



Revista INVESTIGAÇÃO EM ENFERMAGEM

Nº27 SÉRIE 2 - MAIO 2019

SUMÁRIO / SUMMARY

EDITORIAL

7

PREVENÇÃO DO OMBRO DOLOROSO NA PESSOA ADULTA APÓS O ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL: REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

PREVENTION OF PAINFUL SHOULDER IN THE ADULT AFTER STROKE: INTEGRATIVE REVIEW OF LITERATURE

PREVENCIÓN DEL HOMBRO DOLOROSO EN LA PERSONA ADULTA DESPUÉS DEL ACCIDENTE VASCULAR CEREBRAL: REVISIÓN INTEGRATIVA DE LA LITERATURA

Sandra Correia; Marisa Lavajo; Luís Manuel Mota de Sousa; Isabel Oliveira; Teresa Silveira

9

PREVENÇÃO DA INFEÇÃO DA CORRENTE SANGUÍNEA ASSOCIADA AO CATETER VENOSO CENTRAL EM DOENTES DE CUIDADOS INTENSIVOS: ADESAO DOS PROFISSIONAIS ÀS PRÁTICAS RECOMENDADAS

PREVENTION OF CENTRAL LINE ASSOCIATED BLOODSTREAM INFECTION ON INTENSIVE CARE PATIENTS: PROFESSIONALS' ADHERENCE TO RECOMMENDED PRACTICES

PREVENCIÓN DE LA INFECCIÓN DEL FLUJO SANGUÍNEO ASOCIADO AL CATÉTER VENOSO CENTRAL EN PACIENTES DE CUIDADOS INTENSIVOS: ADHESIÓN DE LOS PROFESIONALES A LAS PRÁCTICAS RECOMENDADAS

Ana Rita Morais Correia; Cláudia Patrícia Machado Portela; Maria de Alarcão Santos Lorenço da Chão; Amélia Filomena de Oliveira Mendes Castilho

23

BARREIRAS À COMUNICAÇÃO INTERDISCIPLINAR EM EQUIPAS DE SAÚDE: UMA REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

BARRIERS TO INTERDISCIPLINARY COMMUNICATION IN HEALTHCARE TEAMS: AN INTEGRATIVE LITERATURE REVIEW

OBSTÁCULOS A LA COMUNICACIÓN INTERDISCIPLINARIA EN EQUIPOS DE SALUD: UNA REVISIÓN INTEGRADORA DE LA LITERATURA

Bernardes, R, Fonseca, C., Gaspar, A., Martins, D., Castanheira, J.I, Melo, R.

37

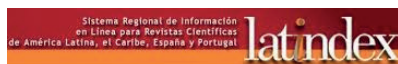
A PESSOA DEPENDENTE NO AUTOCUIDADO: REPRESENTAÇÃO SOCIAL DA ENFERMAGEM

DEPENDENT PERSON IN SELF CARE: NURSING'S SOCIAL REPRESENTATION

LA PERSONA DEPENDIENTE EN EL AUTOCUIDADO: REPRESENTACIÓN SOCIAL DE LA ENFERMERÍA

Élio Xavier; Igor Lourenço; Sérgio Santos; Sónia Novais; Isabel Oliveira

49



REVISTA INVESTIGAÇÃO EM ENFERMAGEM

Publicação /Periodicity

Trimestral/quarterly

DIRECTOR/MANAGING DIRECTOR

Arménio Guardado Cruz

Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

CONSELHO EDITORIAL/EDITORIAL BOARD

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Registo ICS: 123 486

ISSN: 2182-9764

Depósito Legal/Legal Deposit: 145933 /2000

ESTATUTO EDITORIAL

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

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

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

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

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

EDITORIAL



O envelhecimento da população tem contribuído cada vez mais para a presença de pessoas idosas com dependências nos autocuidados em diversos contextos. A maioria dessas pessoas idosas apresenta mobilidade comprometida que pode afetar outras dimensões, como a física, psicológica e social, e contribuir para o aumento do risco de declínio funcional, se não forem utilizadas estratégias e medidas adequadas de prevenção.

De fato, é consensual que a restrição da mobilidade é um fator importante que pode contribuir para a redução da qualidade de vida e eventos adversos evitáveis, nomeadamente para o aumento da incidência de infecções urinárias, úlceras por pressão, contraturas e quedas, bem como um declínio persistente da função e da atividade física, incluindo também diminuição da participação em atividades sociais e na independência nas diversas AVDs, sendo portanto a mobilidade de importância central para a promoção da qualidade de vida e bem-estar.

Os enfermeiros e os estudantes de enfermagem, entre outros profissionais de saúde, estão diretamente envolvidos nos cuidados a pessoas idosas dependentes em diversos contextos, estão numa posição privilegiada para promover e manter a mobilidade nos autocuidados, e contribuir para os ganhos de saúde esperados.

As estratégias de prevenção de riscos da mobilidade comprometida passam por utilização de intervenções que facilitem e apoiem as pessoas idosas em diversas atividades, nomeadamente no posicionamento correto, na promoção de levantar precoce, apoio nas transferências seguras, no treino de deambulação, com ou sem apoio de auxiliares de marcha, para além de intervenções que promovam o aumento da força muscular (membros superiores e inferiores), o equilíbrio estático e dinâmico, fundamentais para a segurança individual.

Para Isso, é necessário desenvolver competências e habilidades específicas de apoio ao movimento para ajudar pessoas dependentes nos seus autocuidados e que, simultaneamente, não prejudiquem a saúde dos profissionais cuidadores. As boas práticas implicam segurança para quem é cuidado e para quem cuida.

Os currículos académicos e a formação contínua que se realiza a diversos níveis e contextos incluem a aquisição de conhecimentos, competências e habilidades na área de procedimentos para a promoção da mobilidade e a prevenção de riscos ocupacionais. No entanto, apesar dessa preparação e treino, existe alguma perceção de que em relação à avaliação das pessoas idosas dependentes no autocuidado, o foco na mobilidade pode ser secundarizado, e existem dúvidas da efetividade das intervenções/ações planeadas e executadas para minimizar eventuais situações de dependência.

Neste contexto, e porque este tema é cada vez mais preocupante para a comunidade científica e para os profissionais da prática clínica a nível internacional, deixamos algumas questões para reflexão:

- Será que o tipo de formação (inicial e contínua) dos profissionais cuidadores em relação ao apoio à mobilidade de pessoas idosas dependentes para desempenhar adequadamente o seu papel são efetivas?
- Os profissionais cuidadores têm as condições elementares para poderem intervir com confiança e segurança, simultaneamente para o doente e cuidador, na promoção da mobilidade?

Arménio Cruz

PREVENÇÃO DO OMBRO DOLOROSO NA PESSOA ADULTA APÓS O ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL: REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

Sandra Correia⁽¹⁾; Marisa Lavajo⁽²⁾; Luís Manuel Mota de Sousa⁽³⁾; Isabel Oliveira⁽⁴⁾; Teresa Silveira⁽⁵⁾



Resumo

Introdução: O Acidente Vascular Cerebral (AVC) é uma das principais causas de morte em Portugal, causando incapacidade funcional, podendo provocar várias limitações. O ombro doloroso da pessoa com hemiplegia (ODPH) apresenta elevada incidência e o seu tratamento constitui um desafio à prática clínica.

Objetivo: Conhecer o estado atual do conhecimento sobre as medidas de prevenção do ombro doloroso em pessoas após AVC.

Método: Efetuou-se uma revisão integrativa da literatura. Através do método de revisão PICO, definimos a questão de investigação: “Quais as medidas a implementar para prevenir o aparecimento do ombro doloroso na pessoa adulta após o AVC durante o internamento?”

Recorreu-se às bases de dados CINHAL e MEDLINE, através da plataforma EBSCOhost, tendo sido incluídos todos os estudos qualitativos, quantitativos e mistos, artigos com resumo e texto integral com menos de 5 anos (pesquisados nos meses de março e abril de 2018).

Resultados: Dos 290 artigos identificados, foram incluídos 8 artigos. As medidas encontradas nos artigos foram: órteses, acupuntura, toxina botulínica, kinesio taping, bandas elásticas e estimulação eléctrica neuromuscular. Os principais benefícios documentados foram: os cuidados direcionados para a prevenção melhoram o prognóstico e qualidade de vida e consequentemente originam uma redução dos custos em saúde através da redução da morbilidade e mortalidade da pessoa com AVC.

Conclusão: A avaliação e intervenção no Ombro Doloroso em pessoas após o AVC deve ter na sua base um trabalho de equipa multidisciplinar, onde o Enfermeiro de Reabilitação tem um papel central, na melhorar a saúde, a qualidade de vida e o bem-estar destas pessoas.

Descritores: Acidente Vascular Cerebral, Ombro, Prevenção e Controlo, Reabilitação, Hemiplegia, Enfermagem em Reabilitação, Ombro Doloroso.

Abstract

PREVENTION OF PAINFUL SHOULDER IN THE ADULT AFTER STROKE: INTEGRATIVE REVIEW OF LITERATURE

Introduction: Stroke is one of the main causes of death in Portugal, causing functional disability and can cause several limitations. The painful shoulder of the person with hemiplegia (ODPH) presents a high incidence and its treatment constitutes a challenge to clinical practice.

Objective: To know the current state of knowledge about the prevention of painful shoulder in people after stroke.

Method: An integrative review of the literature was carried out. Through the PICO revision method, we defined the research question: “What interventions should be implemented to prevent the onset of painful shoulder in the adult person after stroke during hospitalization?”

We used the CINHAL and MEDLINE databases through the EBSCOhost platform, and included all qualitative, quantitative and mixed studies, articles with abstract and full text with less than 5 years (surveyed in March and April 2018).

Results: Of the 290 articles identified, 8 articles were included. The interventions found in the articles were: orthoses, acupuncture, botulinic toxin, kinesio taping, elastic bands and neuromuscular electrical stimulation. The main documented benefits were: care for prevention improves prognosis and quality of life and consequently results in a reduction in health costs by reducing the morbidity and mortality of the person with stroke.

Conclusion: The evaluation and rehabilitation of the person with mobility disorders includes a multidisciplinary teamwork, and that Rehabilitation Nurse plays an essential role within the team, in order to improve the person's quality of life and to prevent and / or treat the Shoulder Painful.

Descriptors: Stroke, Shoulder, Prevention and Control, Rehabilitation, Hemiplegia, Rehabilitation Nursing, Painful Shoulders.

Resumen

PREVENCIÓN DEL HOMBRO DOLOROSO EN LA PERSONA ADULTA DESPUÉS DEL ACCIDENTE VASCULAR CEREBRAL: REVISIÓN INTEGRATIVA DE LA LITERATURA

Introducción: Accidente cerebrovascular (ACV) es una de las principales causas de muerte en Portugal, causando discapacidad y puede causar varias limitaciones. El hombro doloroso de la persona con hemiplegia (ODPH) presenta una elevada incidencia y su tratamiento constituye un desafío a la práctica clínica.

Objetivo: Conocer el estado actual del conocimiento sobre la prevención del hombro doloroso en las personas después del accidente cerebrovascular.

Método: Se realizó una revisión integrativa de la literatura. A través del método de revisión PICO, definimos la cuestión de la investigación: “¿Cuáles son las intervenciones a aplicar para prevenir la aparición del hombro doloroso en la persona adulta después del accidente vascular durante el internamiento?”

Se recurrió a las bases de datos CINHAL y MEDLINE, a través de la plataforma EBSCOhost, habiendo sido incluidos todos los estudios cualitativos, cuantitativos y mixtos, artículos con resumen y texto integral con menos de 5 años (encuadrados en los meses de marzo y abril de 2018).

Resultados: De los 290 artículos identificados, se incluyeron 8 artículos. Las intervenciones encontradas en los artículos fueron: órtesis, acupuntura, toxina botulínica, kinesio taping, bandas elásticas y estimulación eléctrica neuromuscular. Los principales beneficios documentados fueron: los cuidados dirigidos a la prevención mejoran el pronóstico y calidad de vida y, consecuentemente, originan una reducción de los costos en salud a través de la reducción de la morbilidad y mortalidad de la persona con AVC.

Conclusión: La evaluación y rehabilitación de la persona con cambios de movilidad incluye un trabajo de equipo multidisciplinario, y que el enfermero de rehabilitación desempeña un papel imprescindible dentro del equipo, para mejorar la calidad de vida de la persona y prevenir y / o tratar el hombro doloroso.

Descritores: Accidente vascular cerebral, Hombro, Prevención y Control, Rehabilitación, Hemiplegia, Enfermería en Rehabilitación, Hombro Doloroso.

Submetido em novembro 2018. Aceite em janeiro 2019

⁽¹⁾ Enfermeira no Centro Hospitalar Universitário do Algarve – Unidade de Portimão. Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação.sandracorreia@hotmail.com, <https://orcid.org/0000-0003-0616-3786>

⁽²⁾ Enfermeira no Centro Hospitalar Universitário do Algarve – Unidade de Portimão. Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação.lavajo.marisa@gmail.com, <https://orcid.org/0000-0003-3916-2472>

⁽³⁾ Doutorando em Enfermagem, Mestre, Especialista em Enfermagem de Reabilitação no Hospital Curry Cabral, luismmsousa@gmail.com, <https://orcid.org/0000-0002-9708-5690>

⁽⁴⁾ Escola Superior de Saúde da Cruz Vermelha Portuguesa, ioliveira@escevp.eu, <https://orcid.org/0000-0003-4079-0281>

⁽⁵⁾ Escola Superior de Saúde da Cruz Vermelha Portuguesa, tsilveira@escevp.eu, <https://orcid.org/0000-0002-1502-318X>

INTRODUÇÃO

As doenças do aparelho circulatório continuam a ser a principal causa de morte em Portugal, com um registo de óbitos situado nos 29,8%, em 2015. De assinar um acréscimo de 0,5% relativamente ao ano anterior. No conjunto de doenças do aparelho circulatório, evidencia-se o AVC, que representou 10,8% do total de mortes no país, a doença isquémica do coração, com 6,7% e o enfarte agudo do miocárdio, com 4,0%.⁽¹⁾

Em Portugal, a taxa de mortalidade padronizada por doença cerebrovasculares diminuiu entre 2007 e 2011, passando de 79,9 óbitos por 100 000 habitantes, para 61,9.⁽²⁾ As taxas de mortalidade por doenças cardiovasculares têm diminuído numa tendência progressiva e consistente nas duas últimas décadas em Portugal assim como na maioria dos países da Europa.⁽³⁾

O AVC é uma das principais causas de morte em Portugal. De acordo com

algumas estimativas, a cada hora que passa, cerca de 6 pessoas sofrem um AVC, dos quais resulta 2 a 3 óbitos.⁽²⁾ É uma doença com expressão mundial que causa incapacidade funcional, podendo provocar limitações motoras, sensitivas, sensoriais, de compreensão e expressão dos pensamentos, bem como alterar a dinâmica da qualidade de vida.⁽⁴⁾

O AVC tem uma elevada prevalência a nível mundial. Nos Estados Unidos da América prevê-se um aumento de quatro milhões de novos casos até 2030, correspondendo a um aumento de 21,9% quando comparado com 2013, as doenças cardio e cerebrovasculares são a causa de morte de mais de quatro milhões de pessoas por ano na Europa, dos quais mais de um quarto são causadas por AVC.⁽⁵⁾

Os problemas de saúde associados ao envelhecimento, predisposição genética para a doença, e a classe social são preocupações centrais quando se discute a sustentabilidade financeira do Estado. Projeta-se que os mesmos poderão ser superáveis através de

investimento esclarecido, planeamento a longo prazo, e gestão preventiva de risco.⁽⁶⁾

A progressiva adoção de medidas preventivas, a correção dos fatores de risco e os avanços significativos no tratamento das doenças cardiovasculares, nomeadamente o AVC, fazem com que nas últimas décadas tenha ocorrido uma progressiva diminuição da taxa de mortalidade destas doenças.⁽¹⁾

O AVC corresponde à interrupção ou bloqueio da irrigação sanguínea, que danifica ou destrói parte do cérebro com sinais clínicos de distúrbios focais (ou) globais da função cerebral, e com sintomas que perduram por um período superior a 24 horas.⁽⁴⁾ É uma patologia com profundas implicações nas faculdades das pessoas, com efeitos significativos não só ao nível do funcionamento físico, emocional, familiar, social e económico.⁽⁷⁾ Consiste em um défice neurológico focal, súbito e não convulsivante. A sua classificação ocorre devido a duas situações: isquemia cerebral ou hemorragia cerebral. Os AVC's isquémicos correspondem a 85% de todos os AVC's, podendo ainda ser classificados em embólicos e trombóticos, ambas apresentam diferentes gradações de gravidade. No que diz respeito aos AVC hemorrágicos podemos diferenciá-los em subaracnoídea ou intracerebral.⁽⁸⁾

As Causas e fatores de risco podem ser agrupados em modificáveis, não modificáveis, e outros fatores.⁽⁸⁾ Fatores de risco definitivos e não modificáveis: idade, sexo, raça, origem geográfica, baixo peso ao nascer e fatores genéticos.⁽⁵⁾ Por sua vez, nas causas modificáveis destacam-se a hipertensão arterial, diabetes mellitus, fibrilação auricular, hipercolesterolémia e tabagismo. Outros fatores como a obesidade, o uso de contraceptivos orais, e o estado de coagulação, poderão estar na origem dos AVC.⁽⁸⁾

Quanto maior for o número de fatores de risco maior é a probabilidade de ocorrência de AVC. A melhor forma de o prevenir passa pela intervenção de uma equipa multidisciplinar, atuando na identificação precoce e promovendo hábitos de vida saudáveis.⁽⁴⁾

Os principais deficits causados verificam-se a nível motor, sensitivo, mental, preceptivo e de linguagem.⁽⁴⁾

A maioria das pessoas com AVC desenvolve dor crónica tendo esta um impacto significativo em todos domínios da qualidade de vida. Nestes casos, os programas de reabilitação para pessoas que sofreram de AVC devem incluir alívio da dor crónica, tendo como finalidade a melhoria da qualidade de vida da pessoa.⁽⁹⁾

O ODPH pode surgir entre duas semanas a quatro meses após o AVC, apresenta elevada incidência e tem frequentemente etiologia multifatorial. O seu tratamento constitui um desafio à prática clínica, sendo por vezes a resposta terapêutica insuficiente, comprometendo os resultados do programa de reabilitação.⁽¹⁰⁾ A espasticidade incapacitante e a frequência da dor no ombro em pessoas pós- AVC diminuíram nos últimos 15 anos. Estes resultados podem evidenciar uma importante melhoria nos cuidados de saúde à pessoa com AVC, tanto em unidades de AVC quanto em unidades de medicina física e de reabilitação.⁽¹¹⁾

O ODPH é uma condição frequente em pessoa em processo de reabilitação após AVC, ocorrendo no membro superior plégico ou parético. Podem-se enumerar várias causas para este problema, e geralmente associadas à musculatura flácida, em consequência da ausência do controle motor, e à inatividade do membro na fase inicial do AVC. Estas condicionantes podem levar a suscetíveis graus de lesões, como o estiramento das suas estruturas; a imobilização absoluta do membro, que conduz à fraqueza e hipotrofia muscular por desuso; contraturas musculares; espasticidade; lesões de partes moles; capsulite adesiva; subluxação e síndrome dolorosa miofascial.⁽¹²⁾

A dor no ombro após o AVC pode ser evitada por completo caso os fatores desencadeantes sejam compreendidos e corrigidos. A intervenção de uma equipa multidisciplinar, tem como objetivo a prevenção e tratamento

da dor no ombro de pessoas com hemiplegia. As estratégias utilizadas são: posicionamento para o alinhamento articular, ortóteses e posicionadores, cinesioterapia através de alongamentos e reeducação motora de tronco e membros superiores, e por fim electroestimulação.⁽¹³⁾ O tratamento na reabilitação da recuperação funcional do membro parético, e na algia do ombro doloroso com a aplicação de ultrassom terapêutico e cinesioterapia, podem ser benéficos na diminuição da dor e no aumento da capacidade funcional, assim como influenciar numa melhoria importante da qualidade de vida.⁽¹²⁾

A reabilitação, enquanto especialidade multidisciplinar compreende um corpo de conhecimentos e procedimentos específicos que permitem ajudar as pessoas com doenças agudas, crónicas, ou com as suas sequelas, a maximizar o seu potencial funcional e independência. Os seus objetivos gerais passam por melhorar a função, promover a independência, a satisfação da pessoa, e consequentemente promovendo a autoestima.⁽¹⁴⁾ A reabilitação enquanto cuidados de saúde contínuos, que vão desde o atendimento hospitalar até à comunidade, pode melhorar os resultados de saúde, reduzindo custos da hospitalização e reinternamento. Esta assistência permanente culmina numa melhoria da qualidade de vida.⁽¹⁵⁾

A intervenção da reabilitação permite minimizar os défices, melhorar a funcionalidade, e facilitar a integração sociofamiliar e profissional na perspetiva da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), que engloba as atividades, participação, qualidade de vida, fatores pessoais e ambientais que os condicionam.⁽¹⁶⁾

OBJETIVO

A questão de investigação formulada para o presente trabalho foi a seguinte: “Quais as medidas a implementar para prevenir o aparecimento do ombro doloroso na pessoa adulta após o AVC durante o internamento?”

