



SERVIR

SÉRIE
SERIE **2** NÚMERO
NUMBER **2**

ano • year | **2022**

Diretor • Director
Madalena Cunha





Ficha Técnica | Technical Sheet | Ficha Técnica

Propriedade | Property | Propiedad

Associação Católica de Enfermeiros e Profissionais de Saúde- ACEPS
NIPC – 500847169

Sede do Proprietário/Editor/Redator/Impressor | Owner's Headquarters/Publisher/Writer/Printer | Sede del Proprietario/Editor/Redactor/Impresor

Avenida Sidónio Pais, 20- 4.º Dt.º
1050-215 Lisboa, Portugal
T. 213146520 | E. servir1952@gmail.com | W. <https://revistas.rcaap.pt/servir>

Diretor | Director | Director

Madalena Cunha

Ficha Catalográfica | Catalogue File | Ficha Catalográfica

Revista Servir/prop. ACEPS, 1952- 2021

Título da Revista | Journal title | Título de la Revista: SERVIR

Título da Revista abreviado | Abbreviated title of the Journal | Título de la Revista abreviado: Rev. Servir

Sigla da Revista | Acronym of the Journal | Sigla de la Revista: SERVIR

Depósito Legal Nº | Legal Deposit | Depósito Legal: 28340/89

Estatuto Editorial | Editorial Status | Estatuto Editorial: SERVIR

ISSNe (versão eletrónica): 2184-5697 (edição digital, Série 2 (2021) n.º 1 e seguintes)

ISSNe (versão eletrónica): 2184-5697 (edição digital, vol. 60 n.º 1-2 dezembro 2019)

ISSNp (versão impressa): 0871-2379 (edição em papel, n.ºs 1 (em 1952) – vol. 59, n.º 5-6, setembro-dezembro de 2017)



Acesso livre e gratuito para autores, revisores e leitores | Free access to authors, reviewers and readers | Acceso libre el autor, revisores e lectores

Periodicidade | Publication Frequency | Periodicidad

Quadrimestral, sendo editada em março, julho e novembro | Quarterly released in March, July and November |

Cuatrimestral, siendo editada em marzo, julio y noviembre

Período temporal da publicação | Temporal period of publication | Período de tiempo de publicación

Série 1 – 1952- 2019 | ano 1 – 68

Série 2 – 2021 | ano 1

Indexação | Indexation | Indexación

→ PubMed, Indexada pela Medline de 1984 a 2013 (NLM ID: 860174)

→ Scopus – 1984 a 2009, 2013

→ RCAAP – Repositórios Científicos de Acesso Aberto de Portugal (a partir de 2020)

→ SARC – Serviço de Alojamento de Revistas Científicas (a partir de 2020)

→ DOAJ – Directory of Open Access Journals (a partir de 2020)



Corpo Editorial | Editorial | Consejo Editorial

Editor

Associação Católica de Enfermeiros e Profissionais de Saúde- ACEPS

Editor Chefe | Chief Publisher | Editor Chefe

Madalena Cunha

Editor Adjunto | Assistant Publisher | Editor Adjunto

Carlos Manuel de Sousa Albuquerque

Conselho Científico | Scientific Council | Consejo Científico

Madalena Cunha | PhD, Instituto Politécnico de Viseu (PT) | Presidente

Carlos Albuquerque | PhD, Instituto Politécnico de Viseu (PT) | Vice-Presidente

Plenário - Conselheiros Vogais

Ana Cristina Mancussi Faro | rafacris@usp.br | Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo (BR)

Andreia Silva | andreiajsilvadacosta@gmail.com | PhD, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (PT)

Beatriz Araújo | bea9araujo@gmail.com | PhD, Universidade Católica, Porto (PT)

Eduardo Santos | ejf.santos87@gmail.com | PhD, CHUC, Instituto Politécnico de Viseu (PT)

Elisa Garcia | elisa.bernardogarcia@gmail.com | PhD, Universidade Católica, Porto (PT)

Elma Zoboli | elma@usp.br | Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo (BR)

Fernanda Trindade Lopes | fernandalopes@ipg.pt | PhD, Instituto Politécnico da Guarda (PT)

Isabel Carvalho Beato Ferraz Pereira | ipereira@esel.pt | PhD, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (PT)

Luís Lisboa Santos | lisbon.santos@gmail.com | PhD, Escola Superior de Enfermagem S. Francisco das Misericórdias (PT)

Maria de Fátima da Silva Vieira Martins | fmartins@ese.uminho.pt | PhD, Escola Superior de Enfermagem de Braga (PT)

João Mendes | joao.m.g.mendes@gmail.com | PhD, Universidade de Évora (PT)

João Paulo Nunes | jpnunes@esesfm.pt | PhD, Escola Superior de Enfermagem S. Francisco das Misericórdias (PT)

José Amendoeira | jose.amendoeira@essaude.ipsantarem.pt | PhD, Instituto Politécnico de Santarém (PT)

Margarida Vieira | mmvieira@porto.ucp.pt | PhD, Universidade Católica, Porto (PT)

Mauro Alexandre Lopes Mota | PhD, ULSG; Instituto Politécnico de Viseu (PT)

Olivério Ribeiro | oliverioribeiro@hotmail.com | PhD, Instituto Politécnico de Viseu (PT)

Regina Maria Ferreira Pires | regina@esenf.pt | PhD, Escola Superior de Enfermagem, Porto (PT)

Rosa Martins | romymartins@sapo.pt | PhD, Instituto Politécnico de Viseu (PT)

Sérgio Deodato | deodato43@gmail.com | PhD, Universidade Católica, Porto (PT)

Zaida Charepe | zaidacharepe@lisboa.ucp.pt | PhD, Universidade Católica, Porto (PT)

Conselho Editorial Internacional | International Editorial Board | Consejo Editorial Internacional

Madalena Cunha | acepsaude@gmail.com | PhD, Instituto Politécnico de Viseu (PT), Presidente

Ana Cristina Mancussi Faro | rafacris@usp.br | Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo (BR)

Ana Frias | anafrias@uevora.pt | Universidade de Évora, Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus, Évora (PT)

Anabela Pereira | anabelapereira@ua.pt | PhD, Universidade de Aveiro, Aveiro (PT)

