuidados;

Participação no processo de encaminhamento do doente e cuidador para outros serviços da comunidade;

Transferência de conhecimentos, capacidades e recursos de modo a que consigam prestar cuidados ao seu familiar dependente, personalizando e adaptando o ensino às necessidades ou dificuldades de cada um.

O estabelecimento de um processo interpessoal, significativo e terapêutico entre o enfermeiro e a família, será a tónica da parceria dos cuidados de enfermagem.

Para a Ordem dos Enfermeiros (2008) os cuidados de enfermagem devem ajudar a pessoa/família a gerir os recursos da comunidade em matéria de saúde, sendo vantajoso que o enfermeiro assuma um papel de pivô no contexto da equipa, e paralelamente

promovendo o reportório dos recursos pessoais, familiares e comunitários para lidar com os desafios de saúde destas pessoas.

Os cuidados de enfermagem têm por finalidade a capacitação da pessoa/família a partir da maximização do seu potencial de saúde ajudando-a a ser proactiva na consecução do seu projeto de saúde, considerando a complexidade das interações num contexto de unicidade. Assim, direcionando o seu *empowerment* face aos seus projetos de vida, pela mobilização dos recursos internos e externos promotores de novas formas de interação, o enfermeiro promove a saúde da família e a sua autonomia (Figueiredo, 2012). Aludir à parceria de cuidados com a família implica objetivar a relação na participação no cuidar, e esta permite assumir que o familiar é um parceiro no cuidar.

As intervenções de enfermagem na parceria podem ser sintetizadas na mnemónica “PARCERIA” (Gomes, 2007):

Participar na tomada de decisão;

Atenção, tempo, disponibilidade;

Respeito, pela pessoa e família, seus conhecimentos, crenças e valores;

Conhecimento do que se passa.

Explicações da doença e dos cuidados;

Receber cuidados, individualizados e negociados;

Informar o doente e a família do que pode ou não fazer;

Aceitar a individualidade da pessoa e família

A prestação de cuidados à pessoa com AVC nos diferentes contextos quer institucional ou domiciliar surge como necessidade de adaptação. Urge adotar um modelo de parceria de cuidados incluindo a família mostrando-se bastante profícua em todas as áreas de saúde, trazendo ganhos significativos em saúde, na humanização, qualidade e continuidade dos cuidados por parte da família. Neste processo, a Ordem dos Enfermeiros (2008) considera elementos importantes “ o estabelecimento de parcerias (...) no planeamento de cuidados, o envolvimento dos significativos da pessoa” já que as exigências contínuas e os recursos limitados são uma realidade para um número significativo de famílias.

Termino citando Hesbeen (2001) para sublinhar a importância da parceria de cuidados de enfermagem no cuidar da pessoa independentemente da sua condição, o autor refere que os enfermeiros são profissionais que cuidam, não apenas através dos atos, mas da capacidade de ir ao encontro dos outros e de caminhar com eles para conseguirem melhor condição de saúde.

Parceria de cuidados; Enfermagem; Pessoa com AVC; Família

Referências bibliográficas

- Direção-Geral da Saúde. (2000). *Visitas e Acompanhamento Familiar a Doentes Internados. Circular Normativa nº 4/DSPC*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
- Figueiredo, M. (2012). *Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar*. Loures: Lusociência.
- Gomes, I. (2007). O conceito de parceria na interação enfermeiro/doente idoso – da submissão à ação negociada (p. 67 – 113). In Gomes, I., Carvalho, R., Dinis, R., Mesquita, C., & Mestrinho, M., *Parceria e cuidado de enfermagem – uma questão de cidadania*. Coimbra: Formasau.
- Gotlieb, L., & Feeley, N. (2005). *The collaborative partnership approach to care: A delicate balance*. Toronto, Canada: Elsevier.
- Hesbeen, W. (2001). *Qualidade em Enfermagem: pensamento e acção na perspectiva do cuidar*. Loures: Lusociência.
- Lourenço, C. A., & Mendes, R. M. (2007). O Contributo do Enfermeiro na Reintegração/ Reabilitação do doente com AVC e Família na Comunidade. *Ecos de Enfermagem*, 262, 16-24.
- Ordem dos Enfermeiros. (2008). *Dia Internacional da Família – Enfermeiros e famílias em parceria na construção da saúde para todos*. [Em linha] Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ministério da Saúde. (2013). *Plano Nacional de Saúde (2010-2016)*. Lisboa: Ministério da Saúde.

5.3 - Levante Precoce e Recuperação da Marcha: Projeto de Melhoria Contínua da Qualidade

Dina Peças

Serviço de Medicina IV, Hospital Garcia de Orta E.P.E.

Introdução: Este projeto de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem está orientado para a intervenção em pessoas hospitalizadas restritas ao leito, encontrando-se alicerçado na tomada de decisão autónoma do enfermeiro e do enfermeiro especialista.

Foi desenvolvido a partir da identificação de problemas relacionados com a demora no primeiro levante, na reconstrução da autonomia da pessoa restrita ao leito e a falta de uniformização de procedimentos para levante precoce e recuperação da marcha na pessoa hospitalizada.

O repouso prolongado leva a uma perda muscular diária de 1-3% e semanal de 10-15% da força, pelo que uma pessoa imóvel entre 3-5 semanas pode perder metade da força muscular. Associado a outras comorbilidades, o repouso prolongado tem um impacto sistémico, reduzindo a capacidade funcional e aumentando o tempo de internamento. O levante precoce traz benefícios físicos e psicológicos, diminui a incidência de complicações e acelera a recuperação. A intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação é determinante para a recuperação da pessoa, designadamente na recuperação da marcha.

Objetivo: Uniformizar procedimentos para levante precoce e recuperação da marcha em pessoas internadas no hospital.

Metodologia: Metodologia baseada no ciclo de gestão da qualidade, adaptado para as oito fases propostas pela Ordem dos Enfermeiros, para melhor responder às necessidades específicas de um projeto de enfermagem.

Avaliação e Conclusão: Com a atualização do sistema de informação em enfermagem (SClínico) e a consequente evolução para a utilização da parametrização nacional única (PNU), o projeto encontra-se atualmente no processo de reavaliação dos resultados dos indicadores de enfermagem, de acordo com a nova nomenclatura e com o algoritmo de registo dos cuidados de enfermagem neste domínio.

O projeto permite avaliar os ganhos em capacidade para andar e os ganhos na reconstrução da autonomia das pessoas internadas. Perante a comparabilidade possibilitada pela utilização da PNU, os resultados do projeto podem, futuramente, ser comparados com os resultados atingidos noutros contextos clínicos da instituição e do país.

Sugere-se a realização futura de estudos de investigação que avaliem o impacto deste projeto e dos resultados de enfermagem na melhoria de indicadores de efetividade e eficiência hospitalar.

Palavras-chave

Levante precoce; Recuperação da marcha; Enfermagem; Enfermagem de Reabilitação

Referências bibliográficas

- Castro, J. (2013). *A importância da Mobilização Precoce em pacientes Internados na unidade de terapia intensiva (UTI): Revisão de Literatura*. Persp. Online: biol. & saúde, Campos dos Goytacazes, 10(3), 15-23.
- Moreira, R. C. M. (2012). *Mobilização Precoce De Pacientes Criticamente Doentes: ensaio clínico aleatorizado*. Universidade Federal de Minas Gerais. Dissertação de Mestrado em Ciências da Reabilitação. Belo Horizonte.
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Guia para a Organização de Programas de Melhoria Contínua da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem*. Funchal: Conselho de Enfermagem Regional – SRMOE.
- Parada, F., & Pereira, C. (2003). *Da imobilidade ao condicionamento ao esforço: imobilidade – bases fisiopatológicas*. Geriatria: Lisboa, 15 (153) 36-45.
- Peças, D. (2016). *A intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação na recuperação da marcha*. Dissertação de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação. Repositório Comum da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Recuperado de <http://hdl.handle.net/10400.26/17517>.

5.4 - Continuidade de Cuidados: Da Urgência para a Comunidade

Liliana Alexandra Barros

Serviço de Urgência Geral - Hospitalar Garcia de Orta, E.P.E.

Introdução: Esta preleção tem como principal objetivo dar a conhecer o Projeto “Do SUG para a Comunidade”, que teve o seu pontapé de saída no ano de 2018 no Serviço de Urgência Geral do Hospital Garcia de Orta em conjunto com o ACES Almada e Seixal. É

feita uma breve síntese de como este projeto surgiu, como o serviço detetou esta necessidade e como este foi desenvolvido e monitorizado durante 18 meses. A articulação de cuidados ao utente/cuidador é então o foco desta preleção e como os cuidados centrados na pessoa são primordiais para uma boa recuperação/estabilização após uma situação de doença.

O Hospital Garcia de Orta, sendo um Hospital Central e um dos maiores Hospitais do país, serve uma população de cerca de 333 mil habitantes dos Concelhos de Almada e Seixal. Desta forma, o Serviço de Urgência do Hospital Garcia de Orta tem verificado um crescendo do número de atendimento de utentes entre 2017 e 2019, também devido ao crescimento populacional nos concelhos que servimos e que a nós recorrem.

Ao longo destes anos também se tem verificado um aumento significativo nas readmissões no Serviço de Urgência, que chamou a atenção dos gestores e profissionais que integram o Serviço. A verdade é que muitas destas readmissões se devem ao facto de servirmos uma população cada vez mais idosa e com maior número de comorbidades, dependências, fragilidades e com contextos sociais complexos.

Esta problemática levou a uma discussão por parte dos profissionais do serviço de forma a adotar estratégias dentro do mesmo e junto da Comunidade que levassem a que os nossos utentes/cuidadores tivessem um maior acompanhamento de enfermagem aquando da alta do Serviço de Urgência e desta forma fosse possível evitar o seu regresso ao Hospital.

Não existe qualquer dúvida da importância que uma Continuidade de Cuidados eficaz tem para o desenvolvimento, recuperação e reabilitação dos utentes e como esta se torna indispensável num Sistema de Saúde que pretende disponibilizar á população cuidados de excelência. Para isto, o planeamento de uma alta hospitalar atempada e onde é permitido analisar, avaliar e detetar as necessidades dos utentes/cuidadores e os recursos disponíveis na Comunidade, torna-se uma mais-valia para todo o processo de cuidados centrados em cada indivíduo e desta forma para uma continuidade de avaliação de necessidades que muitas vezes permite diminuir o número de recorrências aos serviços hospitalares. O utente/cuidador acaba desta forma por usufruir na Comunidade onde está inserido, de profissionais e recursos adequados às suas carências não tendo de recorrer muitas vezes a um contexto hospitalar e de Urgência.

Tendo em conta todas estas premissas e a importância de uma articulação por parte do Hospital com a Comunidade em que os utentes estão inseridos, surgiu então a necessidade de tentar melhorar e encontrar soluções para esta problemática que se verificava ter um crescendo cada vez mais exponencial.

Objetivo: Contribuir para melhoria da articulação e comunicação bidirecional por parte dos intervenientes neste projeto – Serviço de Urgência do HGO e unidades do ACES Almada Seixal com a finalidade de evitar estas reentradas no serviço e promover a

recuperação / reabilitação eficiente e na melhoria dos cuidados de enfermagem aos nossos utentes/cuidadores.

Metodologia: Há luz do projeto “Partilhar para Cuidar”, já existente entre os Serviços de Internamento do Hospital Garcia de Orta e o ACES Almada e Seixal, foi desenvolvido pelo Serviço de Urgência e responsáveis do ACES o projeto do “SUG para a Comunidade” com início em Junho de 2018.

Tendo em vista o objetivo definido, foram realizadas várias reuniões entre os responsáveis do projeto (Enfermeiros do SUG e ACES) e foi desenvolvido um Algoritmo de Referência para a Alta de Enfermagem. O objetivo deste algoritmo seria uma identificação precoce por parte dos Enfermeiros da Urgência das necessidades mais emergentes e que poderiam á posteriori ser satisfeitas por os Enfermeiros da Comunidade que servem o utente/cuidador.

Este algoritmo tem como base a avaliação do grau de dependência do nosso utente através da aplicação da Escala de Braden e posteriormente identificação de: Úlceras e feridas complexas; Suspeitas ou confirmações de incumprimento terapêutico; Novos dispositivos no momento de alta como presença de sonda nasogástrica e/ou algália; Exaustão do cuidador / necessidades de apoio; Ideação / tentativas de suicídio.

Se necessário os utentes podem ser referenciados por mais do que um indicador do algoritmo. Após análise deste algoritmo o utente é então proposto para Continuidade de Cuidados por parte da Equipa de Enfermagem do seu Centro de Saúde. É explicado ao utente / seu cuidador a identificação desta necessidade e posteriormente se existir acordo da sua parte é enviado *email* para o Enfermeiro responsável do Centro de Saúde onde este é seguido, uma Nota de Alta de Enfermagem com um pequeno resumo do episódio que motivou a vinda á urgência e de qual o motivo identificado de referênciação. Esta Nota de Alta de Enfermagem é também entregue ao utente/cuidador. Aos Centros de Saúde integrados no ACES Almada e Seixal posteriormente é solicitado um feedback de receção do email e do acompanhamento ao utente/cuidador.

Os responsáveis pelo projeto no Serviço de Urgência fazem posteriormente um follow-up (até 1 mês após a referênciação) através de contacto telefónico ao utente/cuidador de forma a validar como foi realizada esta Continuidade de Cuidados e se as necessidades identificadas foram satisfeitas.

As referênciações realizadas no decorrer do ano de 2018 e 2019 foram analisadas de forma a percebermos o impacto deste projeto na recorrência dos utentes á urgência bem como uma análise da nossa amostra populacional e ações de melhoria.

Resultados: A nossa amostra foi de 241 utentes, que diz respeito ao número total de utentes referenciados desde o mês de Junho de 2018 a Dezembro de 2019 (18 meses no total). Nesta amostra ainda analisámos detalhadamente se existiam diferenças entre os casos dos quais obtemos feedback por parte dos colegas do Centro de Saúde

comparativamente aos casos em que tal não acontecia, relativamente à procura da Urgência 1 mês após a referenciação.

Foi possível obter vários resultados, entre os quais:

O sexo masculino foi mais referenciado do que o feminino com uma percentagem de 55,2% em comparação com 44,8%;

Foram enviadas referenciações de forma equitativa para a maior para das Unidades de Saúde;

85% dos referenciados possuem 65 anos ou mais;

33% das referenciações teve como principal causa a exaustão do cuidador, por dependência muito elevada para os autocuidados do utente;

Não aparenta existir relação na procura da Urgência no 1º mês após a referenciação, nos casos em que existe feedback das Unidades de Saúde e os casos em que tal não acontece.

Conclusão: Realizando uma breve análise deste projeto podemos concluir ao fim de 18 meses e embora não se consiga neste momento relacionar o feedback das Unidades de Saúde e a recorrência ao Serviço de Urgência, que a nossa população carece de uma Continuidade de Cuidados após a alta cada vez mais evidente e que esta deve ser sem dúvida uma área de aposta permanente e investimento dos profissionais de saúde, para que os nossos utentes/cuidadores tenham acesso a cuidados de excelência.

Apostar na parceria entre os Enfermeiros da Comunidade e do Serviço de Urgência será sempre uma mais valia para o Serviço Nacional de Saúde, sempre com vista á melhoria da qualidade de vida dos nossos utentes/cuidadores e á preservação e aumento da sua autonomia e por consequente a menores taxas de readmissões na Urgência, diminuição de tempos de internamento e dos custos associados á saúde/doença da nossa população.

Palavras-chave

Articulação de cuidados; Utente/cuidador; Dependência; Readmissões

Referências Bibliográficas

Carvalho, M.I.L.B. (2014). Política de saúde e de cuidados continuados integrados em Portugal: O planeamento da alta em Serviço Social. *Rev. Katálisis*, 17(2). Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-49802014000200261

- Freire, C.A.S.G.V. (2013). *A prática da Gestão de Caso na Unidade de Cuidados na Comunidade* (Relatório de Mestrado) Instituto Politécnico de Santarém, Escola Superior de Saúde de Santarém
- Mendes, F.R.P., Gemito, M.L.G.P, Caldeira, E.C., Serra, I.C., Novas, M.V.C. (2015). A continuidade de cuidados de saúde na perspetiva dos utentes. *Ciênc. saúde coletiva*. 22(3), pp 841-853. Doi: 10.1590/1413-81232017223.26292015. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017002300841
- Nunes, A. M., & Matos, A. A., (2021, jan./abr.). Articulação entre a atenção primária e hospitalar em Portugal: desafio para a gestão da saúde. *Revista de Gestão em Sistemas de Saúde*, São Paulo, 10(1), 61-83.
- Petronilho, F.; Pereira, F.; Silva, A. (2014). Critérios de Decisão Sobre o Destino do Doente Dependente no Autocuidado Após a Alta Hospitalar. *Revista Investigação em Enfermagem*, Nº 8 Série II, 35-43.

6 – O CCP COMO MEIO DE PROMOVER A LITERACIA EM SAÚDE

Moderador Professor Júlio Fernandes

6.1 - Já Nasceu... Atuação do Enfermeiro no Puerpério

Maria de Fátima Brito Figueiredo Horta

Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte, Hosp. Santa Maria - Unidade de
Puerpério

Introdução: O Puerpério demarca um período de intensas transformações biológicas, psicológicas e sociais no casal suscetíveis de lhes provocar maior vulnerabilidade e desequilíbrio, que podem ter influência no desenvolvimento do recém-nascido.

Objetivo: Refletir sobre a importância da literacia na prestação dos cuidados à tríade familiar no puerpério e sua relevância permitindo, deste modo, uma reflexão conjunta e troca/partilha de experiências vividas em semelhante contexto.

A importância da prestação dos cuidados de enfermagem centrados na capacitação do casal em cuidar do seu recém-nascido permitindo-lhes a tomada de decisão responsável é fulcral. Para tal é fundamental, o alojamento conjunto, uma atitude constante de promoção da participação ativa do casal no desenvolvimento de conhecimentos relacionados com a maternidade (gravidez/puerpério). O proporcionar um encontro de vida a três, onde há preocupação constante em disponibilizar e estar disponível um todo conjunto de atenção, conforto e orientação sobre as alterações ocorridas no puerpério e o processo/estabelecimento do vínculo mãe/bebe e tríade.

Estes cuidados são prestados através de suporte escrito, da disponibilidade, da explicitação e supervisão permanente com todo um trabalho em equipa onde a continuidade se prolonga durante vários ciclos da Vida.

A literacia em saúde materna é um indicador de saúde complexo, definida por variados fatores e incutida pelo contexto, cultura e ambiente em que cada puérpera se insere.

Concluimos que o enfermeiro tem a competência de desenvolver intervenções educacionais orientadas para a informação, capacitação e autonomia da puérpera, auxiliando o desenvolvimento dos seus conhecimentos e competências nesta fase da sua vida. Individualizar os cuidados prestados considerando que cada casal/família tem características físicas, sociais, religiosas e emocionais diferentes a ser respeitadas.

Palavras-chave

Puerpério; Cuidados; Capacitação; Literacia em Saúde;

Referências bibliográficas

- Pereira, M. I. F. L. (2012). Literacia em saúde materna: uma estratégia para a promoção de uma gravidez saudável. Dissertação de Mestrado, outubro 2012; Disponível em: <https://www.rcaap.pt/detail.jsp?id=oai:repositorio.esenfc.pt:8380>
- Pissarra, C. S. M. (2019). Literacia em saúde mental positiva da puérpera (Dissertação de Mestrado). Instituto Politécnico de Viseu – Escola Superior de Saúde de Viseu, Viseu, Portugal. Disponível em: <https://repositorio.ipv.pt/handle/10400.19/5567>
- Sequeira, C. S. P. (2019). Literacia em saúde da grávida: estudo de alguns fatores intervenientes (Dissertação de Mestrado). Instituto Politécnico de Viseu – Escola Superior de Saúde de Viseu, Viseu, Portugal. Disponível em: <https://repositorio.ipv.pt/handle/10400.19/5646>

7 – O CCP PARA VALORIZAR A DIGNIDADE E AUTONOMIA

Moderadora Professora Aida Simões

7.1 - Vulnerabilidade da criança no internamento hospitalar

Fernanda Loureiro¹, Zaida Charepe²

1 - Universidade Católica Portuguesa, Instituto Ciências da Saúde; Superior de Saúde Egas Moniz, CIIEM-Centro de Investigação Interdisciplinar Egas Moniz

2 - Universidade Católica Portuguesa, Instituto Ciências da Saúde, CIIS-Centro de Investigação Interdisciplinar em Saúde, UCP/ICS

Introdução: A vulnerabilidade é um termo multidisciplinar definido como algo que pode ser facilmente influenciado ou atacado e surge associado à perda de controlo e poder com diminuição da autonomia individual (Have, 2016). Existem populações particularmente vulneráveis onde as crianças se destacam (Have, 2016; Santos et al., 2019). Decorre quer da falta de autonomia quer das particularidades do desenvolvimento que as caracterizam (Oliveira, Breigeiron, Hallmann, & Witkowski, 2014). O contexto da hospitalização infantil surge como assustador para a criança e pais (Silva, Gama, Pereira, & Camarão, 2018). Os estudos que se debruçam sobre a hospitalização focam sobretudo os pais enquanto cuidadores deixando a voz da criança para segundo plano (Loureiro, Figueiredo, & Charepe, 2019). Este facto torna a criança mais suscetível sendo necessário conhecer a sua perspetiva de forma a tornar os cuidados mais centrados na criança.

Objetivos: Identificar as melhores e piores experiências da criança em idade escolar durante a hospitalização. Surge enquadrado num estudo de investigação mais amplo que visou a satisfação da criança em idade escolar e seus pais com cuidados de enfermagem durante hospitalização.

Metodologia: Efetivou-se um estudo de tipo observacional, transversal e exploratório descritivo tendo como sujeitos as crianças em idade escolar (7-11 anos) hospitalizadas em unidades de internamento. A amostra, selecionada em 9 serviços de internamento em 6 hospitais da região de Lisboa e Vale do Tejo, foi de tipo não probabilístico (n=252). Foram definidos como critérios de inclusão: crianças dos 7 aos 11 anos; com pelo menos 24h de internamento; que saibam falar e ler/escrever português; tenham a capacidade de preencher o questionário sozinhos ou com ajuda e que aceitem participar. Enquanto critérios de exclusão: crianças com atrasos de desenvolvimento ou patologia que afete a capacidade cognitiva. Utilizou-se o instrumento *Child Care Quality at Hospital*

(Pelander, Leino-Kilpi, & Katajisto, 2007) após adaptação e validação para português de Portugal (Loureiro, Araújo, & Charepe, 2019). O questionário integra duas questões de resposta aberta: “na minha opinião a melhor coisa do hospital é...” e “na minha opinião a pior coisa do hospital é...”. Procedeu-se a análise das respostas das crianças, utilizando como técnica a análise de conteúdo de tipo temático e frequencial (Bardin, 2013). O estudo recebeu o parecer positivo da comissão nacional de proteção de dados assim como autorização das comissões de ética / conselhos de administração de cada instituição. Foi solicitado consentimento verbal e escrito tanto às crianças como aos pais.