Definimos como objetivo geral: conhecer o estado atual do conhecimento sobre as medidas de prevenção do ombro doloroso em pessoas após AVC. Neste universo procuramos ainda descrever as intervenções de reabilitação implementadas à pessoa com ombro doloroso; identificar os benefícios da intervenção na prevenção do aparecimento do ombro doloroso após o AVC.

MÉTODOS

Aspetos éticos

Este estudo não envolve seres humanos, por isso, não necessitou de ser submetido à apreciação de uma comissão de ética. No entanto, os procedimentos éticos a ter em consideração num trabalho deste tipo, foram atendidos, nomeadamente, o rigor na identificação, seleção, inclusão e análise dos artigos, assim como a sua, referência e o respeito pela perspetiva dos autores dos artigos incluídos.

Tipo de estudo

Tratar-se de uma revisão integrativa, um método de pesquisa utilizado na prática baseada na evidência. Esta permite síntese de conhecimento e incorporação dos resultados de estudos significativos na prática clínica. (17)

Procedimentos metodológicos

De acordo com as etapas referentes à revisão integrativa da literatura, foi definido na primeira etapa a seguinte questão de investigação, “Quais as medidas a implementar para prevenir o aparecimento do ombro doloroso (I) na pessoa adulta após o AVC (P) durante o internamento (Co)?”, tendo por base o acrónimo PICO, derivado do PICO em que **P** (População) **I** (fenómeno de interesse) e **Co** (contexto). Os critérios de inclusão e exclusão definidos para a seleção dos artigos estão apresentados na tabela seguinte:

Tabela 1 - Critérios de inclusão e exclusão

	Critérios de inclusão	Critérios de Exclusão
População (P)	Pessoas adultas com AVC;	Pessoas com idade pediátrica e adultos saudáveis;
Fenómeno de Interesse (I)	Intervenções de enfermagem de Reabilitação para prevenção de ombro doloroso; Tratamento do ombro doloroso;	Intervenções não relacionadas com a reabilitação da pessoa com AVC;
Contexto (Co)	Pessoas adultas internadas com AVC;	Pessoas adultas com AVC que não estão internadas;
Study (S) (Desenho estudo)	Todos os estudos qualitativos, quantitativos e mistos; Artigos com resumo e texto integral com menos de 5 anos (pesquisados nos meses de março e abril de 2018).	Artigos de língua que não seja inglesa, portuguesa e espanhola e com mais de 5 anos.

De acordo com a temática selecionamos os seguintes descritores, previamente validados em Descritores em Ciências da Saúde (DeCS): “stroke”, “shoulder”, “prevention & control”, “rehabilitation”, “hemiplegia”, “rehabilitation nursing” e “shoulder pain”.

Fonte de dados, identificação e seleção dos estudos

A pesquisa de literatura foi realizada com

recurso a bases de dados eletrônicas cujo motor de busca foi a EBSCO, através do site da Ordem dos Enfermeiros, com recurso às bases de dados MEDLINE e CINAHL. Na construção da estratégia de busca dos estudos, foram utilizadas as palavras combinadas e/ou isoladas, e as expressões booleanas “AND” / “OR” que permitiram a ligação dos termos de pesquisa obtendo-se os seguintes resultados:

Quadro 1: Resultados de pesquisas em MEDLINE e CINAHL.

Descritores/palavras-chave	Base de dados		
	MEDLINE		CINAHL
	Artigos		
(stroke)	n=30389	n=24727	n=5662
(shoulder)	n=6497	n=4925	n=1572
(prevention & control)	n=87716	n=82716	n=5
(rehabilitation)	n=39099	n=32216	n=6883
(hemiplegia)	n=947	n=468	n=479
(rehabilitation nursing)	n=9	n=77	n=18
(shoulder pain)	n=1121	n=791	n=330
Equações de pesquisa (combinações booleanas)	Base de dados		
	MEDLINE		CINAHL
	Artigos		
[(stroke) AND (shoulder pain) AND (hemiplegia)]	n=28	n=13	n=15
[(stroke) AND (shoulder pain) OR (rehabilitation nursing)]	n=259	n=109	n=150
[(prevention & control) AND (shoulder pain) AND (stroke)]	n=3	n=3	n=0
	n=290	n=125	n=165

Os critérios da avaliação da qualidade metodológica, extração e síntese, foram realizados com a aplicação das grelhas de qualidade dos artigos(18). Após a aplicação das grelhas de qualidade foram incluídos todos os artigos que apresentaram mais de 75 % dos critérios de avaliação.

Os artigos selecionados para leitura completa foram avaliados por dois investigadores de forma independente, de acordo com critérios de qualidade metodológica, propostos pelo JBI.(19)

Extração e análise dos dados

A seguir irá proceder-se à análise detalhada de cada artigo em forma de quadro, este contém: título do artigo, periódico de publicação, autores, país, idioma, ano de publicação, objetivo do estudo, método, incluindo o nível de evidência, tamanho da amostra, intervenções e ainda os resultados.

Mediante análise da literatura incluída na revisão, é atribuída a intervenção clínica em estudo, uma classificação quanto ao nível de evidência e ao grau de recomendação.

A classificação da evidência resulta do nível de estudo que a originou: nível I - oriundas de revisão sistemática ou meta-análise de todos os ensaios clínicos randomizados controlados relevantes ou provenientes de diretrizes clínicas baseadas em revisões sistemáticas de ensaios clínicos aleatórios; nível II - derivadas de pelo menos um ensaio clínico aleatório bem delineado; nível III - obtidas de ensaios clínicos bem delineados sem randomização; nível IV - provenientes de estudos de coorte e de casos-controle bem delineados; nível V - originárias de revisão sistemática de estudos descritivos e qualitativos; nível VI - derivadas de um único estudo descritivo ou qualitativo; nível VII - oriundas de opinião de autoridades e/ou relatório de comités de especialistas.(20)

RESULTADOS

Com a aplicação da equação de pesquisa obtivemos uma amostra de 290 artigos sendo que 125 artigos estavam disponíveis na base de dado MEDLINE e 165 artigos na base de dados CINAHL. Foram rejeitados 50 por duplicação passando a uma amostra de 240 artigos, em seguida foram excluídos 190 artigos por leitura de título, tendo ficado com 50 artigos dos quais 33 artigos foram excluídos após leitura de resumo, chegando a uma amostra de 17 artigos. Para esta revisão de literatura foram analisados os 17 artigos na íntegra sendo que 7 artigos foram excluídos por não se enquadrarem no tema, ficando no total de 10 artigos

No quadro seguinte será apresentado um resumo dos principais dados extraídos de cada artigo.

Quadro 2- Resumo dos artigos seleccionados

Autor, ano, País	Participantes	Objetivo	Intervenção	Resultados	Nível de Evidencia
Stefan et al., 2013, Reino Unido ⁽²¹⁾	40 pacientes com AVC subagudo	Avaliar os efeitos imediatos do uso de órtese de ombro sobre os efeitos imediatos de subluxação e padrão de marcha	Todos usaram a órtese durante o dia por 4 semanas. 12 foram submetidos a radiografia do ombro e análise da marcha com e sem a órtese	A cabeça umeral foi reposicionada em 10 de 12 pacientes, os pacientes caminharam mais simetricamente devido a uma fase de apoio prolongada hemiparética e a atividade parética do quadríceps foi maior e mais adequada	Estudo Quasi-experimental. Nível de Evidencia: III
Sook-Hyun et al., 2016, China ⁽²²⁾	188 publicações, 12 preencheram os critérios de elegibilidade	Resumir e avaliar evidências para a eficácia da acupuntura no alívio da dor no ombro pós-AVC	Avaliar o efeito da acupuntura na dor no ombro pós AVC	Embora haja alguma evidência do efeito da acupuntura na dor no ombro pós AVC, os resultados não são conclusivos	Revisão sistemática e metanálise. Nível de Evidencia: I
Jihye et al., 2018, Coreia ⁽²³⁾	19 estudos	Analisa o mecanismo da dor neuropática central e avalia o efeito da toxina botulínica (BTX) em dor neuropática central	BTX-A (onabotulinumtoxin A) foi injectado subcutaneamente em múltiplos pontos na área da dor ardente e alodinia. O efeito foi avaliado pela escala visual analógica (EVA) e alterações clínicas. Um paciente recebeu 100 unidades de BTX-A	O mecanismo de dor neuropática central foi examinada de acordo com várias hipóteses, incluindo hiperexcitabilidade neuronal e a disfunção do tracto spinothalamic. Depois de quatro semanas, a intensidade da dor e frequência foram reduzidas	Opinião de peritos. Nível de Evidencia: VII

Kim et al., 2014, Coreia do Sul ⁽²⁴⁾	94 pacientes com AVC com primeira lesão unilateral no primeiro mês	Identificar os fatores de risco associados à dor no ombro hemiplégico nos primeiros 6 meses após AVC e investigar as mudanças desses fatores de risco ao longo do tempo	Foram realizadas avaliações clínicas, radiológicas e ultrassonográficas. A dor foi avaliada aos 1, 3 e 6 meses após o AVC. Associações entre os fatores basais e dor no ombro hemiplégico durante os primeiros 6 meses e dor no ombro hemiplégico em 1, 3 e 6 meses pós-AVC foram analisados	Pacientes com capsulite adesiva, subluxação glenoumeral ou derrame do tendão da cabeça longa do bíceps apresentaram uma maior prevalência de dor no ombro hemiplégico 1 mês após o AVC, aqueles com patologia do tendão supraespinhal mostraram uma maior prevalência em 3 e 6 meses	Estudo Casos-controle. Nível de Evidência: IV
Yen-Chang et al., 2017, Tailândia ⁽²⁵⁾	21 pacientes com AVC, com dor no ombro hemiplegico nos primeiros 6 meses do AVC	Investigar os efeitos do Kinesio taping para pacientes com AVC com dor no ombro hemiplégico	Um grupo realizou durante 3 semanas reabilitação convencional e kinesio taping e o grupo experimental foi submetido a programa de reabilitação convencional idêntico e simulação de kinesio	Não houve diferença estatística entre os 2 grupos. Ambos os grupos mostraram uma melhoria na amplitude de movimento passivo	Estudos Ensaios clínicos (controlados e aleatórios). Nível de Evidência: II

Ozgun et al., 2014, Turquia ⁽²⁶⁾	63 pacientes com AVC no período inicial de 6 meses.	Analisar a incidência e os fatores associados à dor no ombro em pessoas com hemiplegia e compreender o efeito de programas de reabilitação sobre os parâmetros de função motora e limitações de atividade	Fugl-Meyer Motor Assessment (FMA), Frenchay Arm Test (FAT) e Medida de Independência Funcional (FIM) foram aplicados aos pacientes na admissão, na alta e após 1 mês de acompanhamento	A imobilização, duração da doença e a reabilitação tardia mostraram-se preditivos para a dor no ombro. Os principais fatores de risco foram a duração da doença e a baixa função motora inicial. Em ambos os grupos, os scores da FMA, FAT e FIM mostraram mudanças significativas. Essa melhoria não diferiu entre os dois grupos	Estudo Caso controle. Nível de Evidencia: IV
Min-Yeong et al., 2015, República da Coreia ⁽²⁷⁾	18paciente com AVC	Investigar o impacto nas articulações do ombro da realização de fisioterapia e fisioterapia inelástica no leito em utentes após AVC agudo	Durante oito semanas um grupo experimental de 18 pacientes realizou fisioterapia no leito e bandagem inelástica, o grupo controle de 18 pacientes realizou apenas fisioterapia no leito	A utilização de bandas elástica conjuntamente com a realização de fisioterapia revelou ser eficaz na redução da subluxação do ombro e da dor	Estudos Ensaio clínico (controlados e aleatórios) (RCT). Nível de Evidencia: II

DISCUSSÃO DE RESULTADOS

De acordo com os estudos selecionados, através desta revisão integrativa da literatura, os resultados obtidos serão descritos segundo diferentes tópicos.

O AVC é uma das principais causas de mortalidade e morbidade em todo o mundo. As pessoas com AVC poderão apresentar diferentes graus de incapacidade nomeadamente nos membros superiores sendo o ombro doloroso um dos mais frequentes. A dor no ODPH é comum, sendo este resultado de problemas músculo-esqueléticos, neurológicos e circulatórios. A fraqueza muscular, a perturbação sensorial e depressão são factores de risco para a dor.

Prevenção do ODPH

A reabilitação e recuperação do ODPH na pessoa com AVC requer uma abordagem multidisciplinar coordenada, gerindo a dor para minimizar a interferência da reabilitação e otimizar desta forma os resultados.^(22,26)

O ODPH é uma complicação comum após AVC que pode causar má recuperação funcional e prolongamento da hospitalização, assim como redução da qualidade de vida em pessoas com AVC.⁽²⁴⁾

Sendo a dor no ombro a mais comum, 27% das pessoas com AVC apresentam dor em pelo menos uma articulação do membro superior, com maior incidência no sexo feminino.⁽²⁸⁾

Durante o período de hospitalização, o programa de reabilitação em exercícios de amplitude de movimento, exercícios de fortalecimento, treino de marcha, treino equilíbrio e da função da mão complementam-se, de acordo com o défice e tolerância da pessoa.⁽²⁴⁾

Após realização de avaliações clínicas, radiológicas e ultrassonográficas verificou-se maior prevalência de dor no ODPH um mês após AVC em pessoas com capsulite adesiva, subluxação glenoumeral ou derrame do tendão, contudo num período compreendido entre 3 e 6 meses a dor foi mais comum em pessoas com patologia do tendão espinhal.

(24,30)

A subluxação do ODPH parético ocorre em 25,3% das pessoas sendo mais frequente em pessoas com presença de líquido nas bursas, assim como em pessoas com menos capacidade funcional.⁽³⁰⁾

Tratamento

O ODPH ocorre em 15-40% em pessoas após AVC sub-agudo estando este associado a um longo período de permanência e um pior resultado na reabilitação.⁽²¹⁾ Diferentes tipos de tratamento têm sido utilizados tais como: órteses⁽²¹⁾, acupuntura⁽²²⁾, toxina botulínica⁽²³⁾, kinesiologia^(25,29), bandas elásticas e estimulação eléctrica neuromuscular.⁽²⁷⁾

O uso de órtese do ombro melhora a qualidade da marcha e reposicionamento da cabeça do úmero subluxada contudo não se verificou melhoria relativamente a dor.⁽²¹⁾

A acupuntura tem sido usada desde a antiguidade para tratar várias patologias, assim como presença de dores, problemas musculoesqueléticos e distúrbios neurológicos, a maioria dos estudos mostrou efeitos clínicos do uso do tratamento da acupuntura no ODPH.⁽²²⁾

Efeitos sobre a toxina botulínica no tratamento do ODPH foram estudados, os resultados não foram conclusivos, contudo a maioria dos estudos têm mostrado que a toxina botulínica é eficaz na redução da dor.⁽²³⁾

Estatisticamente não houve diferenças entre os grupos que realizaram kinesiologia^(25,29) e os que realizaram reabilitação convencional, ambos mostraram melhoria na amplitude do movimento passivo.^(25,29)

Os tratamentos de reabilitação podem levar vários meses para serem concluídos o seu sucesso depende de uma variedade de processos de tratamento do AVC, a manutenção da postura correta é muito importante assim como os cuidados de reabilitação, para minimizar problemas e melhorar a recuperação.⁽²⁷⁾

O uso de bandas elásticas associado

a cuidados de reabilitação no leito foi significativamente diferente na prevenção da subluxação do ombro relativamente ao grupo que recebeu apenas cuidados de reabilitação no leito após 8 semanas de intervenção. A banda elástica é eficaz na redução da subluxação do ombro e no controlo da dor em pessoas com AVC agudo, podendo ajudar na reabilitação destas pessoas.⁽²⁷⁾

Implicações para a prática

O ODPH apresenta elevada incidência, e o seu tratamento constitui um desafio para a prática clínica comprometendo os resultados do programa de reabilitação, esta é provavelmente a complicação musculoesquelética mais comum após AVC.

O controlo da dor deve ser uma prioridade na prestação de cuidados à pessoa com hemiplegia após AVC, que apresente ODPH. A dor pode ser evitada por completo caso os fatores desencadeantes sejam compreendidos e corrigidos.

A avaliação e reabilitação da pessoa com ODPH inclui um trabalho de equipa multidisciplinar, e que o Enfermeiro de Reabilitação desempenha um papel imprescindível dentro da equipa, no sentido de melhorar a qualidade de vida da pessoa e prevenir e/ou tratar esta condição.

O Enfermeiro especialista em enfermagem de Reabilitação tem um papel importante nos cuidados à pessoa após AVC, pois tem a possibilidade de intervir o mais precoce, na promoção do diagnóstico precoce em ações preventivas e na intervenção terapêutica em diferentes contextos de doença, nomeadamente a mobilização precoce em padrão anti-espástico, utilização de órteses, aplicação de acupuntura, kinesio taping e das bandas elásticas, com vista à obtenção da maior autonomia e independência na execução das atividades de vida diária.

Limitação do estudo

A principal limitação desta revisão integrativa da literatura foi o número reduzido de estudos, o baixo número de participantes e a heterogeneidade das intervenções estudadas, que limita a comparação dos resultados. Além disso, contactou-se a escassez de estudos disponíveis sobre esta temática realizados por enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação.

Neste sentido, recomendam-se mais estudos com um maior número de participantes para comparar o seu efeito terapêuticos das intervenções referidas nos estudos.^(21-23,25,27,29)

CONCLUSÃO

Os artigos incluídos abordaram as seguintes medidas de prevenção e tratamento do ODPH, nomeadamente, a utilização de órteses, da acupuntura, da toxina botulínica, da kinesio taping, das bandas elásticas e da estimulação elétrica neuromuscular.

Os principais benefícios destas medidas foram a melhoria do prognóstico e da qualidade de vida, redução da morbilidade e mortalidade da pessoa com AVC, e foram referidos ganhos globais a nível do sistema de saúde, como a melhoria dos cuidados e a redução dos custos em saúde.

O enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação, inserido nesta equipa multidisciplinar pode contribuir para os ganhos em saúde, como é exemplo a melhoria da autonomia, capacitação para o autocuidado, bem-estar e qualidade de vida da pessoa com AVC.

REFERÊNCIAS

1. Ferreira RC, Neves RC, Nogueira PJ, Farinha CS, Oliveira AL, Alves MI, Martins J. Portugal Doenças Cérebro-Cardiovasculares em Números, 2015. Portugal Doenças Cérebro-Cardiovasculares em Números, 2015. 2016:7-90. Disponível em: <https://www.dgs.pt/em-destaque/portugal-doencas-cerebro-cardiovasculares-em-numeros-201511.aspx>.
2. Sousa-Uva M, Dias CM. Prevalência

de Acidente Vascular Cerebral na população portuguesa: dados da amostra ECOS 2013.

3. Rocha E, Nogueira P. As doenças cardiovasculares em Portugal e na região Mediterrânica: uma perspetiva epidemiológica. *Revista fatores de risco* 2015(36):35-44. Disponível em: https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/10150/1/RFR_art580.pdf.

4. Menoita EC, Sousa LM, Pão-Alvo I, Marques-Vieira C. Reabilitar a pessoa idosa com AVC: Contributos para um envelhecer resiliente. *Lusodidacta*; 2012 Jan 1.

5. Marques- Vieira C; Sousa L, Braga R. Reabilitar a Pessoa com Acidente Vascular Cerebral. In: Marques- Vieira C; Sousa L (editors). *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* (1ª Ed.) Loures: Lusoditacta. 2017; p. 466-472.

6. Marques AP, Falleiros I. Metamorfoses na política, valores empresariais e governação em saúde em Portugal. *Configurações..* 2017 Jun. 30(19):72-88.

7. Correia RM. Incapacidade funcional em doentes com acidente vascular cerebral seis meses após a sua ocorrência [tese não publicada]. Viseu: Instituto Politécnico de Viseu; 2015.

8. Leal F. Intervenções de enfermagem no acidente vascular cerebral. In Padilha J, Cruz A, Pinto V, Queirós P, Henriques F, Alves M. (Eds) *Enfermagem em neurologia*. Coimbra: Formação e Saúde. 2001.

9. Olawale OA, Ajepe TO, Oke KI, Ezeugwa CJ. Chronic Pain After Stroke: A Hospital-Based Study of Its Profile and Correlation with Health-Related Quality of Life. *Middle East J Rehabil Health*. 2017;4(1) p1-6.

10. Neves AF, Barbosa AC. Ombro Doloroso do Hemiplégico: Da Prevenção ao Tratamento. *Rev Soc Port Med Fis Reabil*. 2016;28(2):29-34.

11. Menoux D, Jousse M, Quintaine V, Tlili L, Yelnik AP. Post-stroke spasticity and shoulder pain prevalence decrease over the last 15 years. *Annals of physical and rehabilitation medicine*. 2018 Mar 28.

12. Santos FL, Soares AT. Tratamento fisioterapêutico para ombro doloroso em paciente com acidente vascular encefálico—estudo de caso. *HÓRUS*. 2017 May 10;6(3):6-14.

13. Brandão AD, Laskovski L, Garanhani MR. Estratégias de fisioterapia com enfoque na prevenção da dor no ombro de pacientes hemiplégicos: revisão narrativa da literatura *Fisioter Mov..* 2017 Sep 1;21(4) p.71-78.