Christophe Dubout | PhD, III IFITS Institut de Formation Interhospitalier Théodore Simon (FR)

Elma Zoboli | elma@usp.br | Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo (BR)

Luís Saboga Nunes | saboga.nunes@gmail.com | PhD, Universidade de Educação de Freiburg, Instituto de Sociologia (DE)

Margarida Vieira | mmvieira@porto.ucp.pt | PhD, Universidade Católica, Porto (PT)

Zélia Anastácio | zeliarf@ie.uminho.pt | PhD, Universidade do Minho, Braga (PT)

Editores das Secções | Section Publishers | Editores de Secciones

Enfermagem

Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

Madalena Cunha | acepsaude@gmail.com | PhD, Instituto Politécnico de Viseu (PT)

Ciência ID: 5C12-8847-309C | ORCID iD: 0000-0003-0710-9220

Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

Luís Miguel Condeço | luismpcondeco@gmail.com | MsD, CHTV, Instituto Politécnico de Viseu (PT)

Ciência ID: 5619-E022-3F21 | ORCID iD: 0000-0002-4165-7477

Enfermagem de Saúde Pública e Comunitária

Andreia Costa | andreiajsilvadacosta@gmail.com | PhD, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (PT)

Enfermagem de Saúde Materna Obstétrica e Ginecológica

Fátima Martins | fmartins@ese.uminho.pt | PhD, Escola Superior de Enfermagem de Braga (PT)

Ciência ID: 7A1F-4C8A-1EB3 | ORCID iD: 0000-0002-9137-5507

Enfermagem de Saúde Familiar

Ana Isabel Andrade | anandrade67@gmail.com | PhD, Instituto Politécnico de Viseu (PT)

Ciência ID: BD1A-807B-CEFB | ORCID iD: 0000-0003-1070-8507

Enfermagem Médico-Cirúrgica/Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica, Crónica e Paliativa

Mauro Mota | maurolopesmota@gmail.com | MsD, ULSG; Instituto Politécnico de Viseu (PT)

Ciência ID: A11F-87F8-F478 | ORCID iD: 0000-0001-8188-6533

Enfermagem de Reabilitação

Rosa Martins | rmartins.viseu@gmail.com | PhD, Instituto Politécnico de Viseu (PT)

Ciência ID: CB11-984E-CDCA | ORCID iD: 0000-0001-9850-9822



Áreas Multidisciplinares em Saúde

Psicologia da Saúde; Promoção da Saúde

Carlos Manuel de Sousa Albuquerque | cmalbuquerque@gmail.com | PhD, Instituto Politécnico de Viseu (PT)

Ciência ID: 9B1E-D9AA-1C3F | ORCID iD: 0000-0002-2297-0636

Metodologias de Investigação e Estatística

Eduardo Santos | ejf.santos87@gmail.com | PhD, CHUC, Instituto Politécnico de Viseu (PT)

Ciência ID: 8D1E-873C-6D80 | ORCID iD: 0000-0003-0557-2377

Gestão e Administração dos Serviços de Saúde

Olivério de Paiva Ribeiro | oliverioribeiro@hotmail.com | PhD, Instituto Politécnico de Viseu (PT)

Ciência ID: C51C-7906-19ED | ORCID iD: 0000-0001-7396-639X

Revisores

→ *Adelino Rodrigues* | enfasrodrigues@gmail.com | RN, CHTV, Instituto Politécnico de Viseu (PT) | (Espec Enf. Saúde Infantil e Pediátrica)

→ *Alexandra Dinis* | MsD, CHTV, Instituto Politécnico de Viseu (PT) | (Espec Enf. Reabilitação)

→ *Ana Carolina Figueiredo Rodrigues* | acfrodrigues@gmail.com | DR., ULS Matosinhos (PT) | (Espec Enf. Saúde Infantil e Pediátrica)

→ *Ana Paula Fernandes das Neves* | ana.neves@esel.pt | PhD, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (PT) | (Enfermagem de Saúde Pública e Comunitária)

→ *Andreia Cátia Jorge Silva da Costa* | andreiassilvadacosta@gmail.com, andrea.costa@esel.pt | PhD, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (PT) | (Espec Enfermagem de Saúde Pública e Comunitária) | Doutoramento em Enfermagem

→ *Anabela Antunes* | belaantunes66@hotmail.com | MsD, CHTV, Instituto Politécnico de Viseu (PT) | (Espec Enf. Saúde Mental e Psiquiátrica)

→ *António Almeida* | antonioalmeidax@gmail.com | MsD, Hospital de São José; Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (PT)

→ *António Madureira Dias* | madureiradias@gmail.com | PhD, Instituto Politécnico de Viseu (PT) | (Espec Enf. Médico-Cirúrgica) | Doutoramento em Ciências de Enfermagem

→ *Beatriz Araújo* | bea9araujo@gmail.com | PhD, Universidade Católica, Porto (PT) | (Espec Enf. Saúde infantil e Pediátrica) | Doutoramento em Ciências da Educação

→ *Conceição Afonso* | m_conceicao_afonso@hotmail.com | Hospital de Braga | Curso de Pós-Licenciatura em Enfermagem de Reabilitação: Pós-graduação em Educação-Pedagogia. Pós-graduação em Gestão de Unidades de Saúde

→ *Elisa Garcia* | elisa.bernardogarcia@gmail.com | PhD, Universidade Católica, Porto (PT) | (Espec Enfermagem de Saúde Pública e Comunitária) | Doutoramento em Enfermagem

→ *Esperança Gago Alves Pereira* | epereira@ese.uminho | PhD, Escola Superior de Enfermagem da Universidade do Minho, Braga. (PT) | (Espec Enf. de Reabilitação) | Doutoramento Ciências de Enfermagem

→ *Fernanda Trindade Lopes* | fernandalopes@ipg.pt | PhD, Instituto Politécnico da Guarda (PT) | (Espec Enf. Saúde Infantil e Pediátrica) | Doutoramento Comunicação e Sociopsicologia

→ *Fernando Pina* | fernando.fer.pina@sapo.pt | MsD, CHTV, Instituto Politécnico de Viseu (PT) | (Espec Enf. Médico-cirúrgica/Enf Reabilitação) | Mestrado em Enf. de Reabilitação