Resultados: Foram identificadas 310 crianças, e respetivos acompanhantes (excluídas 22 crianças por apresentarem situações clínicas que interferiam com capacidade de compreensão do questionário; 12 por não terem um acompanhante presente e 9 por não saberem ler / escrever). Foram aplicados questionários a 277 crianças e devolvidos 252 (taxa de retorno de 91%). A amostra é maioritariamente composta por crianças do género masculino (52,8%; n=133) e com idade média de 8,9 anos. 84,2% (n=209) estão hospitalizadas por doença súbita com diagnósticos médicos (50,6%, n=123). 62,5% estão internados por um período ≥ 3 dias (n=157) e estão (55,4%; n=139) ou estiveram (10,8%; n=27) num quarto com outras crianças. A maioria, 63,5% (n=160), já teve experiências anteriores de hospitalização e tem os pais sempre presentes (89,2%; n=223). 34,6% (n=85) refere ter um enfermeiro/a responsável, e destes, 39 crianças identifica-o/a pelo nome (15,9%), 34,1% (n=84) refere não ter um enfermeiro/a responsável e 77 crianças (31,3%) referem não saber. A análise das respostas, no que se refere às melhores experiências, recaiu em 5 categorias: “pessoas”, “ambiente físico”, “atividades”, “resultados” e “alimentação”. No que se refere às piores experiências a análise das respostas, permitiu a categorização também em 5 categorias: “sentimentos”, “atividades”, “alimentação”, “ambiente” e “resultados”. As melhores experiências foram mais ricas em conteúdo, sendo as piores experiências identificadas frequentemente, com recurso a palavras isoladas ou frases curtas como “dor”, “pica”, “barulho” ou “tirar sangue”. Em termos gerais, as crianças relatam um maior número de “melhores experiências” (285 unidades de contexto) do que de “piores experiências” (187 unidades de contexto) sendo as duas categorias mais frequentes “pessoas” (f=113) e “ambiente” (f=81) ambas entre as melhores experiências.

Conclusão: A identificação de fatores chave, como o ambiente de cuidados e os resultados, durante o internamento hospitalar, dá indicações aos enfermeiros sobre as intervenções a realizar de forma a tornar a experiência de hospitalização mais positiva e mais centrada na criança e nas suas necessidades. Este é um passo importante na identificação de aspetos que tornam a criança mais vulnerável num contexto de hospitalização.

Vulnerabilidade em Saúde; pediatria; hospitalização; criança

Referências bibliográficas

- Have, H. ten. (2016). *Vulnerability: challenging bioethics*. New York: Routledge.
- Loureiro, F., Figueiredo, M. H., & Charepe, Z. (2019). Nursing care satisfaction from school-aged children's perspective: An integrative review. *International Journal of Nursing Practice*. <https://doi.org/10.1111/ijn.12764>
- Loureiro, F. M., Araújo, B. R., & Charepe, Z. B. (2019). Adaptation and Validation of the Instrument ' Children Care Quality at Hospital ' for Portuguese. *Aquichan*, 19(4), 1–13. <https://doi.org/10.5254/aqui.2019.19.4.7>
- Oliveira, L. N., Breigeiron, M. K., Hallmann, S., & Witkowski, M. C. (2014). Vulnerabilities of children admitted to a pediatric inpatient care unit* *Study conducted at Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Porto Alegre, RS, Brazil. *Revista Paulista de Pediatria (English Edition)*, 32(4), 367–373. [https://doi.org/10.1016/S2359-3482\(15\)30072-5](https://doi.org/10.1016/S2359-3482(15)30072-5)
- Pelander, T., Leino-Kilpi, H., & Katajisto, J. (2007). Quality of Pediatric Nursing Care in Finland. *Journal of Nursing Care Quality*, 22(2), 185–194. <https://doi.org/10.1097/01.NCQ.0000263110.38591.9a>
- Santos, N. M. F. G., Santos, J. N., Santos, D. C. S., Gonçalves, C. F. G., Sá, A. K. L., Oliveira, R. V., ... Carneiro, W. S. (2019). Defesa dos direitos da criança e adolescente: Vulnerabilidade na aplicação das políticas públicas na saúde. *Brazilian Applied Science Review*, 3(6), 2443–2456. <https://doi.org/10.34115/basrv3n6-012>
- Silva, D., Gama, D., Pereira, R., & Camarão, Y. (2018). The importance of play in the context of child hospitalization. *Journal of Nursing*, 12(12), 3484–3491. <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i12a234923p3484-3491-2018>

8 – O IMPACTO DA IMPLEMENTAÇÃO DE PROJETOS DE MELHORIA CONTINUA DA QUALIDADE NO CCP

Moderadora Professora Aida Serra

8.1 - Declínio Funcional na pessoa sujeita a ventilação mecânica invasiva

Gonçalo Rosa¹, Vanda Lopes da Costa²

1 - Hospital Garcia da Orta E.P.E., Escola Superior de Saúde Egas Moniz

2 - Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

Introdução: O declínio funcional é um problema que afeta a pessoa em situação crítica submetida a ventilação mecânica invasiva e que está na origem de complicações a nível físico, psicológico e social. É um foco sensível à intervenção terapêutica do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação pela preservação do potencial funcional, prevenção e tratamento de complicações, promoção da funcionalidade e maximização das capacidades para o autocuidado.

Objetivos: Identificar, descrever e mapear as intervenções de reabilitação que previnem o declínio funcional na pessoa com ventilação mecânica invasiva.

Metodologia: A presente revisão *scoping* foi elaborada segundo a metodologia proposta pelo The Joanna Briggs Institute. Foram utilizadas as bases de dados eletrónicas das plataformas EBSCOhost e PubMed, no friso temporal de 2009 a 2018.

Resultados: Foram obtidos 23 artigos após leitura do título, resumo e aplicação dos critérios de exclusão. Destes foram incluídos 7, após análise do texto integral.

Conclusão: Foram identificados diferentes protocolos de programas de reabilitação, pelo que consideramos pertinente destacar as intervenções que apresentaram maior representatividade nas investigações analisadas, as quais são os exercícios de reeducação funcional respiratória, o posicionamento terapêutico, as mobilizações passivas, ativas e ativas com resistência, o treino de equilíbrio corporal, transferências e marcha.

Palavras-chave

Declínio funcional; ventilação mecânica invasiva; reabilitação; unidade de cuidados intensivos.

Referências bibliográficas

- Dunn, H., Quinn, L., Corbridge, S., Eldeirawi, K., Kapella, M., Collins, E. (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. Disponível em www.heartandlung.org
- Fortinsky, R., Covinsky, K., Palmer, R., & Landefeld, C. (1999). Effects of functional status changes before and during hospitalization on nursing home admission of older adults. *The Journals Of Gerontology. Series A, Biological Sciences And Medical Sciences*, 54(10), M521-M526.
- Grap, M & McFetridge, B. (2012). Critical Care Rehabilitation and early mobilization: An emerging standard of care. *Intensive and Critical Care Nursing*. 28, 55-57.
- Hanson, S. (2005) – *Enfermagem de cuidados de saúde à família. Teoria, prática e investigação*. 2ª ed. Loures: Lusociência.
- Joint Quality Initiative. (2015). *Joint quality initiative: The origin of the Dublin descriptors: Short history*. Acedido: Março 20, 2019. Disponível em: <http://ecahe.eu/assets/uploads/2016/01/Joint-Quality-Initiative-the-origin-of-the-Dublin-descriptors-short-history.pdf>
- Marques, P. (2002). *Princípios Éticos Gerais no agir em Enfermagem: Condicionamentos às Intervenções de Enfermagem promotoras de dignidade das pessoas em fim de vida, internadas em UCI*. Universidade do Porto - Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar. Dissertação de Mestrado. Porto
- Marques-Vieira C. & Sousa L. (2016). *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da vida*. Loures. Lusodidacta.
- Mehlhorn, J., Freytag, A., Schmidt, K., Brunkhorst, F.M., Graf, J. Troitzsch, U., Schattmann, P., Wensing, M. & Gensichen, J. (2014). Rehabilitation Interventions for Postintensive Care Syndrome: A Systematic Review. *Critical care Medicine*, 42(5), 1263-71. DOI: 10.1097/CCM.0000000000000148
- Menoita, E. C., (Coords) (2012). *Reabilitar a pessoa idosa com AVC: Contributos para um envelhecer resiliente*. Loures: Lusociência.
- Ordem dos Enfermeiros. (2010a). *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Lisboa.
- Ordem dos Enfermeiros. (2010b). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação*. Ordem dos Enfermeiros, Lisboa.
- Ordem dos Enfermeiros (2011). Regulamento nº 122/2011 - *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Diário da Republica 2ª serie nº 35.

- Parekh, R. & King, M. (2010). *Preventing Loss of Function in Older Persons After Hospitalization*, Connecticut Medicine, 24(1):12-16.
- Spruit, M. A., Singh, S. J., Garvey, C., ZuWallack, R., Nici, L., Rochester, C., & Pitta, F. (2013). An official American Thoracic Society/European Respiratory Society statement: key concepts and advances in pulmonary rehabilitation. *American journal of respiratory and critical care medicine*, 188(8), e13-e64.

9 – COMUNICAÇÕES LIVRES

9.1 - A pessoa idosa no centro de cuidados: uma consulta de enfermagem em cirurgia ambulatória.

Carla Nascimento¹, Sara Santos², Marta Lages², Adriana Henriques³

1 - ESEL Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

2 - Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte, Hospital Santa Maria

3 - ESEL Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

Introdução: Os recentes avanços tecnológicos e científicos ao nível dos procedimentos cirúrgicos e das técnicas anestésicas, vieram modificar o paradigma dos cuidados cirúrgicos e, conseqüentemente, os efetuados em regime de cirurgia ambulatória. Além das vantagens ao nível da redução dos custos em saúde, inovação e critérios de preferência que a tornam uma opção em crescimento exponencial (Jun & Oh, 2016), o principal benefício da cirurgia em contexto ambulatório para a pessoa idosa advém da possibilidade de manter ou melhorar a sua independência e evitar o declínio funcional, facilitando a sua recuperação em meio familiar (Olotu, et al, 2019). A segurança, a qualidade, os menores riscos de infeção hospitalar, a menor alteração na dinâmica familiar e profissional e, a mobilização precoce são igualmente fatores que determinam este modelo cirúrgico como o mais favorável para a pessoa idosa (Neves & Barnett, 2018).

A evidência científica sugere que a abordagem de enfermagem à pessoa idosa em contexto de cirurgia ambulatória deverá englobar um programa de intervenção centrado na pessoa idosa e família de forma a responder às necessidades específicas desta população (Oster & Oster, 2015). Num quadro de rutura com o tradicional modelo biomédico de cuidados de saúde, o Modelo Centrado na Pessoa (McCormack & McCance, 2006) tem nos seus enunciados o princípio da participação e envolvimento no planeamento, na execução e na avaliação dos cuidados de saúde.

Neste enquadramento, e desde o início do presente ano, implementámos o projeto consulta de enfermagem de acompanhamento em cirurgia ambulatória, com a consulta de enfermagem pré-operatória e com o contacto telefónico de enfermagem no pós-operatório mediato.

Objetivo: Apresentar a estrutura da consulta de enfermagem de acompanhamento à pessoa idosa em contexto de cirurgia ambulatória.

Metodologia: A abordagem centrada na pessoa idosa é priorizada desde logo na consulta de enfermagem pré-operatória, sendo a promoção de um ambiente terapêutico facilitada através de musicoterapia e de uma receção calorosa à pessoa e família. Com uma metodologia interativa e individualizada, esta consulta visa o acesso e a compreensão da informação, fornecendo explicações sobre a situação de saúde e procedimento cirúrgico, a gestão de expectativas, a avaliação de necessidades, de preocupações e problemas de saúde, a prestação de apoio psicossocial e ainda, o ensino sobre cuidados a realizar nos períodos pré e pós-operatórios, sempre acompanhado de informação escrita. Após validação das condições necessárias para realizar a intervenção cirúrgica em contexto de cirurgia ambulatoria, a consulta de enfermagem termina com uma visita ao serviço.

No pós-operatório mediato, o enfermeiro faz o contacto telefónico no dia seguinte à cirurgia. Com este, pretende-se avaliar o estado de saúde, despistar complicações, verificar a eficácia da terapêutica analgésica, reforçar o ensino e esclarecer dúvidas. O contacto termina relembrando o preenchimento e devolução do inquérito de satisfação entregue no dia da cirurgia, no momento da alta.

Resultados: Como principais resultados para a pessoa, destacamos uma avaliação global da pessoa idosa, caracterizando a sua condição de saúde com maior clareza, gerindo sintomas e adotando uma conduta preventiva e antecipatória de complicações. O acesso e a compreensão da informação pela pessoa idosa e família confere a liberdade de fazer escolhas informadas respeitando os princípios éticos da profissão. A estes, acrescem a gestão do risco, prevenindo riscos de infeção na pessoa idosa; a educação, aconselhamento e promoção de boas práticas capacitando a pessoa idosa e família para o autocuidado; a promoção de um ambiente físico e psicossocial gerador de proteção e segurança da pessoa idosa e família; o bem-estar e a satisfação da pessoa idosa e família com os cuidados de saúde.

No âmbito da continuidade dos cuidados à pessoa idosa, outro resultado a sublinhar é a articulação com outros serviços de saúde e com os recursos da comunidade.

Para o serviço, a consulta tem contribuído para estimular o trabalho e a comunicação da equipa multidisciplinar, para o aperfeiçoamento e desenvolvimento profissional, para uma maior segurança do ato cirúrgico e cumprimento do programa da cirurgia segura. Consequentemente, tem-se assistido a uma maior efetividade, eficiência e qualidade dos cuidados prestados, devido à redução de percentagem de faltas na admissão e diminuição de taxas de cancelamento da cirurgia no próprio dia.

Conclusão: Visando o modelo centrado na pessoa (McCormack & McCance, 2006), a consulta de enfermagem aqui apresentada assenta nos pressupostos de uma relação de confiança e num compromisso com a pessoa idosa e família, perspetivando a ativação da pessoa para o autocuidado com impacto na melhoria contínua da qualidade dos cuidados de saúde.

Palavras-chave

Cuidado centrado na pessoa, pessoa idosa, cirurgia ambulatoria, consulta de enfermagem.

Referências bibliográficas

- Jun, E-Y. & Oh, H. (2016). Patient Needs and Satisfaction With Nursing Care After Day Surgery Based on a Patient-Centered Care Framework. *Clinical Nursing Research*, 1–17. DOI: 10.1177/1054773816633656
- McCormack, B. & McCance, T. V. (2006). Development of a framework for personcentred nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 56(5), 472–479. <http://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2006.04042.x>
- Neves, S. E. & Barnett, S. R. (2018). Preoperative Assessment of the Elderly. In: Neves, S. E. & Barnett, S. R. *Perioperative Care of the Elderly Patient* (1-13). United Kingdom: Cambridge University.
- Olotu, C.; Weimann, A.; Bahrs, C.; Schwenk, W.; Scherer, M.; & Kiefmann, R. (2019). The perioperative care of older patients—time for a new, interdisciplinary approach. *Deutsches Ärzteblatt International*, 116, 63–9. DOI: 10.3238/arztebl.2019.0063
- Oster, K. & Oster, C. (2015). Special Needs Population: Care of the Geriatric Patient Population in the Perioperative Setting. *AORN Journal*, 101, 444-456. DOI:10.1016/j.aorn.2014.10.02

9.2 - Cuidado centrado na pessoa idosa com disfunção da eliminação urinária em consulta de enfermagem: a ativação para o autocuidado

Carla Nascimento¹, Ezequiel Pessoa¹, Tiago Santos², Adriana Henriques¹

1 - ESEL Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

2 - Fundação Champalimaud

Introdução: A patologia urológica com sintomas do trato urinário baixo é uma realidade cada vez mais prevalente. Está intimamente relacionada com o envelhecimento e tem um impacto significativo na qualidade de vida. O estímulo à adaptação da pessoa idosa (com idade igual ou superior a 65 anos) e à sua capacidade de autocuidado (Orem, 2001) é essencial à gestão desta condição de saúde, constituindo-se um campo diferenciador da intervenção especializada do enfermeiro. Nesta problemática, ganha relevo a

intervenção apoio-educação para o autocuidado. A educação em saúde é um processo intimamente relacionado com o nível de ativação da pessoa, que consiste na capacidade de participação ativa nos cuidados de saúde (Hibbard, Stockard, Mahoney, & Tusler, 2004). O nível de ativação reflete as crenças da pessoa acerca do lugar que assume na gestão da sua saúde, a confiança que tem para o fazer e os conhecimentos que possui, donde se infere que níveis de ativação mais elevados estão associados a uma maior capacidade de autocuidado. Aqui entronca naturalmente o Modelo Centrado na Pessoa (McCormack & McCance, 2006), no qual a participação e o envolvimento da pessoa nos cuidados de saúde bem como, a consideração pelas suas crenças e valores, são dimensões estruturantes. Deste modo, para envolver a pessoa nos seus cuidados de saúde importa primeiramente o enfermeiro identificar as perceções que esta tem sobre a capacidade para o fazer, através dos níveis de ativação, possibilitando cuidados de enfermagem significativos.

Objetivo: Identificar níveis de ativação da pessoa idosa com disfunção da eliminação urinária em contexto de consulta de enfermagem de cirurgia oncológica de urologia.

Metodologia: Estudo observacional descritivo transversal em pessoas idosas com disfunção da eliminação urinária em contexto de consulta de enfermagem de cirurgia oncológica de urologia. Como instrumento de recolha de dados foi utilizado o questionário *Patient Activation Measure* (PAM 13), desenvolvido para avaliar o nível de ativação da pessoa (Hibbard et al, 2004). Trata-se de instrumento de autopreenchimento, traduzido e validado para a população portuguesa, com uma escala de medição de atitudes com cinco opções de resposta: discordo totalmente (1), discordo (2), concordo (3), concordo totalmente (4) e não aplicável (5).

A ativação da pessoa é avaliada somando o nível selecionado para cada item. A pontuação varia de 0 a 100, sendo a pessoa classificada num dos quatro níveis de ativação definidos pelos autores.

A recolha de dados decorreu durante um mês numa consulta de enfermagem de cirurgia oncológica de urologia. O questionário foi preenchido pelo próprio após a assinatura do consentimento informado, livre e esclarecido.

Os dados sociodemográficos (sexo, idade, habilitações literárias), clínicos (tempo de doença) e níveis de ativação, foram analisados com recurso à análise estatística através do Programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 25.

Resultados: A amostra foi constituída por 30 homens, com uma média de idade de 70.4 anos. Quanto às habilitações literárias, 56.7% da amostra não tinham estudos superiores, revelando 36.7% da amostra ter o ciclo secundário e 36.7% o grau de licenciatura. Estes achados não corroboram os estudos sobre literacia em saúde nas pessoas idosas em Portugal (Carneiro, Silva, & Jóluskin, 2017).

O tempo médio de doença atual é de 33 meses com um desvio padrão de ± 41.5 . A amostra situa-se num nível de ativação moderado a alto. A sua maioria ($n= 18$, 63.3%),

revela um nível 3 de ativação (inicia a ação de cuidados de saúde, podendo sentir falta de competências ou de confiança para manter comportamento). Este resultado é o inverso do que habitualmente é descrito nos estudos de ativação (Alexander, Hearld, Mittler, & Harvey, 2012).

Relativamente à correlação entre as variáveis importa destacar que os níveis mais altos de ativação (3 e 4) estão presentes em qualquer idade, bem como nas pessoas com diferentes habilitações literárias.

Conclusão: Os resultados obtidos indicam que a maioria dos participantes percecionam uma capacidade para participar ativamente nos seus cuidados de saúde. A identificação do nível de ativação de um grupo de pessoas idosas submetido a determinada intervenção clínica (consulta de enfermagem), parece possibilitar a definição de objetivos e estratégias ajustadas, avaliando de igual modo a eficácia das mesmas. O presente estudo parece sugerir que a intervenção apoio-educação à pessoa idosa em consulta de enfermagem de cirurgia oncológica de urologia resulta numa estratégia de ativação favorecedora da promoção do autocuidado.

A identificação do nível de ativação será uma abordagem em saúde para se projetar uma intervenção de enfermagem individualizada, de acordo com as crenças, conhecimentos e capacidades da pessoa para participar na sua saúde, configurando-se um fator preditor do modelo centrado na pessoa.

Palavras-chave

Pessoa idosa, ativação, autocuidado, modelo centrado na pessoa

Referências bibliográficas

- Alexander, J., Hearld, L., Mittler, J., & Harvey, J. (2012). Patient-physician role relationships and patient activation among individuals with chronic illness. *Health services research*, 47 (3), 1201–1223. doi: 10.1111/j.1475-6773.2011.01354.x.
- Carneiro, V., Silva, I., & Jóluskin, G. (2017). Literacia em saúde: um retrato da população portuguesa. *Revista de Estudios de Investigación en Psicología y Educacion*, 14, 133-137. <https://doi.org/10.17979/reipe.2017.0.14.2559>
- Hibbard J. H., Stockard, J., Mahoney, E.R., & Tusler, M. (2004). Development of the Patient Activation Measure (PAM): conceptualizing and measuring activation in patients and consumers. *Health services research*, 39, 1005– 26. 10.1111/j.1475-6773.2004.00269.x

McCormack, B., & McCance, T. V. (2006). Development of a framework for personcentred nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 56(5), 472–479. <http://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2006.04042.x>

Orem, D. E. (2001). *Nursing: Concepts of practice* (6th ed.). St. Louis, MO: Mosby.

9.3 - Envolver a família no cuidado à pessoa em situação crítica: estudo em contexto de cuidados intensivos

Tânia Melo

Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra / Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

Introdução; Em contexto de cuidados intensivos, a evidência científica tem mostrado que o envolvimento da família no cuidado à pessoa em situação crítica tem benefícios e potencialidades para o doente, a família e o enfermeiro, promovendo proximidade, segurança e suporte emocional (Mirlashari, et al. 2019). A sua implementação é reconhecida como fundamental e é considerada uma temática atual, no entanto a realidade é díspar do pretendido e preconizado (Melo, 2020).