14. Nickel R, Lange M, Stoffel DP, Navarro EJ, Zetola VF. Upper limb function and functional independence in patients with shoulder pain after stroke. *Arq Neuropsiquiatr..* 2017 Feb;75(2):103-6.

15. Emerson E. The world report on disability. *J Appl Res Intellect Disabil*. 2012 Nov 1;25(6):495-6. 25. Direção Geral de Saúde Acidente Vascular Cerebral: Prescrição de Medicina Física e Reabilitação. Lisboa: DGS; 2011.

16. Direção Geral de Saúde Acidente Vascular Cerebral: Prescrição de Medicina Física e Reabilitação. Lisboa: DGS;2011.

17. Sousa LM, Marques-Vieira C, Severino SS, Antunes AV. Metodologia de Revisão Integrativa da Literatura em Enfermagem. *Rev Inv Enferm*. 2017;17- 23.

18. Vilelas J. Investigação - O processo de construção do conhecimento (2ªed.). Lisboa: Edições Sílabo. 2017.

19. JBI User Manual: System for the Unified Management. Assessment and Review of Information. Joanna Briggs Institute's. Version 2.5. 2011.

20. Stetler CB, Brunell M, Giuliano KK, Morsi D, Prince L, Newell-Stokes V. Evidence-based practice and the role of nursing leadership. *Journal of Nursing Administration*. 1998 Jul 1;28(7/8):45-53.

21. Hesse S, Herrmann C, Bardeleben A, Holzgraefe M, Werner C, Wingendorf I, Kirker SG. A new orthosis for subluxed, flaccid shoulder after stroke facilitates gait symmetry: a preliminary study. *Journal of rehabilitation medicine*. 2013 Jul 5;45(7):623-9.

22. Lee SH, Lim SM. Acupuncture for poststroke shoulder pain: a systematic review and meta-analysis. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*. 2016;2016.
23. Park J, Chung M. Botulinum Toxin for Central Neuropathic Pain. *Toxins*. 2018 Jun 1;10(6):224.
24. Kim YH, Jung SJ, Yang EJ, Paik NJ. Clinical and sonographic risk factors for hemiplegic shoulder pain: a longitudinal observational study. *Journal of rehabilitation medicine*. 2014 Jan 5;46(1):81-7.
25. Huang YC, Chang KH, Liou TH, Cheng CW, Lin LF, Huang SW. Effects of Kinesio taping for stroke patients with hemiplegic shoulder pain: a double-blind, randomized, placebo-controlled study. *Journal of rehabilitation medicine*. 2017 Mar 5;49(3):208-15.
26. Zeliha Karaahmet O, Eksioglu E, Gurcay E, Bora Karsli P, Tamkan U, Bal A, Cakci A. Hemiplegic shoulder pain: associated factors and rehabilitation outcomes of hemiplegic patients with and without shoulder pain. *Topics in stroke rehabilitation*. 2014 May 1;21(3):237-45.
27. Heo MY, Kim CY, Nam CW. Influence of the application of inelastic taping on shoulder subluxation and pain changes in acute stroke patients. *Journal of physical therapy science*. 2015;27(11):3393-5.
28. Kwon YH, Kwon JW, Lee NK, Kang KW, Son SM. Prevalence and Determinants of Pain in the Ipsilateral Upper Limb of Stroke Patients. *Perceptual and motor skills*. 2014 Dec;119(3):799-810.
29. Hochsprung A, Domínguez-Matito A, López-Hervás A, Herrera-Monge P, Moron-Martin S, Ariza Martínez C, Granja-Dominguez A, Heredia-Rizo AM. Short- and medium-term effect of kinesio taping or electrical stimulation in hemiplegic shoulder pain prevention: A randomized controlled pilot trial. *NeuroRehabilitation*. 2017 Jan 1;41(4):801-10.
30. Pop T. Subluxation of the shoulder joint in stroke patients and the influence of selected factors on the incidence of instability. *Ortopedia, traumatologia, rehabilitacja*. 2013 Jun;15(3):259-67.

PREVENÇÃO DA INFECÇÃO DA CORRENTE SANGUÍNEA ASSOCIADA AO CATETER VENOSO CENTRAL EM DOENTES DE CUIDADOS INTENSIVOS: ADESAO DOS PROFISSIONAIS ÀS PRÁTICAS RECOMENDADAS

Ana Rita Moraes Correia⁽¹⁾; Cláudia Patrícia Machado Portela⁽²⁾; Maria de Alarcão Santos Lourenço da Chão⁽³⁾; Amélia Filomena de Oliveira Mendes Castilho⁽⁴⁾



Resumo

A Infecção da Corrente Sanguínea (ICS) associada ao Cateter Venoso Central (CVC) é um dos tipos de infecção associada aos cuidados de saúde que mais tem gerado preocupação nos responsáveis da saúde. A utilização deste dispositivo tem aumentado nas Unidades de Cuidados Intensivos (UCI). Existem normas e recomendações sobre as medidas preventivas da ICS na inserção e manutenção do CVC, que orientam os profissionais, particularmente os enfermeiros, na sua prática. Contudo, apesar da sua acessibilidade, o seu total cumprimento nem sempre se tem verificado (DGS,2016).

Na presente revisão integrativa da literatura (RIL) pretendeu-se dar resposta à questão de investigação “Qual a adesão da equipa multiprofissional da UCI à implementação de práticas recomendadas na prevenção da ICS associada ao CVC?”. Os resultados evidenciam adesão insuficiente dos profissionais em várias medidas preventivas, salientando-se a higienização das mãos, a avaliação diária da necessidade de permanência do CVC e a utilização de precauções de barreira máximas, como os procedimentos menos praticados. A adoção de estratégias promotoras da adesão aos bundles evidenciou diminuição da taxa de ICS associada ao CVC. Neste sentido, recomenda-se a promoção de uma cultura de segurança, a valorização dos fatores humanos, a motivação, a monitorização da adesão às práticas recomendadas, o feedback e a educação dos profissionais.

Palavras chave: Infecção da Corrente Sanguínea, Cateter Venoso Central, Adesão, Prevenção, Cuidados Intensivos, Equipa multiprofissional

Abstract

PREVENTION OF CENTRAL LINE ASSOCIATED BLOODSTREAM INFECTION ON INTENSIVE CARE PATIENTS: PROFESSIONALS' ADHERENCE TO RECOMMENDED PRACTICES

Central line associated bloodstream infection is one of the healthcare acquired infections that has generated most concern among health regulators. The use of central lines has been increasing in intensive care units. There are several norms and recommendations that guide healthcare professionals, particularly nurses, on central line associated bloodstream infection preventive measures, both during insertion and maintenance of the device. However, despite being accessible, their full compliance isn't always verified (DGS,2016)..

The aim of this integrative literature review is to answer to the research question “What's the multiprofessional intensive care unit team adherence to central line associated bloodstream infections preventive measures”? The results evidenced professionals' insufficient adherence to preventive measures, emphasizing hand hygiene, daily evaluation of central line permanence and the use of maximum barrier precautions as the less practiced procedures. The adoption of strategies promoting bundle adherence evidenced a decrease in central line associated bloodstream infection rates. In this sense, it is recommended the promotion of a safety culture, the valorization of human factors, team motivation, monitoring adherence to best practices, feedback and the education of the professionals.

Key words: Bloodstream infection, central line, adherence, prevention, intensive care, multiprofessional team

Resumen

PREVENCIÓN DE LA INFECCIÓN DEL FLUJO SANGUÍNEO ASOCIADO AL CATÉTER VENOSO CENTRAL EN PACIENTES DE CUIDADOS INTENSIVOS: ADHESIÓN DE LOS PROFESIONALES A LAS PRÁCTICAS RECOMENDADAS

La Infección del flujo sanguíneo que está asociada al catéter venoso central es uno de los tipos de infección asociada a la atención de salud que más preocupación ha generado por parte de los reguladores de la salud. El uso de este dispositivo ha aumentado en las unidades de cuidados intensivos. Existen normas y recomendaciones sobre las medidas preventivas de la infección del flujo sanguíneo en la inserción y mantenimiento del catéter venoso central, que orientan a los profesionales, particularmente a los enfermeros, en su práctica. Sin embargo su accesibilidad, su cumplimiento no siempre se ha visto reflejado (DGS,2016)..

En la presente investigación se pretendió dar respuesta a la cuestión de investigación “Cual es la adhesión del equipo plenamente profesional de la unidad de cuidados intensivos en la implementación de prácticas recomendadas en la prevención de la infección del flujo sanguíneo asociada al catéter venoso central?”. Los resultados evidencian una adhesión insuficiente de los profesionales a las medidas preventivas, sobre todo con la higienización de las manos, la evaluación diaria de la necesidad de permanencia del catéter venoso central y la utilización de precauciones de barrera máximas, como los procedimientos menos usados. La adopción de estrategias promotoras de la adhesión a los lotes evidenció disminución de la tasa de infección del flujo sanguíneo asociada al catéter venoso central. En este sentido, se recomienda la promoción de una cultura de seguridad, la valorización de los factores humanos, la motivación, el seguimiento de la adhesión a las prácticas recomendadas, el feedback y la educación de los profesionales.

Palabras clave: Infección del flujo sanguíneo, catéter venoso central, adhesión, prevención, cuidados intensivos, equipo multiprofesional

Submetido em março 2019. Aceite em abril 2019.

⁽¹⁾ Enfermeira, RN, anaricorreia@hotmail.com

⁽²⁾ Enfermeira, RN, claudiaportela@live.com.pt

⁽³⁾ Enfermeira, RN, mariadachao@gmail.com

⁽⁴⁾ RN, PhD, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, aflomena@esenfc.pt

Introdução

Estudos europeus demonstram que mais de 4 milhões de doentes são afetados anualmente por episódios de Infecção Associada aos Cuidados de Saúde (IACS) (Organização Mundial da Saúde, 2016). A Infecção da Corrente Sanguínea (ICS) associada ao Cateter Venoso Central (CVC) é um dos tipos de IACS que mais tem gerado preocupação por parte das entidades reguladoras da saúde. A utilização deste dispositivo tem aumentado nas Unidades de Cuidados Intensivos (UCI), estimando-se que 48% dos seus doentes possuam CVC (*Institute for Healthcare Improvement*, 2012a).

Têm sido produzidas a nível mundial e nacional, nomeadamente pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e pela Direção-Geral da Saúde (DGS), diversas campanhas, orientações e normas acerca das boas práticas de atuação dos profissionais de saúde (DGS, 2016; OMS, 2011). Em contrapartida, os resultados dos inquéritos de prevalência evidenciam que a infecção relacionada com o CVC se mantém elevada, levando a DGS a recomendar a monitorização da adesão aos *bundles* (DGS, 2016).

Reconhecendo a relevância do problema, as suas implicações para os doentes e a grande responsabilidade dos enfermeiros na prevenção e controlo das IACS desenvolveu-se uma revisão integrativa da literatura (RIL) orientada pela seguinte questão “Qual a adesão da equipa multiprofissional da UCI à implementação de práticas recomendadas na prevenção da ICS associada ao CVC?”. No seguimento da questão orientadora, formularam-se os seguintes objetivos: analisar a adesão dos profissionais da UCI às recomendações e aos *bundles* de prevenção da ICS associada ao CVC; identificar os fatores que influenciam a adesão dos profissionais da UCI às recomendações e aos *bundles* referidos; analisar a evidência científica publicada sobre o impacto da adesão dos profissionais da UCI às recomendações e aos *bundles* na redução

da ICS associada ao CVC.

Realizou-se uma pesquisa na plataforma B-on e base de dados científica Pubmed, tendo sido selecionados onze artigos, que permitem dar resposta à questão e objetivos definidos para este estudo. Descreve-se a metodologia utilizada em capítulo próprio.

Fundamentação: As IACS são infeções que se manifestam 48 horas ou mais após a admissão do doente (Horan, Andrus, & Dudeck como referido pela OMS, 2011). Podem surgir também após a alta clínica do doente, quando o período de incubação do agente patogénico excede o do seu internamento (OMS, 2011). Estas são as complicações mais comuns em doentes hospitalizados em todo o mundo, ocorrendo entre 5 a 10% dos doentes hospitalizados em países desenvolvidos e mais de 25% em países em desenvolvimento (Yazici & Bulut, 2018).

A DGS (2016), através do Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos em Portugal (PPCIRA), revela que, em 2013, numa população de 330 mil doentes, se registaram 2823 casos de ICS. Em 2014, as taxas globais de incidência da bacteriemia relacionada com o CVC diminuíram, apesar de o mesmo não ter acontecido nas UCI de adultos, em que a infecção relacionada com o CVC aumentou de 1,3 em 2013 para 1,9 em 2014 (DGS, 2016). Posteriormente, tal como apontado por Alves et al. (2015), verificou-se “uma tendência decrescente de ICS associada ao CVC em UCI polivalentes ... apesar do elevado índice de exposição ao dispositivo invasivo” (p. 33). Em 2015, Portugal apresentou uma taxa de ICS de 1,3 por 1000 dias de CVC e no ano seguinte de 0,9. É de referir que, embora estes resultados sejam positivos e globalmente se apresente uma diminuição da taxa de 57,1% entre 2008 e 2016, a sua progressão não foi linear, tendo-se verificado flutuações (DGS, 2017).

A ICS ocorre “quando uma bactéria ou outro agente infeccioso migra através das vias intraluminal (interior) ou extraluminal (exterior) do dispositivo de acesso vascular, coloniza a porção endovascular do mesmo e entra no sangue. Este tipo de IACS encontra-se associado à utilização de dispositivos médicos, nomeadamente ao CVC” (Pina et al. como referido por Alves et al., 2015).

Segundo o *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) (2018), um CVC é um cateter intravascular cuja extremidade se localiza perto do coração ou num vaso de grande calibre. Este pode ser inserido em diferentes locais anatómicos, dependendo das condições clínicas do doente, nomeadamente através da punção das veias jugulares, subclávias ou ainda femorais (Silva, Oliveira, & Ramos, 2009). O CVC apresenta diversas utilidades, como a monitorização hemodinâmica invasiva, a administração de fluidoterapia, de fármacos, de hemoderivados, de nutrição parentérica, entre outros usos (CDC, 2018). Tendo em consideração as características destes dispositivos médicos invasivos, as potenciais causas de contaminação são várias, como a frequência da manipulação pelos profissionais, a microflora da pele do doente, a ponta do cateter contaminada durante a inserção, a colonização das conexões do cateter, o local de inserção do cateter, os fluidos contaminados, a via hematogénea ou a gravidade da situação clínica (Alves et al., 2015).

O risco de ICS associada ao CVC em doentes internados em UCI é elevado. As razões que levam a este risco são a inserção frequente de múltiplos cateteres, a utilização de cateteres específicos exclusivamente em doentes internados em UCI, o facto de os CVC serem colocados muitas vezes em situação de emergência, a sua frequente manipulação e a sua necessidade por um extenso período de tempo (Marschall et al., 2014).

Reconhecendo a importância de sistematizar as medidas preventivas, o *Institute for*

Healthcare Improvement (IHI) publicou em 2002 um *bundle* de cuidados relativo à inserção e manutenção do CVC. O *bundle* proposto pelo IHI é constituído por 5 práticas: higienização das mãos; uso de materiais de precaução de barreira máxima; antisepsia da pele com cloro-hexidina; escolha do melhor local para inserção do CVC e revisão diária da necessidade de permanência do CVC, sendo retirado quando já não é necessário (IHI, 2012a).

Com o mesmo objetivo, em Portugal, a DGS emitiu em 2015 um “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Infecção Relacionada com CVC, que corrobora e acrescenta informação à proposta anteriormente pelo IHI. Esta norma propõe que sejam implementadas intervenções específicas no momento da colocação, bem como no da manutenção do CVC (DGS, 2015). Outras estratégias recomendadas pela DGS passam por reeducar as equipas multiprofissionais e monitorizar a adesão aos *bundles*, capacitando e motivando os profissionais a trabalhar em conjunto para um objetivo comum (DGS, 2016).

Mais recentemente, entre 2015 e 2018, a Fundação Calouste Gulbenkian e o IHI, em articulação com o Ministério da Saúde e o PPCIRA, desenvolveram um projeto para a redução das infeções que designaram “Desafio Gulbenkian Stop Infecção Hospitalar!”. Este projeto, assente na metodologia de melhoria da qualidade, tinha como objetivo reduzir 50% da incidência de quatro tipologias de infeção hospitalar, entre elas a ICS associada ao CVC. A metodologia adotada incluiu monitorização contínua do cumprimento dos *bundles*, vigilância epidemiológica e *feedback* acompanhado de formação periódica da equipa multiprofissional (DGS, 2017; Fundação Calouste Gulbenkian, 2015). Os resultados divulgados na apresentação pública, de 7 de maio de 2018, vêm reforçar a convicção de que a redução deste tipo de infeção não só é desejável como também é possível.

Material e Métodos:

O estudo seguiu a metodologia de uma RIL. Tal como apontado por Polit e Beck citado por Mendes, Silveira e Galvão (2008), a RIL permite a síntese de estudos já publicados, aumentando o conhecimento dos profissionais sobre um determinado assunto, identificando eventuais lacunas e originando novas oportunidades de estudo.

Recorreu-se à metodologia PI[C]OD para formular a questão de investigação, referindo-se, respetivamente, os participantes (P) aos profissionais de saúde, a intervenção (I) à implementação das práticas de prevenção de ICS associada ao CVC, os resultados (O) ao nível de adesão dos profissionais e, finalmente, o desenho do estudo (D) a estudos primários predominantemente quantitativos.

Este estudo procura dar resposta à seguinte questão de investigação: “Qual a adesão da equipa multiprofissional da UCI à implementação de práticas recomendadas na prevenção da ICS associada ao CVC?”. Com a finalidade de efetuar a pesquisa, definiram-se os seguintes descritores/palavras-chave: *central line associated bloodstream infections or CLABSI, prevention or reduction, adherence or compliance e ICU*.

Na seleção dos artigos foram definidos critérios de inclusão e exclusão, sendo os primeiros: artigos que investiguem a adesão dos profissionais às práticas recomendadas, respondendo à questão de pesquisa e aos objetivos; estudos primários, publicados entre 2013 e 2018; estudos que apresentem como participantes enfermeiros e/ou outros profissionais de saúde; estudos realizados em contextos de UCI de adultos. Apresentam-se, também, os critérios de exclusão considerados: estudos que apenas incluam uma das palavras-chave definidas; estudos sem acesso a texto integral gratuitamente; estudos que tenham como área de investigação os cuidados intensivos neonatais; revisões da literatura; estudos publicados em idiomas diferentes de Português, Inglês e/ou Espanhol.

Para a seleção dos artigos foi realizada uma pesquisa faseada, na qual foram aplicados os critérios de inclusão e exclusão acima descritos. Numa primeira etapa, através do acesso à plataforma B-on e utilizando as palavras-chaves/descriptores *central line associated bloodstream infection, ICU, adherence and prevention or control*, com exclusão da palavra *pediatric* surgiram 209 artigos. Destes, 176 foram eliminados pela não pertinência do título, restando 33 para análise do *abstract*. Após leitura do mesmo resultaram 8 artigos para leitura integral. Os mesmos foram considerados adequados para o estudo.

Na segunda pesquisa realizada, recorreu-se à base de dados PubMed onde foi introduzida a expressão de pesquisa: *prevention or prevent or control or intervention or manage AND compliance or adherence or conformity or concordance AND central line associated bloodstream infections or clabsi NOT pediatric neonatal care*. Dos 4 artigos resultantes, 1 foi eliminado por estar repetido e os restantes 3 foram selecionados após a sua leitura integral.

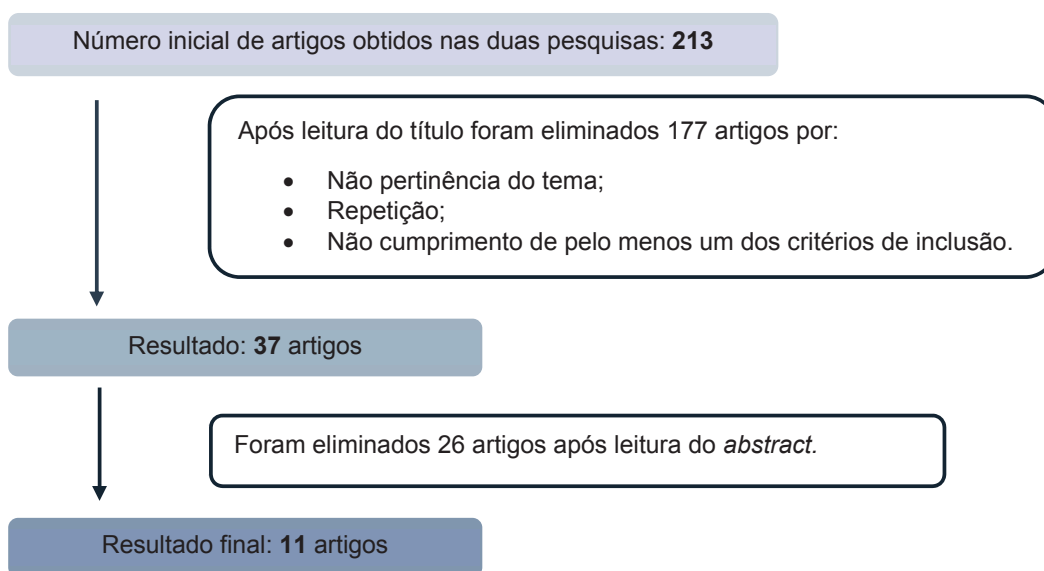


Figura 1 – Fluxograma do processo de seleção de artigos

Após seleção, cada artigo foi analisado sistematicamente através da aplicação do acrónimo PI[C]OD.

salientando-se os resultados que dão resposta aos objetivos do estudo.