→ *Filipe Melo* | fil_cm@hotmail.com | CHUA-Centro Hospitalar Universitário do Algarve. ABC-Algarve Biomedical Center. INEM- Instituto Nacional de Emergência Médica

→ *Graça Aparício* | gaparicio5@hotmail.com, PhD, Instituto Politécnico de Viseu (PT) | (Espec Enf. Saúde infantil e Pediátrica) | Doutoramento em Tecnologias da Saúde

→ *Isabel Carvalho Beato Ferraz Pereira* | ipereira@esel.pt | PhD, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (PT) | (Espec Enf. Médico-cirúrgica) | Doutoramento em Enfermagem

→ *Isabel Videira* | ipereira@esel.pt | MsD, CHTV (PT) | (Espec Enf. Reabilitação)

→ *João Carvalho Duarte* | duarte.johnny@gmail.com | PhD, Instituto Politécnico de Viseu (PT) | (Espec Enf. Médico-Cirúrgica) | Doutoramento em Saúde Mental

→ *João Mendes* | joao.m.g.mendes@gmail.com | PhD, Universidade de Évora (PT) | (Espec Enf. Médico-Cirúrgica) | Doutoramento em Enfermagem

- *Laura Alonso Martinez* | lamartinez@ubu.es | MSc, Universidad de Burgos (ES) | MSc Psychology (Nothumbria University)
- *Luísa Santos* | mlsantos@esesjclunyp.pt | PhD, Escola Superior de Enfermagem S. José de Cluny, Madeira (PT) | (Enfermagem; Mediação Familiar) | Doutoramento em Enfermagem
- *Luís Lisboa Santos* | lisbon.santos@gmail.com | PhD, Escola Superior de Enfermagem S. Francisco das Misericórdias (PT) | (História de Enfermagem) | Doutoramento em Enfermagem
- *Maria José de Dios-Duarte* | mdediosduarte@uva.es | PhD, Universidad de Valladolid | Doctora por la Universidad Complutense de Madrid
- *Margarida Carvalho* | MsD, CHTV, Instituto Politécnico de Viseu (PT) | (Espec. Enf. Saúde Infantil e Pediátrica)
- *Margarida Vieira* | mmvieira@porto.ucp.pt | PhD, Universidade Católica, Porto (PT) | (Espec. Enf. Saúde Infantil e Pediátrica) | Doutoramento em Filosofia
- *Mariana Monteiro* | mia.pm14@gmail.com | Santa Casa Misericórdia, Seia (PT) | Psicologia
- *Maria de Fátima da Silva Vieira Martins* | fmartins@ese.uminho.pt | PhD, Escola Superior de Enfermagem de Braga (PT) | (Espec. Enf. Saúde Materna e Obstétrica) | Doutoramento em Sociologia
- *Maria Margarida Silva Reis Santos Ferreira* | mrs@esenf.pt | PhD, Escola Superior de Enfermagem, Porto (PT) | (Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica; Supervisão Clínica.)
- *Mauro Coelho* | maurocoelho23@hotmail.com | MsD, Instituto Politécnico de Viseu (PT) | (Espec. Enf. Médico-Cirúrgica) | Mestrado em Enf. Médico-cirúrgica
- *Marta Macedo* | mmmacedo76@gmail.com | MsD, CHCB (PT) | (Espec. Enf. Médico-cirúrgica) | Mestrado em Enf. Médico-Cirúrgica
- *Regina Maria Ferreira Pires* | regina@esenf.pt | PhD, Escola Superior de Enfermagem, Porto (PT) | (Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica ; Supervisão Clínica)
- *Rui Macedo* | rpamacedo@gmail.com | MsD, CHCB (PT) | (Espec. Enf. Médico-cirúrgica) | Mestrado em Enf. Médico-cirúrgica
- *Sandra Queirós* | sandra.m.queiroz@gmail.com, Sandra.queiroz@esesfm.pt | PhD | (Espec. Enf. Médico cirúrgica) | Doutoramento Ciências da Educação
- *Sandrina Nunes* | sandrinanunes@hotmail.com
- *Sérgio Deodato* | deodato43@gmail.com, sdeodato@ics.lisboa.ucp.pt | PhD, Universidade Católica, Porto (PT) | Doutoramento enfermagem | Licenciatura em Direito
- *Sofia Margarida Guedes de Campos Pires* | PhD, Instituto Politécnico de Viseu (PT) | (Espec. Psicologia) | Psicologia
- *Susana Marisa Loureiro Pais Batista* | PhD, Instituto Politécnico de Viseu (PT) | (Espec. Enf. Reabilitação) | Doutoramento em Ciências de Enfermagem
- *Zaida Charepe* | zaidacharepe@lisboa.ucp.pt | PhD, Universidade Católica, Porto (PT) | (Espec. Enf. Saúde Infantil e Pediátrica) | Doutoramento em Enfermagem

Revisores

Servir, 2(2)

- *Irene Oliveira* | Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde, Centro de Investigação Interdisciplinar em Saúde, Portugal
- *Jorge Melo* | Centro Hospitalar Tondela Viseu, EPE, Portugal
- *Margarida Carvalho* | Centro Hospitalar Tondela-Viseu | Instituto Politécnico de Viseu, Portugal
- *Nélio Silva* | Centro Hospitalar do Baixo Vouga, EPE, Portugal
- *Nuno Loureiro* | nunodeloureiro@gmail.com | MsD, IPV (PT) | (Espec. Enf. Médico-cirúrgica) | Mestrado em Enf. Médico-cirúrgica
- *Sandrina Maria Cabral Nunes* | Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, Portugal
- *Sofia Margarida Guedes de Campos Pires* | Instituto Politécnico de Viseu, Escola Superior de Saúde de Viseu, Portugal

Editorial

Humanização nos Serviços de Cuidados de Saúde

O dicionário define humanizar, no seu primeiro significado, como tornar alguém ou algo humano, familiar e afável. Assim, uma primeira abordagem ao termo traz à mente outros termos relacionados, tais como proximidade, familiaridade, simpatia, cordialidade e mesmo simpatia, afecto ou compaixão.

Portanto, considerando o significado de humanizar e a relação que este termo tem com as palavras que o definem, a sua aplicação ao campo dos cuidados não parece inadequada, uma vez que qualquer das expressões que o definem poderia estar relacionada com o cuidado dos pacientes.