Objetivos; Analisar a perceção dos enfermeiros sobre as práticas que desenvolvem para envolver a família no cuidado à pessoa em situação crítica, em contexto de cuidados intensivos.

Metodologia; Estudo exploratório descritivo, de natureza qualitativa, desenvolvido numa unidade de cuidados intensivos (UCI) pediátrica, num Centro Hospitalar. A colheita de dados foi realizada por entrevista em grupos focais, em que participaram 26 enfermeiros. Foi obtido consentimento informado dos participantes e parecer favorável da comissão de ética do centro hospitalar onde se realizou o estudo.

Resultados; A análise de conteúdo permitiu identificar subcategorias e categorias que foram agregadas nos temas: envolvimento da família no cuidado; práticas em uso; tipologia de cuidados; e razões subjacentes à prática. Os participantes utilizam práticas que envolvem a avaliação das *skills* dos familiares, de capacitação dos familiares embora esta capacitação tenha subjacente um conjunto de requisitos e atendam à situação clínica do doente. A tipologia de cuidados em que envolvem os familiares são fundamentalmente cuidados fisiológicos/básicos, cuidados de ordem emocional e/ou afetiva e cuidados especializados e/ou diferenciados. São razões subjacentes à prática, promotoras ou que podem confinar a intervenção, para integrar a família no cuidado: os modelos de cuidados; a cultura institucional; a formação/desenvolvimento

profissional; normas orientadoras das práticas; exigência de cuidados/intervenção; complexidade dos cuidados; e cuidar do familiar.

Conclusão; O envolvimento da família no cuidado à pessoa em situação crítica, num contexto de UCI, é considerado importante e benéfico, no entanto existem múltiplos constrangimentos, que os enfermeiros tentam colmatar pelo recurso ao desenvolvimento de práticas centradas no doente e na família e apresentam razões subjacentes à sua prática, as quais ditam a forma como o familiar é chamado a participar no cuidado. No entanto, importa minimizar constrangimentos, adotando mudanças que vão desde a padronização das práticas, a dotação de profissionais adequada e formação adequada. Deste modo caminham para uma prática de cuidados qualitativamente diferenciada.

Palavras-chave

Cuidados intensivos; envolvimento; enfermagem; família.

Referências bibliográficas

- Mirlashari, J.; Valizadeh, S.; Navab, E.; Craig, J. & Ghorbani, F. (2019). Dark and bright-two sides of family-centered care in the NICU: A qualitative study. *Clinical Nursing Research*, 28(7), 869-885. doi: 10.1177/1054773818758171.
- Melo, T. (2020). Envolver a família no cuidado à pessoa em situação crítica: Estudo em contexto de cuidados intensivos (Dissertação de mestrado). Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Portugal.

9.4 - Barreiras percebidas e acesso à vacinação em pessoas adultas e grupos vulneráveis em risco não vacinados contra o vírus da hepatite B (VHB)

Ricardo Ferreira

Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados da Alameda (UCSP Alameda) –
Agrupamento de Centros de Saúde de Lisboa Central (ACES LC)

Introdução: O vírus da hepatite B (VHB) causa cancro e necrose hepatocelulares, situações preveníveis através de vacinação (WHO, 2020). Em Portugal a vacinação é universal – menores de idade (DGS, 2017) e maiores de idade em risco (DGS, 2001) – com cobertura estimada de 94% (DGS, 2017). A DGS tem como visão interromper a

transmissão do vírus da hepatite B em Portugal, garantir o acesso equitativo aos cuidados de saúde e eliminar a hepatite B em 2030, enquanto problema de saúde pública (DGS, 2017). O Grupo de Ativistas em Tratamentos (GAT) oferece rastreio ao VHB entre pessoas não vacinadas (homens que têm sexo com homens, trabalhadores do sexo, pessoas trans, migrantes e pessoas que usam drogas) da Área Metropolitana de Lisboa e encaminha para vacinação para a hepatite b através dos centros de saúde locais (CSL).

A análise das barreiras à vacinação é essencial para atingir a cobertura universal de forma a interromper a transmissão do vírus da hepatite B em Portugal.

Objetivo: O objetivo deste estudo é descrever os resultados da pesquisa sobre as barreiras percebida pelos utilizadores do GAT, que compõem a amostra, no acesso à vacinação contra o VHB.

Metodologia: Estudo quantitativo, transversal, descritivo. Constituído por uma amostra não probabilística de 19 participantes e obtiveram resultado de rastreio não reativo para AgHbs – elegíveis à vacinação contra o VHB. Os dados foram recolhidos com a aplicação de um questionário e de uma escala de Autoeficácia Geral (Araújo, M., & Moura, O., 2011). Quanto à autoeficácia, consideramos 4 níveis: 1 (Baixa), 2 (Média), 3 (Alta), 4 (Máxima). Foram respeitadas as dimensões éticas. Para os dados obtidos recorreu-se ao SPSS®, versão 25.0.

Resultados: Da aplicação do questionário sociodemográfico, obtiveram-se 15 participantes do sexo masculino (78,9%) e 4 participantes do sexo feminino (21,1%), com uma mediana de 37 anos de idade (desvio padrão de 11,271), com uma idade mínima de 23 anos e uma idade máxima de 58 anos. Quanto ao estado civil 14 dos participantes (73,7%) são solteiros. Quanto à nacionalidade, 12 são nascidos fora de Portugal (63.2%). Entre os nascidos fora de Portugal (12), 9 residem em Portugal há mais de 12 meses (75%).

Na aplicação do questionário baseado nos pressupostos e preposições teóricas do Modelo de Promoção de Saúde de Nola Pender (2015), constatou-se uma falta de conhecimento sobre a doença: 94,7% desconhece os sinais/sintomas da doença, 63,2% desconhece as vias de transmissão da doença e 89,5% desconhece as complicações da doença.

Todos os participantes referiram barreiras à vacinação, que se dividiram em bloqueios mentais (quando dizem respeito ao próprio, internas), obstáculos (que não dependem do próprio, externas) e custos pessoais (quando relacionadas com perdas financeiras, materiais ou outras) (Pender, 2015). A maioria dos participantes referiu barreiras do tipo bloqueios mentais (59,7%).

Contudo, a maioria reportou sentimentos favoráveis em relação à vacinação contra hepatite B, pelo que recomendariam a vacinação a outras pessoas não vacinadas que lhe são próximas (94,7%), principalmente por motivos relacionados com a

proteção/prevenção (78,6%), e todos os participantes aceitariam vacinar-se no momento de rastreio se a vacina estivesse disponível. Entre os participantes, 89,5% validaram não ter sido contactados nos últimos 3 anos por serviços públicos de vacinação a fim de se vacinar.

Através da aplicação da escala de Autoeficácia Geral (Araújo, M., & Moura, O., 2011), verificou-se que o nível de autoeficácia dos participantes situou-se no nível 3 (57,9%) ou no nível 4 (42,1%), ou seja, os participantes consideram que têm uma autoeficácia Alta ou Máxima. Apesar dos participantes terem autoeficácia geral alta a máxima, o número de barreiras reportado e o desconhecimento sobre a infeção por VHB são elevados. A mediana das barreiras reportadas por participante com nível 3 é o dobro da mediana das barreiras reportadas por participante com nível 4 (4 versus 2 barreiras reportadas), estando em consonância com Pender (2015) dado que a autora considera que autoeficácia é a percepção pessoal de que se tem capacidades, habilidades e competências de organizar e executar uma determinada ação, ou seja, os participantes com maior autoeficácia (nível 4) terão maior facilidade em ultrapassar barreiras para a ação comparativamente com outras pessoas que apresentem uma autoeficácia mais baixa.

Entre os participantes com nível 3 de autoeficácia, a proporção de barreiras do tipo bloqueios mentais reportadas é superior à da amostra total (61,5% versus 59,7%). É perceptível que uma menor autoeficácia percebida (nível 3) tem uma interferência maior na categoria de barreiras do tipo bloqueios mentais, confirmando o que é referido por Pender (2015), pelo que sentir-se capaz e habilidoso provavelmente encorajará alguém a se envolver no comportamento alvo com mais frequência do que se sentir inapto e não qualificado.

Conclusão: A realização deste estudo permite conhecer a realidade de uma população com vulnerabilidade acrescida (WHO, 2020) para a proteção específica da doença da hepatite b. Os resultados obtidos permitem identificar as barreiras existentes que condicionaram a acessibilidade aos cuidados de saúde, corroborados pela literatura, tal como refere Pender (2015). Ainda foi possível perceber a percepção dos participantes em relação à sua autoeficácia.

Este estudo sugere que o local (CSL) é o foco das barreiras à ação. No âmbito da intervenção comunitária e de saúde pública sugere-se que se aumente a acessibilidade e diminuam as barreiras para a realização da vacinação contra o VHB. Uma parceria entre o Agrupamento de Centros de Saúde Lisboa Central & GAT, para aumentar o acesso à vacina contra o VHB em local com maior aceitabilidade [nos centros do GAT], foi considerada.

Palavras-chave

Barreiras à ação; vacinação; VHB

Referências Bibliográficas

- Araújo, M., & Moura, O. (2011). Estrutura factorial da General Self-Efficacy Scale (Escala de Auto-Eficácia Geral) numa amostra de professores Portugueses [General Self-Efficacy Scale factor structure in a sample of Portuguese teachers]. *Revista Laboratório de Psicologia*, 9(1), 95-105.
- Direção Geral de Saúde. (2001). Vacina contra a hepatite B: atualização da vacinação gratuita de grupos de risco. Circular Normativa da DGS Nº 15/DT de 15/10/2001. Lisboa: DGS.
- Direção Geral de Saúde. (2017). Programa Nacional para as Hepatites Virais. Lisboa: DGS.
- Pender, N. J., Murdaugh, C. L., & Parsons, M. A. (2015). *Health Promotion in Nursing Practice* (Sixth Edition ed.). New Jersey: Pearson Education.
- World Health Organization. (2020). Hepatitis B. Acedido a 07/02/2020. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hepatitis-b>

9.5 - Impacto da hematúria e retenção urinária no doente com AVC isquémico submetido a tratamento de repermeabilização

Fernando Martins, Edite Sanches, Lénia Iria, Elsa Pereira

Unidade de AVC, Serviço de Neurologia, Hospital Garcia de Orta, Almada

Introdução; A hematúria pode ser uma das complicações após trombólise no AVC isquémico. Existem várias causas de retenção urinária após AVC, como a gravidade do mesmo, existência de neuropatia diabética (Mottl & Tuttle & Bakris, 2019), e infeção urinária (Barrisford & Steele 2019). A hematúria após tratamento na fase aguda do AVC pode ser uma das complicações associadas (Chou & Harnod & Kuo, 2013). Conforme as mais recentes indicações a algaliação deve ser protelada ao máximo e o seu uso de forma rotineira é considerado com prejudicial (Powers et al, 2019).

Objetivos; Pretendemos avaliar as taxas de hematúria e retenção urinária, sua relação com trombólise/trombectomia, entre doentes algaliados e não algaliados durante estes tratamentos.

Metodologia; Em doentes internados na Unidade de AVC com AVC isquémico, entre dezembro-2016 e outubro-2019, recolhemos retrospectivamente dados demográficos, antecedentes, gravidade do AVC (NIHSS), algaliação, hematúria e retenção urinária. Apresentam-se frequências e comparações pelos testes do qui-quadrado. O risco de

hematúria e retenção urinária foi calculado por tabelas de contingência e regressão logística, com odds ratio (OR) e intervalos de confiança de 95% (IC95%).

Resultados; Foram incluídos 480 doentes, 265 homens (55,2%), com idade mediana de 74 anos (19 a 99 anos).

Observou-se hipertensão em 78,1%, dislipidemia 59,6%, tabagismo 37,3%, fibrilhação auricular 34,9%, diabetes 25,6%, história prévia AVC 15,0%.

Fizeram trombólise 293 doentes (61,0%), trombectomia 223 (46,5%), e 147 (50,2%) ambos. Estavam ou foram medicados com antiagregação plaquetária 85,8%, anticoagulação terapêutica 28,7% e enoxaparina profilática 72,5%.

Foram algaliados 225 doentes (46,9%), 185 (81,9%) no dia de admissão.

Observaram-se 30 casos de hematúria (6,25%, IC95% 4,22-8,92%). Associou-se à gravidade do AVC (NIHSS>10 9,2% vs 2,9%, $p=0,006$) e algaliação (12,8% vs 0,8%, $p<0,001$). Observou-se tendência não significativa para hematúria nos doentes anticoagulados (9,6% vs 5,1%, $p=0,073$) e após trombólise ($p=0,072$). Nos homens, doença prostática associou-se marginalmente (12,3% vs 5,5%, $p=0,049$). Em análise multivariada apenas algaliação é preditora (OR 14,46, IC95% 3,30-63,49, $p<0,001$).

Apresentaram retenção urinária 45 doentes (9,7%, IC95% 7,14-13,09%). Associou-se a hipertensão arterial (11,6% vs 2,9%, $p=0,009$), diabetes (16,8% vs 7,2%, $p=0,002$), ausência de tabagismo (12,0% vs 5,7%, $p=0,027$), AVC mais grave (NIHSS>10 12,3% vs 6,3%, $p=0,03$) e trombólise (13,0% vs 4,4%, $p=0,002$). Em análise multivariada permanecem significativos trombólise (OR 2,68, IC95% 1,19-6,04, $p=0,018$) e diabetes (OR 2,11, IC95% 1,1-4,03, $p=0,025$).

Trombólise após algaliação não aumentou taxa de hematúria (12,9% vs 11,1%, $p=0,739$) nem de retenção urinária (20,6% vs 29,6%, $p=0,298$) comparativamente com não algaliação.

Conclusões; A ocorrência de hematúria é maior em doentes algaliados, não se relacionando com administração de antitrombóticos. A retenção urinária é influenciada pela comorbilidade diabética, como reportado na literatura.

Não verificámos aumento da hematúria nos doentes algaliados antes da trombólise, nem da retenção urinária nos não algaliados, pelo que a decisão de algaliação antes deste tratamento deve ser refletida individualmente.

Palavras-chave

Hematúria; retenção urinária; algaliação; AVC

Referências bibliográficas

- Barrisford, G. W. & Steele, G. S. (2019), Acute urinary retention, UpToDate, Retrieved January 21, 2020, from <https://www.uptodate.com/contents/acute-urinary-retention/print?search=urinary>.
- Chou, Y.-C., Jiang, Y.-H., Harnod, T., & Kuo, H.-C. (2013). Characteristics of Neurogenic Voiding Dysfunction in Cerebellar Stroke: A Cross-Sectional, Retrospective Video Urodynamic Study. *The Cerebellum*, 12(5), 601–606. doi: 10.1007/s12311-013-0468-9.
- Mottl, A. K, Tuttle, K. R. & Bakris, Ge. (2019), Diabetic Kidney disease: Manifestations, evaluation, and diagnosis, UpToDate, Retrieved January 21, 2020, from <https://www.uptodate.com/contents/diabetic-kidney-disease-manifestations-evaluation-and-diagnosis/print?search=hematuria>
- Powers, W. J., Rabinstein, A. A; Ackerson, T., Adeoye, O. M., Bambakidis, N. C., Becker, K., Bambakidis, N. C. & Biller, J. (2019). Correction to: Guidelines for the Early Management of Patients With Acute Ischemic Stroke: 2019 Update to the 2018 Guidelines for the Early Management of Acute Ischemic Stroke: A Guideline for Healthcare Professionals From the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke*, 50(12), 344–418. doi: 10.1161/str.0000000000000215

9.6 - Infecção do trato urinário em doentes após AVC agudo: Impacto da revisão de procedimentos.

Edite Sanches, Fernando Martins, Elsa Pereira, Lénia Iria

Unidade de AVC, Serviço de Neurologia, Hospital Garcia de Orta, Almada

Introdução A infecção do trato urinário é a infecção mais associada aos cuidados de saúde (Stenzeliu, Laszlo, Madeja, Pessah-Rasmusson, & Grabe, 2016). 43% a 56% das infeções do trato urinário (ITU) estão associadas ao uso de cateter vesical (Davis, 2019). São descritas como medidas preventivas de infecção do trato urinário associadas ao uso de cateter vesical: algaliação apenas com justificação clínica, utilização de técnica asséptica, manutenção adequada e remoção de cateter vesical o mais rápido possível (McNeill, 2017).

Em Novembro de 2017 identificámos uma taxa de ITU na Unidade de AVC (UAVC) de 35,5% em que a algaliação foi o maior fator de risco para a ocorrência de ITU.

Foi efetuada revisão da norma de procedimento existente - " Colocação e manutenção de cateter vesical", elaborado e implementado Protocolo Clínico - "Remoção de cateter vesical". Realizada formação em serviço sobre os conteúdos dos documentos e divulgação dos mesmos, mantendo formação habitual e auditoria à higienização das mãos.

Objetivo; Pretendemos avaliar a eficácia da revisão de procedimentos na taxa de ITU.

Metodologia; Em doentes internados na UAVC entre dezembro de 2016 e outubro de 2019 recolhemos retrospectivamente dados demográficos, antecedentes, gravidade do AVC (NIHSS), algaliação e sua duração, ocorrência de ITU, duração do internamento e resultado funcional (mRS). Foram formados 2 grupos (corte em janeiro-2018), quando foi realizada a revisão de procedimentos. Apresentam-se frequências, comparações pelos testes do qui-quadrado e comparação de medianas. O risco de ITU foi calculado por tabelas de contingência e regressão logística, com odds ratio (OR) e intervalos de confiança de 95% (IC95%).

Resultados; Identificámos 557 doentes, com diagnósticos de AVC isquémico (n=480), AVC hemorrágico (n=46), AIT (n=20) e TVC (n=11). Eram 56,7% homens, com idade mediana de 73 anos (18 a 99 anos).

Após revisão de procedimentos verificou-se uma redução significativa na taxa de ITU (17,8% vs 34,6%, $p<0,001$). Esta redução mantém-se sem recrudescimento nos 18 meses seguintes ($p<0,001$). Observou-se igualmente redução significativa no número de dias de algaliação (mediana 2 vs 4 dias, $p=0,009$).

A ocorrência global de ITU relaciona-se com idade (>75 anos 28,1% vs 19,6%, $p=0,018$), sexo feminino (29,5% vs 19,0%, $p=0,004$), gravidade do AVC (NIHSS >10 28,6% vs 17,7%, $p=0,002$), trombólise (29,1 vs 17,2%), uso de enoxaparina profilática (27,5% vs 15,6%, $p=0,002$) e algaliação (40,8% vs 9,9%, $p<0,001$). A duração da algaliação é superior nos doentes com ITU (mediana 4 vs 2 dias, $p<0,001$). Nos homens há relação com doença prostática (29,3% vs 15,8%, $p=0,009$). Em análise multivariada permanecem significativos algaliação (OR 6,03, IC95% 3,67-9,91, $p<0,001$), uso de enoxaparina profilática (OR 1,90, IC95% 1,16-3,09, $p=0,01$) e sexo (masculino OR 0,63, IC95% 0,40-0,97, $p=0,038$).

A duração do internamento foi superior nos doentes com ITU (mediana 13 vs 7 dias, $p<0,001$), associada a pior prognóstico funcional (mRS >2 70,2% vs 44,8%, $p<0,001$), mas sem aumento de mortalidade (4,0% vs 2,1%, $p=0,247$).

Conclusões; Confirmamos que a algaliação está fortemente relacionada com a ocorrência de ITU. A implementação de protocolos relacionados com algaliação, após atualização de conhecimentos baseada na evidência científica, foi determinante na redução da taxa de ITU. As medidas de controlo de infeção permitiram manter a redução nos 18 meses seguintes. Pensamos que o consenso e a participação multiprofissional foram promotores do sucesso da intervenção.

Infeção do trato Urinário; Cateter vesical; AVC

Referências bibliográficas

- Davis, C. (2019). Catheter-associated urinary tract infection: signs, diagnosis, prevention. *British Journal Of Nursing* (Mark Allen Publishing), 28(2), 96–100. <https://doi.org/10.12968/bjon.2019.28.2.96>
- McNeill, L. (2017). Back to Basics: How Evidence-Based Nursing Practice Can Prevent Catheter-Associated Urinary Tract Infections. *Urologic Nursing*, 37(4), 204–206. <https://doi.org/10.7257/1053-816X.2017.37.4.2>
- Stenzelius, K., Laszlo, L., Madeja, M., Pessah-Rasmusson, H., & Grabe, M. (2016). Catheter-associated urinary tract infections and other infections in patients hospitalized for acute stroke: A prospective cohort study of two different silicone catheters. *Scandinavian Journal Of Urology*, 50(6), 483–488.

9.7 - Estratégias na utilização do humor nos cuidados de enfermagem à criança em idade escolar e adolescente: uma *scoping review*.

António Pereira ¹; Margarida Lourenço ²

1 - Hospital Dona Estefânia. Universidade Católica Portuguesa

2 - Instituto Ciências da Saúde, Universidade Católica Portuguesa

Introdução; As crianças e adolescentes são alvo de diversas situações de saúde-doença ao longo da vida. Seja na abordagem nos cuidados de saúde primários ou a nível hospitalar, são identificáveis sentimentos como o medo do desconhecido, da morte, isolamento, ansiedade, dor recusa de tratamento ou procedimentos, o que dificulta a prestação de cuidados, interferindo com a relação terapêutica da tríade enfermeiro-criança-pais. O humor como intervenção de enfermagem constitui uma estratégia valiosa na relação de ajuda, sendo autónoma e diversificada, contudo, ainda pouco reconhecido como ferramenta do enfermeiro.

Objetivo; Mapear na evidência científica quais as estratégias para a utilização do humor como intervenção de enfermagem no cuidado à criança em idade escolar e adolescente. Metodologia: foi realizada uma revisão *scoping* de acordo com a metodologia do Joanna

Briggs Institute, nas bases de dados CINAHL, MEDLINE, B-on, SciELO, Web of Science, EBSCO-Host e Wiley Online Library, no idioma português ou inglês, com janela temporal entre 2009-2019.

Resultados; Esta revisão inclui 4 artigos de natureza qualitativa, com pouca diversificação mundial e temporal, com intervenções tanto grupais como individuais. As estratégias preferidas englobam a partilha de histórias cómicas, visualização de vídeos humorosos, jogos lúdicos e com expressão de alegria, promoção de sentimentos positivos (Sim, 2015; Kim et al, 2018), jogos de palavras/anedotas, recurso a brinquedos e brincadeiras, vídeos motivacionais (José, 2012), atividades artísticas (como cantar, dançar...), teatro com fantoches, dramatização com bonecos/peluches, jogos didáticos (Fontana, 2012). A relação comunicacional desenvolvida pelos profissionais beneficia com o humor, pois fortalece os laços criados, facilitando o internamento hospital ou a realização de ensinos (Fontana, 2012). O controlo da dor e medo, alívio da ansiedade, capacitação de ensinos, aquisição de estratégias de coping e promoção da relação terapêutica são apenas alguns dos benefícios da aplicação do humor.