Resultados:

Os estudos analisados evidenciam metodologias de investigação diversificadas, sendo os seus desenhos predominantemente de abordagem quantitativa. Estes foram realizados em diversos países a nível mundial, nomeadamente EUA, Brasil, Coreia do Sul, Jordânia, Turquia e Itália. Os estudos foram desenvolvidos em contexto de cuidados intensivos, embora em seis estudos se fizesse análise comparativa com outros contextos hospitalares. Salienta-se que a dimensão das amostras é muito variável, encontrando-se estudos realizados apenas numa unidade e estudos que englobam mais do que uma. Em quatro dos estudos os participantes eram apenas doentes, em seis foram envolvidos diferentes tipos de profissionais (enfermeiros, médicos e técnicos de enfermagem) e numa investigação foram estudadas as características das UCI, e não os seus grupos profissionais.

Na tabela 1 apresenta-se uma síntese das características mais relevante de cada artigo,

Tabela1: Súmula dos artigos analisados: título, autores, data, país de origem e principais resultados

Título do artigo	Autores, data e país de origem	Principais resultados
“Nurses’ compliance with central line associated blood stream infection prevention guidelines: Observational study”	Aloush, S. & Alsaraireh, F., 2018 Jordânia	70% dos participantes demonstraram níveis de cumprimento suficiente. Pouco cumpridos: lavagem das mãos e a utilização de luvas esterilizadas. A formação prévia na prevenção e controlo da ICS associada ao CVC, influencia positivamente o cumprimento das <i>guidelines</i> (com formação 90%; sem formação 10%, $p=0,00$). O cumprimento das <i>guidelines</i> foi superior quando o rácio enfermeiro/doente era 1:1 e nas unidades com menos de 7 camas.
“The reduction of risk in central line-associated bloodstream infections: Knowledge, attitudes, and evidence-based practices in health care workers”	Bianco, A., Coscarelli, P., Nobile, C., Pileggi, C., & Pavia, M., 2013 Itália	72,9% reconhecem a relevância de aplicar cloro-hexidina antes da inserção do CVC e na substituição do penso. A maioria dos inquiridos refere a importância da utilização de técnica asséptica e da higienização das mãos durante a inserção e manutenção do CVC. Apenas 38,6% afirmam que a substituição do penso com compressas deve ser realizado em intervalos de 48h ou quando se apresenta descolado, húmido ou visivelmente sujo. As atitudes corretas foram significativamente mais altas nos trabalhadores das UCI e estão relacionadas com a demonstração de conhecimento sobre as PBE.
“Nursing team adherence to measures for prevention of blood current infections”	Dantas, G.D., Oliveira-Figueirêdo, D.S., Nobre, A.M., & Pimentel, E.R., 2017 Brasil	72,7% dos participantes não souberam mencionar as medidas de prevenção da ICS associada ao CVC. Contudo, os participantes destacaram a higiene das mãos como um ponto importante a realizar antes de manipular o CVC e 95,4% mencionaram que é crucial desinfetar o CVC antes de o manipularem. Observou-se que os participantes não desinfetam as ampolas, os frascos, nem o cateter antes de administrarem a medicação. Em 90,9% das situações o penso não foi datado. Os autores concluem que mesmo que demonstrem conhecimento sobre boas práticas, os enfermeiros não as aplicam durante os cuidados ao CVC, recomendando a utilização de uma <i>checklist</i> para melhorar o cumprimento da técnica.
“Central line-associated bloodstream infections reduction and bundle compliance in ICUs: A national study”	Furuya, E. Y., Dick, A. W., Herzig, C., Pogorzelska-Maziarz, M., Larson, E. L., & Stone, P. W., 2016 Estados Unidos da América	98,2% das UCI tinham políticas de bundles relativas ao CVC. Apenas 19,5% das UCI reportaram adesão excelente em todos os elementos da <i>bundle</i> . Apenas 68,6% reportaram adesão excelente em pelo menos, um elemento do <i>bundle</i> . A avaliação diária da necessidade de permanência do CVC é o elemento menos cumprido e o uso de cloro-hexidina o elemento mais praticado. Os resultados mais significativos de redução da taxa de ICS associada ao CVC foram relacionados com a adesão excelente nos 5 elementos ($p<0,001$) que

		se traduziu numa diminuição das taxas de infeção de 33%. As UCI maiores apresentaram uma taxa de infeção menor, que os autores atribuem ao facto de existirem intensivistas mais experientes.
“Adesão às medidas para prevenção da infeção da corrente sanguínea relacionada ao cateter venoso central”	Silva, A. & Oliveira, A., 2017 Brasil	Período pré-intervenção: - baixa adesão dos enfermeiros à higienização das mãos, à desinfecção da conexão do cateter e à utilização de luvas na administração de medicamentos. Período pós-intervenção: - baixa adesão nos mesmos parâmetros, embora se tenha observado melhoria em alguns parâmetros, nomeadamente aumento estatisticamente significativo (18,8%) da higienização das mãos antes da administração de medicamentos ($p=0,003$), bem como 21,4% no uso de luvas na mudança do penso ($p=0,014$). - Observou-se regressão no cumprimento da higienização das mãos após os procedimentos (administração de medicação e manipulação do cateter).
“Poor adherence to guidelines for preventing central line-associated bloodstream infections (CLABSI): Results of a worldwide survey”	Valencia, C., Hammami, N., Agodi, A., Lepape, A., Herrejon, E., Blot, S., ... Lambert, M., 2016 Bélgica	80% dos inquiridos referiu que as guidelines em utilização na UCI onde trabalhavam tinham sido revistas pela última vez nos últimos 5 anos 23% e 62% dos inquiridos dos países de médio e alto desenvolvimento, respetivamente, revelaram total adesão às práticas recomendadas. A higiene das mãos e o uso de equipamento de proteção individual teve grande adesão por ambos os grupos de países. Nos países de médio desenvolvimento, há menor adesão no uso de cloro-hexidina e o revestimento do corpo do doente durante a inserção do CVC. 90% dos participantes demonstra uma atitude positiva em relação à existência de um sistema de mensuração da infeção nas UCI, como um meio para potenciar a qualidade. Os investigadores sugerem a monitorização das taxas de infeção e o fornecimento de <i>feedback</i> aos profissionais de saúde como medidas que contribuem para a prevenção da ICS associada ao CVC.
“Improving central line maintenance to reduce central line-associated bloodstream infections”	Drews, F., Bakdash, J., & Gleed, J., 2017 Estados Unidos da América	Após a intervenção com o <i>kit</i> verificou-se que a maioria dos passos na manutenção do CVC foi cumprida. O uso de cloro-hexidina, a higienização das mãos e a desinfecção da conexão do cateter foram os princípios nos quais se verificou uma melhoria significativa na adesão, 96,4% ($p=0.00452$), 89,8% ($p=0.0000$) e 76,8% ($p=0.0000$), respetivamente. Relativamente à taxa de ICS associada ao CVC, antes da implementação deste <i>kit</i> , o seu valor era 2,21 e, após 11 meses de implementação do mesmo, a taxa reduziu para 0 ($p=0,000$).
“Effect of central line bundle	Lee, K., Cho, N., Jeong, S., Kim, M.,	Na UCI, em 28,5% dos casos houve cumprimento dos quatro componentes, apresentando-se uma taxa de 1,45 infeções por 1000 dias de cateter.

bloodstream infections”	Coreia do Sul	femoral verificou-se em 35,8% dos casos. A UCI apresentou as taxas de infecção mais elevadas, comparativamente aos outros serviços. O incumprimento do <i>bundle</i> na sua totalidade está relacionado com o aumento das taxas de infecção.
“Long-term sustainability of zero central-line associated bloodstream infections is possible with high compliance with care bundle elements”	Hakko, E., Guvenc, S., Karaman, I., Cakmak, A., Erdem, T., & Cakmakci, M., 2015 Turquia	A taxa de ICS associada ao CVC na UCI diminuiu com a implementação do <i>bundle</i> e com o encorajamento de uma cultura de segurança do doente nos profissionais de saúde, tendo-se observado taxa de 0 nos últimos 3 anos. As barreiras à adesão ao <i>bundle</i> identificadas foram a falta de conhecimento e de concordância dos profissionais com a sua implementação. O <i>feedback</i> e as estratégias de motivação implementadas tiveram um efeito muito positivo na equipa da UCI. De acordo com os autores os resultados refletem essas estratégias complementares à introdução do <i>bundle</i> .
“Successful implementing of a unit-based quality nurse to reduce central line-associated bloodstream infections”	Thom, K., Li, S., Custer, M., Preas, M., Rew, C., Cafeo, C., ... Lissauer, M., 2014 Estados Unidos da América	O rácio de utilização do CVC na UCIC diminuiu durante o período de intervenção. Contudo manteve-se mais elevado do que nas restantes UCI. A taxa de ICS associada ao CVC na UCIC em estudo reduziu 70%, passando de 5,0 por 1000 dias de utilização do CVC, observado no início para 1,5 após intervenção (.p=0,005). Os autores concluíram que a presença de um enfermeiro da qualidade está associada a uma maior redução da infecção.
“Beyond the bundle - journey of a tertiary care medical intensive care unit to zero central line-associated bloodstream infections”	Exline, M., Ali, N., Zikri, N., Mangino, J., Torrence, K., Vermillion, B., ... Sopirala, M., 2013 Estados Unidos da América	Comparando a taxa de infecção antes e 2 anos após intervenção, observou-se uma redução de 53%, com melhoria significativa ao longo do tempo Nos últimos dez meses da intervenção, não se registaram casos de infecção. A adesão ao <i>bundle</i> de inserção e manutenção do CVC, foi considerada como elevada durante o período de investigação. Os investigadores realçam a importância da implementação de <i>checklist</i> de verificação do cumprimento, das auditorias, do <i>feedback</i> aos profissionais, da implementação de estratégias motivacionais dos profissionais de saúde e educação contínua, de forma a promover uma cultura de segurança.

Discussão

Com o propósito de uniformizar as práticas clínicas e orientar os profissionais, foram publicadas e, posteriormente, atualizadas por diversas entidades, nomeadamente pela DGS e pelo CDC, normas de prevenção da ICS associada ao CVC. Compreendendo que esta é uma preocupação atual, a adesão dos profissionais às recomendações foi estudada em nove dos artigos selecionados.

Primeiramente, no estudo de Furuya et al. (2016), praticamente a totalidade das UCI inquiridas apresentava políticas para

a implementação de *bundles*. Ainda assim, a avaliação da adesão revelou resultados deficitários, particularmente na avaliação diária da necessidade de permanência do CVC, igualmente evidenciada por Valencia et al. (2016). Reyes, Bloomer e Morphet (2017) alertam para o impacto negativo destes resultados, salientando que este fator influencia negativamente a taxa de ICS associada ao CVC, uma vez que quanto mais precocemente for retirado o dispositivo menor será o risco de infecção.

Lee, Cho, Jeong, Kim, Han e Song (2018) referiram que a percentagem de cumprimento dos elementos do *bundle* nas UCI foi também bastante reduzida, realçando no elemento que visa a seleção de um acesso não femoral. Marschall et al. (2014) sublinham que um dos fatores de risco major para a ICS é a cateterização femoral em adultos. No entanto, em situações de elevado risco ou emergentes, a via femoral é utilizada frequentemente devido ao seu fácil acesso e ao menor risco de complicações durante a inserção (Marik, Flemmer, & Harrison, 2012).

Ainda nesta temática, Aloush e Alsaraireh (2018) verificaram o cumprimento suficiente das *guidelines* em 70% dos participantes. Todavia, a higienização das mãos e a utilização de luvas esterilizadas foram dois procedimentos pouco adotados pelos profissionais. O mesmo aconteceu com os participantes dos estudos de Dantas, Oliveira-Figueirêdo, Nobre e Pimentel (2017), de Silva e Oliveira (2017) e de Valencia et. al (2016). A higienização das mãos, apesar de ser uma intervenção acessível e com baixo custo associado, ainda revela uma baixa adesão dos profissionais de saúde. Isto espelha uma lacuna grave a nível da cultura de segurança, que necessita de ser mais fomentada nas equipas, de forma a melhorar os indicadores de qualidade em saúde. Esta ideia de mudança cultural é simultaneamente reforçada por Hakko et al. (2015) e por Exline et al. (2013).

Relativamente ao estudo de Drews, Bakdash e Gleed (2017), os investigadores verificaram que a sua estratégia inovadora de implementação de um *kit* influenciou positivamente a adesão dos profissionais ao cumprimento das recomendações. Destaca-se que, no uso de cloro-hexidina, na desinfeção da conexão do cateter e na higienização das mãos, a adesão foi superior a 75%. Verifica-se, então, que a intervenção destes investigadores foi eficaz para melhorar a adesão dos profissionais relativamente à higienização das mãos, contrariamente aos resultados obtidos em quatro outros artigos.

A monitorização da adesão foi alvo da atenção de Valencia et al. (2016) que lideraram uma investigação internacional. Referem que apenas 23% e 62% dos inquiridos dos países de médio e alto desenvolvimento, respetivamente, revelaram total adesão às práticas recomendadas. Os investigadores evidenciam, ainda, que algumas das práticas aconselhadas não são implementadas em diversos países e que, por outro lado, outras medidas refutadas cientificamente continuam a ser praticadas.

Os resultados acima mencionados denotam que a adesão dos profissionais de saúde às práticas recomendadas é na sua maioria insuficiente, sendo particularmente críticas a avaliação diária da permanência do CVC, a higienização das mãos nos momentos adequados, a escolha do local de inserção do cateter, a periodicidade do tratamento ao local de inserção e a utilização de barreira máxima no momento da inserção. Entende-se, então, a importância de refletir sobre os fatores que influenciam a adesão, positiva ou negativamente, já que estes podem conduzir as estratégias adotadas pelos diretores dos serviços ou enfermeiros chefe, tendo em vista a melhoria das atitudes das suas equipas multiprofissionais.

A amostra dos onze artigos analisada nesta monografia discute vários fatores determinantes para a melhoria da adesão, salientando-se entre eles o rácio enfermeiro/doente, a existência de programas de formação dos profissionais, as características das unidades (a tipologia da UCI e o número de camas), a tipologia do hospital (universitário ou não) e a presença de um *expert* na área do controlo da infeção.

Neste seguimento, Aloush e Alsaraireh (2018) enfatizam que o rácio enfermeiro/doente é um fator determinante para a adesão dos profissionais, apresentando resultados estatisticamente significativos em que o cumprimento das *guidelines* quando o rácio é 1:1 é 6,3 vezes superior às situações em que o rácio é 1:2. Esta evidência, que foi

apenas analisada neste artigo, demonstrou ter grande impacto na adesão dos profissionais, pelo que se considera pertinente a sua inclusão em investigações futuras e a sua atenção por parte dos gestores das equipas multiprofissionais. Os autores do artigo 1 destacam, ainda, tal como Furuya et al. (2016), a influência das características da unidade e do hospital na adesão da equipa. Segundo estes investigadores, o cumprimento das *guidelines* é inferior em unidades com mais de sete camas, com menos profissionais especializados no controlo da infeção e em hospitais universitários. Contrariamente ao esperado, referem também que UCI maiores apresentam uma taxa de infeção inferior devido à presença de intensivistas mais experientes.

Outro fator influenciador é o conhecimento da equipa multiprofissional, pois nem sempre se verifica uma correlação entre o conhecimento e a adesão às práticas recomendadas. Valencia et al. (2016) sugerem a hipótese, corroborada por Dantas et al. (2017), de que embora o conhecimento sobre as recomendações a seguir seja um fator muito importante, este por si só não é suficiente para otimizar a adesão. Confrontando esta informação, Bianco, Coscarelli, Nobile, Pileggi e Pavia (2013) referem que o conhecimento sobre as PBE está diretamente relacionado com atitudes positivas por parte da equipa da UCI face ao cumprimento das *guidelines*. Os estudos de Hakko et al. (2015) e de Aloush e Alsaraireh (2018) verificaram também uma correlação positiva do conhecimento dos profissionais com o cumprimento das orientações.

De forma a colmatar as lacunas do conhecimento, vários autores sublinham a importância da formação dos profissionais de saúde nesta área, tal como já referido anteriormente. Quatro dos artigos incluídos consideram que a educação e formação contínuas são fatores que contribuem para o sucesso da adesão, pela constante atualização e evolução dos conhecimentos científicos. Oliveira, Stipp, Silva, Frederico e Duarte

(2016), após o seu estudo realizado a 76 profissionais da área dos cuidados intensivos, reforçam também a necessidade do aumento do conhecimento teórico e da realização de programas educativos para uma melhoria na adesão às recomendações.

Três artigos analisados comprovam que o *feedback* é um comportamento motivador que, aliado à vigilância dos cuidados, incentiva os profissionais a adotarem e a manterem uma atitude positiva face ao cumprimento das recomendações. No mesmo seguimento, Furuya et al. (2016), Thom et al. (2014) e Exline et al. (2013) sugerem que a presença de um enfermeiro de controlo da qualidade ou de uma equipa especializada no controlo da infeção contribuiu efetivamente para a melhoria da adesão.

A revisão sistemática elaborada por Borgert, Goossens e Dongelmans (2015) refere que a educação, os memorandos, as auditorias e o *feedback* são as estratégias mais utilizadas e com maior sucesso para a implementação de *bundles* em contexto de Cuidados Intensivos. Hakko et al. (2015) acrescentam como elementos facilitadores a liderança e a motivação dos profissionais através da comparação dos seus resultados com outros hospitais, recompensando a equipa e divulgando as suas conquistas. Como salientam Drews et al. (2017), a implementação de estratégias que tenham em consideração os fatores humanos, nomeadamente intuitivas, lógicas e facilitadoras das ações desejáveis, minimizando o esforço cognitivo e físico dos profissionais, potenciam os resultados positivos.

Hamishehkar et al. como referido por Borgert, Goossens e Dongelmans (2015) afirmam que os níveis de adesão podem aumentar se existir uma preocupação de os monitorizar continuamente, de forma a motivar os profissionais, impulsionando a cultura de segurança. A importância do desenvolvimento da cultura de segurança é salientada em três artigos (Hakko et al., 2015; Thom et al., 2014 & Exline, 2013). Em Portugal, a Estratégia

Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2020 definiu como uma das prioridades estratégicas o aumento da adesão a normas de orientação clínica, recomendando a realização sistemática de auditorias e a avaliação dos resultados a nível nacional, de forma a impulsionar a responsabilização e o envolvimento dos profissionais de saúde.

Furuya et al. (2016) relatam melhorias na taxa de ICS associada ao CVC desde que um dos elementos do *bundle* seja cumprido. No entanto, realçam que o cumprimento de todos os elementos do *bundle* teve maior influência na redução da taxa, o que os leva a defender a implementação de todos os elementos em conjunto, tal como sugere o IHI (2012b). O mesmo concluem Lee et al. (2018) na investigação em que verificaram uma taxa de infeção inferior quando cumpridos todos os elementos do *bundle*, comparativamente às situações em que pelo menos um dos elementos foi omitido. Estes autores reportam, ainda, uma taxa de ICS associada ao CVC superior em UCI comparativamente a outros serviços, que atribuem ao incumprimento das *guidelines*. O IHI esclarece, no entanto, que o sucesso na redução da taxa de infeção transcende a adesão dos profissionais a cada elemento do *bundle*, isto porque a forma como o trabalho é realizado e a interação da equipa contribuem para o aumento dos níveis de performance (IHI, 2012b).

Os investigadores Hakko et al. (2015) e Exline et al. (2013) corroboram a tese de que a implementação do *bundle* contribui para a diminuição da taxa de infeção. Desta forma, foi possível atingir taxas de infeção nulas durante três anos e dez meses, respetivamente. Na investigação realizada por Thom et al. (2014), verificou-se igualmente a redução da taxa de ICS, em 4,8% por mês durante o período de estudo.

Os artigos analisados evidenciam diminuição da taxa de ICS associada ao CVC, após a implementação das diversas intervenções, o que confirma a importância da adesão dos profissionais de saúde às práticas

recomendadas para a redução da infeção.

Sintetizando, é imperativo que as instituições de saúde e que os seus profissionais trabalhem em conjunto em prol da prevenção das IACS, nomeadamente da ICS associada ao CVC. Esta é uma problemática passível de resolução. Para isto, é importante implementar as intervenções acima citadas que mais se adequem a cada contexto. O mesmo refletir-se-á na melhoria da saúde dos doentes e na qualidade dos cuidados prestados.

Conclusão

As IACS têm sido alvo de grande preocupação dos profissionais de saúde, pois estão subjacentes à vulnerabilidade dos doentes e espelham positiva ou negativamente os cuidados prestados. A taxa de ICS associada ao CVC é um indicador da qualidade que traduz a excelência dos cuidados de enfermagem que se prestam aos doentes internados nestas unidades.