Humanizar significa assegurar o respeito pelas pessoas e tratá-las com dignidade e, por conseguinte, abrange também aspectos éticos, deontológicos e jurídicos na prática profissional.

Além disso, a humanização envolve cuidar das pessoas numa perspectiva holística e integral, dado que a atenção aos sentimentos e emoções das pessoas está implícita. Assim, a humanização requer a consideração tanto dos aspectos físicos como dos aspectos psicológicos e sociais ou relacionais que envolvem o indivíduo, considerando-o como um todo que, desde a concepção holística da pessoa, é diferente e é mais do que a soma das suas partes componentes.

O cuidado da pessoa a partir de uma perspectiva integral na qual a abordagem bio-psico-social e os cuidados são considerados, tendo em conta o respeito pela dignidade do ser humano não é algo de novo em parte, Hipócrates afirmou que é muito mais importante saber qual a pessoa que tem a doença do que qual a doença que a pessoa tem.

Assim, em diferentes países, tem sido gradualmente prestada atenção à qualidade dos cuidados, procurando melhorá-la nos cuidados aos doentes. Este é um primeiro ponto de partida, destinado a evitar a tecnificação da medicina e a partir do qual o objectivo é fornecer cuidados humanizados, considerando a orientação do paciente na prática dos cuidados e dando ao paciente um papel cada vez mais proeminente.

Um exemplo disto e de como os cuidados personalizados e abrangentes têm sido promovidos, centrando-se no paciente e no seu ambiente, na sua saúde e nas suas necessidades, é o movimento conhecido como Medicina Baseada em Valores, popularizado por Michael E. Porter, que passou a ser considerado um verdadeiro paradigma nos cuidados de saúde. Para Porter, os cuidados de saúde devem passar da gestão de recursos (avaliando o custo dos cuidados de saúde) para a gestão de valores (relacionando este custo com os resultados de saúde obtidos), enfatizando assim a atenção às necessidades que realmente interessam ao paciente.

Mas a implementação deste novo paradigma de cuidados requer, entre outras coisas, a utilização de recursos que nos permitam saber quais são as necessidades e expectativas dos nossos pacientes, tanto no que diz respeito aos tratamentos que recebem como no que diz respeito à própria doença (que sinais e sintomas são os que mais os preocupam e, portanto, devem tentar controlar) e também implica saber como os processos de cuidados (a frequência e duração das visitas de cuidados, a organização dos cuidados em consultas de alta resolução, etc.) afectam a sua vida diária e a dos seus familiares (especialmente no caso de menores ou pessoas dependentes). têm um impacto na sua vida diária e na dos seus familiares (especialmente no caso de menores ou de pessoas dependentes). Esta forma de cuidados, em suma, requer saber o que realmente importa aos pacientes e o que deve ser mudado para proporcionar cuidados que respondam às suas necessidades profundas. Implica, portanto, a mudança das questões, e com ela as respostas obtidas, compreendendo a eficiência e eficácia dos cuidados em termos de qualidade de vida, funcionalidade e bem-estar e não tanto em termos económicos e clínicos.

O estudo da saúde e dos processos da doença deve considerar não só factores biológicos, mas também sociais, culturais, económicos, psicológicos e éticos. A compreensão de todos os fenómenos envolvidos ajudará ao desenvolvimento da ciência e da actividade tanto da Enfermagem como da Medicina e de outros profissionais de saúde e de saúde social.

Além disso, dentro da necessidade de humanizar, é importante considerar a qualidade dos cuidados, na qual a segurança dos pacientes aparece como um componente chave. Actualmente, a maioria dos sistemas de saúde inclui linhas de investigação a este respeito nas suas políticas de saúde.

Assegurar cuidados de saúde seguros não só aumenta a eficácia, a eficiência e a eficácia dos cuidados, mas também o nível de confiança e de satisfação dos utilizadores e das suas famílias.

A mudança na concepção de termos de saúde de um conceito tradicional de ausência de doença para um conceito de saúde mais positivamente redefinido como um estado completo de bem-estar físico, mental e social implica uma visão holística da saúde que incorpora diferentes aspectos. A atenção aos factores psicológicos e sociais dos pacientes é tão relevante como os aspectos físicos dos problemas de saúde.

Editorial

María José de Dios Duarte (2022).

Humanização nos serviços de cuidados de saúde. *Servir*, 2(02), e27233. <https://doi.org/10.48492/servir0202.27233>

Do mesmo modo, os avanços crescentes na medicina e na tecnologia deram lugar a uma população com maior longevidade, e dos cuidados centrados na doença aguda aos cuidados baseados na doença crónica, que estão mais relacionados com o comportamento e os hábitos de vida, de modo que a deteção das necessidades do paciente ou da pessoa se torna cada vez mais necessária para alcançar um estado de bem-estar satisfatório e um aumento da qualidade de vida.

Humanizar, portanto, implica também mudar os comportamentos humanos e os estados psicológicos, que influenciam e são, ao mesmo tempo, influenciados pela saúde física. Estes influenciam a promoção, manutenção da saúde, prevenção e tratamento de doenças.

A investigação sobre as ligações de diferentes factores psicológicos e sociais que influenciam o estilo de vida, a saúde e a doença contribuirá assim para o desenvolvimento de cuidados de saúde eficazes e adaptados a diferentes populações.

Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española (RAE).

Espinosa Brito, A. (2006). Ética en el pase de visita hospitalario. *Revista Cubana de Salud Pública*, 32(4).

Gutiérrez Fernández, R. (2017). La humanización de (en) la Atención Primaria. *Revista Clínica de Medicina de Familia*, 10 (1).

García Cabeza, M.E. (2014). Humanizar la asistencia en los grandes hospitales: un reto para el profesional sanitario. *Metas de Enfermería*, 17(1), 70-74.

Montes Rodríguez, J.M., Reneses Prieto, B., Pérez Corrales, J., Del Álamo Jiménez, C., Blanco Ballesteros, N., Gómez Olmeda, D. et al. HUMANIZACIÓN de la Asistencia en las Unidades de Hospitalización Psiquiátrica Breve. *Fundación Española de Psiquiatría y Salud Mental*.