Conclusão; Intencional ou não, comprova-se a prática recorrente do humor no dia-a-dia dos enfermeiros. Com a obrigatoriedade moral de ser terapêutico, este induz diversas vantagens em qualquer contexto mediante planeamento e personalização. O humor pode ser um aliado vantajoso como técnica motivadora de cuidados, como atitude de adaptação a situações de teor negativo, facilitador de expressão emocional. Contudo, é necessário manter a investigação para validação de estratégias de humor no âmbito da Enfermagem Pediátrica.

Palavras-chave

Humor, cuidado de enfermagem, criança, adolescente, enfermagem pediátrica

Referências bibliográficas

- Fontana, R. T. (2012). A atividade lúdica na enfermagem: “brincando” e prevenindo doenças transmissíveis. *Revista Enfermagem UFPE online*, 6(1), 248-251. ISSN: 1981-8963. DOI: 10.5205/reuol.2052-14823-1-LE.0601201235;
- José, H. (2012). Humor – um cuidado holístico e promotor da criança. *Revista enfermagem UFPE online*, 6(10), 2551-2555.
- Kim, S. et al. (2018). The effects of a humor intervention on the physiological, physical and psychological responses of schoolaged children with atopic dermatitis in South Korea: a pilot study. *Journal of Pediatric Nursing*, 39, 1-9 in <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2018.01.001>;

Sim, I. (2015). Humor intervention program for children with chronic diseases. *Applied Nursing Research*, 28 (4), 404-412. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2015.09.001>.

9.8 - Papel do enfermeiro de reabilitação na prevenção de complicações à mulher mastectomizada

Joana Siquenique ¹, João Mendes ², Filipe Brás ³

1 - Centro de Recuperação de Menores de Assumar, Portalegre,

2 - Instituto Ciências da Saúde, Universidade Católica Portuguesa

3 - Unidade de Longa Duração e Manutenção e Unidade de Convalescença do Centro Social e Paroquial de São Tiago de Urra, Portalegre,

Introdução; O cancro da mama constitui-se como a neoplasia mais frequente na população feminina, atingindo cerca de 4.500 mulheres por ano em Portugal (Sequeira, 2014). A mastectomia é das intervenções cirúrgicas mais utilizadas, no entanto podem surgir complicações físicas tais como, dor, parestesia axilar, diminuição da força, limitação da amplitude do movimento do ombro e linfedema, apresentando repercussões a nível funcional e na qualidade de vida da mulher (Rodrigues, 2017).

Objetivo; Compreender o papel do enfermeiro de reabilitação na prevenção de complicações à mulher mastectomizada.

Metodologia; Foi utilizada a metodologia PICO - Participantes – Mulheres mastectomizadas; Intervenção – Papel do Enfermeiro de Reabilitação; Comparação – Comparação entre os diversos estudos; *Outcomes* – Prevenção de complicações. Pergunta: Qual o papel do enfermeiro de reabilitação na prevenção de complicações à mulher mastectomizada? Através de Revisão Integrativa da Literatura foram selecionados 5 artigos onde foi possível verificar-se que o processo de transição saúde-doença é difícil e moroso, sendo necessária uma abordagem multidisciplinar, onde a enfermagem assuma importância significativa. O enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação é o profissional habilitado para promover a adaptação, maximizando a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da mulher, facilitando assim o processo de transição (Santos, 2013).

Conclusão; O desenvolvimento de um plano de cuidados de reabilitação tanto no pré-operatório como no pós-operatório é de máxima importância sendo que o enfermeiro de reabilitação define diagnósticos precoces e ações preventivas, assegurando a

manutenção das capacidades funcionais da mulher, de modo, a que estas mantenham a máxima independência nas Atividades de Vida Diárias.

Palavras-chave

Enfermagem; Reabilitação; Mulheres; Mastectomia.

Referências bibliográficas

- Rodrigues, C. (2017). Qualidade de Vida em Mulheres Adultas Mastectomizadas. Tese de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação. Instituto Politécnico de Viseu – Escola Superior de Saúde de Viseu.
- Santos, S. (2013). Contributo de um Programa de Enfermagem de Reabilitação na Transição da Mulher Mastectomizada. Tese de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação. Escola Superior de Enfermagem do Porto.
- Sequeira, A. (2014). Reabilitação Funcional Precoce do membro superior na Mulher Mastectomizada - Revisão Sistemática da Literatura. Tese de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação. Instituto Politécnico de Viseu – Escola Superior de Saúde de Viseu.

9.9 - O Papel do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação junto da pessoa com necessidades paliativas

Noélia Ferreira

Centro Hospitalar de Setúbal

Introdução; Os cuidados paliativos (CP) surgiram na década de 60, no Reino Unido, a através do trabalho desenvolvido por Cecily Saunders em defesa da necessidade de prover cuidados holísticos e humanizados às pessoas com doenças incuráveis.

Em 1990, a OMS definiu pela primeira vez o conceito e os princípios dos CP e, em 2002, ampliou a sua definição, passando a incluir não apenas a pessoa com doença oncológica, mas também pessoas com outras doenças progressivas, inevitavelmente ameaçadoras de vida, como as demências, a SIDA e algumas doenças neurológicas graves e rapidamente progressivas (Direção Geral de Saúde, 2005).

No âmbito dos CP, é fundamental a intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação (EEER), que deve impulsionar a manutenção da qualidade de vida e de bem-estar destas pessoas. Deste modo, a sua intervenção “visa promover o diagnóstico precoce e ações preventivas (...) de forma a assegurar a manutenção das capacidades funcionais dos clientes, prevenir complicações e evitar incapacidades, assim como proporcionar intervenções terapêuticas que visam melhorar as funções residuais, manter ou recuperar a independência nas atividades de vida, e minimizar o impacto das incapacidades instaladas (...) ao nível das funções neurológica, respiratória, cardíaca, ortopédica e outras deficiências e incapacidades” (Ordem dos Enfermeiros, 2010). Através da sua intervenção na área paliativa, o EEER procura maximizar as capacidades da pessoa, mantendo dentro do possível a sua independência funcional, assim como também preparando-a para o fim-de-vida (Vieira & Sousa, 2016; Ribeiro, 2017).

Objetivo; Evidenciar a importância da intervenção do EEER à pessoa em situação paliativa.

Metodologia; Foi realizada pesquisa bibliográfica para fundamentar a temática.

Resultados; Os poucos estudos que abordam esta temática demonstram que as intervenções do EEER são essenciais para a promoção da qualidade de vida das pessoas em situação paliativa (Minosso, Souza & Oliveira, 2016). A enfermagem de reabilitação em cuidados paliativos é fulcral, pois permite a melhoria da condição funcional da pessoa, a procura de que esta viva o mais ativa e confortável possível, por maior incapacidade que possa ter, ou mesmo, por menor tempo de vida que apresente (Costa & Othero, 2014; Machado, 2018).

Conclusão; O EEER procura delinear planos de intervenções terapêuticas de enfermagem com o objetivo de potenciar a independência funcional da pessoa com necessidades paliativas.

As suas intervenções em CP assumem, assim, um papel preponderante, não só no assegurar de uma boa morte, mas também no atingir do bem-estar em todas as suas vertentes, com o objetivo final de promover a sua qualidade de vida.

Palavras Chave

Enfermagem de Reabilitação; Cuidados paliativos

Referências bibliográficas

Casmarrinha, M. (2008). Familiares do doente oncológico em fim de vida: dos sentimentos às necessidades. Universidade do Porto. Dissertação de Mestrado.

- Costa, A. P. & Othero, M. B. (2014). Reabilitação em Cuidados Paliativos. Loures: Lusodidacta.
- Gestsdottir, B. et al. (2015). Symptoms and functional status of palliative care patients in Iceland. *British Journal of Nursing*, 24 (9), pp. 478-483.
- Gonçalves, N. & Sapeta, P. (2012). Controlo da dispneia: estratégias, farmacológicas e não farmacológicas para o seu alívio num contexto de Cuidados Paliativos - revisão sistemática da literatura. Instituto Politécnico de Castelo Branco. Dissertação de Mestrado em Cuidados Paliativos.
- Machado, A. (2018). As intervenções associadas ao cuidado confortador, implementadas pelos enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação em Unidades de Cuidados Paliativos e Unidades de Longa Duração e Manutenção. Universidade do Minho. Dissertação de Mestrado.
- Minosso, J, Souza, L & Oliveira, M. (2016). Reabilitação em Cuidados Paliativos. Texto Contexto Enfermagem, Disponível em; <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072016001470015>
- Ordem dos Enfermeiros. (2010). Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasReabilitacao_aprovadoAG20Nov2010.pdf
- Pacheco, S. (2004) Cuidar a pessoa em fase terminal. Loures: Lusociência.
- Ribeiro, C. (2017). Necessidades da pessoa em situação paliativa: perspetiva do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação. Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto. Dissertação de Mestrado.
- Vieira, C. & Sousa, L. (2016). Cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa ao longo da vida. Loures: Lusodidacta.

9.10 - Projeto Conforta-me: a intervenção de enfermagem centrada na Pessoa Idosa hospitalizada, em situação paliativa

Márcia Reis Luzia ¹, Isabel Cunha ², Deolinda Antunes da Luz ³

1 - Escola Superior de Enfermagem de Lisboa; CHO Centro Hospitalar do Oeste, Serviço de Medicina Unidade de Peniche

2 - CHO Centro Hospitalar do Oeste, Serviço de Medicina Unidade Peniche;

3 - Docente, doutorada em Psicologia; ESEL Escola Superior de Enfermagem de Lisboa;

Introdução; Portugal é um dos países mais envelhecidos da Europa, onde se verifica Pessoas Idosas com múltiplas doenças crónicas, razão pela qual os cuidados paliativos devem ser extensivos a esta população (World Health Organization, 2011).

Decorrente desta problemática, a Pessoa Idosa, com doença crónica, tem elevadas necessidades de conforto, pelo que o objetivo primordial é o aumento do conforto, comparativamente ao estado anterior (Kolcaba, 2003). O conforto é um foco dos cuidados de enfermagem, pelo que importa ter uma noção clara do seu conceito e das suas implicações nas várias transições vividas pela Pessoa Idosa, algo também evidenciado em vários referenciais teóricos de enfermagem, como na Teoria do Conforto e na Teoria do Cuidado Centrado na Pessoa (Kolcaba, 2003; McCormack & McCance, 2006).

Estes conceitos ganham dimensão ao analisar a realidade observada nos serviços de Medicina, onde é frequente constatar uma abordagem focada na cura, dificultando o cuidado à Pessoa Idosa na abordagem holística. Consequentemente, as pessoas em fim de vida, nestes serviços, têm necessidades de conforto que não são satisfeitas, sintomas mal controlados, suporte emocional inadequado e problemas de comunicação (Chan, Macdonald, Carnevale, & Cohen, 2017). Segundo os autores, as políticas institucionais devem focar-se na identificação precoce das pessoas com necessidades paliativas, promovendo o trabalho conjunto entre os serviços de cuidados de agudos e as equipas de cuidados paliativos.

Objetivo; Implementar um projeto centrado na Pessoa Idosa hospitalizada, em situação paliativa, com vista à promoção do seu conforto.

Metodologia; O projeto, que se encontra em fase de implementação, iniciou-se com o diagnóstico da situação, através de um questionário aplicado aos enfermeiros do serviço de Medicina, acerca das suas perceções de conhecimento em Cuidados Paliativos. Verificou-se que a totalidade da equipa reconheceu que é importante ter conhecimentos em cuidados paliativos para o desempenho da sua atividade profissional. Por isto, foram desenvolvidas sessões de formação sobre controlo da

dispneia e confusão mental/*delirium*, estando prevista outra formação sobre controlo da dor, que perfaz o terceiro tema escolhido pelos enfermeiros. Das formações realizadas, surgiu a necessidade de criar protocolos para o controlo de sintomas. Desta forma, espera-se capacitar a equipa para a promoção de conforto da Pessoa Idosa em situação paliativa, desenvolvendo os seus pré-requisitos, essenciais ao cuidado centrado na pessoa (McCormack & McCance, 2006).

Concomitantemente, foi construída uma instrução de trabalho para a identificação da pessoa idosa com necessidades paliativas, com recurso ao instrumento de trabalho SPICT-PTTM. Reconhece-se a importância da identificação precoce, que facilita a revisão dos objetivos de cuidado, a realização de um plano antecipatório de cuidados e a colaboração com a Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos.

Outra instrução de trabalho versa a promoção do conforto, com enfoque na avaliação das necessidades de conforto, na avaliação do conforto com a Escala Visual Analógica do Conforto (Kolcaba, 2003) e na implementação de estratégias de intervenção promotoras do conforto.

Ao nível do ambiente do serviço, foram identificadas necessidades, nomeadamente de dispositivos auxiliares de memória. Neste momento, já existem relógios de parede nos quartos e encontram-se em construção os dispositivos com a identificação do local e da data. Além de promover o conforto ambiental, terá também impacto no conforto físico e psicoespiritual da Pessoa Idosa (Kolcaba, 2003), prevenindo o declínio cognitivo.

Ainda na tentativa de dar voz aos desejos e opiniões da Pessoa Idosa, incluí-la no processo de cuidados e proceder a alterações no ambiente de cuidados, de forma a favorecer o cuidado centrado na pessoa, foi criado um questionário de satisfação do utente.

Resultados; A equipa de enfermagem adquiriu maior conhecimento na área dos cuidados paliativos e foi capacitada para a identificação precoce de pessoa idosa com necessidades paliativas. Está mais desperta para a avaliação das necessidades de conforto e, consequentemente, a promoção do conforto da pessoa idosa.

Conclusões; A implementação deste projeto expressa uma prática de enfermagem avançada, manifestada pelo fortalecimento de uma cultura de cuidado centrado na pessoa e, simultaneamente, uma cultura de conforto associada à abordagem paliativa. Esta realidade favorecerá o conhecimento da Pessoa Idosa, a sua participação ativa no plano de cuidados e, ao nível profissional, a fomentação de princípios que reconhecem o valor intrínseco da pessoa (Mitchell & McCance, 2010).

Palavras-chave

Conforto, cuidados paliativos; pessoa idosa; cuidados de enfermagem

Referências bibliográficas

- Chan, L. S., Macdonald, M. E., Carnevale, F. A., & Cohen, S. R. (2017). 'I'm only dealing with the acute issues': How medical ward 'busyness' constrains care of the dying. *Health (United Kingdom)*, 1–18. <https://doi.org/10.1177/1363459317708822>
- Kolcaba, K. (2003). *Comfort theory and practice. A vision for holistic health care and research*. New York: Springer Publishing Company.
- McCormack, B., & McCance, T. V. (2006). Development of a framework for person-centred nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 56(5), 472–479. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2006.04042.x>
- Mitchell, E. A., & McCance, T. (2010). Nurse-patient encounters in the hospital ward, from the perspectives of older persons: An analysis using the Authentic Consciousness Framework. *International Journal of Older People Nursing*, 95–104. <https://doi.org/10.1111/j.1748-3743.2010.00233.x>
- World Health Organization. (2011). *Palliative care for older people: better practices*. (S. Hall, H. Petkova, A. Tsouros, M. Costantini, & I. Higginson, Eds.). Copenhagen.

10 – POSTERES

10.1 - O papel do enfermeiro de família: Perceção dos utentes da USF Vista Tejo

Aida Serra ¹, Inês Nobre², Pedro Tavares², Ana Braga³, João Nicolau³, Ana Caim³.

1 - Escola Superior de Saúde Egas Moniz (ESSEM); Centro de Investigação Interdisciplinar Egas Moniz – CIEM

2 - Escola Superior de Saúde Egas Moniz – CLE

3 - USF Vista Tejo - ACES Almada Seixal

A enfermagem, como profissão, foi assumida pelas mulheres, de um modo natural, pelo seu papel de cuidadoras dos membros da família assim como nos cuidados de manutenção da vida, Hanson (2005). Contudo, devido às alterações sociais e à evolução científica e tecnológica da medicina, o aspeto curativo predominou durante algum tempo, ficando a família excluída dos cuidados que eram prestados aos seus membros, uma vez que a resposta às situações de doença passavam pela institucionalização, Araújo (2014).

Através do programa operacional de Saúde 21, a inclusão da família como alvo dos cuidados de enfermagem reassumiu-se e foram colocados novos desafios à enfermagem, evidenciando-se o papel do enfermeiro de saúde familiar. Portugal assumiu estas preocupações internacionais reorganizando uma série de estruturas funcionais, destacando-se as Unidades de Saúde Familiar (USF), Ministério da Saúde (2006). Surgem, dessa forma, os primeiros Enfermeiros de Família (EF), fazendo parte de uma equipa multidisciplinar, com o objetivo primordial de ajudar as pessoas e as famílias a lidar com a doença, aguda ou crónica, assim como nos momentos de stresse, sendo os cuidados no domicílio uma das mais-valias da missão destes profissionais. O papel do EF desenvolve-se ao longo de um contínuo de cuidados, incluindo a promoção da saúde, a prevenção da doença, a reabilitação e a prestação de cuidados a pessoas que estão doentes ou em estádios de final de vida, Ordem dos Enfermeiros (2002).

Com este estudo pretende-se conhecer a perceção que os utentes inscritos na USF Vista Tejo possuem do papel do "Enfermeiro de Família"

Foi realizado um estudo qualitativo, descritivo exploratório, sobre a perceção dos utentes inscritos na referida USF, face ao papel do EF.

Para a realização deste trabalho foram realizadas 63 entrevistas estruturadas, a utentes que manifestaram disponibilidade e interesse em colaborar.

Para analisar estas entrevistas foi utilizada a técnica de análise de conteúdo, Bardin (2015).

Da análise das narrativas destacaram-se duas dimensões: Conceito de enfermeiro, que caracteriza a forma como os utentes percebem o enfermeiro; Papel do enfermeiro de Família na USF onde se descreve a percepção que os utentes têm das intervenções e dos cuidados realizados pelo EF.

A análise das narrativas permitiu-nos conhecer o conceito que os utentes têm de enfermeiro, consideram que é cuidador, uma vez que acompanha o utente, está presente no momento de doença, ajuda e cuida da saúde dos que estão doentes, está próximo dos utentes; alguns consideram que o enfermeiro é um técnico de saúde, especializado que executa tarefas, que tem um trabalho autónomo; outros utentes consideram que o enfermeiro é o colaborador do médico, que auxilia o médico, facilita o trabalho deste, executando as suas indicações. Relativamente à percepção que os utentes têm do papel do EF na USF, consideram que realiza consultas de enfermagem, de planeamento familiar, de saúde materna e infantil, de diabetes e hipertensão, referiram que é quem cuida dos utentes na sala de tratamentos através da administração de terapêutica e realização de pensos, têm a percepção que este enfermeiro é o cuidador da família, pois acompanha a família, vai ao domicílio, conhece bem os utentes e família ajudando no que estes necessitam. Referiram ainda que os EF se relacionam agradavelmente com os utentes por serem simpáticos e realizarem um bom atendimento.

Dos 63 utentes que colaboraram neste estudo a maioria identifica o “seu” EF, e conhece o seu papel, mas um número significativo de utentes desconhece o quem é o “seu” EF.

Com este estudo, não se pretende generalizar os resultados, mas sim fazer uma reflexão acerca da percepção do papel do EF segundo a perspetiva daqueles que são alvo dos seus cuidados, nesta USF. Considerando os utentes como parceiros na saúde, é importante para a melhoria contínua dos cuidados de saúde refletir e analisar as suas contribuições.

Palavras-chave

Enfermagem; Enfermeiro de família

Referências bibliográficas

Araújo, C. (2014). Enfermagem com Famílias: Percepção dos Utentes de uma Unidade de Saúde Familiar dos Cuidados do Enfermeiro de Família (Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem). -Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto

Bardin, L. (2015) Análise de Conteúdo. Edições 703.

- Hanson, SMH (2005). Enfermagem de Cuidados de Saúde à Família: Teoria, Prática e Investigação. (2ª ed.). (pp. 3-38). Lisboa: Lusociência
- Ordem dos Enfermeiros. (2002). A cada Família o seu Enfermeiro. Lisboa
- Portugal, Ministério da Saúde. (2006). Linhas de Ação Prioritária para o Desenvolvimento dos Cuidados de Saúde Primários. Lisboa:

10.2 - Contratualização em Cuidados de Saúde Primários: o caso Português

Alexandra Gabriela de Figueiredo Lemos¹; Elisabete Pereira Gonçalves Ferreira Leitão²

1. USF Terra (ACeS Sintra)

2. USF Cova da Piedade (ACeS Almada-Seixal)

Introdução: Em Portugal, a Contratualização dos Serviços de Saúde desenvolveu-se como um processo de relacionamento entre financiadores e prestadores, assente numa filosofia contratual, que envolve uma explicitação da ligação entre financiamento atribuído e resultados esperados. Este processo assenta na autonomia e responsabilidade das partes, sendo sustentado por um sistema de informação que permite um planeamento e uma avaliação, considerando como objetivo do contrato metas de produção, acessibilidade, qualidade e económico-financeiras.

A contratualização assume, assim, um papel determinante na definição dos recursos, das necessidades e dos utilizadores a afetar, bem como a que preço e com que objetivos (Santos, 2003).

Objetivos: Aprofundar conhecimentos sobre o processo de contratualização como modelo de financiamento e monitorização em Cuidados de Saúde Primários em Portugal.

Metodologia: Optou-se por uma pesquisa bibliográfica no Google Académico e, posteriormente, na b-on, usando-se como termos a pesquisar: “contratualização”, “cuidados de saúde primários” e “modelos de financiamento em saúde”. Finaliza-se com uma análise reflexiva sobre o tema.

Resultados: A análise do financiamento dos sistemas de saúde assenta em dois pontos fundamentais (Bernardino, 2019): as fontes de financiamento (a origem dos recursos, isto é, quem paga a saúde) e a distribuição dos recursos, (métodos a usar na transferência dos recursos para as entidades prestadoras, isto é, como pagar os cuidados de saúde prestados).

Portugal possui um sistema de saúde misto (Braun & Centeno, 2018), em que os “residentes têm proteção automática, da responsabilidade do Estado, podendo ainda voluntariamente contratar proteção adicional através de seguradoras de saúde, públicas ou privadas”.