Dentro das equipas multiprofissionais das UCI, o enfermeiro tem corresponsabilidade na melhoria contínua dos cuidados prestados nos momentos de inserção e manutenção do CVC. Por isso, torna-se fundamental monitorizar a adesão às práticas, compreender quais os fatores que influenciam este comportamento e de que forma é que eles se refletem nos cuidados de saúde.

Após reflexão dos resultados, é possível inferir que, apesar dos recursos existentes, a adesão dos profissionais, nomeadamente dos enfermeiros, nem sempre corresponde ao que seria expectável. Na maioria dos casos, verificou-se que, embora os profissionais tenham conhecimento sobre medidas preventivas da ICS associada ao CVC, nem sempre as aplicam. O mesmo traduz-se em baixas percentagens de adesão a elementos individuais dos *bundles* de cuidados, nos quais os autores realçam a avaliação diária da necessidade de permanência do CVC, a seleção de um acesso não femoral, a higienização das mãos, a utilização de luvas esterilizadas e a utilização de proteções de barreiras máxima

no momento da inserção, mas também do cumprimento integral do *bundle*. Estes dados apresentam uma correlação direta com a redução das taxas de ICS, uma vez que, tal como sugerido pelo IHI, os melhores resultados são obtidos quando existe adesão a todos os elementos do *bundle*.

O investimento na formação da equipa, a otimização do rácio enfermeiro/doente, a prestação de *feedback*, a implementação de uma cultura de segurança e a utilização de *checklists* ou de outros métodos adaptados a cada unidade são fatores que os investigadores preveem ser impulsionadores de uma melhoria dos resultados. A motivação dos profissionais de saúde foi também evidenciada como um aspeto a ter em consideração pelos chefes de equipa, uma vez que se observa cada vez mais frequentemente uma insatisfação dos trabalhadores, associada à elevada carga de trabalho e exigência relacionada com o mesmo.

Foi notória a diversidade de estratégias pedagógicas, motivacionais e culturais adotadas pelos diversos estudos na tentativa de melhorar a adesão dos profissionais de saúde. Nesta sequência, é possível realçar aquelas que tiveram maior sucesso na prática e que poderão servir como exemplo para aplicação nos contextos de cuidados intensivos portugueses. Os autores sugerem a implementação de programas de formação contínua sobre prevenção de infeção, a implementação de *bundles* e *checklist* divulgados pelas organizações que regulamentam o controlo das IACS, a monitorização contínua da adesão dos profissionais, a criação de metas realistas e a divulgação dos resultados obtidos de forma a promover a satisfação profissional e a motivar as equipas a atingir cada vez melhores indicadores. Reforça-se a importância do desenvolvimento da cultura de segurança, através da comunicação e reflexão conjunta dos profissionais, agregando as suas forças para a minimização das IACS e garantindo a segurança dos doentes. A aplicação destas estratégias deverá ser adequada às unidades

em questão, prestando especial atenção às características das mesmas (número de camas, tipologia da unidade e rácio enfermeiro/doente), às particularidades da equipa multiprofissional (experiência em controlo e prevenção de infeção) e às características dos profissionais de saúde (experiência profissional e conhecimento).

A implementação das estratégias analisadas nos diferentes estudos provaram que é possível reduzir as taxas de ICS associada ao CVC, comprovando que é exequível reduzir as práticas erradas e melhorar a adesão às melhores práticas, construindo uma prática profissional sustentada na evidência científica divulgada. Salienta-se o caminho já percorrido pelas instituições de saúde em Portugal, nomeadamente nos últimos anos, como evidenciam os indicadores epidemiológicos divulgados. Contudo, as variações entre instituições e ao longo do tempo desafiam-nos a continuar o esforço de melhoria e de promoção de práticas dos profissionais desde a sua formação base, minimizando de forma contínua as lacunas ainda existentes.

Como áreas de investigação futuras, sugere-se a pesquisa da eficácia de algumas das intervenções sugeridas, nomeadamente no contexto de cuidados intensivos portugueses. Considera-se que os contributos do estudo realizado pela Fundação Calouste Gulbenkian serão também uma mais valia para a compreensão da adesão dos profissionais às medidas de prevenção das IACS.

Referências bibliográficas:

- Aloush, S., & Alsaraireh, F. (2018). Nurses' compliance with central line associated blood stream infection prevention guidelines: Observational study. *Saudi Medical Journal*, 39 (3), 273-279. doi: 10.15537/smj.2018.3.21497
- Alves M., Mendes T., Constantino R., Figueiredo M., Almeida A., Lucas A., ... Vitorino A. (2015). *Prevenção e controlo das infeções associadas aos cuidados de saúde: Contributos para a tomada de decisão em enfermagem*. Coimbra, Portugal.
- Bianco, A., Coscarelli, P., Nobile, C., Pileggi,

C., & Pavia, M. (2013). The reduction of risk in central line-associated bloodstream infections: Knowledge, attitudes, and evidence-based practices in health care workers. *American Journal of Infection Control*, 41 (2013), 107-112. doi: 10.1016/j.ajic.2012.02.038

Borgert, M., Goossens, A., & Dongelmans, D. (2015). What are effective strategies for the implementation of care bundles on ICUs: A systematic review. *Implementation Science*, 10 (119), 1-11. doi: 10.1186/s13012-015-0306-1

Centers for Disease Control and Prevention. (2018). *Bloodstream infection event (central line-associated bloodstream infection and non-central line associated bloodstream infection)*. Atlanta, Estados Unidos da América: Autor.

Dantas, G.D., Oliveira-Figueirêdo, D.S., Nobre, A.M., & Pimentel, E.R. (2017). Nursing team adherence to measures for prevention of blood current infections. *Journal of Nursing UFPE On Line*, 11 (10), 3698-3706. doi: 10.5205/reuol.12834-30982-1-SM.1110201701

Despacho n.º 5613/2015 de 27 de maio. *Diário da República n.º 102 - IIª série*. Ministério da Saúde. Lisboa, Portugal.

Direção-Geral da Saúde. (2015). “*Feixe de intervenções*” de prevenção de infeção relacionada com cateter venoso central. Recuperado de <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0222015-de-161220151.aspx>

Direção-Geral da Saúde. (2016). *Prevenção e controlo de infeções e de resistência aos antimicrobianos em números – 2015: Programa de prevenção e controlo de infeções e de resistência aos antimicrobianos*. Recuperado de <https://www.dgs.pt/programa-de-prevencao-e-controlo-de-infecoes-e-de-resistencia-aos-antimicrobianos/destaques/portugal-controlo-da-infecao-e-resistencia-aos-antimicrobianos-em-numeros-2015.aspx>

Direção-Geral da Saúde. (2017). *Programa de prevenção e controlo de infeções e de resistência aos antimicrobianos 2017*. Recuperado de https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/12/DGS_PCIRA_V8.pdf

Drews, F., Bakdash, J., & Gleed, J. (2017). Improving central line maintenance to reduce

central line-associated bloodstream infections. *American Journal of Infection Control*, 45, 1224-1230. doi: <https://doi.org/10.1016/j.ajic.2017.05.017>

Exline, M., Ali, N., Zikri, N., Mangino, J., Torrence, K., Vermillion, B., ... Sopirala, M. (2013). Beyond the bundle - journey of a tertiary care medical intensive care unit to zero central line-associated bloodstream infections. *Critical Care*, 17 (R41), 1-13. doi: 10.1186/cc12551

Fundação Calouste Gulbenkian. (2015). *STOP infeção hospitalar!: Um desafio Gulbenkian*. Recuperado de <https://gulbenkian.pt/publication/stop-infecao-hospitalar-booklet/>

Furuya, E., Dick, A., Herzig, C., Pogorzelska-Maziarz, M., Larson, E., & Stone, P. (2016). Central line-associated bloodstream infections reduction and bundle compliance in ICUs: A national study. *Infection Control Hospital Epidemiology*, 37 (7), 805-810. doi: 10.1017/ice.2016.67

Hakko, E., Guvenc, S., Karaman, I., Cakmak, A., Erdem, T., & Cakmakci, M. (2015). Long-term sustainability of zero central-line associated bloodstream infections is possible with high compliance with care bundle elements. *Eastern Mediterranean Health Journal*, 21 (4), 293-298. Recuperado de <http://widgets.ebscohost.com/prod/customerspecific/ns000290/authentication/index.php?url=https%3a%2f%2fsearch.ebscohost.com%2flogin.aspx%3fdirect%3dtrue%26AuthType%3dip%2ccookie%2cshib%2cuid%26db%3dnh%26AN%3d26077525%26lang%3dpt-br%26site%3dedlive%26scope%3dsite>

Institute for Healthcare Improvement. (2012a). How-to guide: Prevent central line associated bloodstream infections (CLABSI). Recuperado de <http://www.ihl.org>

Institute for Healthcare Improvement. (2012b). Using care bundles to improve health care quality. *IHI Innovation Series White Paper*. Recuperado de <http://www.ihl.org/resources/Pages/IHIWhitePapers/UsingCareBundles.aspx>

Institute for Healthcare Improvement. (2018). Improvement stories: What is a bundle? Recuperado de <http://www.ihl.org/resources/Pages/ImprovementStories/WhatIsaBundle.aspx>

Lee, K., Cho, N., Jeong, S., Kim, M., Han, S., & Song, Y. (2018). Effect of central line

bundle compliance on central line-associated bloodstream infections. *Yonsei Medical Journal*, 59 (3), 376-382. doi: <https://doi.org/10.3349/ymj.2018.59.3.376>

Marik, P., Flemmer, M., & Harrison, W. (2012). The risk of catheter-related bloodstream infection with femoral venous catheters as compared to subclavian and internal jugular venous catheters: A systematic review of the literature and meta-analysis. *Critical Care Medicine*, 40 (8), 2479-2485. doi: 10.1097/CCM.0b013e318255d9bc

Marschall, J., Mermel, L., Fakih, M., Hadaway, L., Kallen, A., O'Grady, N., ... Yokoe, D. (2014). Strategies to prevent central line-associated bloodstream infections in acute care hospitals: 2014 Update. *Infection Control and Hospital Epidemiology*, 35 (7), 753-771. Recuperado de <https://www.jstor.org/stable/pdf/10.1086/676533.pdf>

Mendes, K., Silveira, R., & Galvão, C. (2008). Revisão integrativa: Método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto Contexto Enfermagem*, 17 (4), 758-764. Recuperado de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072008000400018

Oliveira, F., Stipp, M., Silva, L., Frederico, M., & Duarte, S. (2016). Comportamento da equipe multiprofissional frente ao *bundle* do cateter venoso central na terapia intensiva. *Escola Anna Nery*, 20 (1), 55-62. doi 10.5935/1414-8145.20160008

Ordem dos Enfermeiros. (2001). *Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem: Enquadramento conceptual, enunciados descritivos*. Lisboa, Portugal: Autor.

Organização Mundial da Saúde. (2011). *Report on the burden of endemic health care-associated infection worldwide*. Recuperado de http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/80135/9789241501507_eng.pdf?sequence=1

Organização Mundial da Saúde. (2018). *Infection prevention and control: The burden of health care-associated infection worldwide*. Recuperado de http://www.who.int/infection-prevention/publications/burden_hcai/en/

Render, M., Hasselbeck, R., Freyberg, R., Hofer,

T., Sales, A., & Almenoff, P. (2011). Reduction of central line infections in veterans administration intensive care units: An observational cohort using a central infrastructure to support learning and improvement. *BMJ Quality and Safety*, 20, 725-732. doi:10.1136/bmjqs.2010.048462

Reyes, D., Bloomer, M., & Morphet, J. (2017). Prevention of central venous line associated bloodstream infections in adult intensive care units: A systematic review. *Intensive and Critical Care Nursing*, 43 (2017), 12-22. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.iccn.2017.05.006>

Silva, A. & Oliveira, A. (2017). Adesão às medidas para prevenção da infecção da corrente sanguínea relacionada ao cateter venoso central. *Enfermagem em Foco*, 8 (2), 36-41. Recuperado de <http://widgets.ebscohost.com/prod/customerspecific/ns000290/authentication/index.php?url=https%3a%2f%2fsearch.ebscohost.com%2flogin.aspx%3fdirect%3dtrue%26AuthType%3ddip%2ccookie%2cshib%2cuid%26db%3dedb%26AN%3d124305334%26lang%3dpt-br%26site%3dedb-live%26scope%3dsite>

Silva, A., Oliveira, F., & Ramos, M. (2009). Infecção associada ao cateter venoso central: Revisão da literatura. *Revista Referência*, 2 (11), 125-134.

Thom, K., Li, S., Custer, M., Preas, M., Rew, C., Cafeo, C., ... Lissauer, M. (2014). Successful implementation of a unit-based quality nurse to reduce central line-associated bloodstream infections. *American Journal of Infection Control*, 42, 139-143. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ajic.2013.08.006>

Valencia, C., Hammami, N., Agodi, A., Lepape, A., Herrejon, E., Blot, S., ... Lambert, M. (2016). Poor adherence to guidelines for preventing central line-associated bloodstream infections (CLABSI): Results of a worldwide survey. *Antimicrobial Resistance and Infection Control*, 5 (49), 1-8. doi: 10.1186/s13756-016-0139-y

Vieira, M. (2017). *Ser enfermeiro: Da compaixão à proficiência* (3ª ed.). Lisboa, Portugal: Universidade Católica Editora.

BARREIRAS À COMUNICAÇÃO INTERDISCIPLINAR EM EQUIPAS DE SAÚDE: UMA REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

Bernardes, R.⁽¹⁾, Fonseca, C.⁽¹⁾, Gaspar, A.⁽¹⁾, Martins, D.⁽¹⁾, Castanheira, J. I., Melo, R.⁽²⁾



Resumo

A qualidade dos cuidados é influenciada pelos modelos de gestão organizacional, que contemplam o factor da comunicação nas equipas de saúde, sendo que o modelo vigente é baseado na perícia e competência pessoal. As equipas de trabalho vêm contrariar esta visão individualista, uma vez que responsabilizam a equipa pela qualidade dos cuidados e não os profissionais individualmente. O estudo é relevante, tendo como objetivo identificar as principais barreiras à comunicação eficaz no seio de equipas interdisciplinares e propor um modelo conceitual integrativo e inovador para permitir a eficácia da comunicação entre disciplinas. A pesquisa baseou-se numa revisão integrativa da literatura realizada nas bases de dados EBSCO, DOAJ, BMC, Google Scholar e RCAAP, com os descritores “barreiras de comunicação”, “comunicação interdisciplinar”, “hospitais”, “modelo conceptual”. Dos 15 artigos analisados, surgem alguns fatores como a formação dos profissionais, a visão que as várias disciplinas têm umas das outras, a existência de um líder e a cultura organizacional, os quais influenciam a eficácia comunicacional. Os momentos críticos para a comunicação eficaz condensam-se maioritariamente nos períodos de transição de informação. O modelo conceptual O-LED permite colocar o doente no centro do processo decisório, mitigando desvios de informação entre os profissionais, uma vez que a fonte de informação é uma única e, para a obtenção dos resultados, a mais fidedigna. Palavras chave: barreiras de comunicação; comunicação interdisciplinar; hospitais; modelo conceptual; qualidade da assistência à saúde

Abstract

BARRIERS TO INTERDISCIPLINARY COMMUNICATION IN HEALTHCARE TEAMS: AN INTEGRATIVE LITERATURE REVIEW
Quality of care is influenced by organizational management models, which includes the communicational factor inside healthcare teams. The current model is based on the expertise and personal competence of each health professional. The work teams oppose this individualistic view since they hold the team responsible for the quality of care and not the professional individually. The study is relevant, with the objective of identifying the main barriers to effective communication within interdisciplinary health teams and to propose an integrative and innovative conceptual model to enable effective communication between disciplines. The research was based on an integrative literature review, based on the EBSCO, DOAJ, BMC, Google Scholar and RCAAP databases. The descriptors were “communication barriers”, “interdisciplinary communication”, “hospitals”, “conceptual model”. Of the 15 articles analyzed, some factors such as the training of professionals, the view that the various disciplines have of each other, the existence of a leader and the organizational culture, influence the communicational effectiveness. Critical moments for effective communication are condensed mostly in periods of information transition. The O-LED conceptual model allows the patient to be placed at the center of the decision-making process, mitigating deviations of information among professionals, since the source of information is a single one and, in order to obtain the results, the most reliable. Keywords: communication barriers; interdisciplinary communication; hospitals; conceptual model; quality of health care

Resumen

OBSTÁCULOS A LA COMUNICACIÓN INTERDISCIPLINARIA EN EQUIPOS DE SALUD: UNA REVISIÓN INTEGRADORA DE LA LITERATURA
La calidad de la atención está influenciada por los modelos de gestión organizacional, que incluyen el factor de comunicación dentro de los equipos de atención médica. El modelo actual se basa en la experiencia y la competencia personal de cada profesional de la salud. Los equipos de trabajo se oponen a esta visión individualista, ya que responsabilizan al equipo por la calidad de la atención y no a los profesionales individualmente. El estudio es relevante, con el objetivo de identificar las principales barreras para la comunicación efectiva dentro de los equipos de salud interdisciplinarios y proponer un modelo conceptual integrador e innovador que permita la comunicación efectiva entre disciplinas. La investigación se basó en una revisión de literatura integradora, basada en las bases de datos EBSCO, DOAJ, BMC, Google Scholar y RCAAP. Los descriptores fueron “barreras de comunicación”, “comunicación interdisciplinaria”, “hospitales”, “modelo conceptual”. De los 15 artículos analizados, algunos factores como la formación de profesionales, la opinión que las diversas disciplinas tienen entre sí, la existencia de un líder y la cultura organizacional, influyen en la efectividad comunicacional. Los momentos críticos para una comunicación efectiva se condensan principalmente en períodos de transición de información. El modelo conceptual O-LED permite que el paciente se coloque en el centro del proceso de toma de decisiones, mitigando las desviaciones de la información entre los profesionales, ya que la fuente de información es única y, para obtener los resultados, la más confiable. Palabras clave: barreras de comunicación, comunicación interdisciplinaria, hospitales, modelo conceptual, calidad de la atención de salud

Submetido em abril 2019. Aceite em maio 2019.

⁽¹⁾ Licenciado(a) em Enfermagem.

⁽²⁾ Professora Adjunta na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Especialidade em Gestão de Unidades de Saúde e Serviços de Enfermagem, RN, MSc, PhD

INTRODUÇÃO

A qualidade dos cuidados pode ser influenciada pelos modelos de gestão organizacional e também por perturbações ou falhas de comunicação dentro das equipas. O modelo de funcionamento vigente (multidisciplinar) é baseado na perícia e competência pessoal, ou seja, na autossuficiência do profissional de saúde. As equipas de trabalho interdisciplinares ou transdisciplinares vêm contrariar esta visão individualista uma vez que responsabilizam a equipa pela qualidade dos cuidados e não aos profissionais individualmente.

O objetivo primário do estudo é identificar as principais barreiras à comunicação eficaz no seio de equipas interdisciplinares na área da saúde e propor um modelo concetual integrativo e inovador para permitir a eficácia da comunicação entre disciplinas.

FUNDAMENTAÇÃO

A diversificação crescente das equipas de saúde (ES), manifestada pela incorporação de profissionais de diversas disciplinas, torna o seu funcionamento cada vez mais complexo (Santos, Grilo, Andrade, Guimarães, & Gomes, 2010; Dietz, et al., 2014).

A divisão do trabalho em grupo, pelo referido atrás, tende a aumentar naturalmente, pelo que se torna essencial a necessidade de uma coordenação por um ou mais elementos da ES. De facto, cada membro da equipa é responsável pelas atividades relacionadas com a sua área disciplinar, a partir das quais formula objetivos específicos.

Desta forma, na prática clínica e mais concretamente, em contexto de internamento, a interação profissional, a qual implica uma certa articulação de conhecimentos e perspetivas diferentes, pode dar-se de forma pouco eficaz.

O modelo vigente aplicado na prática, está associado à autossuficiência e à responsabilidade pessoal (Santos, et al., 2010). Contudo, o trabalho autónomo dos elementos da ES não se deve realizar “desligado do

grupo” ao qual esses mesmos elementos pertencem. O cuidado à pessoa deve ser visto como um todo, numa população cada vez mais envelhecida e com problemas complexos e multifacetados aos quais um só profissional não é capaz de dar resposta. A comunicação interdisciplinar torna-se, assim, o constructo mais importante para o bom funcionamento de uma equipa (Dietz, et al., 2014).

Os vários sistemas reguladores da profissão de enfermagem já preconizam, de alguma forma, esta “atuação em colaboração”. O Estatuto da Ordem dos Enfermeiros (OE) refere que o enfermeiro tem o dever de atuar responsavelmente na sua área, porém de forma articulada reconhecendo a função e os limites de competência de cada profissional de saúde integrante da equipa (OE, 2015).

Ainda de acordo com o REPE (OE, 2015) e os Padrões de Qualidade dos Cuidados (OE, 2001), a atuação dos enfermeiros deve ser realizada de forma interdependente de acordo com as suas qualificações, dentro de um plano de ação preliminarmente deliberado pelas equipas multidisciplinares com um objetivo em comum, que é prestar um atendimento de qualidade.