Subdirección General de Humanización de la Asistencia Sanitaria. (2016). Plan de Humanización de la Asistencia Sanitaria 2016-2019. Consejería de Sanidad. Dirección General de Coordinación de la Atención al Ciudadano y Humanización de la Asistencia Sanitaria.

Registered Nurses' Association of Ontario (2015). Cuidados centrados en la persona y la familia.

Roure, R.M., Reig, A., Vidal, J. (2002). Percepción de apoyo social en pacientes hospitalizados. *Revista Multidisciplinar de Gerontología*, 12(2),

Streubert, H.J., Carpenter, D.R. (2011). *Qualitative Research in Nursing: Advancing the Humanistic Imperative*. Wolters Kluwer, Philadelphia.

María José de Dios Duarte



Editorial

Dios Duarte, M. J. de (2022).

Humanisation in the Health Care services. *Servir*, 2(02), e27233. <https://doi.org/10.48492/servir0202.27233>

Editorial

Humanisation in the Health Care services

The dictionary defines “to humanize”, in its first meaning, as turning someone or something human, familiar and affable. Thus, a first approach to the term, brings to mind other related terms such as closeness, familiarity, friendliness, cordiality and even sympathy, affection or compassion.

Therefore, considering the meaning of “to humanize” and the relationship between this term and the words that define it, its application to the field of care, does not seem inappropriate, since any of the expressions that define it could be related to patient care.

Humanizing means to ensure respect for people and to treat them with dignity and therefore also encompasses ethical, deontological and legal aspects of professional practice.

In addition, humanization involves attending to people from a holistic and integral perspective, given that attention to people’s feelings and emotions is implicit. Thus, humanization requires consideration of both the physical aspects and the psychological and social or relational aspects that surround the individual, considering him or her as a whole which, from the holistic conception of the person, is different and is more than the sum of its component parts.

The care of the person from an integral perspective in which the bio-psycho-social approach and care is considered, taking into account respect for the dignity of the human being is not something new in part, Hippocrates stated that it is much more important to know which person has the illness than which illness the person has.

Thus, in different countries, attention has gradually been paid to the quality of care, seeking to improve it in patient care. This is a first point to start from, aimed at avoiding the technification of medicine and from which the aim is to provide humanized care by considering patient orientation in the practice of care and giving the patient an increasingly prominent role.

An example of this and of how personalized and comprehensive care has been promoted, focusing on the patient and their environment, their health and their needs, is the movement known as Value-Based Medicine, popularized by Michael E. Porter, which has come to be considered a true paradigm in healthcare. For Porter, health care must progress from resource management (evaluating the cost of health care) to value management (relating this cost to the health outcomes obtained), thus emphasizing attention to the needs that really matter to the patient.

But the implementation of this new paradigm of care requires, among other things, the use of resources that allow us to know what our patients’ needs and expectations are, both with respect to the treatments they receive and with respect to the disease itself (what signs and symptoms are those that most concern them and, therefore, they should try to control) and also involves knowing how the care processes (the frequency and duration of care visits, the organization of care in high-resolution consultations, etc.) affect their daily lives and those of their relatives (especially in the case of minors or dependent persons).) have an impact on their daily life and that of their relatives (especially in the case of minors or dependent persons). This form of care, in short, requires knowing what really matters to patients and what should be changed to provide care that responds to their deep-seated needs. It implies, therefore, changing the questions, and with them the answers obtained, understanding the efficiency and effectiveness of care in terms of quality of life, functionality and well-being and not so much in terms of economic and clinical aspects.

The study of health and disease processes must consider not only biological, but also social, cultural, economic, psychological and ethical factors. The understanding of all the phenomena involved will help the development of science and the activity of both Nursing and Medicine and other health and social-health professionals.

Furthermore, within the need to humanize, it is important to consider the quality of care, in which patient safety appears as a key component. At present, most health systems include lines of research in this area in their health policies.

Ensuring safe health care not only increases the effectiveness, efficacy and efficiency of care, but also the level of trust and satisfaction of users and their families.

The shift in the conception of health terms from a traditional concept of the absence of disease to a more positively redefined concept of health as a complete state of physical, mental and social well-being entails a holistic view of health that incorporates different aspects. Attention to the psychological and social factors of patients is as relevant as the physical aspects of health problems.

In the same way, increasing advances in medicine and technology have led to a longer-living population, and from care focused on acute illness to care based on chronic illness, which is more related to behaviour and lifestyle habits so that the detection of the patient’s or person’s needs becomes increasingly necessary to achieve a satisfactory state of wellbeing and an increase in quality of life.

Editorial

María José de Dios Duarte (2022).

Humanisation in the Health Care services. *Servir*, 2(02), e27233. <https://doi.org/10.48492/servir0202.27233>

Humanising therefore also involves changing human behaviours and psychological states, which influence and are influenced by physical health. These influence the promotion, maintenance of health, prevention and treatment of disease.

Research on the connections of different psychological and social factors influencing lifestyle, health and disease will thus contribute to the development of effective and adapted health care for different populations.

Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española (RAE).

Espinosa Brito, A. (2006). Ética en el pase de visita hospitalario. *Revista Cubana de Salud Pública*, 32(4).

Gutiérrez Fernández, R. (2017). La humanización de (en) la Atención Primaria. *Revista Clínica de Medicina de Familia*, 10 (1).

García Cabeza, M.E. (2014). Humanizar la asistencia en los grandes hospitales: un reto para el profesional sanitario. *Metas de Enfermería*, 17(1), 70-74.

Montes Rodríguez, J.M., Reneses Prieto, B., Pérez Corrales, J., Del Álamo Jiménez, C., Blanco Ballesteros, N., Gómez Olmeda, D. et al. HUMANIZACIÓN de la Asistencia en las Unidades de Hospitalización Psiquiátrica Breve. *Fundación Española de Psiquiatría y Salud Mental*.

Subdirección General de Humanización de la Asistencia Sanitaria. (2016). Plan de Humanización de la Asistencia Sanitaria 2016-2019. Consejería de Sanidad. Dirección General de Coordinación de la Atención al Ciudadano y Humanización de la Asistencia Sanitaria.

Registered Nurses' Association of Ontario (2015). *Cuidados centrados en la persona y la familia*.