Em 2005, com a tomada de posse do novo Governo, dá-se início a um novo ciclo para os CSP. Ocorre a implementação das Unidades de Saúde Familiar (USF) como medida de reconfiguração dos centros de saúde (Despacho Normativo n.º 9/2006 de 16 de fevereiro). Esta medida teve, entre outros, um vetor fundamental (*down-top*): o envolvimento dos profissionais de saúde, através de um processo de candidatura voluntária (iniciado em março de 2006), para a criação de equipas autónomas de prestação de cuidados de saúde.

Em 2008, com o DL n.º 28/2008, de 22 de fevereiro, dá-se a criação de unidades de gestão: os Agrupamentos de Centros de Saúde (ACeS), sendo estes compostos por um ou mais centros de saúde, e com duas áreas de gestão (Direção Executiva e Governação Clínica). Podem compreender as seguintes unidades funcionais: USF, UCSP, UCC, USP e URAP.

Conclusão: O atual processo de contratualização realiza-se através da negociação de um Plano plurianual, com metas (conjunto de indicadores de processo e de resultado, orientados para ganhos em saúde) anuais e a 3 anos e tem dois momentos distintos (DCARS, 2010): 1º- Contratualização Interna (este processo realiza-se entre os ACES e as unidades funcionais que os constituem, da qual resulta uma Carta de Compromisso): no caso das USF e UCSP a contratualização é baseada numa carteira de serviços básicos e de serviços adicionais (estes aplicáveis apenas às USF-B). Estas unidades apresentam o seu Plano de Ação que é elaborado de acordo com uma Matriz de Desempenho multidimensional (IDG), composta por 5 áreas (Desempenho Assistencial / Serviços / Qualidade Organizacional / Formação / Atividade Científica), várias subáreas e inúmeros Indicadores. Cada USF/UCSP elabora um Relatório de Atividades, com base nas metas dos indicadores contratualizados e pelos dados fornecidos automaticamente pelo sistema de informação, que remete para o diretor executivo do ACeS, até 31 de março do ano seguinte àquele a que respeita, que, após parecer do Conselho Clínico e de Saúde, submete à aprovação do conselho diretivo da respetiva ARS; 2º- Contratualização Externa, na qual os ACeS apresentam Plano de Desempenho de acordo com Matriz Desempenho. É formalizada com a assinatura do Contrato-Programa (acordo celebrado entre o Diretor Executivo do ACeS e o Conselho Diretivo da respetiva ARS).

Estes processos de contratualização, externa e interna, operacionalizam-se em três fases: negociação, monitorização e avaliação.

A contratualização de serviços de saúde surgiu como “um meio de melhorar a capacidade de resposta aos cidadãos e de aumentar a eficiência através da minimização dos custos associados à prestação de cuidados de saúde” (Antunes et al., 2011). Ela

consubstancia a separação funcional entre o financiamento e a prestação dos serviços e promove uma maior eficiência produtiva, económica e distributiva.

A monitorização de indicadores de processo e resultado (que privilegiam áreas de prevenção e rastreio de doenças, entre outras) permitiu dar resposta às necessidades assistências dos cidadãos.

Palavras-chave

Contratualização; Cuidados de Saúde Primários; Modelos de Financiamento em Saúde

Referências bibliográficas

- Antunes, E., Gonçalves, J., Santos, M., Alexandre, M., & Godinho, P. (2011). *Contratualização em Saúde - Efectividade do Sistema de Incentivos*. Disponível em <https://core.ac.uk/download/pdf/47236454.pdf>.
- Bernardino, M. (2019). *Apontamentos da UC Economia e Financiamento em Saúde, Pós-Graduação em Gestão de Serviços da Saúde (ano letivo 2019/20)*, ESSEM, Monte da Caparica.
- Braun, G. & Centeno, G. (2018). *Sistemas de Saúde* – Publicação Ocasional do CFP n.º 1/2018. Disponível em https://www.cfp.pt/uploads/publicacoes_ficheiros/cfp-publicacao-ocasional-1-2018.pdf.
- Departamento de Contratualização da Administração Regional de Saúde. (2010). *Metodologia de contratualização 2011*. Disponível em http://www2.acss.min-saude.pt/Portals/0/MetodologiaContratualizacaoCSP_2011.pdf.

10.3 - Teorias da Liderança: Uma Visão para a Enfermagem

Alexandra Gabriela de Figueiredo Lemos¹, Ana Paula Salvador de Abreu Martinez Marques², Cristina Maria Ribeiro Joaquim Friaças³, Elisabete Pereira Gonçalves Ferreira Leitão⁴, Maria da Conceição Martins Lourenço⁵

1 - USF Terra (ACeS Sintra)

2 - Centro Hospitalar de Setúbal

3 - USF Ribeira Nova (ACeS Lisboa Central)

4 - USF Cova da Piedade (ACeS Almada-Seixal)

5 - Serviço Gestão de Risco (ACeS Almada-Seixal)

Introdução: Os progressos da ciência e da tecnologia têm sido corresponsáveis por importantes mudanças nas sociedades em geral, nas organizações e na vida dos indivíduos em particular, causando transformações muito rápidas, com revolução e reavaliação nas formas de pensar, sentir, estar e agir, em todos os âmbitos da atividade humana.

Neste contexto, as organizações e, conseqüentemente, os profissionais que as constituem, necessitam de uma ferramenta imprescindível para o sucesso dos cuidados aos utentes: liderança. A prática de liderança tem, entre os diversos estilos de liderança, e em consequência da investigação produzida, evoluído na perspetiva de novas abordagens.

Apesar de todas as transformações, a tecnologia ainda não substituiu a necessidade de profissionais de saúde. Considerando que o capital humano é o bem mais valioso de uma empresa, podemos afirmar que a enfermagem é uma parte fundamental nas organizações de saúde. Assim, o enfermeiro que coordena equipas, necessita de dominar a ferramenta da liderança, preocupando-se com o autodesenvolvimento, a aquisição de novas habilidades e conhecimentos e o domínio do uso das tecnologias emergentes.

Objetivo: Considerando a pertinência do tema, relativamente à prática profissional, definiu-se como objetivos para este trabalho: Conhecer as características das Teorias de Liderança e respetivas variáveis; Identificar qual, ou quais as Teorias de Liderança que melhor se adequam ao desempenho da profissão de enfermagem.

Metodologia: Procedeu-se a uma revisão bibliográfica acerca das Teorias de Liderança ao longo do tempo (desde a Teoria do Grande Homem até à Nova Liderança), fazendo-se uma breve descrição de cada uma delas e relacionando-as com a prática de enfermagem.

Finaliza-se com uma análise reflexiva sobre o tema e os seus contributos para o desenvolvimento da liderança em enfermagem.

Resultados: A liderança como tema e objeto de estudo não é recente, havendo diversos autores com inúmeras interpretações e consequentes teorias. Estas traduziram-se em pontos de vista complementares uns aos outros, com uma abrangência mais completa sobre a temática.

O estudo da liderança, com relevância nas organizações contemporâneas, inicia-se após a II Guerra Mundial, com a Teoria do Grande Homem, a qual defende que o líder é um Homem superior. Neste sentido, a Teoria dos Traços de Personalidade sugere que os líderes são indivíduos que possuem determinadas qualidades ou características inatas.

Na década de 40, as Teorias Comportamentais surgiram com uma perspetiva de valorização dos comportamentos do líder, classificando-o por estilos de liderança (liderança autoritária, liderança democrática e liderança liberal).

As teorias contingenciais surgem com a análise da influência dos fatores situacionais na eficácia do comportamento e estilo de liderança. Neste contexto, o modelo de Fiedler estuda a liderança em função da relação existente entre o líder e os aspetos de determinada situação. Por outro lado, a teoria situacional é descrita como o produto resultante da relação entre o comportamento do líder e o nível de maturidade do liderado.

A Nova Liderança surge nos anos 80, centrando-se na análise do comportamento organizacional do líder, do relacionamento com os liderados e da visão de futuro da organização; surge a liderança carismática (importância da personalidade), a transformacional (necessidade de ambiente organizacional para bom desempenho) e a transacional (processo de troca entre líderes e liderados).

A postura relacional do líder, com os liderados, e o seu estilo de liderança, dependerá do contexto onde os cuidados são prestados, assim como as características e expectativas da equipa. Atualmente, o enfermeiro-líder é aquele que emprega, para o sucesso da sua atuação, para além do saber técnico e conteúdos da administração, práticas que favoreçam as suas relações interdisciplinares.

Conclusão: Nas organizações humanas, a liderança é um conceito basilar na medida em que, para alcançar e manter o sucesso da organização, o líder necessita de orientar os profissionais para os objetivos a atingir e conhecer as suas motivações. As definições de Liderança são múltiplas, devendo ser tidas em conta variáveis como a configuração, ciclo de vida ou cultura organizacionais. As organizações estão em constante mudança, como consequência de múltiplas reorganizações, fusões ou aprendizagens. A transformação da cultura organizacional é consequência de uma liderança de sucesso, em que são valorizados o envolvimento, a promoção da mudança e a evolução dos profissionais.

Os estudos comprovam que a liderança é fundamental para o trabalho do enfermeiro e manifesta-se na sua habilidade de influenciar a equipa, para que juntos possam alcançar objetivos partilhados, tendo como finalidade central o atendimento das necessidades de saúde dos utentes.

O líder do futuro desenvolve uma atitude de parceria com os liderados, no desenvolvimento das relações de trabalho. De modo a criar um ambiente gerador de capacidades, o líder tem em consideração as oportunidades e incentivos para as inovações, com programas de aperfeiçoamento das habilidades de relações humanas.

No século XXI, as escolas de enfermagem devem apostar em conteúdos formativos onde a temática “Liderança”, seja parte essencial na educação dos futuros profissionais, favorecendo não só a essência da arte do cuidar, mas também a capacidade de gerir equipas, preocupando-se com a resolução de conflitos, com a tomada de decisões salomónicas, tendo por base a ética profissional e como objetivo último responder às necessidades do utente/família – foco de todas as organizações de saúde.

Palavras-chave

Organização; Liderança; Enfermagem

Referências bibliográficas

- Amestoy, S. C. (2014). *Dialogic leadership: strategies for application in the hospital environment. Investigación y Educación en Enfermería*, 32(1), 119-127.
- Balsanelli, A., & Cunha, I. (2006). Liderança no contexto da enfermagem. *Rev Esc Enferm USP*, 40(1), 117-22.
- Silva, D., Bernardes, A., Gabriel, C., Rocha, F., & Caldana, G. (2014). A liderança do enfermeiro no contexto dos serviços de urgência e emergência. *Rev. Eletr. Enf*, 16(1), 211-9.
- Simões, A., & Favaro, N. (2013). O desafio da liderança para o enfermeiro. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 11(5), 567-573.

10.4 - Parceria de cuidados: intervenções do enfermeiro especialista em saúde infantil e pediátrica

Ana Cristina Ferreira Gomes¹, Elisabete Nunes¹, Joana Mendes Marques².

1 - Universidade Católica de Lisboa

2 - Escola Superior de Saúde da Cruz Vermelha Portuguesa

Introdução: O Cuidar em Pediatria é descrito cada vez mais como uma conceção onde as necessidades da criança e da sua família são centrais em qualquer intervenção de Enfermagem. Desta forma, o Enfermeiro deverá ter por base de todo o seu cuidado as reais necessidades da díade criança e família, com vista a envolver esta última em todas as tomadas de decisão relativas à saúde e à doença.

É da competência do Enfermeiro Especialista de Saúde Infantil e Pediátrica (EESIP) dar resposta a situações de especial complexidade e avaliar as necessidades da criança e família, no âmbito da adaptação às mudanças na saúde e dinâmica familiar (Ordem dos Enfermeiros, 2018), com base num cuidado assente numa parceria entre crianças, pais e enfermeiros, o que implica o desenvolvimento de uma relação de empatia, disponibilidade e compaixão.

O EESIP tem como principais responsabilidades, o ensino, a orientação e o apoio, a transmissão de conhecimentos aos membros da família e o encaminhamento para outros profissionais. Alves (2015) designa que os enfermeiros no seio da sua equipa multidisciplinar são os que desenvolvem relações de parceria com os pais e fortalecem estratégias de interação que geram confiança, respeito e empatia pela criança/pais. Atendendo à importância deste cuidado, tão importante no âmbito da Pediatria e visto que o Enfermeiro deverá ser a principal ferramenta no processo de negociação com os pais na adoção de comportamentos promotores da saúde, considerou-se pertinente analisar na evidência científica as principais intervenções de Enfermagem promotoras da parceria de cuidados em Pediatria.

Propõe-se mapear os principais conceitos que sustentam determinada área de pesquisa, clarificar determinadas definições e limites concetuais ao inverso, por exemplo, de uma Revisão Sistemática da Literatura que impõe questões mais precisas (Briggs, 2015).

Questão de investigação: baseada no acrónimo PCC, sendo que o P (População) são as crianças/família, o C (Conceito) é a Parceria de Cuidados e o último C (contexto) são unidades de saúde.

Objetivo: mapear na evidência científica as Intervenções de Enfermagem promotoras de Parceria de Cuidados à criança/família em unidades de saúde.

Método: foi realizada uma *Scoping Review*, definida pela seguinte questão de investigação, Quais as Intervenções de Enfermagem promotoras da Parceria de Cuidados a crianças/família em unidades de saúde. Foram definidos como critérios de inclusão, artigos publicados nos últimos 5 anos (2014 a 2019), em Português e/ou Inglês, com acesso ao texto completo e que sejam estudos científicos.

A pesquisa foi iniciada pela definição dos descritores Mesh: Partnership, Family e Pediatrics Nursing. Posteriormente foi realizada uma pesquisa na plataforma EBSCO, nas bases de dados, Cinahl e Medline. Foi realizada uma segunda pesquisa, na Biblioteca SCIELO. Dos 21 artigos mapeados pela pesquisa efetuada, foram selecionados 4 para análise.

Resultados: O passo mais importante foca-se em cada elemento da equipa e na centralização dos cuidados na família incluindo uma abordagem colaborativa Merrigan et al (2016). Neste estudo foi desenvolvido um programa onde a família é desejada e considerada como participantes equitativos às equipas hospitalares com o intuito de ajudar a projetar, avaliar e promover os cuidados e serviços para a família e crianças, incorporando a presença da família diariamente.

Segundo Merrigan et al (2016) a filosofia das famílias como parceira de cuidados foi também evidente na formação em educação dos profissionais de saúde, no trabalho da segurança à criança e nas rotinas diárias da prestação de cuidados. Ressalva ainda, que comportamentos através do modelo KIDS CARE, transformam famílias mais satisfeitas com os cuidados, bem como os cuidados centradas na família fortalecem a satisfação familiar. É um acrónimo, em que cada letra corresponde a um comportamento que o enfermeiro deve realizar na sua prestação de cuidados. Assim sendo: **(K)** Bater à porta antes de entrar; **(I)** Apresentar-se e determinar quem se encontra responsável; **(D)** Discutir o plano de cuidados e incorporar a criança e família; **(S)** Higienizar as mãos, reduzindo infeções hospitalares; **(C)** Verificar a identidade da criança e informar a importância deste procedimento; **(A)** Avaliar a Dor da criança, utilizando as escalas apropriadas e informar a família das mesmas; **(R)** Demonstrar disponibilidade para a criança e família, recorrendo ao quarto em tempo útil e preferencialmente antes de ser solicitado; **(E)** Explicar à criança/família o procedimento antes de o executar e garantir compreensão dos intervenientes.

Este modelo foi projetado para ensinar e reforçar comportamentos com a finalidade de iniciar uma parceria efetiva.

No estudo realizado por Park e Cho (2017), estes realçam a importância da tomada de decisão no campo pediátrico, devido ao aumento de interesse na inclusão dos pais e filhos na tomada de decisão. Este conceito tornou-se parte importante nos cuidados à família e recomendada na prática clínica em pediatria. Os autores consideram que a tomada de decisão é desempenhada por profissionais de saúde (enfermeiros) bem como a criança/família, onde detenham um papel ativo, através de troca de

informações, alcançando consenso com base nas evidências atuais de saúde. Descrevem que as decisões em cuidados pediátricos são mais complicadas comparativamente à decisão em cuidados de adultos, pois a criança está em constante desenvolvimento, o que a longo prazo potencia riscos e benefícios de saúde que devem ser discutidos. Referem ainda que esses riscos e benefícios, são potenciados na falta de uma definição do conceito, assim o objetivo de delinear e clarificar o conceito de tomada de decisão facilita o desenvolvimento de intervenções e a sua prática pediátrica. Consideraram que o campo pediátrico é único com base nos desafios que envolvem as crianças, pais e os enfermeiros.

No estudo de Dokken et al (2015), estes descrevem uma campanha “Melhor juntos: Parceria com famílias” com o intuito de acolher famílias, em hospitais pediátricos e de adultos, 24 horas por dia, 7 dias por semana, de forma a potenciar as verdadeiras parcerias de cuidados com a família e outros parceiros de cuidados. Foi criado um kit de ferramentas disponíveis on-line, para que os hospitais inovassem nesse sentido. Este kit continha uma autoavaliação organizacional, documentos de orientação, exemplo de política e diretrizes, vídeos e atividades, bem como um guia de bolso, para as famílias e para a equipa multidisciplinar com maneiras práticas de trabalharem juntos em parceria, baseado no acrónimo “Partners”, nomeadamente: **(P)** Apresentar-se à criança, família e/ou membros designados como parceiros de cuidados, explicando as perspetivas e a importância de cada um dos papéis; **(A)** Questionar sempre que possível à criança/família e/ou parceiros de cuidados a sua participação e tomada de decisão; **(R)** Tranquilizar a criança/família e/ou parceiros de cuidados, através dos seus conhecimentos valiosos; **(T)** Esclarecer que ambos têm o mesmo objetivo -O melhor cuidado e o conforto para a criança; **(N)** Nutrir, regularmente o bom relacionamento com a criança/família; **(E)** Encorajar a criança/família no envolvimento nas suas decisões, sobretudo na transição para outras unidades, na transição para casa ou para a necessidade de cuidados comunitários planeados; Rever os cuidados pós alta com a criança/ família e/ou parceiros de cuidados de forma a que as preferências, valores e metas sejam alcançadas; Apoiar a criança/família e/ou outros parceiros de cuidados para que se sintam confortáveis nas suas funções.

A participação dos pais no serviço de saúde. Relatam que os problemas de saúde das crianças provêm de vários fatores, físicos e psicológicos interligados, bem como a sua relação com o meio ambiente, sendo que podem ser prevenidos ou o seu impacto minimizado através de estratégias de promoção de saúde Lam et al (2014). Os autores realçam que os pais são fundamentais para promover a saúde dos seus filhos, uma vez que a saúde das crianças está diretamente relacionada com a sua família, o estilo de vida e os seus comportamentos. Destacam ainda que os pais que participam em atividades de promoção de saúde, conseguem alargar essas atividades para dentro de casa e da comunidade. Após a análise, Lam et al (2014), identificaram seis temas associados com a promoção da participação dos pais na promoção da saúde em serviços de saúde,

designadamente a Equidade, a Igualdade, a Evolução, o Envolvimento, a Consulta e por último a Continuidade. Uma característica dos seis temas é apoiar uma estrutura para incluir e melhorar a participação nas atividades e programas de promoção de saúde aos seus filhos.

Discussão: Após a presente pesquisa científica verificou-se que existe uma preocupação na identificação de intervenções promotoras de parceria de cuidados.

O modelo KIDS CARE foi projetado para ensinar e reforçar comportamentos respeitosos para os enfermeiros com o intuito de iniciar parcerias terapêuticas de cuidados centrados na família (Merrigan et al, 2016). Muitos dos comportamentos descritos por Merrigan et al (2016), são corroborados no estudo de Dokken et al (2015), onde atitudes simples incentivam os enfermeiros e restante equipa multidisciplinar para apoiar as famílias ou outros cuidadores designados como parceiros de cuidados.

Os autores Park e Cho (2017) identificaram 3 atributos para a tomada de decisão. O primeiro atributo é a participação ativa de pais, filhos e enfermeiros. As crianças nem sempre podem ser incluídas na tomada de decisão, seja pela gravidade do seu estado clínico, pela sua idade e maturidade cognitiva, sendo os pais considerados participantes importantes e responsáveis pelos seus filhos, capazes de cooperar no processo de tomada de decisão, este pensamento é elucidado por Dokken et al (2015), quando refere que o enfermeiro deve questionar sempre que possível à criança/família e/ou parceiros de cuidados a sua participação e tomada de decisão. O segundo atributo considerado, foi a parceria colaborativa, sendo definida como mutualidade e igualdade entre pais, crianças e enfermeiros, onde a mentalidade, a confiança e o respeito são elementos desta parceria. Reconhecendo ainda como fundamental para o cuidado centrada na família, o reconhecimento de preferências, a compreensão de experiência dos pais/crianças, a partilha de informações, as responsabilidades e o estabelecimento de metas com a criança/pais. Naturalmente advém a comunicação aberta, transmitindo a confiança essencial para o estabelecimento de uma parceria (Park e Cho, 2017). O terceiro atributo identificado refere-se em alcançar um resultado através de um acordo mútuo, ou seja, uma negociação que idealmente deve resultar num acordo ou decisão conjunta, assim os pais/filhos e enfermeiros atingem um compromisso, resultando em acordo mútuo sobre o plano de cuidados da criança, com a meta comum para a saúde da mesma (Park e Cho, 2017).

Lam et al (2014), realizaram uma análise de conteúdo sobre promoção de saúde onde foram identificadas categorias temáticas e posteriormente os dados das entrevistas foram lidos, codificados e categorizados por temas. Seis temas principais foram identificados a partir desses dados. O primeiro tema foi a Equidade, onde mencionaram que os pais verbalizaram que na comunidade existe poucas formas de aceder a informações relacionadas com a promoção de saúde, particularmente, sobre e para as crianças, resultando assim na falta de estímulo para participar. Desta forma, a falta de informação/ comunicação impede os pais de participarem ativamente nas atividades,

bem como a falta de envolvimento na tomada de decisão, fornecendo a uma desconexão para muitos pais.

Quanto ao segundo tema, a Igualdade, os pais participantes no estudo verbalizam que os serviços de promoção de saúde não estão disponíveis para crianças de todas as faixas etárias, sendo que os pais das crianças em idade escolar, foi o mais evidenciado. Enunciando o terceiro tema, a Evolução, os pais participantes do estudo, expõem as preocupações e a importância de receber orientações antecipatórias das mudanças físicas e/ou psicológicas ao longo do ciclo vital. O quarto tema, o Envolvimento, realça a vontade dos pais se envolverem em atividades de promoção de saúde com os seus filhos. Referem que os pais deviam ser envolvidos nas etapas de planeamento e implementação contribuindo com comentários e tomada de decisões sobre atividades/políticas de promoção de saúde. Relativamente ao tema Consulta, os pais verbalizaram que existe uma fragmentação e informações excessivas na comunidade impossibilitando a capacidade de escolhas apropriadas para os seus filhos e família. Discordando com este pensamento Dokken et al (2015), referem que o enfermeiro é um elemento tranquilizador na transmissão dos seus conhecimentos.