MATERIAL E MÉTODOS

Como metodologia, efetuou-se uma revisão integrativa da literatura, para fundamentar o problema em questão e encontrar possíveis soluções já apresentadas na literatura.

A revisão integrativa foi realizada no período de de 2013 a ...2018..., mediante pesquisas nas bases de dados – EBSCO, DOAJ, BMC, Google, RCAAP – e com os seguintes descritores (segundo os MeSH e/ou DeCS): “barreiras à comunicação”, “equipas interdisciplinares”, “hospital”, “modelo conceptual”, no período temporal compreendido entre 2013 e 2018.

Os critérios de inclusão considerados foram equipas de saúde hospitalares, equipas multidisciplinares, artigos de revisão integrativa e sistemática. Os critérios de exclusão foram trabalho em equipa na

comunidade, artigos com foco apenas num grupo profissional, artigos sem texto completo disponível.

Foram considerados para estudo artigos publicados em revistas e/ou jornais científicos, com texto completo disponível em português, inglês e espanhol, bem como dissertações de mestrado e doutoramento.

A estratégia de pesquisa consistiu na seguinte fórmula: “communication barriers”[TI] OR “interdisciplinary communication” [TI] AND “hospitals” [TI/AB] OR “conceptual model” [AB].

A análise dos artigos foi realizada por quatro revisores independentes, que contrapuseram os resultados obtidos pela literatura entre si, para a realização de uma proposta de intervenção, a qual se baseou no modelo de Kotter (1996).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram recolhidos 52 artigos, dos quais se eliminaram 37, pela desadequação do título ou abstract. Os 15 artigos finais, e que foram incorporados neste artigo, encontram-se descritos na Tabela 1.

Tabela 1.

Instrumento de análise qualitativa dos estudos

Númer o do Estudo	Ano	Autores	Tipo de Estudo	Factores Facilitadores	Factores Inibidores	Sugestões	Comentários
1	2009	Kuziemy, et. al.	Estudo observacional descritivo	Canal de comunicação comum entre a equipa e com frequência definida. Líder de equipa.	Fluxo de informações excessivo.	Plataforma de partilha de informação.	Estudo numa unidade de cuidados paliativos.
2	2010	Santos, et. al.	Reflexão Teórica	Situações de grande exigência e intensidade. Equipas com elementos directivos, clínico e não clínicos. Responsabilidade partilhada e delegação de tarefas. Líder de equipa. Resposta pro-ativa e auto-correcção. Hábitos de monitorização intermédia (mecanismos de feedback). Briefings antes e depois de procedimentos.	Cultura profissional e institucional. Comunicação centrada no profissional. Falta de formação. Desequilíbrio na relação tempo-tarefa.	Os autores citam as recomendações do <i>Consensus de Toronto</i> .	Entre 3% a 16% dos doentes são vítimas de erros de tratamento que poderiam ser evitados.
3	2011	Alves	Revisão da literatura	Escuta activa. Clarificação das mensagens enviadas e recebidas. Tomada de decisão informada pelas preferências do doente.	Desconhecimento do tipo de funções da equipa. Falta de diálogo com elementos de chefia. Falta de formação.	Menos de metade (44%) dos hospitais inquiridos formam médicos e enfermeiros em comunicar com os pacientes e somente menos de um terço (22%) organiza formações sobre como comunicar com os colaboradores.	50% da informação é adquirida através de colegas ou outro elemento da equipa em vez de ser consultada no processo clínico.
4	2011	Wong, et. al.	Estudo observacional descritivo.	Aprimoramento das “skills” relativas à comunicação	Falta de clareza. Unidireccionalidade e e assincronismo. Fragmentação disciplinar.	Papeis definidos ajudam no planeamento da alta. A formação dos profissionais é fulcral.	Estudo acerca da alta clínica.
5	2011	Hannemann-Weber, et. al.	Revisão sistemática da literatura com meta-análise.	Relação entre a equipa. Normas de tomada de decisão.	Comunicação centrada no profissional.	A comunicação na equipa promove um ambiente de inovação perante contextos difíceis.	Estudo em doentes com doenças raras.
6	2013	Bender, et. al.	Estudo observacional	Forte interdisciplinaridade e para diminuir a fragmentação da equipa.	Falta de formação. Hierarquia disciplinar (possível falta de autonomia).	Os autores mencionam o relatório “Future Nursing” (2010).	Necessidade de transformar o sistema atual, no sentido de contrariar a fragmentação disciplinar.

				<i>Clinical Nurse Leader.</i> Comunicação centrada no doente. Persuasão e prática reflexiva.			
7	2013	Hartgerink et. al.	Estudo transversal (<i>Cross-sectional</i>)	Reuniões da equipa multidisciplinar. Todos os membros devem saber os pontos de vista diversos na equipa. Clima positivo.	Fracassada assiduidade dos profissionais às reuniões de equipa. Tensão entre profissionais. Tomada de decisão de forma independente.		As reuniões potenciam o trabalho independente e são eficazes sob condições de elevada incerteza.
8	2013	Goh et. al.	Revisão sistemática da literatura	Ambiente estimulante. Aprendizagem pelo erro.	Inatenção aos fatores organizacionais. Cultura de culpa pelo erro.	Cultura que incentiva à formação.	Elevada prevalência de erros, sem esforços significativos para os mitigar.
9	2014	Dietz et. al.	Revisão Sistemática da Literatura	Comunicação centrada no doente.		Ter especial atenção a fases de transição (ex.: passagens de turno) e de acção (ex.: prescrições).	Estudo numa UCI. 37% dos erros identificados envolvia comunicação verbal embora, a comunicação apenas representasse apenas 2% do total das actividades realizadas.
10	2014	Okuyama, et. al.	Revisão sistemática da literatura	Relatar problemas. Comunicação centrada no doente.	Discriminação de relatos centrados no doente.	A falta de comunicação é oposta à actividade preventiva.	Promover a mudança no contexto organizacional (políticas institucionais e de gestão) e no contexto individual (confiança).
11	2014	Gwendolyn, et. al.	Estudo qualitativo.	Reuniões interdisciplinares.	Fragmentação disciplinar. Cultura hospitalar. Falta de tempo. Organização ditatorial (hostilidade).	Alteração da cultura institucional.	A percepção individual sobre o grupo, influencia o funcionamento do todo.
12	2016	Ghaferi, et. al.	Revisão da Literatura	Checklists em procedimentos. Fluxo de informação claro, conciso durante “horas de ouro” de deterioração clínica.		Modelo conceptual RRT.	Implementação eficaz de protocolos de cuidado em contextos de complicações maior.
13	2018	Shelly-Anne Li, et. al.	Revisão sistemática da literatura.	Cultura organizacional. Instrumentos facilitadores: reuniões, e-mails (comunicação activa) e panfletos, anúncios e lembretes (comunicação passiva). Líder de equipa.	Implementação de alterações personalizadas a cada serviço.		A cultura organizacional é o factor que mais afecta o funcionamento da equipa.
14	2018	Cunningham, et. al.	Revisão sistemática da literatura.	Comunicação eficaz. Liderança. Responsabilidade partilhada. Reuniões.			A liderança e definição de metas contribui para capacitar a equipa e criar sentido de responsabilidade.
15	2018	Chamberlain-Salaun, et. al.	Revisão sistemática da literatura.	Formação interdisciplinar.	Cuidado centrado nos profissionais. Atenção centrada na estrutura das equipas.	Contextos de maior vulnerabilidade e potenciam a equipa.	O conceito de multidisciplinaridade é mais frequentemente utilizado do que outros.

No desenvolvimento profissional em contexto clínico, o enfermeiro deverá integrar a sua atuação em complementaridade com as outras profissões de saúde. Não deverá, por isso, existir uma fragmentação disciplinar na equipa de saúde, para que o objetivo se torne comum entre todos. Por outro lado, a autonomia profissional não deverá contribuir para a desarticulação dos papéis entre as diferentes disciplinas, uma vez que pode implicar, de alguma forma, a consecução de objetivos individuais, sem a colaboração da equipa.

Dos estudos (E) recolhidos, vários indicam que a fragmentação disciplinar é um forte inibidor da comunicação. Outros estudos (E2), tendo em conta o mesmo ponto de vista, referem que o trabalho individual não é o método mais eficaz, quer para a qualidade dos cuidados, quer para a interação entre os diferentes profissionais.

A individualização do trabalho gera uma barreira à comunicação dentro da equipa. Assim, várias soluções foram propostas, no sentido de fomentar a interação entre as diferentes classes profissionais e a consequente partilha de objetivos comuns (E14, E2).

É importante, antes de mais, definir quais os momentos mais críticos para a eficácia comunicacional. No que concerne à partilha de dados, as “fases de transição” podem constituir momentos críticos, como o é a passagem de turno (E9), em que a informação mais importante é transmitida ao grupo, ou a alta, em que a informação mais crucial é transmitida ao doente e família. O E4, no que concerne à alta clínica, indica que a definição de papéis, com consequente divisão de funções entre as várias disciplinas, ajuda no planeamento eficaz dos procedimentos. A divisão de funções, parece ser atualmente uma exigência do convívio entre as diferentes áreas clínicas (medicina, enfermagem, psicologia, entre outros) mas, a existir, implica que todos os membros conheçam bem o seu papel, bem como os papéis desempenhados pelos seus pares (E1, E2, E3).

Para facilitar a interação profissional, alguns estudos referem a importância de momentos comuns entre todos os elementos da equipa (E5, E6, E11, E14), de forma a que todas as áreas tenham oportunidade de partilhar os seus resultados. O E7 refere que, no entanto, alguns profissionais não encontram importância nestes momentos e não estão presentes. Além disso, muitas vezes, os elementos da equipa têm dificuldade em dialogar com os seus superiores hierárquicos (E6), o que pode ser uma influência do tipo de cultura organizacional vigente (E8, E11, E13).

Muitos estudos apresentam fatores que podem afetar negativamente a comunicação e que é importante ter em conta.

Na prática clínica é possível que a comunicação entre os elementos seja maioritariamente assíncrona e unidirecional (E4), o que quer dizer que o remetente comunica a mensagem num momento diferente da receção da mesma. Logo, o recetor das mensagens, de uma forma geral, não dá feedback atempado a quem as envia (E7), podendo ter um impacto negativo, especialmente em fases de transição. Pode ainda existir excesso de informação (E1, E3, E4, E12), o que pode dificultar a compreensão clara das mensagens a transmitir. Logo, seria preferencial o recurso a comunicação síncrona, por forma a que a mensagem seja recebida no momento em que se transmite.

Tendo em conta o referido atrás, as reuniões entre disciplinas podem ser um veículo importante para transmissão de informação crucial para a continuidade de cuidados, ou momentos de transição como a alta.

Ainda segundo alguns estudos (E3), 50% da informação é adquirida através dos pares, o que de facto, implica uma constante interação entre todos os elementos. Contudo, pode dar-se o caso de, no limite, metade da informação relevante ser perdida, caso os canais de comunicação não existam, sejam deficitários ou pouco eficazes. Para solucionar este problema, é possível, por sua vez, construir instrumentos facilitadores da comunicação:

instituir normas de comunicação em equipa (E5) e elaborar checklists de informações a transmitir (E12).

Além disso, é necessário melhorar os meios de comunicação que já existem: ativos (reuniões e e-mails) e passivos (panfletos, lembretes, anúncios), bem como melhorar as plataformas informáticas de utilização partilhada.

O funcionamento da equipa e a eficácia das soluções atrás indicadas, implica a aceitação de uma responsabilidade partilhada (E14). Ou seja, é necessário que os elementos se organizem, existindo um líder para garantir que a comunicação interdisciplinar se está a processar e a originar os resultados pretendidos (satisfação dos utentes e profissionais).

Vários estudos sublinham a importância deste papel (E1, E2, E6, E13, E14), existindo mesmo uma função criada para este propósito – Clinical Nurse Leader (E6) – dentro dos serviços, o que contribui para a construção de uma equipa coesa.

O líder, enquanto elemento coordenador, deve definir as metas e capacitar a equipa para criar um sentido de responsabilidade (E14), primeiro individual (disciplinas diferentes) e depois coletiva. Além disso, uma vez que o líder é o elemento que está mais próximo do poder decisor, terá um papel preponderante na mudança da cultura organizacional, em detrimento do bom funcionamento da sua equipa.

Outro aspeto importante é a formação dos profissionais, nomeadamente na área da comunicação.

Segundo o E3, menos de metade das instituições hospitalares formam médicos e enfermeiros sobre a forma de comunicar mais eficazmente com os doentes e apenas um terço organiza formações nesse sentido. Sabendo que a formação dos profissionais é fulcral para o funcionamento de uma equipa de saúde (E4, E15), deve existir um esforço coletivo por parte da organização para adaptar a cultura, tendo por base as necessidades das equipas. De facto, a cultura organizacional é o fator que

mais afeta o funcionamento da equipa (E13), por isso é importante o desenvolvimento de uma cultura que incentive a formação dos profissionais (E8).

Segundo o E2, situações de grande exigência e intensidade são um fator facilitador da comunicação entre equipas, pela necessidade imediata de atuação interdisciplinar. De facto, no seio da equipa é importante que exista um ambiente estimulante (E8), de forma a potenciar ao máximo as competências/skills de cada elemento. No entanto, a comunicação interdisciplinar, mesmo em contextos críticos pode sofrer lacunas importantes, pela falta de formação nesta área e dar origem a erros em momentos cruciais (E2, E3).

Um estudo (E9) no contexto de uma unidade de cuidados intensivos (UCI) concluiu que 37% dos erros identificados envolvia comunicação verbal, embora a comunicação apenas representasse 2% do total das atividades realizadas.

No total, 3% a 16% dos doentes são vítimas de erros médicos, os quais poderiam ser evitados (E2), especialmente se a visão de cuidado promover esforços organizacionais no sentido de mitigar estes eventos, o que muitas vezes não acontece (E8). Assim, a longo prazo, é importante diminuir os erros que vitimizam os doentes e prejudicam a qualidade dos cuidados.

A organização em consonância com o modelo biomédico e os mecanismos de equipa estabelecidos em hierarquia, têm uma influência direta negativa na qualidade dos cuidados e, claro, na segurança e bem-estar dos doentes (OE, DGS, WHO).

O contexto atual continua a ser influenciado por uma visão biomédica do cuidar, onde se privilegia a técnica, o cientismo e a inovação, em detrimento e à margem da pessoa. No entanto, à luz da interdisciplinaridade, a comunicação não se deverá centrar tanto nos profissionais, mas na relação destes com os doentes.

Uma das soluções que parece mais eficaz, a qual se conclui ser uma solução realmente

potenciadora da mudança, é que a comunicação seja feita ao redor do doente (E2, E5, E6, E10, E15) e que a tomada de decisão se fundamente nas suas propostas e nas suas perspectivas.

Proposta de intervenção

Tendo em conta os resultados atrás descritos, a proposta de intervenção terá em conta as oito etapas para implementação de mudanças (Santos, 2014) do modelo de Kotter (1996):

1. Estabelecer um senso de urgência.
2. Criar uma coligação de liderança.
3. Desenvolver a visão e a estratégia.
4. Comunicar a visão da mudança.
5. Capacitar os funcionários para uma ampla acção.
6. Gerar vitórias a curto prazo.
7. Consolidar ganhos e produzir mais mudança.
8. Incorporar a nova mudança na cultura.

Além das propostas concretas apresentadas de seguida, será descrito o modelo conceptual construído pelos investigadores, para orientar futuras investigações ou intervenções neste âmbito.

Estabelecer um senso de urgência

Mediante a utilização de formas de comunicação passiva (e-mails, avisos, folhetos), convocar um momento de partilha dentro da ES, para demonstrar os resultados do questionário aplicado e contrapor com os estudos analisados.

Será importante motivar o grupo que nunca participou em reuniões, ou que não atribuiu qualquer importância a estes momentos, mediante a apresentação do impacto positivo na qualidade dos cuidados e mesmo na satisfação profissional. Será, além disso, oportuno explicar também que apesar de a maioria considerar a multidisciplinaridade como um modelo eficaz, a interdisciplinaridade impõe-se atualmente como uma necessidade perante a complexidade da equipa e utentes.

Criar uma coligação de liderança e desenvolver visão e estratégia

Após a apresentação do estudo realizado, o primeiro passo será uma reunião, por convite, com a equipa multidisciplinar (líderes da equipa médica, líderes informais da equipa de enfermagem que mostraram motivação no primeiro debate, assistente social e outros elementos que se considerarem importantes na dinâmica da ES), frisando a importância da partilha de conhecimentos para a diminuição do erro médico e, também, a contribuição da colaboração entre disciplinas para a maior satisfação dos profissionais e utentes, aumentando por conseguinte a qualidade dos serviços.

Os que se mostrarem motivados e apresentarem competências comunicacionais para desenvolver um plano de ação, deverão formar a primeira amostra de equipa interdisciplinar que, em conjunto irá desenvolver a visão (com base na centralidade do doente e feedback contínuo) e a estratégia que será comunicada ao grupo.

Comunicar a visão da mudança e capacitar os funcionários para uma ampla ação

Deverá ser realizada uma reunião dos líderes de cada disciplina, com os respetivos membros, para comunicação das estratégias mencionadas abaixo:

- Elaboração de uma caixa para comunicação anónima, por escrito, dos problemas de comunicação/colaboração em equipa, que comprometam a interdisciplinaridade ou que possam contribuir para o erro médico. Esta estratégia dará origem a um debate mensal dos problemas mencionados;
- Reuniões interdisciplinares para discussão de casos de deterioração clínica ou situações sociais/altas, de forma a traçar um plano de ação comum (com presença do utente e/familiar sempre que possível);
- Formações no seio da ES acerca da

comunicação interdisciplinar eficaz e resolução de conflitos;

- Elaboração de checklists para utilizar em momentos de crise e de transição (altas, por exemplo), que envolvam elementos das diferentes disciplinas;
- Criação de uma plataforma interdisciplinar para utilização comum, relativamente aos objetivos delineados para a alta ou plano geral de cuidados.

Gerar vitórias a curto prazo, consolidar ganhos e produzir mais mudança

A comunicação de outputs positivos, consequência da eventual mudança de estratégia da ES, deverá ser feita pelo líder, que terá a responsabilidade de continuar a motivar os elementos. Estes, por sua vez, deverão transportar as mudanças efetuadas, para intervenções seguintes, de forma a consolidar os ganhos e produzir uma mudança efetiva. Isto porque se criarão bons hábitos, após repetição de certos procedimentos novos.

Comunicar a visão da mudança e incorporar a nova mudança na cultura.

Para comunicar a possível mudança e incorporá-la na cultura organizacional, é proposto o estudo do modelo Organização Líder-Equipa-Doente (O-LED). Para uma efetiva aplicação do modelo, é importante,

antes de mais, a personalização em cada serviço, onde devem ser diagnosticadas as principais lacunas e atuar em conformidade.

O modelo O-LED (Figura 1) coloca o doente no centro da decisão, encontrando-se rodeado por quatro elementos fundamentais para a qualidade da prestação de cuidados: família, cultura, profissional e equipa. A literatura não estabelece uma relação definida entre estes três elementos, embora lhes vincule uma certa importância para a boa prestação de cuidados.

Sob este ponto de vista, é dever da organização promover ações de formação, as quais devem primeiramente ser comunicadas ao líder da equipa de saúde. O líder deverá comprometer os atores das diferentes disciplinas a interagir e a interessar-se pela formação e, assim, a funcionar em grupo. Depois, com esta dinâmica, o profissional, individualmente, terá de produzir um contínuo feedback, utilizando todos os meios de comunicação descritos – ativos e passivos – e transmitir o que entende ser importante ao líder. É este quem deve constituir a ponte entre a equipa e a hierarquia, de forma que tudo esteja articulado.

Para investigações futuras, sugere-se aprofundar o estudo da relação da organização com a própria família, de tal forma que esta seja dotada de uma certa autonomia, não estando sequer totalmente dependente das decisões de uma equipa de saúde.

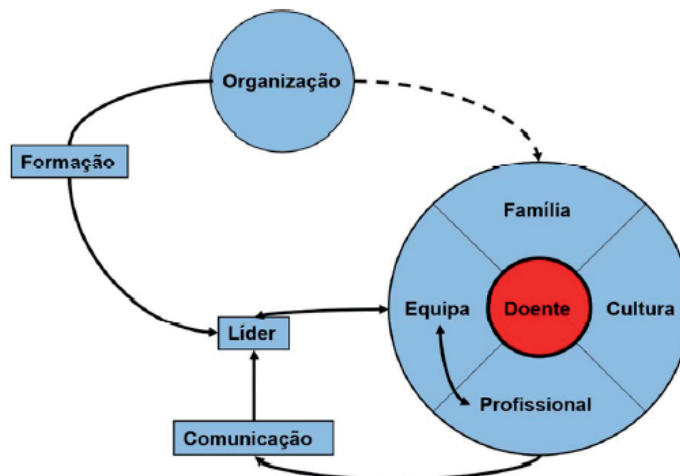


Figura 1. Modelo conceitual O-LED (Organização-Líder-Equipa-Doente)

CONCLUSÃO

Foram identificadas relações substanciais entre algumas ações no seio das equipas de saúde, em contexto hospitalar, que dificultavam a comunicação interdisciplinar. Os momentos críticos identificados condensam-se essencialmente nos períodos de transição de informação, como na gestão da alta clínica e a envolvimento dos profissionais das diferentes áreas e nas passagens de turno.