Roure, R.M., Reig, A., Vidal, J. (2002). Percepción de apoyo social en pacientes hospitalizados. *Revista Multidisciplinar de Gerontología*, 12(2).

Streubert, H.J., Carpenter, D.R. (2011). *Qualitative Research in Nursing: Advancing the Humanistic Imperative*. Wolters Kluwer, Philadelphia.

María José de Dios Duarte

Editorial

La Humanización al servicio de los Cuidados de Salud

El Diccionario define humanizar, en su primera acepción, como hacer humano, familiar y afable a alguien o algo. Así, una primera aproximación al término nos hace evocar otros términos relacionados como cercanía, familiaridad, amabilidad, cordialidad e incluso simpatía, cariño o compasión.

Por tanto, considerando el significado de humanizar y la relación que este término guarda con las palabras que lo definen, no parece inadecuada su aplicación al ámbito de la asistencia, puesto que cualquiera de las expresiones que la definen podrían estar relacionadas con el cuidado de los pacientes.

Humanizar, supone asegurar el respeto a las personas y tratarlas con dignidad y debido a ello abarca también aspectos éticos, deontológicos y legales en la práctica profesional.

Además, la humanización supone atender a las personas desde una perspectiva holística e integral, dado que está implícita la atención a los sentimientos y a las emociones de las personas. Así, la humanización requiere la consideración tanto de los aspectos físicos como de los aspectos psicológicos y sociales o relacionales que circundan al individuo, considerándolo como un todo que, desde la concepción holística de la persona es diferente y es más que la suma de las partes que lo componen.

La atención a la persona desde una perspectiva integral en la que se considere el abordaje y la atención bio-psico-social, teniendo en cuenta el respeto a la dignidad del ser humano no es algo novedoso en parte, Hipócrates planteaba que es mucho más importante saber qué persona tiene la enfermedad que qué enfermedad tiene la persona.

Así, en distintos países se ha ido prestando poco a poco atención a la calidad asistencial, buscando mejorarla en la atención a los pacientes. Este es un primer punto del que partir que va dirigido a evitar la tecnificación de la medicina y desde el que se pretende prestar una atención humanizada considerando la orientación al paciente en la práctica de la asistencia y dando cada vez más protagonismo a éste.

Sirva de ejemplo de ello y de cómo se ha fomentado una atención personalizada e integral, centrada en el paciente y su entorno, su salud y sus necesidades, el movimiento denominado Medicina Basada en el Valor (Value-Based Medicine) popularizado por Michael E. Porter llegando a considerarse un auténtico paradigma en la atención sanitaria. Para Porter, la atención sanitaria debe progresar desde la gestión de los recursos (evaluando el coste de la asistencia sanitaria) a la gestión del valor (que relaciona ese coste con los resultados en salud obtenidos), enfatizando de este modo la atención a las necesidades que realmente importan al paciente.

Pero la implementación de este nuevo paradigma de atención requiere, entre otros, el uso de recursos que permitan conocer cuáles son las necesidades y las expectativas de nuestros pacientes tanto respecto a los tratamientos que reciben, como respecto a la propia enfermedad (qué signos y síntomas son aquellos que más le preocupan y, por tanto, deberían tratar de controlarse) e implica también conocer cómo los procesos asistenciales (la frecuencia y duración de las visitas asistenciales, la organización de la atención en consultas de alta resolución, etc.) inciden en su vida cotidiana y la de sus allegados (sobre todo en el caso de menores o de personas dependientes). Esta forma de atención, en definitiva, requiere conocer qué importa realmente a los pacientes y qué debería modificarse para proporcionar una atención que responda a las necesidades profundas de estos. Supone, por tanto, cambiar las preguntas, y con ello las respuestas obtenidas, entendiendo la eficiencia y la efectividad de la atención en términos de calidad de vida, funcionalidad y bienestar y no tanto en términos económicos y clínicos.

El estudio de los procesos de la salud y la enfermedad debe contemplar no sólo factores biológicos, sino también sociales, culturales, económicos, psicológicos y éticos. La comprensión de todos los fenómenos implicados ayudará al desarrollo de la ciencia y la actividad tanto de la Enfermería como de la Medicina y otros profesionales sanitarios y sociosanitarios.

Además, dentro de la necesidad de humanizar es importante considerar la calidad asistencial, en la que la seguridad del paciente aparece como componente clave de ésta. En la actualidad, la mayoría de los sistemas sanitarios contemplan en sus políticas sanitarias líneas de investigación al respecto.

Al garantizar cuidados de salud seguros no sólo se aumenta la efectividad, la eficacia y la eficiencia de los cuidados, sino también el nivel de confianza y satisfacción de los usuarios y sus familias.

El cambio en la concepción de los términos de salud de un concepto tradicional de ausencia de enfermedad a un concepto de salud redefinido en términos más positivos como un completo estado de bienestar físico, mental y social conlleva una visión holística de la salud que incorpora distintos aspectos. La atención a los factores psicológicos y sociales de los pacientes es tan relevante como los aspectos

Editorial

María José de Dios Duarte (2022).

La humanización al servicio de los cuidados de salud. *Servir*, 2(02), e27233. <https://doi.org/10.48492/servir0202.27233>

físicos de los problemas de salud.

De la misma forma, los avances crecientes de la medicina y la tecnología han dado paso a una población más longeva, y de una atención enfocada en la enfermedad aguda a una atención basada en la enfermedad crónica, que está más relacionada con la conducta y hábitos de vida de modo que la detección de las necesidades del paciente o la persona, se hacen cada vez más necesarios para alcanzar un estado de bienestar satisfactorio y un aumento en la calidad de vida.

Humanizar, por tanto, también implica el cambio de conductas humanas y estados psicológicos, que influyen en la salud física y al mismo tiempo son influenciados por la misma. Estos influyen en la promoción, el mantenimiento de la salud, la prevención y el tratamiento de la enfermedad.

La investigación sobre las conexiones de los diferentes factores psicológicos y sociales que influyen en los hábitos de vida, la salud y la enfermedad contribuirá así a desarrollar Cuidados de Salud efectivos y adaptados a las distintas poblaciones.

Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española (RAE).

Espinosa Brito, A. (2006). Ética en el pase de visita hospitalario. *Revista Cubana de Salud Pública*, 32(4).