Lam et al (2014), realçam o tema Continuidade, onde foi identificado a importância da sustentabilidade dos serviços de promoção de saúde e os problemas solucionados nesse mesmo serviço. Realçam a importância de receber cuidados, ou qualquer tipo de serviço de saúde ou intervenção por um determinado período de tempo, estejam as crianças doentes ou saudáveis, fornecendo assim um melhor acompanhamento e continuidade dos cuidados às crianças. Este tema vai ao encontro com o pensamento de Dokken et al (2015), referindo que o enfermeiro deve encorajar a criança/família na transição para casa ou para a necessidade de cuidados comunitários planeados.

Conclusão: Com esta *Scoping Review* foi possível concluir que as intervenções de Enfermagem promotoras da parceria de cuidados são essenciais no contexto das unidades de saúde e vão muito para além de intervenções como a comunicação com a criança e sua família. A forma como a comunicação é estabelecida é essencial. Atitudes como a disponibilidade, o escutar e o tranquilizar são fulcrais quando se pretende um cuidado da criança centrado na família.

O Modelo KIDS CARE, através dos seus comportamentos respeitosos em relação às crianças/famíliares influencia a qualidade dos cuidados sendo considerado maioritariamente um mecanismo construtor de confiança com as famílias, ajudando na comunicação e na parceria com as famílias (Merrigan, et al, 2016).

Os enfermeiros são os profissionais mais envolvidos na execução de um papel de apoio e ajuda, conduzindo a que a criança/família façam as suas escolhas, através do aconselhamento, da educação, da troca de informações de forma honesta, da empatia, do respeito e da confiança para as crianças/pais, tornando possível uma tomada de decisão através de um acordo mútuo (Park e Cho, 2017).

Os enfermeiros são elementos fundamentais para assegurar uma parceria eficaz, capaz de melhorar a satisfação e a experiência com o cuidado. Intervenções como apresentar-se, debater o plano de cuidados com a criança/família, a segurança transmitida através da higienização das mãos, a procura de identificação da criança, a avaliação de Dor com a utilização de escalas apropriadas, realização de ensinamentos à família ou pelo simples facto de o enfermeiro aparecer no quarto mesmo antes de ser solicitado, facilita a construção de confiança, sendo estes considerados atos respeitosos com a família (Merrigan, et al, 2016).

Com a permanência e participação da família nos cuidados, o enfermeiro da área pediátrica tem um papel importante sendo este o elemento promotor de mudanças, melhorando os cuidados e a segurança das crianças, facilitando os cuidados centrados nas famílias e fortalecendo as parcerias, nomeadamente através do envolvimento parental e a presença dos pais em procedimentos (Dokken et al, 2015).

Melhorar a colaboração entre enfermeiros e pais, torna-se crucial nas intervenções de promoção de saúde, com o intuito de dar resposta às necessidades e preocupações levantadas pelos pais (Lam et al, 2014).

Como limitações realço a falta de acesso ao texto integral em alguns artigos, o idioma dos mesmos serem outro idioma sem ser o português, a falta de estudos com a utilização do modelo KIDS CARE bem como o uso do Kit Partners.

Palavras-chave

Criança; Enfermeiro Especialista em Pediatria e Saúde Infantil; Família; Parceria de Cuidados.

Referências Bibliográficas

- Alves, J. M. N. D. O. (2015). *Oportunidades de parceria no cuidar de crianças com necessidades especiais de saúde: a perspectiva dos pais* (Doctoral dissertation).
- Dokken, D., Parent, K., & Ahmann, E. (2015). Family presence and participation: Pediatrics leading the way... and still evolving. *Pediatric nursing*, 41(4), 204.
- Lam, W., Wu, S. T. C., & Fowler, C. (2014). Understanding parental participation in health promotion services for their children. *Issues in comprehensive pediatric nursing*, 37(4), 250-264.
- Merrigan, K., Steinmiller, E. A., Figueroa-Altmann, A., & Davis, K. F. (2016). Kids care: a behavioral model to strengthen patient and family partnerships. *Pediatric nursing*, 42(2), 89.

Park, E. S., & Cho, I. Y. (2018). Shared decision-making in the paediatric field: a literature review and concept analysis. *Scandinavian journal of caring sciences*, 32(2), 478-489.

10.5 - Complicações do acesso arterial para trombectomia – Importância de uma vigilância sistematizada

Ana Sofia Costa, Ana Catarina Baião, Carolina Soares, Elsa Pereira

Unidade de AVC, Serviço de Neurologia, Hospital Garcia de Orta, Almada

Introdução: As trombectomias na Via Verde AVC cresceram acentuadamente após implementação da Urgência Metropolitana de Lisboa. Segundo um estudo realizado nos EUA, 0,4 a 0,8% dos doentes têm complicações graves associados ao local de punção (Shah et al., 2016)). Torna-se assim fundamental uma adequada gestão de camas que propicie uma maior vigilância destes doentes, fundamental para detetar complicações atempadamente, nomeadamente arteriais no local de punção femoral, tais como hematomas inguinais e retroperitoneais, pseudoaneurismas da artéria femoral, choque hipovolémico, compromisso neurocirculatório e isquémia do membro (Theodore, Clermont, Dalton, 2019).

Objetivo: Pretendemos descrever estas complicações, comparando doentes vigiados na Unidade de AVC (UAVC), onde existe um protocolo específico, relativamente às Unidades de Cuidados Intensivos/Intermédios (UCI).

Metodologia: Em doentes submetidos a trombectomia num hospital central, entre janeiro-2016 e outubro-2019, recolhemos retrospectivamente dados demográficos, antecedentes, encerramento do acesso arterial, local de internamento pós-trombectomia, registo sistematizado de vigilância de complicações, sinais e sintomas sugestivos de complicação arterial e respetiva orientação diagnóstica/terapêutica. Apresentam-se frequências, comparações pelos testes do qui-quadrado e comparação de medianas. O risco de complicações foi calculado por tabelas de contingência e regressão logística, com *odds ratio* (OR) e intervalos de confiança de 95% (IC95%).

Resultados: Realizaram-se 297 trombectomias, 155 (52,2%) em mulheres, com idade mediana de 76 anos (29-99 anos).

Apresentavam AVC prévio 13,8%, cardiopatia isquémica 12,8% e doença arterial periférica (DAP) 6,4%. Em 77,6% administraram-se antiagregantes plaquetários, 25,1% anticoagulantes e 54,2% enoxaparina profilática. Realizaram trombólise endovenosa 176 doentes (59,3%).

A maioria dos encerramentos do local de punção arterial foi com Angioseal® (82,5%), sendo encerrados manualmente 7,4% e 4,7% com Femostop®.

Após procedimento 177 (59,6%) foram internados na UAVC e 116 (39,1%) na UCI. Existe registo de vigilância do local de punção arterial em 95,5% dos doentes na UAVC e 59,5% na UCI ($p < 0,001$).

Em 71 doentes (29,6%) foram identificados sinais/sintomas de possível complicação no local de acesso. Oito casos (11,4%) necessitaram de orientação terapêutica, sendo 3 oclusões (2 cirurgias, 1 anticoagulação) e 2 hemorragias ativas (cirurgias, 1 óbito por choque hipovolémico). Decorreu uma mediana de 3 horas (intervalo interquartil 13) até deteção das possíveis complicações.

Foram detetadas mais complicações na UAVC (35,5% vs 15,5%, $p = 0,002$), principalmente alterações dos pulsos periféricos (18,3% vs 2,8%, $p = 0,001$), sem diferença nos restantes sinais/sintomas. O tempo mediano até identificação foi semelhante (3,25 vs 2 horas, $p = 0,959$).

Os doentes com complicações tinham mais frequentemente antecedentes de AVC (50,0% vs 26,7%, $p = 0,009$), cardiopatia isquémica (50,0% vs 27,1%, $p = 0,016$) e ausência de DAP (6,3% vs 31,3%, $p = 0,034$), não diferindo relativamente aos restantes fatores de risco vascular, terapêuticas administradas ou encerramento do acesso.

Conclusões: Embora raras, as complicações no local de acesso arterial para trombectomia podem ter consequências graves. A vigilância sistematizada na UAVC permitiu identificar mais complicações, com orientação precoce.

Palavras-chave

Trombectomia; Acesso Arterial; Complicações.

Referências bibliográficas

- Shah, V. A., Martin, C. O., Hawkins, A. M., Holloway, W. E., Junna, S., & Akhtar, N. (2016). Groin complications in endovascular mechanical thrombectomy for acute ischemic stroke: a 10-year single center experience. *Journal of neurointerventional surgery*, 8(6), 568–570. doi:10.1136/neurintsurg-2015-011763
- Theodore, A. C.; Clermont, MD. G.; MDCM; Dalton, MSC. A.; *Indications, interpretation, and techniques for arterial catheterization for invasive monitoring*; 2019.

10.6 - Novo regime geral de proteção de dados e a cedência de informação aos familiares

Tânia Carmo; Sónia Gonçalves

Enfermeiras Centro Hospitalar de Setúbal

Introdução: Os sistemas de informação em saúde são uma combinação de procedimentos, pessoas, tecnologias e informação com o objetivo de desenvolver e proteger a saúde da população (Sandi & Raposo, 2015). Associado ao enorme volume de dados em saúde disponíveis, emerge a questão da privacidade dos mesmos e o direito de cada doente à confidencialidade desses mesmos dados. Os profissionais de saúde estão obrigados ao sigilo de toda a informação obtida através da sua prática de cuidados e à proibição da divulgação dessa mesma informação (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2015). Desta forma, em que situações podem os profissionais de saúde prestar informações aos familiares de um doente que se encontre perante uma situação de saúde que o incapacite de tomar decisões?

Objetivo: Compreender o impacto do NRGPD sobre a cedência de informações aos familiares de doentes com incapacidade de decisão.

Metodologia: Reflexão crítica com base nas fases do Ciclo de Gibbs (Jasper, 2003) e fundamentada com pesquisa bibliográfica: artigos de revisão e opinião; legislação do Estado Português.

Resultados: A tecnologia em informação veio melhorar o apoio à tomada de decisão dos profissionais e tornar o doente mais ativo na sua saúde. No entanto, esta nova realidade trouxe riscos que até esta fase eram inexistentes e não levantavam qualquer preocupação no âmbito da saúde. A partir desta fase “os dados digitais das pessoas (...) estão sujeitos a violações de terceiros, os quais podem interceptar ou mesmo furtar esses dados, para fins de realização de fraudes ou outros escusos (...) gerando consequências danosas” tanto para o prestador de saúde como principalmente para o doente (Bortman, Almeida & Patella, 2018). De acordo com o NRGPD (Regulamento 2016/679) é proibido o tratamento de dados relativos à saúde de uma pessoa, sendo este o único detentor dos seus dados, exceto nas situações em que o titular dos dados fornece o seu consentimento explícito. Ocorre a este caso as exceções em que “o tratamento for necessário para proteger os interesses vitais do titular dos dados ou de outra pessoa singular, no caso do titular dos dados estar física ou legalmente incapacitado de dar o seu consentimento”; e “por motivos de interesse público no domínio da saúde pública” (Regulamento 2016/679). Importa garantir que no caso específico da Enfermagem, o Enfermeiro deve apenas fornecer a informação que diz respeito à sua área de atuação, não comprometendo aquilo que é a sua esfera de

competência. Depreende-se da pesquisa bibliográfica consultada que é necessário analisar cada situação individualmente e fornecer apenas a informação pertinente ao bem-estar do doente sem nunca fragmentar a confidencialidade a que a Deontologia Profissional do Enfermeiro (OE, 2015), através do seu artigo 106º, obriga estes profissionais de saúde. Os Enfermeiros nas suas práticas diárias são solicitados a responder a avultados pedidos de informações por parte dos familiares dos doentes que cuidam, fornecendo essas mesmas informações muitas vezes sem obter a autorização prévia do doente. No entanto, e não querendo de forma alguma negligenciar as famílias e acompanhantes dos doentes, até porque as mesmas são fundamentais no plano terapêutico e na garantia de sucesso do mesmo, compreende-se que pelo NRGPD os Enfermeiros não podem sucumbir a esta “pressão diária” que por eles é efetuada acabando por fornecer todas as informações pedidas como forma de evitar “represálias”. Parece então urgente desenvolver estratégias que permitam iniciar mudanças nesta área, nomeadamente em jeito de brainstorming, exemplifica-se: confirmar a identidade e grau de parentesco da pessoa que pede informação, sem exceções; informar previamente a população (criação de folhetos e alertas nos websites das instituições de saúde) sobre as novas normas de cedência de informação de acordo com o NRGPD; criação de novas normas nas instituições de saúde sobre a entrega de informações aos familiares.

Conclusão: Perante o NRGPD inegavelmente a forma de atuar perante os pedidos de informação dos familiares de doentes sem capacidade de decisão terá de mudar e de se adaptar a uma nova realidade. Os Enfermeiros, em conjunto com toda a equipa, terão de adotar novas e melhores estratégias para implementar esta mudança, onde para permitir a sua aceitação esteja incluída a população alvo dos cuidados. Em síntese, não deve à partida ser criada a barreira de negação da informação mas sim avaliar cada situação individualmente e tomar decisões conscientes que se baseiem no novo regulamento.

Palavras-chave

Sistemas de Informação em Saúde; Novo Regulamento Geral de Proteção de Dados; Familiares; Profissionais de Saúde

Referências bibliográficas

Bortman, R., Almeida, R. L. P. F., & Patella, K. (2018). Da Cibersegurança para Proteção de Dados de Pacientes. *Anais do Encontro Nacional de Pós-Graduação*, 1, 299 – 303. Disponível em <https://ojs.unisanta.br/index.php/ENPG/article/view/1598/1313>

- Jasper, M. (2003). *Beginning Reflective Practice. Foundations in Nursing and Health Care*. Disponível em http://books.google.pt/books?id=FKroWQSJ7z4C&printsec=frontcover&hl=ptPT&source=gbg_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false
- Ordem dos Enfermeiros (2015). *Deontologia Profissional de Enfermagem*. OE, Lisboa. Disponível em https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8887/livrocj_deontologia_2015_web.pdf
- Regulamento (EU) 2016/679, de 27 de abril. Jornal Oficial da União Europeia. Parlamento Europeu e Conselho da União Europeia. 119/1-119/88. Disponível em https://www.cnccs.gov.pt/content/files/regulamento_ue_2016-679_-_protecao_de_dados.pdf
- Sandi, A. A. A., & Raposo, V. (2015). A importância dos Sistemas de Informação em Saúde – Estudo de Caso na USF CelaSaúde. (Dissertação de Mestrado em Gestão). Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra. Disponível em https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/29117/1/Ale_Auad_A%20import%C3%A2ncia%20dos%20Sistemas%20de%20Informacao%20em%20Sa%C3%BAde%20-%20Estudo%20de%20caso%20USF%20CelaSa%C3%BAde%20Final.pdf

10.7 - Tratamento de uma Ferida Exsudativa com Carboximetilcelulose, Prata Iónica e Agentes Anti-biofilme: Um Estudo de Caso

David Peças, Vânia Moutinho, Liliana Miranda, Ana Amaral

Unidade de Contingência de Internamento Médico, Hospital Garcia de Orta E.P.E.

Introdução: Na presença de feridas (crónicas ou agudas) muito exsudativas, o tipo de apósito escolhido interfere na gestão do exsudado, refletindo-se na eficácia do seu tratamento e na prevenção e controlo de infeção. A Direção-Geral da Saúde definiu como produtos a eleger na gestão do exsudado de feridas, em função da sua quantidade, os alginatos, a carboximetilcelulose e as espumas.

Face à indisponibilidade na instituição de apósitos de carboximetilcelulose (hidrofibra) com prata iónica e agentes anti-biofilme, a equipa de enfermagem da Unidade de Contingência de Internamento Médico (UCIM) identificou dificuldades no tratamento de feridas muito exsudativas e infetadas em pessoas internadas.

Apesar do aumento da frequência de tratamentos, da utilização de todos os produtos existentes (alginatos e espumas), isoladamente ou em combinado, bem como da tentativa de controlo de todos os restantes fatores de risco na pessoa, as feridas em

tratamento estagnaram ou agravaram-se, em virtude da dificuldade de controlo do exsudado e da infeção, gerando sofrimento na pessoa e desperdício de recursos materiais e humanos.

Objetivos: Promover a melhoria dos cuidados à pessoa com ferida; Testar o tratamento de feridas muito exsudativas com apósitos de carboximetilcelulose, prata iónica e agentes anti-biofilme (Aquacel Ag+ Extra®).

Metodologia: Estudo de um Caso Clínico: Género feminino; 79 anos de idade; Dependente em grau elevado em todos os autocuidados (Escala Barthel = 0); Alto risco de Úlcera de Pressão (Escala Braden = 12); Incontinência Urinária e Intestinal; Deglutição Comprometida.

Antecedentes: Traumatismo crânio-encefálico 09/2016; Trombose venosa profunda 03/2018; Pneumonia de aspiração 04/2018 e nosocomial 10/2019; Encefalopatia anóxica; Tetraparesia; Artroplastia total da anca direita 02/2008; Infeções do trato urinário de repetição (Proteus Mirabilis e Klebsiella Pneumoniae multirresistente); Diarreia crónica.

Ferida em estudo: Úlcera por Pressão de Categoria IV na região sagrada.

Resultados: O cuidado holístico à pessoa com ferida foi uma constante ao longo do internamento, incluindo uma intervenção específica nos diversos fatores de risco, na nutrição e hidratação adequadas, no posicionamento frequente e escolha adequada dos decúbitos, e na compensação da dependência elevada no auto cuidado. Assim, evidencia-se o contributo adicional dos apósitos de carboximetilcelulose, prata iónica e agentes anti-biofilme para a melhoria significativa do estado e progressão cicatricial da ferida, principalmente quando comparado com os resultados do uso individual ou combinado de alginatos e espumas.

Além de possibilitar a redução do sofrimento da pessoa, realçamos que, do ponto de vista dos recursos humanos e materiais, permitiu também diminuir a frequência na realização de tratamentos, diminuir o número de horas de cuidados na sua execução e diminuir os custos/gastos com materiais de penso diversos (compressas e adesivos).

Conclusão: A utilização de apósitos de carboximetilcelulose com prata iónica e agentes anti-biofilme (Aquacel Ag+ Extra®) contribuiu para a melhoria do estado e progressão cicatricial de uma ferida muito exsudativa, através da melhoria do controlo do exsudado e da infeção, revelando-se uma boa opção custo-eficácia no tratamento da mesma.

Agradecimentos: À ConvaTec Inc pela disponibilização gratuita dos apósitos de carboximetilcelulose com prata iónica e agentes anti-biofilme (Aquacel Ag+ Extra®)³.

Palavras-chave

Carboximetilcelulose; feridas exsudativas; tratamento; controlo de exsudado; controlo de infeção

Referências bibliográficas

ConvaTec. (2019). *Aquacel Ag+ Extra®*. ConvaTec Inc. 2019. Disponível em <http://www.convatec.pt/tratamento-de-feridas/fam%C3%ADlia-aquacel/aquacel-agplus-extra/>.

Direção Geral da Saúde. (2013). *Orientação para a Prevenção da Infeção na Ferida Crónica*. Orientação 019/2013 de 23/12/2013. Disponível em <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0192013-de-23122013-pdf.aspx>.

Hospital Garcia de Orta E.P.E. (2019). *Parecer para disponibilização de apósitos com carboximetilcelulose (hidrofibra), prata iónica e agentes anti-biofilme para tratamento de feridas e redução da infeção e colonização destas por agentes problema nos doentes internados no HGO*. Grupo de Coordenação Local do Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e Resistência aos Antimicrobianos (GCL-PPCIRA). Almada: Hospital Garcia de Orta E.P.E..

National Pressure Ulcer Advisory Panel, European Pressure Ulcer Advisory Panel, Pan Pacific Pressure Injury Alliance. (2014). *Prevention and Treatment of Pressure Ulcers: Quick Reference Guide*. Emily Haesler (Ed.). Osborne Park, Western Australia: Cambridge Media. Disponível em <http://www.epuap.org/wp-content/uploads/2016/10/portuguese-quick-reference-guide-jan2016.pdf>.

10.8 - Economia da Saúde e importância da Avaliação Económica

Elisabete Pereira Gonçalves Ferreira Leitão¹, Alexandra Gabriela de Figueiredo Lemos²

1. ACeS Almada-Seixal; 2. Enfermeira ACeS Sintra

Introdução: Ao longo dos anos os economistas reconheceram que gerir na área da saúde é diferente do que gerir qualquer outra área de produtos. Os principais fatores de distinção foram descritos pela primeira vez por Arrow (1963) citado por Viera (2016) como sendo a participação extensiva do governo nos sistemas de saúde, a presença de incerteza significativa acerca da ocorrência e recuperação de doença, a irregularidade e imprevisibilidade da demanda dos indivíduos pelos cuidados médicos, a relação de

confiança que necessariamente o indivíduo deposita no médico, uma vez que não pode testar o produto, a assimetria de conhecimento entre o profissional de saúde e o doente, o papel das instituições sem fins lucrativos e a presença do princípio social de que ninguém deve ser privado da saúde.

Objetivo: Compreender a importância da Avaliação Económica na saúde.

Metodologia: Revisão da literatura, seguindo o formato das ciências sociais.

Resultados: A Economia da Saúde procura facilitar o processo de escolha oferecendo uma estrutura definida de métodos para a tomada de decisão: a Avaliação Económica.

A Avaliação Económica é uma técnica desenvolvida por economistas para auxiliar a tomada de decisão. Implica a elaboração de um balanço das vantagens e desvantagens associados a cada situação, de modo que as escolhas possam ser feitas da melhor forma, o quadro de custos e de benefícios é comum a todas elas e constitui o traço distintivo desta abordagem.

A quantificação do valor da saúde é um dos aspetos onde a intervenção dos economistas se revela mais polémica, pois frequentemente envolve a quantificação do valor económico da vida humana e da qualidade dessa vida. A forma como os economistas atribuíram um valor à vida humana foi adotando o conceito de “valor de uma vida estatística” Barros (2013).