Sendo a comunicação o construto mais importante do bom funcionamento interdisciplinar, numa população cada vez mais envelhecida e com problemas complexos e multifacetados, a proposta de melhoria de qualidade de cuidados apresentada através do modelo de Kotter, da revisão da literatura e no estudo observacional contemplou a implementação de reuniões interdisciplinares, formação dos profissionais na aquisição ou desenvolvimento de competências na área da comunicação, objetivar um líder para a coordenação das equipas de forma eficiente e melhoria das normas de comunicação.

Concluiu-se que existem diversas lacunas relativas a esta temática e que as culturas organizacionais, sendo um dos principais elementos responsáveis do funcionamento em equipa, ainda não estão sensibilizadas e, por conseguinte, não o promovem nos serviços hospitalares em que nos encontramos a exercer a profissão.

Em suma, o aumento de fatores contextuais que potenciam a comunicação interdisciplinar, promoveria uma melhoria da qualidade dos cuidados, a satisfação dos doentes e a motivação profissional.

Uma das limitações deste estudo, foi o facto de grande parte da amostra ser constituída por enfermeiros, o que não permite ter uma visão diversificada sobre o tema. As investigações futuras, deverão estudar a forma de tornar o doente o elemento central do poder decisório da equipa de saúde.

BIBLIOGRAFIA

- Alves, A. I. A. (2011). Competências interpessoais em saúde: comunicar para a qualidade, com o utente e em equipa multidisciplinar. Dissertação de mestrado. Escola Nacional de Saúde Pública: Lisboa.
- Bender, M., Connely, C. D., Brown, C. (2013). Interdisciplinary collaboration: the role of the clinical nurse leader. *Journal of Nursing Management*, 21, 165-174.
- Chamberlain-Salaun, J., Mills, J., Usher, K. (2013). Terminology used to describe health care teams: an integrative review of the literature. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 6, 65-74.
- Cunningham, U., Ward, M. E., De Brún, A., McAuliffe, E. (2018). Team interventions in acute hospital contexts: a systematic search of the literature using realist synthesis. *BMC Health Services Research*, 18(536), 1-15. Doi: 10.1186/s12913-018-3331-3
- Dietz, A. S., Pronovost, P. J., Mendez-Tellez, P. A., Wyskiel, R., Marsteller, J. A., Thompson, D. A., Rosen, M. A. (2014). A systematic review of teamwork in the intensive care unit: What do we know about teamwork, team tasks and improvement strategies? *Journal of Clinical Care*, 29, 908-914.
- Ghaferi, A. A., Dimick, J. B. (2016). Importance of teamwork, communication and culture on failure-to-rescue in the elderly. *BJS*, 103, 47-51. Doi: 10.1002/bjs.10031
- Goh, S. C., Chan, C., Kuziemsky, C. (2011). Teamwork, organizational learning, patient safety and job outcomes. *International Journal of Health Care Quality Assurance*. 26(5), 420-432. Doi: 10.1108/IJHCQA-05-2011-0032
- Hannemann-Weber, H., Kessel, M., Budych, K., Schultz, C. (2011). Shared communication processes within healthcare teams for rare diseased and their influence on healthcare professionals' innovative behavior and patient satisfaction. *Implementation Science*, 6 (40), 1-7
- Hartgerink, J. M., Cramm, J. M., Bakker, T. J. E. M., van Eijnden, A. M., Mackenbach, J. P., Nieboer, A. P. (2013). The importance of

multidisciplinary teamwork and team climate for relational coordination among teams delivering care to older patients. *Journal of Advanced Nursing*, 791-799

Kuziemy, C. E., Borycki, E. M., Purkis, M. E., Black, F., Boyle, M., Cloutier-Fisher, D., Fox, L. A., MacKenzie, P., Syme, A., Tschanz, C., Wainwright, W., Wong, H., Interprofessional Practices Team (2009). An interdisciplinary team communication framework and its application to healthcare “e-teams” systems design. *Bmc Medical Informatics and Decision Making*, 9(43), 1-15. Doi: 10.1186/1472-6947-9-43

Li, S., Jeffs, L., Barwick, M., Stevens, B. (2018). Organizational contextual features that influence the implementation of evidence-based practices across healthcare settings: a systematic integrative review. *Systematic Reviews*, 7(72), 1-19. Doi: 10.1186/s13643-018-0734-5

Okuyama, A., Wagner, C., Bijnen, B. (2014). Speaking up for patient safety by hospital-based health care professionals: a literature review. *BMC Health Services Research*, 14(61), 1-8.

Ordem dos Enfermeiros (2001). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem*. Ordem dos Enfermeiros: Lisboa

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

Santos, M. A. S. (2014). *O Modelo de Kotter: os profisisonais e a Mudança. Um estudo sobre os estudantes do Mestrado em Gestão da Universidade de Évora*. Dissertação de Mestrado. Universidade de Évora: Évora.

Santos, M. C., Grilo, A., Andrade, G., Guimarães, T., Gomes, A. (2010). Comunicação em saúde e a segurança do doente: problemas e desafios. *Rev Port Saúde Pública*, 10, 47-57.

Wong, E. L. Y., Yam, C. H. K., Cheung, A. W. L., Leung, M. C. M., Chan, F. W. K., Wong, F. Y. Y., Yeoh, E. (2011). Barriers to effective discharge planning: a qualitative study investigating the perspectives of

frontline healthcare professionals. *BMC Health Services Research*, 11(242), 1-10.

Li, S., Jeffs, L., Barwick, M., & Stevens, B. (2018). Organizational contextual features that influence the implementation of evidence-based practices across healthcare settings: a systemaic integrative review. *Systematic Reviews*, 7(72), 1- 19. Doi: 10.1186/s13643-018-0734-5

Bender, M., Connely, C. D., Brown, C. (2013). Interdisciplinary collaboration: the role of the clinical nurse leader. *Journal of Nursing Management*, 21, 165-174.

A PESSOA DEPENDENTE NO AUTOCUIDADO: REPRESENTAÇÃO SOCIAL DA ENFERMAGEM

Élio Xavier⁽¹⁾, Igor Lourenço⁽¹⁾, Sérgio Santos⁽¹⁾, Sónia Novais⁽²⁾, Isabel Oliveira⁽³⁾



Resumo

Enquadramento: ao longo da vida as pessoas podem apresentar dependência no seu autocuidado. Na atualidade existe uma emergente preocupação na qualidade dos cuidados a pessoas com limitações no seu autocuidado, sendo que a Enfermagem tem um papel de fundamental importância na manutenção destes padrões de qualidade.

Objetivos: descrever a representação social dos enfermeiros acerca da pessoa com dependência no autocuidado, assim como na família e comunidade onde vive.

Metodologia: estudo qualitativo, exploratório e descritivo, com recurso a amostra não probabilística accidental, tendo como população alvo os enfermeiros. Na colheita de dados optou-se pelo uso de um teste de associação livre de palavras, por meio da aplicação de um formulário eletrónico, através da rede de contactos de uma instituição de ensino superior de saúde. No tratamento de dados foi utilizado um software informático IRAMUTEQ.

Resultados: a representação social dos enfermeiros centra-se no apoio às atividades de vida diárias das pessoas dependentes no autocuidado.

Conclusão: a exploração das representações sociais permitiu obter a interpretação dos enfermeiros sobre a realidade da dependência no autocuidado, evidenciando os aspetos negativos de viver nesta situação.

Palavras-chave: psicologia social, enfermagem; dependência; autocuidado.

Abstract

DEPENDENT PERSON IN SELF CARE: NURSING'S SOCIAL REPRESENTATION

Background: Throughout life, people may experience dependence on their self-care. At present, there is an emerging concern in the quality of care for people with limitations in their self-care, and Nursing plays a fundamental role in maintaining these quality standards.

Objectives: to describe the social representation of nurses about the person with self-care dependency, as well as the family and community where they live.

Methodology: qualitative, exploratory and descriptive study, using an accidental non - probabilistic sample, with a target population of nurses. In the data collection, we chose to use a test of free association of words, through the application of an electronic form, through the network of contacts of a Higher Education Institution of Health.

In the treatment of data an IRAMUTEQ computer software was used

Results: the social representation of nurses focuses on supporting the daily activities of dependent people in self-care.

Conclusion: the exploration of social representations allowed to obtain the nurses' interpretation of the reality of dependence on self-care, evidencing the negative aspects of living in this situation.

Keywords: psychology, social; nursing; dependency; self-care.

Resumen

LA PERSONA DEPENDIENTE EN EL AUTOCUIDADO: REPRESENTACIÓN SOCIAL DE LA ENFERMERÍA

Encuadramiento: al largo de la vida las personas pueden presentar dependencia en su autocuidado. En la actualidad, existe una emergente preocupación en la calidad de los cuidados a personas con limitaciones en su autocuidado, siendo que la Enfermería tiene un papel de fundamental importancia en el mantenimiento de estos patrones de calidad.

Objetivos: describir la representación social de los enfermeros acerca de la persona con dependencia en el autocuidado, así como en la familia y comunidad donde vive.

Metodología: estudio cualitativo, exploratorio y descriptivo, con recurso a la muestra no probabilística accidental, con población objetivo los enfermeros. En la recolección de datos se optó por el uso de una prueba de asociación libre de palabras, por medio de la aplicación de un formulario electrónico, a través de la red de contactos de una institución de Enseñanza Superior de Salud.

En el tratamiento de datos se utilizó un software informático IRAMUTEQ.

Resultados: la representación social de los enfermeros se centra en el apoyo a las actividades de vida diarias de las personas dependientes en el autocuidado.

Conclusión: la exploración de las representaciones sociales permitió obtener la interpretación de los enfermeros sobre la realidad de la dependencia en el autocuidado, evidenciando los aspectos negativos de vivir en esta situación.

Palabras clave: psicología social; enfermería; la dependencia; autocuidado.

Submetido em março 2019. Aceite em abril 2019

⁽¹⁾ Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, Hospital Dr. Nélio Mendonça, Funchal

⁽²⁾ Professora Adjunta, Doutora em Ciências de Enfermagem, Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa

⁽³⁾ Professora Adjunta, Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação, Doutoranda em Ciências da Saúde, Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa (ijoliveira12@gmail.com)

INTRODUÇÃO

A exploração das representações sociais dos enfermeiros pode permitir o contacto com imagens e conteúdos que expressam o seu senso comum face a indivíduos com dependência no autocuidado. Não existe evidência da representação social de enfermagem em relação às pessoas com dependência no autocuidado. A produção de conhecimento sobre este tema torna-se relevante para a compreensão do processo de cuidados de enfermagem, numa perspetiva de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem no domínio da promoção da autonomia e qualidade de vida dessas pessoas. Alcançar a representação social da pessoa em situação de dependência terá potenciais repercussões para a profissão. Este conhecimento permitirá sugerir caminhos numa perspetiva de formação pré-graduada ou mesmo de formação contínua, permitindo sensibilizar os estudantes e os enfermeiros para o cuidado dirigido à promoção do autocuidado e reconstrução da autonomia. O objetivo deste estudo é o de descrever a representação social dos enfermeiros acerca da dependência no autocuidado.

ENQUADRAMENTO FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Entre 1960 e 2001, a população portuguesa com mais de 65 anos passou de 16,4% para 19%, ou seja, um crescimento superior a 1,6 vezes ao registado a nível mundial, prevendo-se que em 2050 atinja os 32% (Direção-Geral da Saúde, 2014). No entanto, o aumento da esperança média de vida, associado a uma crescente prevalência de doença crónica, tem conduzido ao aumento das situações de dependência física, cognitiva e afetiva, que se traduz em dependência no autocuidado (Ribeiro, Pinto, & Regadas, 2014). Ao longo da vida ocorrem alterações que condicionam e alteram a capacidade para o autocuidado. Esta perda de autonomia e evolução para a dependência podem ter um início facilmente identificável quando resultam do surgimento

de uma doença ou acidente. Por outro lado, o processo de envelhecimento reflete-se numa perda progressiva de autonomia e diminuição da capacidade para o autocuidado, cujo processo de transição poderá não ser facilmente identificável (Ribeiro & Pinto, 2014). O autocuidado é um conceito multidimensional e abrangente, com vários elementos que o definem (McCormack, 2003; Richard & Shea, 2011) e com diversas interpretações consoante o contexto em que é analisado (Söderhamn, 2000). Para Backman e Hentinen (1999), o autocuidado é tradicionalmente definido como as atividades associadas à promoção da saúde, representando um conjunto de comportamentos ou atividades que visam a promoção ou o restabelecimento da saúde. É um conceito constituinte da Teoria do Déficit no Autocuidado de Orem (1983, p. 55), que o define como “a prática de atividades que as pessoas iniciam e fazem por si mesmas para manter a vida, a saúde e o bem-estar”. O nível de autocuidado não é constante ao longo do ciclo vital e evolui com o desenvolvimento e crescimento da pessoa, sendo que este é realizado por pessoas já com maturidade e que o fazem com o objetivo de manter ou melhorar o seu nível de saúde ou de bem-estar, pois como defende Orem (2001, p. 73) “o autocuidado é o cuidado levado a cabo por si e para si quando alguém atinge um estado de maturidade consistente, controlado, efetivo e com um objetivo definido”.

O Conselho Internacional de Enfermagem considera o autocuidado como um dos focos centrais de atenção da enfermagem, definindo-o como a “atividade executada pelo próprio, tratar do que é necessário para se manter; manter-se operacional e lidar com as necessidades individuais básicas e íntimas e as atividades de vida diária” (Conselho Internacional de Enfermeiros, 2016, p.42).

A enfermagem é uma profissão que tem como alvo da sua intervenção a pessoa, a família ou comunidade ao longo do ciclo vital, tendo como objetivo a prestação de cuidados numa dimensão ética, técnica, científica e estética,

contribuindo para a consecução do seu projeto de vida e saúde (Decreto-Lei n.º 161/96, 1996). O exercício profissional do enfermeiro envolve uma reflexão constante sobre o modo de assistir a pessoa que se encontra a seu cuidado, acerca de si próprio e do modo como exerce a sua profissão, procurando os valores e os princípios que justificam as suas ações e, ao mesmo tempo, o respeito pela pessoa cuidada (Deodato, 2016). Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2001), os padrões de qualidade do exercício profissional, foram definidos em seis categorias de enunciados descritivos, dentro dos quais se salienta o bem-estar e o autocuidado dos clientes. Neste, o enfermeiro distingue-se pela formação e experiência que lhe permite compreender e respeitar os outros, evitando juízos de valor na relação terapêutica. Na procura da excelência dos cuidados, o enfermeiro orienta a sua intervenção no sentido de potenciar o bem-estar da pessoa, complementando as atividades de vida relativamente às quais a pessoa é dependente (Ordem dos Enfermeiros, 2001). Na prática profissional, o uso de alguns termos pode deixar de ser uma simples descrição de uma pessoa e recordar aos enfermeiros um conjunto de comportamentos comuns (Thompson, Melia, & Boyd, 2004). Estes estereótipos fazem parte das representações sociais que os enfermeiros inscrevem na prática dos cuidados.

Para Moscovici (1981), a representação social envolve um conjunto de explicações e ideias relativos a objetos, aspetos ou dimensões do meio social, sendo um instrumento que permite a compreensão de situações e a elaboração de respostas por parte de um grupo específico numa determinada realidade. De acordo com a teoria das representações sociais, este senso comum deve ser analisado como uma forma de perceção social a partir do conteúdo que ele faz representar, conforme as necessidades práticas. O estudo da representação social permite perceber como se constrói uma determinada realidade, como se pensa numa determinada situação

estando implicado na mesma ou observando-a do exterior e que processos cognitivos estão envolvidos na forma como o social é pensado e percecionado (Fischer, 1996). No que diz respeito ao cuidar de pessoas com dependência no autocuidado, os enfermeiros são afetados de alguma forma, procurando explicações, fazendo julgamentos ou tomando posições favoráveis ou desfavoráveis face a essa realidade. Para Ferreira e Brum (2000), as representações sociais são importantes na área da saúde e, especificamente, no cuidado de enfermagem, pois permitem que as práticas de saúde possam ser compreendidas nas diferentes dimensões da realidade.

Neste contexto, foi formulada a seguinte questão de investigação: qual a representação social dos enfermeiros acerca da dependência no autocuidado?

METODOLOGIA

Para responder a esta questão investigação foi realizado um estudo exploratório-descritivo, com abordagem qualitativa. Este estudo obteve o parecer favorável da Comissão de Ética da instituição de ensino superior de saúde onde foi desenvolvido. Participaram voluntariamente no estudo enfermeiros que estudam ou estudaram em ensino pré e pós-graduado nessa instituição. A recolha de dados foi realizada através do envio de um formulário por correio eletrónico em fevereiro de 2018. O instrumento de recolha de dados utilizado foi o Teste de Associação Livre de Palavras (TALP). Para Merten (1992), o teste com associação de palavras pode ser feito respondendo com uma série de palavras relacionadas ao estímulo apresentado. Esta técnica favorece a “revelação de desejos fundamentais, elementos de conflitos, momentos significativos da história de vida e representações sociais relacionadas a objetos e fenómenos” (Tavares et al. 2014, p.75). O formulário estava dividido em duas partes: a primeira correspondente à caracterização sociodemográfica dos participantes, com os dados relativos à idade, género, habilitação

acadêmica, título profissional, tempo de exercício da profissão e tipologia de local de trabalho. A segunda parte consistia no teste associativo propriamente dito e foram apresentadas cinco questões indutoras com um conjunto de expressões: “Quando penso numa pessoa dependente no seu autocuidado, lembro-me de...”; “Quando penso nas necessidades de uma pessoa dependente no seu autocuidado, lembro-me de...”; “Quando penso nos cuidados a uma pessoa dependente no seu autocuidado, lembro-me de...”; “Quando penso na pessoa dependente no autocuidado e na sua família, lembro-me de...”; “Quando penso na pessoa dependente no autocuidado e na comunidade onde vive, lembro-me de...”. Aplicou-se deste modo uma técnica estruturada pela evocação de respostas com base num estímulo indutor, permitindo evidenciar universos semânticos relacionados com o objeto em estudo (Lo Monaco, & Rateau, 2016). Solicitou-se aos participantes que escrevessem, da mais importante para a menos importante, as primeiras cinco palavras que lhes viessem à memória, para cada uma das expressões, por ordem de pertinência para o participante, permitindo deste modo que respondessem da forma mais espontânea e verdadeira acerca dos aspetos relacionados com a problemática em estudo. O consentimento foi explícito e apresentado na informação prévia ao preenchimento do formulário.

Durante a recolha de dados, que decorreu entre 1 a 16 de fevereiro de 2018, foram enviados 2175 convites sendo que, dos 110 formulários obtidos, 2 foram considerados nulos pelo seu preenchimento inadequado e incompleto. Para o tratamento dos dados foi utilizado o software informático IRAMUTEQ 0.7 alpha 2 (Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires), que oferece a possibilidade de diferentes formas de análise de dados textuais, desde as mais simples, como o cálculo de frequência de palavras, bem como permite agrupar as palavras e as organizar

graficamente em função da sua frequência (Ratinaud, 2014). Assim, recorreu-se à análise prototípica da matriz e à análise de similitudes de dados textuais.