Gutiérrez Fernández, R. (2017). La humanización de (en) la Atención Primaria. *Revista Clínica de Medicina de Familia*, 10 (1).

García Cabeza, M.E. (2014). Humanizar la asistencia en los grandes hospitales: un reto para el profesional sanitario. *Metas de Enfermería*, 17(1), 70-74.

Montes Rodríguez, J.M., Reneses Prieto, B., Pérez Corrales, J., Del Álamo Jiménez, C., Blanco Ballesteros, N., Gómez Olmeda, D. et al. HUMANIZACIÓN de la Asistencia en las Unidades de Hospitalización Psiquiátrica Breve. *Fundación Española de Psiquiatría y Salud Mental*.

Subdirección General de Humanización de la Asistencia Sanitaria. (2016). Plan de Humanización de la Asistencia Sanitaria 2016-2019. Consejería de Sanidad. Dirección General de Coordinación de la Atención al Ciudadano y Humanización de la Asistencia Sanitaria.

Registered Nurses' Association of Ontario (2015). Cuidados centrados en la persona y la familia.

Roure, R.M., Reig, A., Vidal, J. (2002). Percepción de apoyo social en pacientes hospitalizados. *Revista Multidisciplinar de Gerontología*, 12(2).

Streubert, H.J., Carpenter, D.R. (2011). *Qualitative Research in Nursing: Advancing the Humanistic Imperative*. Wolters Kluwer, Philadelphia.

María José de Dios Duarte



Sumário | Summary | Resumen

Estratégias de comunicação facilitadoras das intervenções de Enfermagem Holística administradas à pessoa submetida a ventilação mecânica Communication strategies that facilitate Holistic Nursing interventions administered to people undergoing mechanical ventilation Estrategias de comunicación que faciliten las intervenciones de Enfermería Holística administradas a personas sometidas a ventilación mecánica	19
O Ruído no Contexto dos Cuidados Intensivos: Contributo para a Segurança e Qualidade dos Cuidados - Estudo Descritivo Noise in the Context of Intensive Care: Contribution to Safety and Quality of Care - Descriptive Study El Ruído en el Contexto de los Cuidados Intensivos: Contribucion a la Seguridad y Calidad de los Cuidados - Estudio Descriptivo	31
Determinantes do ganho de peso interdialítico em pessoas em hemodiálise Determinants of interdialytic weight gain in people on hemodialysis Determinantes del aumento de peso interdialítico en personas en hemodiálisis	47
Luto em familiares e pessoas significativas de vítimas de SARS-CoV-2 The grief in family members and significant persons of SARS-CoV-2 victims El duelo en los familiares y personas significativas de las víctimas del SARS-CoV-2	71
Indicadores de segurança e gestão de risco sensíveis aos cuidados de saúde: perspetiva dos profissionais de enfermagem Health care sensitive safety and risk management indicators: perspective of nursing professionals Indicadores de gestión de riesgos y seguridad sensibles a la atención en salud: perspectiva de los profesionales de enfermería	85
Gravidade do trauma em vítimas de acidente de viação admitidas no serviço de urgência Trauma severity in traffic accident victims admitted to the emergency department Gravedad del trauma en víctimas de accidentes de tráfico ingresadas en servicio de emergencia	105
Transferências inter-hospitalares urgentes, da pessoa em situação crítica, com acompanhamento de enfermeiro Urgent inter-hospital transfers of the person in critical condition, accompanied by a nurse Traslados urgentes interhospitalarios de la persona en estado crítico, acompañada de enfermera	119
Índice de gravidade de trauma das vítimas de violência interpessoal assistidas no serviço de urgência Trauma severity index of victims of interpersonal violence assisted in the emergency department Índice de gravedad del trauma de víctimas de violencia interpersonal atendidas en el servicio de urgencias	129



Autores | Authors | Autores

A

Andreina Lorena Oliveira, 19

António Madureira Dias, 119

C

Cláudia Oliveira, 119

E

Eduardo Santos, 71

F

Filipe Cruz, 19

G

Graça Simões, 71

I

Idália de Jesus Gavino Baleizão Marcelo, 31

Inês João Rodrigues Trigo, 105

Isabel Catarina Fernandes Berça, 85

J

José Carrão, 47

M

Madalena Cunha, 19, 47, 71, 129

Maria Augusta Romão da Veiga-Branco, 85

Maria Dulce dos Santos Santiago, 31

Mauro Alexandre Coelho, 19, 105, 129

Mauro Mota, 47

N

Natália Almeida Lopes Figueiredo, 129

O

Olivério de Paiva Ribeiro, 105

S

Susana Pires, 47

ESTRATÉGIAS DE COMUNICAÇÃO FACILITADORAS DAS INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM HOLÍSTICA ADMINISTRADAS À PESSOA SUBMETIDA A VENTILAÇÃO MECÂNICA

COMMUNICATION STRATEGIES THAT FACILITATE HOLISTIC NURSING INTERVENTIONS ADMINISTERED TO PEOPLE UNDERGOING MECHANICAL VENTILATION

ESTRATEGIAS DE COMUNICACIÓN QUE FACILITEN LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA HOLÍSTICA ADMINISTRADAS A PERSONAS SOMETIDAS A VENTILACIÓN MECÁNICA

Andreina Lorena Oliveira¹
Filipe Cruz²
Mauro Alexandre Coelho³
Madalena Cunha⁴

¹Estudante do 8º Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, Escola Superior de Saúde de Viseu, Portugal (andreina_oliveira@hotmail.com)

²Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Portugal (filipe_cruz@live.com.pt)

³Instituto Politécnico de Viseu, Escola Superior de Saúde de Viseu; Centro Hospitalar Tondela-Viseu (maurocoelho23@hotmail.com)

⁴Instituto Politécnico de Viseu, Escola Superior de Saúde de Viseu; Escola Superior de Enfermagem de Coimbra Unidade de Investigação em Ciências da Saúde Enfermagem, Portugal (mnunes@essv.ipv.pt) | <https://orcid.org/0000-0003-0710-9220>

Corresponding Author

Andreína Lorena Caixeiro Oliveira
Rua Principal, nº634-Marvão
3060-290 Covões/Cantanhede, Portugal
andreina_oliveira@hotmail.com

RECEIVED: 24th November, 2021

ACCEPTED: 3rd March, 2022

Servir, 2(02), e25880

DOI:10.48492/servir0202.25880

2022



RESUMO

Introdução: Em Enfermagem, o relacionamento e cuidado holístico com o doente assentam na comunicação. As pessoas submetidas a Ventilação Mecânica Invasiva em contexto hospitalar encontram-se diminuídas nas suas capacidades comunicacionais, pelo que urge a necessidade de determinar as estratégias comunicacionais que facilitam as intervenções de Enfermagem prestadas à pessoa sob ventilação mecânica.