Este autor refere ainda que pode não ser ético ou moral impor um valor monetário à saúde, e que em várias ocasiões, os benefícios na saúde são ignorados considerando-se apenas os custos, ao passo que noutras situações os custos são ignorados considerando-se “apenas” a vida. Sem métodos, as decisões são feitas caso a caso e corre-se o risco de alocar recursos de forma injusta e desigual, com eventual desperdício. Daí que se torne fundamental a aplicação da Avaliação Económica em Saúde para facilitar o processo de tomada de decisão, pois proporciona uma estrutura definida de métodos científicos, baseados no princípio da eficiência.

Conclusão: Verifica-se que a simples análise de custos não constitui um estudo de avaliação de serviços de saúde completo, uma vez que a avaliação económica completa pressupõe a comparação de duas ou mais alternativas em relação aos respetivos custos e consequências.

A análise de custo-benefício baseia-se na teoria económica do bem-estar e difere dos outros métodos de avaliação económica por valorizar custos e consequências em termos monetários, o que permite comparar também com investimentos noutros setores que não apenas o da saúde numa lógica de eficiência e alocação de recursos.

Os estudos de custo-efetividade e custo-utilidade assumem implicitamente que uma das alternativas em análise será sempre realizada, independentemente do seu benefício líquido, ou seja, considera-se sempre que quer a efetividade, quer a utilidade medidas, são objetivos que vale a pena atingir estando em causa apenas a melhor forma de o

concretizar. A análise custo-benefício proporciona informação sobre o benefício absoluto do programa de saúde em causa e esse benefício é que será alvo da decisão de o realizar ou não.

Lourenço e Silva (2008) concluem que um estudo que apresente resultados baseados simultaneamente nos métodos de análise custo-efetividade e custo-utilidade constitui uma melhor base de decisão em relação a outro que contemple apenas uma técnica de avaliação económica.

A saúde é muitas vezes referida como um valor para o qual não é possível atribuir um preço, razão pela qual a mesma deveria beneficiar de recursos ilimitados, sem qualquer tipo de restrições. No entanto, isso não acontece: os recursos humanos, materiais e económicos são escassos e na saúde a utilização menos eficiente de um determinado bem ou serviço, fará com que outro possa não ser prestado. Assim, a Avaliação Económica configura-se como uma metodologia que ao analisar os custos e consequências da escolha de serviços, proporciona dados que facilitam a tomada de decisão.

Palavras-chave

Economia da saúde; Avaliação Económica

Referências bibliográficas

- Barros, P.P. (2013). *Economia da Saúde, Conceitos e comportamentos* (3ª edição), Coimbra: Almedina.
- Lourenço, Ó., & Silva, V. (2008). Avaliação Económica de Programas de Saúde. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, 24(6), 729-52.
- Pereira, J. (2004). Economia da Saúde: um glossário de termos e conceitos. Associação Portuguesa de Economia da Saúde. Disponível em https://www.researchgate.net/publication/323561316_Economia_da_Saude_um_glossario_de_termos_e_conc.
- Silva, E. N, Silva, M. T., & Pereira, M. G. (2016) Estudos de avaliação económica em saúde: definição e aplicabilidade aos sistemas e serviços de saúde. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 25(1), 205-207.
- Vieira, F. S. (2016). Reflexões sobre o papel das unidades de economia da saúde no âmbito de sistemas nacionais de saúde. *Revista Saúde e Sociedade*, 25(2), 306-319.

10.9 -A importância da capacitação dos enfermeiros para atuar na Paragem Cardiorrespiratória

Filipe Brás¹, Joana Siquenique ², João Mendes³

1 - Unidade de Convalescença do Centro Social e Paroquial de São Tiago de Urra; Portalegre.

2 - Centro de Recuperação de Menores de Assumar; Portalegre.

3 - Hospital Distrital de Portalegre Dr. José Maria Grande; Portalegre.

Introdução: A paragem cardiorrespiratória (PCR) é caracterizada pela ausência de resposta verbal ou motora, apneia ou respiração agónica e pela ausência de batimentos cardíacos. Nestes casos, os traçados cardíacos comuns de serem encontrados caracterizam-se pela fibrilhação ventricular, taquicardia ventricular sem pulso, atividade elétrica sem pulso ou a assistolia. (Brito & Cruz, 2013: 3)

Quando detetada uma situação de PCR é determinante que a sua avaliação seja rápida para que se possa iniciar o suporte básico de vida e o suporte avançado de vida tendo em vista que este processo seja feito no menor período de tempo possível para assim diminuir o risco de sequelas provocado pela ausência de circulação sanguínea nos tecidos. Para que a atuação seja tão rápida como o desejado é fundamental que o enfermeiro esteja capacitado em pleno para fazer o correto despiste de PCR e iniciar os procedimentos necessários para reverter. (Barros & Neto, 2018: 14)

O utente tem que ser encarado como um todo e para tal os cuidados antes, durante e após a PCR também devem ser pensados nessa perspetiva, desta forma, é importante monitorizar a pressão arterial, diurese, glicémia, pressão intracraniana, temperatura, ventilação, sedação, eletrólitos e nutrição para que se possa fazer um correto acompanhamento do utente. (Santos, Oliveira & Machado, 2014: 36)

Sabemos que quanto mais curto for o período de tempo que vai entre a PCR e o início das manobras, maior será a probabilidade de salvar uma vida, para tal é importante que todos estejam capacitados e atualizados para que possam agir de forma rápida e sem hesitações perante uma PCR. Para que tal seja possível é crucial que os enfermeiros estejam aptos, pelo que deve haver uma figura de líder que tem como função de coordenação de todo o processo para que exista uma sincronização na prestação de cuidados de reanimação. Esta coordenação apenas é possível quando os enfermeiros estão preparados para uma PCR onde o grau de conhecimento é equivalente e todos eles têm o mesmo grau de aporte teórico sobre os algoritmos a utilizar. (Silva & Machado, 2013)

Objetivos: Identificar se o enfermeiro está apto para executar o processo de ressuscitação quando está perante uma PCR, tendo por base a identificação dos sinais de PCR e o processo prático que envolve todo o processo de ressuscitação.

Metodologia: Foi realizada uma pesquisa na base EBSCO onde foram introduzidas as seguintes palavras-chave: enfermagem, conhecimento, reanimação cardiopulmonar e eficácia, obtendo 85 artigos como resultados. Utilizamos o filtro “texto integral”, tendo obtido um resultado final de 16 artigos, que após uma leitura detalhada foram excluídos 11 artigos por não estarem enquadrados no tema pretendido. Desta forma, foram trabalhados 5 artigos que permitiu determinar a questão de investigação: o conhecimento dos enfermeiros sobre reanimação cardiopulmonar influencia a eficácia da reanimação?

Resultados e Discussão: Os enfermeiros são os profissionais de saúde que estão mais perto do utente durante o exercício da sua atividade profissional, desta forma, são os profissionais que identificam e atuam perante uma situação de PCR (Alves & Maia, 2011: 12). A evidência científica demonstra que os procedimentos de atuação perante uma PCR revelam grandes lacunas, quando colocados em prática. Exemplo disso mesmo é a capacidade de identificar os sinais de PCR ou que antecedem o episódio. Também foi possível comprovar que as diferentes etapas a seguir durante o processo de reanimação, tanto no suporte básico de vida como no suporte avançado de vida, não estão cimentadas de forma a haver uma rápida mobilização e eficácia de todo o processo. (Silva & Machado, 2013)

Quanto mais rápido for a identificação da PCR e o início das manobras, maior é o sucesso que pode ser esperado, menores são as sequelas que o utente pode vir a apresentar e maior é a taxa de sucesso, sendo a capacitação dos enfermeiros o fator de maior destaque, pois permite uma maior eficácia durante o processo garantindo a qualidade das manobras que se traduz pela manutenção da circulação e oxigenação dos órgãos vitais. (Barros & Neto, 2018: 18) Através da análise efetuada é possível afirmar que a taxa de sucesso na ressuscitação cardiopulmonar está diretamente relacionada com o grau de capacitação dos enfermeiros e com o tempo que vai entre a formação e a prática perante uma PCR, ou seja, quanto mais próximo for a PCR do período de formação dos enfermeiros mais consolidados estão os conhecimentos padrão essenciais para reverter o episódio. (Santos, Oliveira & Machado, 2014: 36)

Contudo, quando falamos em reanimação não falamos apenas numa questão mecânica e prática, mas sim de um conjunto de informação privilegiada sobre um determinado utente que deve ser utilizada em parceria com as manobras de ressuscitação de forma a potenciar o sucesso da técnica, nunca esquecendo que cada utente tem a sua individualidade e as suas características que podem fazer a diferença perante uma situação de morte eminente. (Brito & Cruz, 2013: 8) A capacitação dos enfermeiros para a atuação na PCR aliado ao conhecimento da individualidade de cada utente são os fatores de maior sucesso quando se trata de uma ressuscitação.

Conclusão: Em caso de PCR uma correta e rápida detecção e início de manobras são o principal fator de sucesso para salvar uma vida com as menores sequelas possíveis. Sendo para isto determinante capacitar os enfermeiros, pois são os profissionais de saúde que prestam cuidados de saúde diretos e permanecem mais tempo junto dos utentes. É importante conhecer o utente de forma a perceber sinais que podem levar a uma PCR e poder prever essa possibilidade partindo do pressuposto que é possível prever, em determinados casos, o seu início, como é o caso dos traçados cardíacos que o utente apresenta. É de grande importância o enfermeiro procurar sempre a capacitação para o treino e atualização dos seus conhecimentos sobre o processo de reanimação, tendo em conta que pode fazer a diferença entre salvar ou não salvar uma vida.

Palavras-chave

Enfermagem; Conhecimento; Reanimação Cardiopulmonar; Eficácia

Referências bibliográficas

- Alves, F., Maia, L. (2011). A importância do treinamento em PCR e RCP para os profissionais de enfermagem em unidade de terapia intensiva. Revista Científica de Enfermagem. Consultado em 05 de fevereiro de 2020
- Barros, F., Neto, M. (2018). Parada e Reanimação Cardiorrespiratória: Conhecimento do enfermeiro baseado nas directrizes da American Heart Association 2015. EnfermFoco. Consultado em 05 de fevereiro de 2020
- Brito, W., Cruz, I. (2013). Pacientes Graves com Parada Cardíaca: Gerenciamento das Acções de Ressuscitação – Revisão Sistematizada da Literatura. Journal of Specialized Nursing Care, Vol 6, Nº1. Consultado em 05 de fevereiro de 2020
- Santos, É., Oliveira, L., Machado, R. (2014). Análise retrospectiva dos treinos de reanimação cardiorrespiratória. Enfermagem Brasil. Consultado em 05 de fevereiro de 2020

10.10 - Doença Mental no Século XXI: Intervenções de Enfermagem Promotoras da Literacia em Saúde Mental em Portugal - Revisão Integrativa da Literatura

Joana dos Santos Afonso¹, Maria Cristina Aleixo Afonso², Ana Catarina Guerra Quinzereis², Carla Patrícia Castanhas Mascarenhas³, Elisenda Pérez ²

1 - Serviço de Cardiologia, no Hospital da Luz-Lisboa.

2 - Instituto de Medicina Tradicional de Lisboa.

3 - Serviço de Infecção, no Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte.

Introdução: O conceito de literacia em saúde mental foi definido como o conhecimento e as crenças sobre distúrbios mentais que ajudam no seu reconhecimento, gestão ou prevenção (Loureiro et al, 2014). Quer internacionalmente, quer nacionalmente os estudos evidenciam reduzida literacia em saúde mental e a necessidade de serem desenvolvidas intervenções para aumentar o seu nível de literacia em saúde mental, nomeadamente em Portugal (Morgado & Botelho, 2014).

A literacia em saúde capacita as pessoas de conhecimento, motivação e competências para aceder, compreender, avaliar e mobilizar informações associadas à saúde. Isto permite a possibilidade de avaliarem e tomarem decisões na sua vida quotidiana alusivos a cuidados de saúde, prevenção de doenças e promoção da saúde, permitindo portanto, manter ou melhorar a qualidade de vida ao longo do ciclo vital (Gomes, 2018; Serrão, Veiga & Vieira, 2015).

Em Portugal, a maior dificuldade na procura de ajuda profissional centra-se no facto de as doenças serem causa de estigma, discriminação social e indicadores de fraqueza pessoal (Morgado & Botelho, 2014).

Os enfermeiros no domínio da prestação e gestão de cuidados contribuem para a promoção da saúde, dado que assistem a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na otimização da saúde mental e coordenam, implementam e desenvolvem projetos de promoção e proteção da saúde mental e prevenção da perturbação mental na comunidade e grupos (Gomes, 2018).

Objetivo: Identificar quais as intervenções de enfermagem promotoras da literacia em saúde mental em Portugal.

Metodologia: Trata-se de uma revisão integrativa da literatura que tem como objetivo dar resposta à questão de investigação: “*Que intervenções promovem a literacia em saúde mental dos portugueses?*”. A pesquisa foi efetuada nas bases de dados como a B-On, SciELO e EBSCO. De acordo com os descritores selecionados: literacia em saúde, saúde mental, enfermagem e promoção de saúde, incluímos os artigos publicados entre

2014 e 2019, em português e inglês, excluído 9 artigos sobre promoção e educação noutras áreas da saúde; não existir desenvolvimento de intervenções; resultados relativos a intervenções noutras áreas da literacia em saúde e revisões narrativas da literatura.

Resultados/Discussão: A partir da análise dos dados obtidos emergiram três intervenções principais na literacia em saúde mental, nomeadamente, a) conhecimento sobre como prevenir as perturbações mentais (Morgado & Botelho, 2014; Serrão, Veiga & Vieira, 2015; Antunes, 2016); b) reconhecimento de quando uma perturbação se está a desenvolver (Gomes, 2018; Serrão, Veiga & Vieira, 2015; Ordem dos Enfermeiros, 2011); c) conhecimento sobre as opções de procura de ajuda e tratamentos disponíveis (Morgado & Botelho, 2014; Serrão, Veiga & Vieira, 2015); d) conhecimento sobre estratégias efetivas de auto-ajuda para os problemas menos graves (Gomes, 2018); e) competências para prestar a primeira ajuda a outras pessoas que estão a desenvolver uma perturbação mental ou que estão numa situação de crise (Morgado & Botelho, 2014, Loureiro et al, 2014; Antunes, 2016).

A prevalência do raso conhecimento em saúde parece ser maior na população idosa, em indivíduos com baixo status social, baixo nível educacional e baixos recursos financeiros, bem como em pacientes com doenças crónicas e em doentes que recorrem aos serviços de saúde públicos (Gomes, 2018; Loureiro et al, 2014).

Uma inadequada literacia em saúde tem várias implicações na admissão de cuidados de saúde, na medida em que os pacientes necessitam de saber ler rótulos medicinais, receitase apontamentos médicos, entender instruções de autocuidados de saúde, entre outros. O que é motivo suficiente para associar o baixo índice de conhecimento em saúde com um nível de saúde mais precária (Morgado & Botelho, 2014).

Conclusões: A enfermagem de Saúde Mental tem um papel crucial na promoção psicossocial de pessoas com doença mental, com o intuito de atingir a sua máxima autonomia e funcionalidade pessoal, familiar, profissional e social, através do desenvolvimento das competências individuais, bem como da introdução de mudanças ambientais.

A literacia em saúde mental revela-se uma estratégia terapêutica importante para o aumento da saúde e bem-estar geral da população pois é através deste que a pessoa se torna mais eficiente, autónoma, colaborante e principalmente consciente dos seus deveres e direitos no âmbito da mesma.

Palavras-chave

Literacia em Saúde; Saúde Mental; Enfermagem; Promoção de Saúde.

Referências Bibliográficas

- Antunes M. (2016). A literacia em Saúde: investimento na promoção da saúde e na racionalização de custos. XI jornadas APDIS, Lisboa
- Gomes, E. (2018). Literacia em saúde mental dos enfermeiros de cuidados gerais. Repositório da Universidade de Évora
- Loureiro, L. et al (2014). Literacia em Saúde mental de adolescentes jovens: conceitos e desafios. Literacia Em Saúde Mental: Conceitos E Estratégias Para Promoção Da Saúde Mental De Adolescentes Em Contexto Escolar. Referência. Série 2, Nº 5 (Supl.), P. 109.
- Morgado T. & Botelho, M. (2014). Intervenções Promotoras Da Literacia Em Saúde Mental Dos Adolescentes: Uma Revisão Sistemática Da Literatura. Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental.
- Ordem dos Enfermeiros (2011) Regulamento de Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais.
- Serrão, C., Veiga, S. & Vieira, I. (2015). Literacia em saúde: Resultados obtidos a partir de uma amostra de pessoas idosas portuguesas. Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental, (spe2), 33-38.

10.11 - A outra face do cuidar - Intervenções do Enfermeiro de Família na capacitação do cuidador informal ao idoso com dependência. Revisão Integrativa da Literatura.

Joana Cordeiro, Ana Filipa Carvalho, Margarida Ferreira

Escola Superior de Saúde Egas Moniz

Introdução: O envelhecimento populacional é uma evidência atual, com sérias consequências para a sociedade. Os cuidadores informais enfrentam um conjunto de desafios constantes, pelo que a coordenação com os profissionais de saúde, designadamente os Enfermeiros de Família, asseguram a continuidade nos cuidados prestados ao idoso dependente (Sequeira, 2010). Estes, em virtude das suas especificidades têm um papel decisivo na promoção da saúde das famílias pelas quais são responsáveis (Sequeira, 2010). Aos enfermeiros coloca-se o desafio de compreender o processo de transição do ponto de vista do cuidador informal e implementar intervenções que prestem ajuda efetiva a essas pessoas (Loureiro, 2016).

Objetivo: Compreender as intervenções do Enfermeiro de família na capacitação do cuidador informal ao idoso com dependência.

Metodologia: Trata-se de uma revisão integrativa da literatura que tem como objetivo dar resposta à questão de investigação: “Quais são as intervenções do Enfermeiro de Família na capacitação do cuidador informal ao idoso com dependência?”. A pesquisa foi efetuada nas bases de dados eletrónicas, como a B-On, SciELO e RCAAP. De acordo com os descritores selecionados: cuidador informal, idosos dependentes, enfermagem e capacitação, incluímos os artigos publicados entre 2013 e 2019, em território português, excluindo produções científicas feitas no Brasil. Foram incluídos nesta revisão integrativa da literatura seis artigos.

Resultados/Discussão: A partir da análise dos dados emergiram três temáticas fundamentais nas intervenções do Enfermeiro de família na capacitação do cuidador informal ao idoso com dependência, nomeadamente, 1) Sobrecarga do cuidador informal nos cuidados ao idoso com dependência (Sequeira, 2010; Loureiro, 2016; Figueiredo, 2007); 2) Capacitação do Cuidador Informal e as intervenções do Enfermeiro de Família (Sequeira, 2010; Bastos, 2018; Melo, Rua & Santos, 2014); 3) Necessidade de Articulação com os Recursos de apoio na comunidade (Sequeira, 2010; Loureiro, 2016; Bastos, 2018; Melo, Rua & Santos, 2014).

Conclusão: A necessidade de uma recolha de dados efetiva em relação às necessidades de cada Cuidador Informal permite um melhor planeamento de intervenções de enfermagem facilitadoras do processo de transição de papéis do CI. Através desta revisão da literatura, reforça-se a importância do papel do enfermeiro de família na articulação do cuidador informal com os recursos na comunidade. Esta articulação contribui para a redução de situações de *stress* e dificuldades relacionadas com a sobrecarga emocional, física, social, familiar e financeira, consequentes deste cuidado. Já a capacitação do CI vai facilitar o desempenho do papel e tem um impacto positivo na prestação de cuidados adequados às necessidades do idoso dependente.

Palavras-chave

Cuidador Informal; Idosos Dependentes; Enfermagem; Capacitação

Referências bibliográficas

Bastos, C. (2018). *Intervenção em Enfermagem Comunitária para a Capacitação dos Cuidadores Informais da Freguesia de Cambres*. Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro.

Figueiredo, D. (2007). *Cuidados familiares ao idoso dependente*. Lisboa: Climepsi.

- Loureiro, A. S. (2016). *Intervenção do enfermeiro de família na gestão de sobrecarga do cuidador informal*. Relatório de estágio. Universidade de Aveiro.
- Melo, R. M. C., Rua, M. S., & Santos, C. S. V. (2014). Necessidades do cuidador familiar no cuidado à pessoa dependente: uma revisão integrativa da literatura. *Revista de Enfermagem Referência*, IV(2), 143-151.
- Sequeira, C. (2010). *Cuidar de Idosos com Dependência Física e Mental*. Lisboa: Lidel.

10.12 - A adesão ao regime medicamentoso: uma intervenção de enfermagem centrada na pessoa idosa e cuidador

Lina Fernandes¹; Fernando Godinho¹; Adriana Henriques²

1 - USF ARANDIS

2 - Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

Introdução: Com o envelhecimento da população, o predomínio de doenças crónicas e a necessidade de assegurar cuidados de qualidade e custo-efetivos, foram definidas políticas de saúde específicas que visam aumentar a segurança da pessoa idosa na utilização do medicamento. É uma população com vulnerabilidade acrescida para a ocorrência de reações adversas (Silva, Soares, & Martins, 2012). Apesar dos esforços políticos e dos profissionais de saúde, a não adesão à medicação revela-se um importante problema de saúde pública na atualidade (Zullig, Deschodt, Liska, Bosworth, & De Geest, 2019).

O enfermeiro articula com os diferentes parceiros na adesão à medicação, constituindo-se um elemento dinamizador e impulsionador de comportamentos adequados, fomentando a literacia em saúde (Direção-Geral da Saúde, 2019), contribuindo para a capacidade da pessoa participar nos seus cuidados de saúde, gerando melhores resultados em saúde.

Imbuindo do paradigma holístico do cuidado centrado na pessoa (McCormack & McCance, 2006), em particular no idoso e seu cuidador, o enfermeiro conduzirá a sua prática com intervenções eficazes e pertinentes na capacitação dos mesmos para uma adequada gestão medicamentosa, sustentada em práticas seguras, assentes na melhor evidência científica.

Objetivo: Identificar o conhecimento, a capacidade, a adesão ao regime medicamentoso e os seus determinantes, num grupo de idosos e seus cuidadores inscritos na USF Arandis, Aces Oeste Sul, em visita domiciliária.