RESULTADOS

A amostra foi composta por 108 enfermeiros, sendo 71,3% são do sexo feminino. A idade média dos participantes era de 37 anos, com um desvio padrão de 7,8 anos. No que diz respeito às habilitações académicas, 15,7% possuíam grau de mestrado, 2,8% o grau de doutoramento e os restantes licenciados. Quanto ao título profissional, 35,2% eram enfermeiros especialistas. Relativamente ao tempo de serviço, a média dos participantes é de 14 anos, com desvio padrão de 8 anos. Em relação ao local de trabalho, 75% executa as suas funções em contexto hospitalar, 13,9% trabalha nos cuidados de saúde primários, 4,6% em cuidados de saúde continuados e os restantes em outras áreas de atuação. Os dados recolhidos foram analisados pelo programa IRAMUTEQ recorrendo-se à lematização dos mesmos. Dessa análise resultou a separação do corpus em 108 textos repartidos em 108 segmentos de texto. Nesses segmentos, foram identificadas 844 formas e 2713 ocorrências. O número de hápax é 509, o que equivale a 18,8% das ocorrências e 60,3% das formas. A média de ocorrências por texto é 25,1%. De forma a identificar a estrutura representacional a partir da frequência e ordem das evocações da matriz de dados utilizou-se uma análise prototípica. Com esta análise, obteve-se uma imagem com quatro quadrantes que representam as quatro dimensões da estrutura da representação social: zona do núcleo central, zona de primeira periferia, zona de segunda periferia e zona de contraste (Abric, 2005). O primeiro quadrante, a zona do núcleo central, indica as palavras com uma frequência maior que a média e baixa ordem de evocação, ou seja, as respostas fornecidas por um elevado número de participantes e evocadas em primeiro lugar. Este núcleo central possui elementos fundamentais que

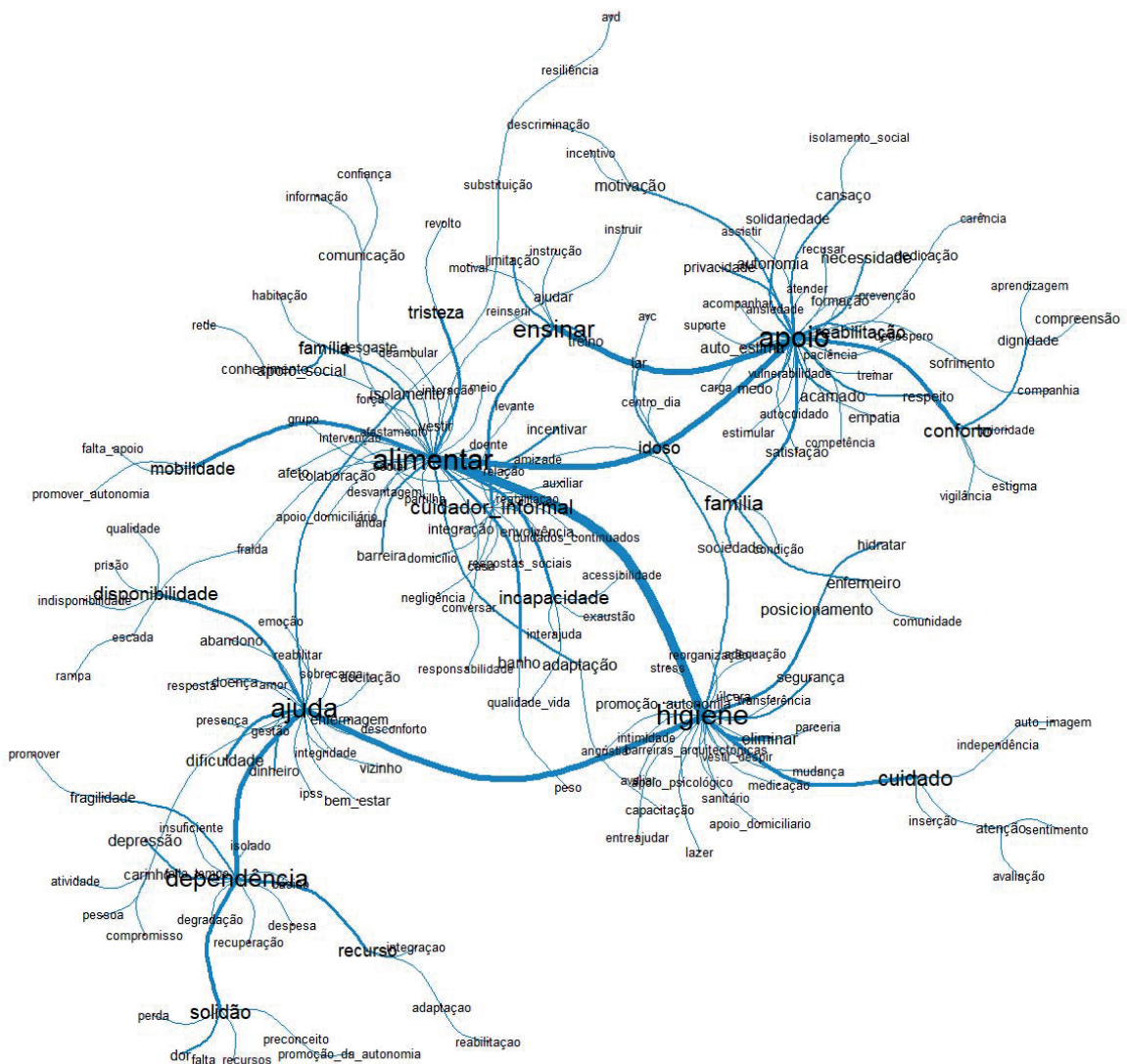
possuem ligações históricas, sociológicas e ideológicas e são consensualmente partilhados dentro do seio do grupo social (Rateau, et al., 2011). Pela sua ligação à dimensão afetiva e ideológica, é onde se ancoram os estereótipos e crenças do grupo assumindo um duplo papel prático e prescritivo (Depeau, 2006), sendo marcado pela memória coletiva e pelo sistema de normas do grupo social (Abric, 2005). O sistema periférico é a parte flexível da estrutura da representação e pode não ser partilhado consensualmente por todos os elementos do grupo (Abric, 2011). O quadrante superior direito representa a primeira periferia e contém as palavras com frequência elevada, mas menos evocadas, constituindo elementos secundários da representação. O quadrante inferior direito, a segunda periferia, indica as respostas evocadas em último lugar e com menor frequência. Esta zona inclui respostas que são menos relevantes para a estrutura da representação social, traduzindo aspetos mais particularizados da mesma, e que são mais sujeitos a alterações de acordo com a representação dominante. Igualmente com menor frequência, mas com evocação em primeiro lugar encontram-se as respostas do quadrante inferior esquerdo, a zona de contraste. As respostas evocadas nesta categoria podem ser um complemento da primeira periferia e reforçar o núcleo central ou indicar a existência de um subgrupo que, ao valorizar consistentemente alguns elementos distintos da maioria, poderá ele próprio representar um núcleo central diferente (Abric, 2005).

Zone du noyau	Première périphérie
ajuda-81-11.7 alimentar-79-8.8 higiene-64-8.3 dependência-45-6.7 cuidador informal-40-11.3 conforto-35-11.5 família-32-11 cuidado-29-7.8 solidão-28-12.4 incapacidade-28-8.3 dificuldade-27-12.1 mobilidade-25-9.3 reabilitação-24-9.6 família-21-12 tristeza-20-9.9 tempo-19-12.4 motivação-18-12.4 eliminar-18-9.7 idoso-17-3.9 banho-16-8.8 autonomia-16-9.5 respeito-15-9.9 solidariedade-12-10.5	apoio-69-16.1 ensinar-52-14.4 disponibilidade-29-14.2 recursos-24-18.7 adaptação-23-16.2 enfermeiro-17-15.6 trabalho-16-13.8 isolamento-15-20.5 cuidados-14-16.7 apoio_social-14-20.3 dedicação-12-13.8 dinheiro-12-17.1 depressão-11-13.2 sociedade-10-14 cansaço-10-16.3 comunicação-10-14.1 integração-9-20.2 incentivar-9-13.1 carinho-9-14 abandono-9-18.2 medo-9-13.7 aceitação-8-13.5 compreensão-8-13 afeto-8-13 barreiras-8-19.6 treino-8-15.6
Elements contrastés	Seconde périphérie
vestir-6-10.5 doença-6-2 carga-6-11.2 promoção_autonomia-6-8.8 satisfação-6-11.7 avaliar-6-8.7 independência-6-9.5 qualidade-6-8.2 autocuidado-6-9.5 capacitação-5-10.4 desvantagem-5-11.4 reabilitação-5-8.8 perda-5-6.4 sanitário-5-9.2 auto_imagem-5-9.2 companhia-5-11.2 deambular-5-7.8 revolta-5-10.6 andar-5-9.6 levantar-5-9.8 avo-5-3 intimidade-4-9.5 confiança-4-10.2 fralda-4-12.2 integridade-4-8.2 desespero-4-9.2 medicação-4-12 instruir-4-10.2 doente-4-10.2 interajuda-4-12	envolvência-6-19.3 lazer-6-17.2 vizinhos-6-23 colaboração-6-17.5 desgaste-6-16.8 condições-6-16.8 discriminação-5-23.8 comunidade-5-16 informação-5-17.2 mudança-5-13.8 exaustão-5-14.8 apoio_psicológico-5-16.4 stress-5-14 sobrecarga-5-14 compromisso-5-14.2 falta_recursos-5-18 ansiedade-5-19.4 amizade-5-21.6 adequação-5-18.2 casa-5-18 treinar-5-16.6 amor-5-14.8 qualidade_vida-5-15 acompanhar-5-21 suporte-5-17.8 interação-4-16.5 dificuldades-4-21.8 meios-4-20.5 partilha-4-22.8 cuidados_continuados-4-16.5

Pela análise da Figura 1, as respostas mais evidentes na zona do núcleo central das representações sociais dos enfermeiros sobre o tema em estudo são ajuda, alimentar, higiene, dependência e cuidador informal. Quanto à zona da primeira periferia, destacam-se as expressões apoio, ensinar e disponibilidade. Na segunda periferia surgem as palavras envolvimento, lazer, vizinhos e colaboração. As respostas vestir, doença, carga e promoção da autonomia são as mais evocadas na zona de contraste e em conjunto com as da primeira e segunda periferia reforçam a zona do núcleo central.

Para ajudar a visualização da estrutura das representações sociais da Enfermagem acerca da pessoa dependente no autocuidado, realizou-se uma análise de similitude ilustrada numa árvore que mostra não só a centralidade

das expressões como também as relações entre elas (Figura 2).



social se pretende estudar está ligada a recurso, depressão e solidão. E por último, ensinar está ligada a reinserir, treino e ajudar. Com esta análise, é possível afirmar-se que a representação social da amostra em causa está centrada no apoio às atividades de vida diárias das pessoas dependentes no autocuidado, evidenciando os aspetos negativos de viver numa situação de dependência e centrando-se numa visão reducionista do cuidar.

DISCUSSÃO

O autocuidado é um dos focos centrais da atenção de Enfermagem (Masters, 2015), sendo este e o bem-estar conceitos estruturantes dos padrões de qualidade do exercício profissional (Ordem dos Enfermeiros, 2001). A posição assumida pelo enfermeiro ao cuidar da pessoa dependente procura otimizar o bem-estar e complementar as atividades de vida, numa vertente de humanização dos cuidados. O estudo das representações sociais permitiu perspetivar como encaram os Enfermeiros as necessidades das pessoas dependentes.

Tendo em conta algumas das variáveis da amostra, comparando-se o género e faixa etária à distribuição de enfermeiros a nível nacional (Ordem dos Enfermeiros, 2016) verificou-se que a participação no género feminino foi inferior aos 82% que correspondem à média nacional e na faixa etária esteve ligeiramente acima da mais representativa (31 a 35 anos). Em relação ao título profissional 35,2% da população da amostra é detentora do título de especialista, comparativamente a 22,5% de enfermeiros especialistas a nível nacional. Estas diferenças entre a amostra estudada e as médias nacionais podem ser justificadas pelo facto desta investigação ser baseada numa rede de contactos de uma instituição de ensino superior.

A representação social resulta da elaboração de respostas por parte de um grupo específico numa determinada realidade contextual e histórica (Moscovici, 1981). Isso significa que a sua construção poderá ser condicionada por fatores como o paradigma de formação, o local de trabalho e a própria cultura. Assim, o estudo das representações sociais dos enfermeiros face à pessoa dependente no autocuidado, poderá ser influenciado pela especificidade da amostra estudada. Nesse sentido, seria interessante explorar essas representações em outros contextos culturais.

Ao considerarem-se os dados obtidos, verifica-se que a representação social da amostra enfoca os aspetos da dependência relacionados com as atividades básicas de vida

diárias, sendo que existe uma ênfase no apoio ao autocuidado, não sendo muito evidente, no discurso produzido pelos participantes, a importância da promoção do máximo potencial de autonomia no autocuidado. Ao agir em substituição da pessoa, em detrimento da promoção da autonomia, o enfermeiro poderá estar a negar, mesmo que inconscientemente, as oportunidades de potencial remanescente da pessoa dependente. Deve notar-se que, pela idade e anos de experiência, muitos destes profissionais desenvolveram a sua formação profissional e exercem-na sob orientação teórica de Virgínia Henderson, teórica de enfermagem que publicou o seu livro *Textbook of the Principles and Practice of Nursing* em 1955 (Meleis, 2007). Nesse livro foram estabelecidos os 14 cuidados básicos de Enfermagem, sendo que os primeiros oito se encontram diretamente relacionados com a capacidade da pessoa para executar o autocuidado (Gordon, 2015). Através desta teoria, os enfermeiros aprenderam e partilham ainda a crença que a sua função é iniciar e controlar as atividades relacionadas com os cuidados básicos de enfermagem, identificando as suas necessidades, ajudando à sua satisfação ou apoiando um ambiente propício ao seu desenvolvimento (Gordon, 2015). Desta forma olhando para os resultados obtidos na análise do discurso produzido pelos participantes, verifica-se que este se encontra mais próximo da teoria de Virgínia Henderson do que da teoria do autocuidado de Dorothea Orem, ou de outras teorias mais recentes de Enfermagem. Esta proximidade com um modelo teórico e profissional mais antigo, muitas vezes apontado como próximo do modelo biomédico, faz refletir sobre a importância da formação contínua no âmbito da epistemologia de enfermagem, aproximando a prática clínica dos resultados de investigação e do mandato social da profissão.

Emerge da análise destes resultados que é necessário enfatizar a importância de uma abordagem mais proactiva da promoção da

autonomia da pessoa dependente e potenciando o papel da família neste processo. Não estando presente esta perspetiva no discurso dos participantes questiona-se sobre de que forma, na sua prática clínica, os enfermeiros diagnosticam e intervêm, obtendo ganhos em saúde neste contexto. Numa metassíntese de 18 estudos qualitativos sobre a perspetiva da pessoa dependente face aos cuidados de enfermagem, os autores concluem no mesmo sentido dos resultados agora encontrados, uma vez que os cuidados de enfermagem se centram na dependência de cuidados ao corpo (Piredda et al., 2015). No entanto, relembram que sendo a prestação de cuidados realizada em contexto clínico, é influenciada por fatores organizacionais e culturais. Deste modo, a relação estabelecida entre os enfermeiros e a pessoa dependente tem um grande impacto na perceção de dependência da pessoa afetada. Assim, quando a relação de cuidados é positiva, conduz a pessoa ao seu desenvolvimento e a encontrar um novo equilíbrio, porém, quando esta relação é perspetivada de um modo negativo pode aumentar o sofrimento da pessoa dependente.

CONCLUSÃO

A exploração das representações sociais da enfermagem face à pessoa dependente no autocuidado permitiu obter a interpretação dos participantes sobre esta realidade, mais especificamente, o que evocam espontaneamente acerca da dependência e dos cuidados à pessoa com dependência no seu autocuidado. Por meio da utilização de um TALP, conseguiu-se captar informações, revelando opiniões e pensamentos, que poderiam ficar ocultos noutro tipo de instrumento de colheita de dados.

Na amostra estudada, a representação social centra-se no apoio às atividades de vida diárias das pessoas dependentes no autocuidado, evidenciando os aspetos negativos de viver numa situação de dependência, o que enfatiza a necessidade de sensibilizar os profissionais para um cuidado dirigido à promoção

do máximo potencial de autonomia no autocuidado.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abric, J. (2005). La recherche du noyau central et de la zone muette des représentations sociales. In J. Abric (Ed.), *Méthodes d'étude des représentations sociales* (pp. 59-80). Toulouse, France: ERES.

Abric, J. (2011). Les représentations sociales: aspects théoriques. In J. Abric (Ed.), *Pratiques Sociales et Représentations* (pp. 15-46). Paris, France: Quadrigue/Presses Universitaires de France.

Backman, K., & Hentinen, M. (1999). Model for the self-care of home-dwelling elderly. *Journal of Advanced Nursing*, 30(3), 564-572. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.1999.01125.x>

Conselho Internacional de Enfermeiros. (2016). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. Versão 2015*. Loures : Lusodidacta.

Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de setembro. (1996). Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros. *Diário da República, I Série-A*, 205, 2959-2962.

Deodato, S. (2016). Ética nos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação. In C. Marques-Vieira, & L. Sousa, *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à pessoa ao longo da vida*, (pp 35-46). Loures: Lusodidacta.

Depeau, S. (2006). De la représentation sociale à la cognition spatiale et environnementale: la notion de «représentation» en psychologie sociale et environnementale. *ESO: Travaux et Documents*, (25), 7-17.

Direção-Geral da Saúde. 2014. Portugal – Idade Maior em Números 2014. Retirado do sítio eletrónico da Direção-Geral da Saúde: <https://www.dgs.pt/home.aspx?cpp=1>

Ferreira, J. & Brum, J. (2000). As representações sociais e suas contribuições no campo da saúde. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 20 (esp.), 5-14.

Fischer, G. (1996). *Os conceitos fundamentais da psicologia social*. Lisboa: Instituto Piaget.

Fortin, M. (1999). O Processo de

Investigação: da concepção à realização. Loures: Lusociência.

Masters, K. (2015). *Nursing Theories: A Framework for Professional Practice* (Second Edition ed.). Burlington: J&B Learning.

Gordon, S. (2015). Early Conceptualizations about Nursing. In: Masters, K. (2015). *Nursing Theories: A Framework for Professional Practice* (2nd ed., pp. 55-66). Burlington: J&B Learning.

Lo Monaco, G., & Rateau, P. (2016). Méthodes d'étude de la structure des représentations sociales. In G. Lo Monaco, S. Delouvée, & P. Rateau (Eds.), *Les représentations sociales. Théories, méthodes et applications* (pp. 135-148). Leuven-la-Neuve: Deboeck Supérieur.

McCormack, D. (2003). An Examination of the Self-Care Concept Uncovers a New Direction for Healthcare Reform. *Nursing Leadership*, 16(4), 48-62. <https://doi.org/doi:10.12927/cjnl.2003.16342>

Meleis, A. I. (2007). *Theoretical Nursing: development and progress* (4th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Merten, T. (1992). O Teste de Associação de Palavras na Psicologia e Psiquiatria: História, Método e Resultados. *Revista Análise Psicológica*, (4) 531-541.

Moscovici, S. (1981). On Social Representations. In J. P. Forgas (Ed.) *Social Cognition: Perspectives on Everyday Understanding* (pp.181-209). London: Academic Press.

Ordem dos Enfermeiros. (2001). *Divulgar: Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem*. Disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/divulgar%20-%20padroes%20de%20qualidade%20dos%20cuidados.pdf>

Ordem dos Enfermeiros. (2016). Estatística de Enfermeiros. Retirado do sítio eletrónico da Ordem dos Enfermeiros: <https://www.ordemenfermeiros.pt/>

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

Orem, D. (1983). *Normas práticas en enfermeria*. Madrid: Piramide.

Piredda, M., Matarese, M., Mastroianni, C.,

D'Angelo, D., Hammer, M. J. and Marinis, M. G. (2015), Adult Patients' Experiences of Nursing Care Dependence. *Journal of Nursing Scholarship*, 47: 397-406. doi:10.1111/jnu.12154

Rateau, P., Moliner, P., Guimelli, C., & Abric, J.C. (2011). Social Representation Theory. In P. A. M. Van Lange, A. W. Kruglanski, & E. T. Higgins (Eds.), *Handbook of Theories of Social Psychology* (pp. 477-497). Thousand Oaks: Sage Publications.

Richard, A. A., & Shea, K. (2011). Delineation of Self-Care and Associated Concepts. *Journal of Nursing Scholarship*, 43, 255-264. <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.2011.01404.x>

Latinaud, P. (2014). IRAMUTEQ: Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires - 0.7 alpha 2. Retirado de: <http://www.iramuteq.org>.

Ribeiro, O. & Pinto C. (2014). Caracterização da pessoa no autocuidado: um estudo de base populacional num concelho do norte de Portugal. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 32(1), 27-36. <https://doi.org/10.1016/j.rpsp.2013.07.001>

Ribeiro, O., Pinto C. & Regadas S. (2014). A pessoa dependente no autocuidado: implicações para Enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência, Série IV* (1), 25-36. <http://dx.doi.org/10.12707/RIII12162>

Söderhamn, O. (2000). Self-care Activity as a Structure: A Phenomenological Approach. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 7(4), 183-189. <https://doi.org/10.1080/110381200300008724>

Tavares, D., Brito, R., Córdula, A., Silva, J. & Neves, D. (2014). Protocolo verbal e teste de associação livre de palavras: perspetivas de instrumentos de pesquisa introspectiva e projetiva na ciência da informação. *Revista Ponto de Acesso*, 3(8), 64-79. <http://dx.doi.org/10.9771/1981-6766rpa.v8i3.12917>

Thompson, I., Melia, K. & Boyd, K. (2004). *Ética em Enfermagem*. (4ª ed.). Loures: Lusociência.

NORMAS DE PUBLICAÇÃO

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

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

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

1 - TIPOS DE ARTIGOS

1.1 - Cartas ao director:

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

1.2 - Artigos sobre teoria de investigação:

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

Devem estruturar-se da seguinte forma:

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

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

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

Desenvolvimento da temática

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

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

Extensão máxima recomendada 15 páginas.

1.3 - Artigos síntese de trabalhos de investigação:

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

Resumo: **Palavras Chave:** **Introdução** (com as características atrás enunciadas)

Fundamentação: Breve revisão e localização da problemática.

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

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

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

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

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

Bibliografia

Extensão máxima recomendada 20 páginas.

2 - RESPONSABILIDADES ÉTICAS

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

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

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

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

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

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

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

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

3 - COMO ENVIAR ARTIGOS PARA PUBLICAÇÃO

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

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

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

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

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

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

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

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

A taxa de submissão de artigo é de 10€.

4 - PROCEDIMENTOS DA RIE

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

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

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

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

A aceitação do artigo para publicação, implica o pagamento de taxa de publicação com um custo de 10€.

5 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

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

Monografias;

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

Artigos de publicações periódicas;

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

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