Metodologia: Realizou-se um estudo transversal, com uma amostra aleatória de 78 idosos e seus cuidadores acompanhados na USF Arandis, em visita domiciliar, no período de 15 de novembro a 19 de dezembro de 2019. Foi aplicado um questionário presencialmente em entrevista, com duração média de 60 minutos, caracterizando-se os dados sociodemográficos; as patologias e a medicação em uso; a adesão terapêutica com “Medida de adesão aos tratamentos” (MAT), desenvolvida e validada para a população portuguesa (Delgado & Lima, 2001); o conhecimento e a capacidade para gerir os medicamentos. Parte dos indivíduos da amostra não se encontrava capaz de responder, pelo que foi respondido pelos cuidadores, depois de obtido o consentimento informado, livre e esclarecido.

Os dados foram analisados em SPSS (versão 24), tendo-se utilizado a análise univariada e bivariada.

Resultados: Na população de 109 idosos elegíveis, obteve-se uma amostra de 78 idosos. Responderam ao questionário 66,7%(n=52) idosos e 33,3% (n=26) cuidadores. A média de idades foi de 84 anos, em que 65% da amostra eram mulheres com o 3º ciclo de escolaridade (93%).

A Hipertensão Arterial foi a patologia mais prevalente (76,9%), com uma média de 3,87% de comorbilidades.

Em média, os participantes tomavam 7,5 medicamentos por dia. Com o cuidador na gestão da medicação, em média 6,4 medicamentos. Verificou-se ainda que a maioria dos idosos possui isenção no regime especial na comparticipação do medicamento.

Quando o regime medicamentoso é gerido pelo cuidador, a adesão à medicação é maior. A média da adesão foi de 5,25%, quando realizada pelo idoso e de 5,65% quando é pelo cuidador. Esta diferença foi estatisticamente significativa ($p<0.05$) (cálculo pelo teste t para diferença de médias).

O idoso refere 5,8% no esquecimento na toma da medicação prescrita, tal evidência não existe quando o cuidador é o responsável.

Foi indicado por 1,9% dos idosos tomar “sempre” um ou mais comprimidos por sua iniciativa.

Conclusão: Evidencia-se que para a pessoa idosa a automedicação e o esquecimento são determinantes da baixa adesão, dados que corroboram a evidência científica consultada. Outra particularidade da amostra foi a adesão à medicação ser mais elevada quando o cuidador é responsável pela gestão da medicação.

Os resultados evidenciam a necessidade de se continuar a desenvolver estratégias e medidas de promoção da adesão ao regime medicamentoso.

Este estudo pretende a médio prazo melhorar a adesão à medicação prescrita, através da capacitação da pessoa idosa e seu cuidador na gestão do regime medicamentoso.

As intervenções no cuidado centrado na pessoa idosa e seu cuidador permitirá capacitar os mesmos para o seu autocuidado fomentando a tão ambicionada adesão à medicação e mitigar o risco dos seus efeitos adversos.

Palavras-chave

Adesão ao regime medicamentoso; Pessoa idosa; Cuidador; Domicílio; Cuidado centrado na pessoa

Referências bibliográficas

- Delgado, A. B., & Lima, M. L. (2001). Contributo para a validação concorrente de uma medida de adesão aos tratamentos. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 81-100.
- McCormack, B., & McCance, T. (2006). Development of a framework for person-centred nursing. *Journal of advanced Nursing*, 56, 472-479.
- Saúde, D. D. (2019). *Plano de Ação para a Literacia em Saúde 2019-2021*. Lisboa: DGS.
- Silva, J. C., Soares, M. A., & Martins, S. D. (2012). *Reações Adversas a Medicamentos- Análise da base de dados do Sistema*. Lisboa: Infarmed.
- Zullig, L. L., Deschodt, M., Liska, J., Bosworth, H. B., & De Geest, S. (2019). Moving from the Trial to the Real World: Improving Medication Adherence Using Insights of Implementation Science. *Annual Review of Pharmacology and Toxicology*, 423-445.

10.13 - Cuidar em Pediatria: um desafio permanente

Marta Bentes, Maria Clara Rocha, Sara Jacinto

Internamento de Pediatria e Cirurgia Pediátrica do Hospital Garcia de Orta

Introdução: A Pediatria do Hospital Garcia de Orta constitui-se como um serviço vocacionado para a prestação de cuidados de excelência à população em idade pediátrica na sua área de influência. Como filosofia de cuidados, destaca-se a visão de cada criança/ jovem como indivíduo singular, o reconhecimento da importância do trabalho em equipa, dentro e fora do Hospital, e a humanização de cuidados traduzida na ênfase nos cuidados em ambulatório, perspetivando o internamento como medida de último recurso. Os CCF em pediatria são um desafio e uma filosofia fundamental, que reconhecem a presença da família e a sua individualidade, crenças e valores e as

incorporam no plano de cuidados (Smith, 2018; Arslan, Geckil, Aldem, Celen, 2019). Assentam na premissa de que profissionais de saúde e familiares participam das decisões em saúde em conjunto, baseando-se numa relação de dignidade e respeito, partilha de informação, negociação e suporte (IPFCC, 2017; Mirlashari, Brown, Fomani, Salaberry, Zadeh e Khoshkhou, 2020). A Carta dos Direitos da Criança Hospitalizada (CDCH) (2008) evidencia claramente o conceito dos CCF.

Objetivo: Partilhar a prática de cuidados centrados na família desenvolvida pela equipa de saúde no internamento de pediatria no que se refere à humanização e melhoria da qualidade de cuidados prestados ao utente pediátrico.

Metodologia: Abordagem qualitativa e descritiva do trabalho desenvolvido no internamento de pediatria, tendo por base a Carta da Criança Hospitalizada.

Resultados: Otimização dos cuidados de enfermagem; Transição para o domicílio de forma segura, organizada e estruturada; Otimização das competências parentais e/ou pessoais com redução do tempo de internamento; Experiência do utente pediátrico evidenciada pela análise de inquéritos de aplicados aos utentes internados: total de 695 inquéritos no ano de 2019, com mais de 70% dos inquiridos a referir que se sentem integrados e apoiados nos cuidados prestados, relativamente à satisfação global, 76% de utentes, referem estarem totalmente satisfeitos e 15% satisfeitos.

Conclusão: A análise dos inquéritos da experiência do utente pediátrico permite reconhecer a integração e parceria de cuidados como prática na equipa de saúde, sendo um dos fatores que permite alcançar o grau de satisfação global descrito.

A filosofia de CCF tem inúmeros benefícios para a criança/jovem e família. Integrar os CCF promove um ambiente harmonioso e promotor da qualidade, humanização e segurança dos cuidados. A forma como as equipas acolhem, cuidam e integram o utente pediátrico é fundamental a maximização do seu bem-estar e para que o internamento seja transformado num episódio de crescimento e aprendizagem.

Palavras-chave

Humanizar; Cuidados Centrados na Família; Pediatria, Qualidade

Referências bibliográficas

- Arslan, F. T. ; Geckil, E.; Aldem, M., Celen, R. (2019). The Family-Centered Care Assessment Scale: Development and Psychometric Evaluation in a Turkish Sample. *Journal of Pediatric Nursing*. Vol.48.pp. e35-e41;
- Institute for Patient and Family Centered Care. (2017). *Advancing the practice of patient- and family-centered care in hospitals: How to get started....* Acedido em 10-02-2020, disponível em:: http://www.ipfcc.org/resources/getting_started.pdf;

Instituto de Apoio à Criança. (2008). Carta dos direitos da criança hospitalizada, 4ª edição, 16.

Mirlashari, J.; Brown, H.; Fomani, F.K.; Saberry, J; Zadeh, T.K., Khoshkou, F. (2020). The Challenges of Implementing Family Centered Care in NICU from the Perspectives of Physicians and Nurses. *Journal of Pediatric Nursing*. Vol.50. pp. e91-e94;

Smith, W. (2018). Concept Analysis of Family Centered Care of Hospitalized Pediatric Patients. *Journal of Pediatric Nursing*. Vol.42. pp. e57-e64.

10.14 - Revisão narrativa da literatura: A teoria de sistemas de Betty Neuman

Nânci T. Costa¹, Hugo Martins¹, Judicília Ferreira¹, Maria Santos¹, Alexandre Cardozo¹,
Fernanda Loureiro²

1 - Escola Superior de Saúde Egas Moniz - CLE

2. Escola Superior de Saúde Egas Moniz, Centro de Investigação Interdisciplinar Egas Moniz

Introdução: Uma teoria em Enfermagem é a articulação de conceitos com um intuito organizador dos cuidados, afirmando a Enfermagem como ciência enquanto disciplina na área da saúde. As variadas teorias elaboradas procuram aclarar a complexidade e variedade na área da saúde. Desta forma, os modelos e teorias conceituais em Enfermagem contêm uma finalidade comum, focando a eficácia dos cuidados prestados e servindo como referencial teórico, metodológico e prático aos enfermeiros. Suportam-se na estruturação de conhecimentos, desenvolvimento de investigações e na assistência no âmbito da profissão. Enquadrado no âmbito da unidade curricular de fundamentos de enfermagem I do 1º ano / 1º semestre do Curso de Licenciatura, foi proposto um trabalho acerca da teoria de enfermagem desenvolvida por Betty Neuman.

Objetivos: Para a realização deste trabalho delineamos como objetivo adquirir conhecimentos acerca da teoria dos sistemas (Betty Neuman) e a sua forma de aplicação em utentes ou grupos de indivíduos, tal como a sua importância no ensino na Licenciatura de Enfermagem.

Metodologia: Efetivou-se uma revisão narrativa da literatura considerada uma das melhores formas de iniciar um estudo (Sousa, Firmino, Marques-Vieira, Severino, & Pestana, 2018). Procurou-se obter informações acerca do modelo teórico em estudo permitindo a sua caracterização e análise aprofundada. A pesquisa dos artigos foi efetivada no acervo documental da ESSEM, na plataforma Google Académico e na

Biblioteca do Conhecimento Online (B-on). Enquanto critérios de inclusão, foram considerados os artigos que explicitassem claramente o modelo, disponíveis em texto integral e redigidos no idioma português ou inglês.

Resultados: Foram selecionadas 5 fontes de informação que deram suporte a este trabalho e permitiram caracterizar este modelo cuja visão holística aborda o cliente como um todo, e estuda todas as variáveis e fatores como parte do seu sistema.

As fontes teóricas que estiveram na base da criação do modelo foram as teorias de Gestalt, Caplan, Chardin e Marx, Cornu, Edelson, Emery, Lazarus, Selye, von Bertalanffy (Tomey & Alligood, 2004). O modelo de Neuman fornece uma base unificadora para abordar uma ampla gama de preocupações em enfermagem, salientando o foco no bem-estar do sistema do cliente em interação com os *stressores* do ambiente (que podem vir do interior ou do exterior do sistema), e o comportamento do sistema do cliente face ao *stress* (Tomey & Alligood, 2004). O modelo centra-se no conceito de holismo, que abrange tanto a vertente filosófica como biológica, incluindo a concepção de liberdade dinâmica e da criatividade como uma totalidade, relacionando-se entre si à medida que o sistema responde aos *stressores* dos ambientes externo e interno (Tomey & Alligood, 2004). Esta perspectiva teórica de enfermagem centra-se na interação entre o sistema do cliente e o ambiente, sendo também o *stress* e a reação a este, dois principais componentes a ter em conta. O modelo é muito amplo e pode ser aplicado em múltiplos contextos (Braga et al., 2018; Lima, 2014; Martins et al., 2016). Todos os principais conceitos do modelo são fulcrais, não só para a perceção do mesmo, mas também para que sejam prestados cuidados de saúde de qualidade e equitativos aos clientes, por parte de uma equipa de enfermeiros.

Conclusão: A aplicação do modelo pelos enfermeiros permite o impedimento da incoerência nos cuidados ao cliente através da facilidade das abordagens holísticas e que estão reunidas no modelo dirigidas à finalidade desejada. À luz desta teoria, o papel do enfermeiro é de extrema importância, pois visa a qualidade da sua assistência olhando para o doente como um todo, através de uma visão holística, de modo a promover a segurança e o bem-estar do cliente através do diagnóstico de *stressores* e das alterações encontradas nas variáveis do mesmo, não só apostando na intervenção, mas também agindo de acordo com os três níveis de prevenção existentes. Este trabalho permitiu-nos compreender o modelo de Betty Neuman, a sua aplicabilidade na prática de cuidados e importância para a área disciplinar de enfermagem.

Palavras-chave

Enfermagem; Conhecimento; Teoria de sistemas

Referências bibliográficas

- Braga, L., Salgado, P., Souza, C., Prado-Junior, P., Do Prado, M., Melo, M., & Parreira, P. (2018). The Betty Neuman model in the care of patients with a peripheral venous catheter. *Revista de Enfermagem Referência, IV Série*(19), 159–168. <https://doi.org/10.12707/RIV18029>
- Lima, F. D. M. (2014). Teoria de Betty Neuman no cuidado à pessoa idosa vítima de violência. *Revista Baiana de Enfermagem*28, (3). <https://doi.org/10.18471/rbe.v28i3.11989>
- Martins, N. A., Romera, D. D. S., Boas Silva, D. V., Alampi, F. F., Gomes, J. J., & Da Silva, D. (2016). Teoria de Betty Neuman na abordagem de pessoas com gangrena de Fournier. *Arquivos de Ciências Da Saúde*, 23(2), 92. <https://doi.org/10.17696/2318-3691.23.2.2016.493>
- Sousa, L. M. M., Firmino, C. F., Marques-Vieira, C. M. A., Severino, S. S. P., & Pestana, H. C. F. C. (2018). Revisões da literatura científica: tipos, métodos e aplicações em enfermagem. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 1(1), 45–54.
- Tomey, A. M., & Alligood, M. R. (2004). *Teóricas de Enfermagem e a sua obra*. Loures: Lusociência.

10.15 - Revisão narrativa da literatura: a Teoria do Défice do Autocuidado de Dorothea Orem

Patrícia Samuel¹, Ana Rita Ferreira¹, Isis Amaro¹, Leonor Valente¹, Maria Nogueira¹,
Fernanda Loureiro²

1 - Escola Superior de Saúde Egas Moniz - CLE

2. Escola Superior de Saúde Egas Moniz, Centro de Investigação Interdisciplinar Egas Moniz

Introdução: Enquadrado no âmbito da Unidade Curricular de Fundamentos de Enfermagem I, do 1º ano / 1º semestre do Curso de Licenciatura em Enfermagem foi realizado um trabalho acerca da teoria de enfermagem desenvolvida por Dorothea Orem. Esta teoria assenta na promoção e manutenção da saúde das pessoas, considerando que estas devem possuir condições para serem capazes de tratarem de si próprias (autocuidado). Quando tal não se verifica (défice de autocuidado), devem ser desencadeadas medidas para serem ajudados com recurso aos cuidados de Enfermagem.

Objetivos: Assumimos como objetivo deste trabalho adquirir conhecimentos acerca da teoria do déficit de autocuidado (Dorothea Orem) e a sua aplicabilidade nos cuidados atuais.

Metodologia: Recorremos à revisão narrativa da literatura enquanto metodologia ampla que pode abranger vários assuntos e útil para o início do estudo de um assunto (Sousa, Firmino, Marques-Vieira, Severino, & Pestana, 2018). Procuramos caracterizar o modelo explicando as suas componentes e aplicabilidade. A pesquisa dos artigos foi efetivada no acervo documental da ESSEM, na plataforma Google Académico e na Biblioteca do Conhecimento Online (B-on). Definimos como critérios de inclusão, fontes de informação que clarificassem o modelo, disponíveis em texto integral e redigidos no idioma português.

Resultados: Foram selecionadas 10 fontes de informação que sustentaram a elaboração deste trabalho permitindo a caracterização desta teoria. A teoria é composta por outras três teorias interrelacionadas: a teoria do autocuidado (que explica o porquê e que específica de que maneira as pessoas devem cuidar de si próprias); a teoria do déficit de autocuidado (que relata e elucida a razão pela qual as pessoas podem ser apoiadas através da enfermagem) e a teoria dos sistemas de enfermagem (que descreve e explica as relações que têm que ser estabelecidas e mantidas para que haja então enfermagem) (Tomey & Alligood, 2004). Por sua vez, associados a estas três teorias estão seis conceitos centrais: o autocuidado; a ação de autocuidado; a demanda terapêutica de autocuidado; o déficit de autocuidado; o serviço de enfermagem; fatores condicionantes básicos (George, 2000). Orem identificou cinco áreas em que o enfermeiro é o agente terapêutico e desenvolve as seguintes atividades: iniciar e manter a relação com a pessoa/família/grupo até que não necessite de cuidados de enfermagem; determinar de que forma a pessoa pode ser ajudada através dos cuidados de enfermagem; dar resposta às necessidades em cuidados de enfermagem; prescrever e proporcionar ajuda direta quer à pessoa quer a pessoas significativas e coordenar e integrar os cuidados de enfermagem na vida diária destas (Santos, Ramos & Fonseca, 2017). No que se refere à aplicabilidade do modelo, em ampla utilização e que pode ser conjugado com outros modelos como por exemplo a teoria de adaptação de Callista Roy (Vall, Lemos, & Janebro, 2005).

Conclusão: Pela utilização da teoria do Déficit de Autocuidado de Dorothea Orem, é possível garantir, na assistência em enfermagem, condições mais saudáveis e de autonomia aos indivíduos portadores de déficit do autocuidado. Trata-se de uma teoria atual e passível de ser relacionada com outras. Podemos afirmar que o objetivo foi cumprido sendo possível a caracterização do modelo e a sua aplicabilidade.

Palavras-chave

Enfermagem; Conhecimento; Autocuidado

Referências bibliográficas

- George, J. B. (2000). *Teorias de Enfermagem. Os Fundamentos à Prática Profissional*. Porto Alegre: Artmed.
- Santos, B., Ramos, A., & Fonseca, C. (2017). Da formação à prática: Importância das Teorias do Autocuidado no Processo de Enfermagem. *Journal of Aging and Innovation*, 1-4.
- Sousa, L. M. M., Firmino, C. F., Marques-Vieira, C. M. A., Severino, S. S. P., & Pestana, H. C. F. C. (2018). Revisões da literatura científica: tipos, métodos e aplicações em enfermagem. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 1(1), 45–54.
- Tomey, A. M., & Alligood, M. R. (2004). *Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem)*. Loures: Lusociência.
- Vall, J., Lemos, K. I., & Janebro, A. S. (2005). *Repositório Digital Institucional UFPR*. Disponível em <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/viewFile/5395/3970>

10.16 - Cuidados Centrados na Pessoa Idosa - Vivências no Bloco Operatório

Susana Francisco, Hélia Gomes

Bloco Operatório do Hospital Garcia de Orta E.P.E.

Introdução: O envelhecimento progressivo das populações e o crescente número de Pessoas Idosas que recorrem a instituições de saúde continua a despertar a nossa atenção e a requerer uma atitude e reflexão aprofundadas.

Objetivos: Este trabalho pretende dar a conhecer a prestação de Cuidados de Enfermagem à Pessoa Idosa no Bloco Operatório e, contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

Metodologia: O Enfermeiro Perioperatório dispõe de um tempo reduzido para o contacto com os utentes pelo que, é muito importante o planeamento de todas as intervenções de modo a minimizar todos os medos e anseios e a proporcionar a segurança necessária, para que o Idoso se sinta confiante e acredite em si mesmo e na equipa que dele vai cuidar.

Resultados: A intervenção do Enfermeiro Perioperatório começa no primeiro contacto com o Idoso, na visita pré operatória, momento de excelência para um atendimento individualizado, humanizado e global, dando resposta às suas necessidades físicas e

psíquicas. É nesta fase que se encoraja a expressão livre de sentimentos em relação à perda de autonomia e impotência para lidar com determinados acontecimentos, de forma a minimizar os efeitos negativos dessas alterações ou perdas que vão surgindo, e explicar todos os procedimentos a que vai ser sujeito.

O impacto da chegada ao Bloco Operatório é considerado o momento mais intenso de ansiedade, principalmente por idosos habitualmente assertivos e com controlo da sua vida.

O objetivo geral do período intra-operatório é a preparação e manutenção de um ambiente calmo e seguro durante a anestesia e a cirurgia, de modo a que a intervenção decorra sem incidentes, protegendo o idoso de eventuais acidentes ou incidentes.

Habitualmente os idosos têm uma recuperação mais lenta da anestesia numa proporção direta com a sua duração, uma vez que o seu metabolismo é mais lento.

Conclusão: A qualidade da prestação dos cuidados de enfermagem perioperatórios dependerá da qualidade das relações humanas que se estabelecerem e da organização dos cuidados em relação às necessidades específicas dos idosos.

Palavras Chave

Cuidados de Enfermagem; Bloco operatório; Idosos

Referências bibliográficas

- Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses. (2006). *Enfermagem Perioperatória* (1ª edição). Loures: Lusodidacta.
- Berger, L., & Mailloux-Poirier, D. (1995). *Pessoas Idosas* (1ª edição). Lisboa: Lusodidacta.
- Collière, M. (2003). *Cuidar... A Primeira arte da vida* (2ª edição). Loures: Lusociência.
- Hall, M., & MacLennan, N., Lye, M. (1997). *Cuidados Médicos ao Doente Idosos* (3ª edição). Lisboa: Climepsi.
- Meeker, M., & Rothrock, J. (1997) *Cuidados de Enfermagem ao Paciente Cirúrgico* (10ª edição). Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan.

Nota Conclusiva

A escolha do Cuidado Centrado na Pessoa (CCP), como mote para as II Jornadas de Enfermagem da ESSEM, decorreu da convicção de que este é um caminho que importa percorrer.

O princípio subjacente ao CCP: o protagonismo da pessoa nos processos de decisão relativos ao seu processo de saúde-doença, perpassa não só a maioria dos modelos de enfermagem, mas também as modernas correntes da promoção da saúde. Este respeito pela autonomia da pessoa torna o CCP (também) num imperativo ético, cuja obrigatoriedade parece óbvia. No entanto, o caminho para esta realidade tem sido longo e difícil.

O percurso das II Jornadas de Enfermagem fica completo com a edição deste *e-book*. Neste momento de balanço final fica-nos a convicção da importância da promoção de espaços de partilha, que juntem academia e prática, para a criação de sinergias e encurtamento de distâncias – Enquanto docentes desta escola, pretendemos continuar a contribuir para que esses espaços existam e perdurem.

Enquanto membros da comissão organizadora, agradecemos à Direção da Cooperativa Egas Moniz por apoiar a nossa iniciativa, aos patrocinadores, *alumni* e a todos os que nos ajudaram. Resta-nos referir os estudantes do Curso de Licenciatura em Enfermagem da ESSEM: sem o seu envolvimento, o seu esforço, a sua iniciativa e o seu entusiasmo, estas jornadas poderia existir... mas não seriam a mesma coisa.

A eles e a todos os que participaram nas jornadas, o nosso muito obrigado.

Margarida Ferreira