Objetivo: Identificar e descrever as estratégias de comunicação que facilitam as intervenções de enfermagem holística administradas à pessoa submetida a ventilação mecânica.

Métodos: O presente estudo consiste numa Revisão Sistemática da Literatura (RSL) realizada segundo a metodologia proposta pela Joanna Briggs Institute. A avaliação crítica, extração e síntese dos dados foi realizada por dois revisores independentes.

Resultados: Foram incluídos 3 estudos. As técnicas comumente usadas para comunicar com as pessoas mecanicamente ventiladas, como leitura labial, gestos e acenos com a cabeça, são marcadamente demoradas e ineficientes, tendendo a gerar frustração. A heterogeneidade dos estudos revistos aporta um enriquecimento conceptual contudo não permitiu a realização da sua meta-análise.

Conclusão: Identificam-se os quadros de comunicação como instrumentos de elevada utilidade no contexto em análise pela facilidade de implementação, efetividade e baixo custo. Ressalva-se ainda a necessidade de investimento nesta área de investigação, uma vez que as lacunas são evidentes e os prejuízos inestimáveis.

Palavras-chaves: comunicação; enfermagem holística; ventilação mecânica invasiva

ABSTRACT

Introduction: In nursing, the patient's relationship and holistic care is based on communication. People undergoing invasive Mechanical Ventilation in a hospital context have reduced communication skills.

Objective: Identify and describe communication strategies that facilitate holistic nursing interventions administered to people undergoing mechanical ventilation.

Methods: The present study consists of a Systematic Literature Review (SLR) carried out according to the methodology proposed by the Joanna Briggs Institute. Critical evaluation, data extraction and synthesis were performed by two independent reviewers.

Results: Three studies were included. Techniques commonly used to communicate with mechanically ventilated people, such as lip reading, gestures and nods, are markedly time-consuming and ineffective, tending to generate frustration. The heterogeneity of the studies reviewed provides a conceptual enrichment, however, did not allow for their meta-analysis to be carried out.

Conclusion: Communication frameworks are identified as highly useful instruments in the context under analysis due to their ease of implementation, effectiveness and low cost. We also emphasize the need for investment in this area of research since the gaps are evident and the damages inestimable.

Keywords: communication; holistic nursing; invasive mechanical ventilation

RESUMEN

Introducción: Las personas sometidas a Ventilación Mecánica Invasiva en un contexto hospitalario tienen reducidas sus habilidades comunicativas.

Objetivo: Identificar y describir estrategias de comunicación que faciliten las intervenciones integrales de enfermería administradas a personas sometidas a ventilación mecánica.

Métodos: El presente estudio consiste en una Revisión Sistemática de la Literatura (RSL) realizada según la metodología propuesta por el Instituto Joanna Briggs. La evaluación crítica, la extracción y síntesis de datos fueron realizadas por dos revisores independientes.

Resultados: Se incluyeron 3 estudios. Las técnicas que se utilizan habitualmente para comunicarse con personas ventiladas mecánicamente, como la lectura de labios, los gestos y los movimientos de cabeza, consumen mucho tiempo y son ineficaces, y tienden a generar frustración.

Conclusión: Los marcos de comunicación se identifican como instrumentos de gran utilidad en el contexto analizado debido a su facilidad de implementación, efectividad y bajo costo. También se enfatiza la necesidad de intervención en esta área de investigación, ya que las brechas son evidentes y los daños inestimables.

Palabras Clave: comunicación; enfermería holística; ventilación mecánica invasiva

Introdução

A comunicação é uma das principais ferramentas para o desenvolvimento humano podendo ser considerada como a condição fundamental da vida humana. Esta assume um importante papel, como instrumento básico do cuidado em enfermagem, pois a comunicação é um processo de interação no qual compartilhamos mensagens, ideias, sentimentos e emoções que podem influenciar o comportamento das pessoas.

O enfermeiro, enquanto profissional de saúde que mais tempo passa próximo do doente, tem de desenvolver sensibilidade e conhecimentos para adquirir competências para cuidar da pessoa em situação crítica e com ventilação mecânica; nomeadamente capacidades de comunicação para interpretar as dificuldades e necessidades do doente pois uma comunicação eficaz é fundamental para ir ao encontro das necessidades dos doentes.

Considerando que a comunicação terapêutica “consiste na utilização do conhecimento sobre a comunicação, estabelecendo uma comunicação efetiva, de confiança, bem como uma interação comunicativa intencional com a pessoa, de modo a ajudá-la a enfrentar os seus problemas” (Sequeira, 2016, p. 97), e que a prática em saúde deve ser baseada em evidências recentes e validadas, o presente estudo baseia-se na análise das estratégias de comunicação facilitadoras de intervenções de enfermagem numa população especialmente vulnerável: as pessoas submetidas a ventilação mecânica invasiva. Neste âmbito, definiu-se como questão de investigação “*Que estratégias de comunicação facilitam as intervenções de enfermagem holística administradas à pessoa submetida a ventilação mecânica?*”.

Previamente ao início da revisão foi realizada uma pesquisa preliminar no dia 15 de Março de 2021 na JBI Data base of Systematic Reviews and Implementation Reports, Cochrane Data base of Systematic Reviews, PROSPERO E PubMed revelou que não havia nenhuma outra revisão sistemática publicada ou em curso.

Objetivo

Identificar as estratégias de comunicação que facilitam as intervenções de Enfermagem holística administradas à pessoa submetida a ventilação mecânica.

1. Enquadramento Teórico

Em enfermagem, a comunicação, é considerada a base; a arte do cuidado holístico da pessoa e o centro dos cuidados em saúde (Cavaco, José & Lourenço, 2013), pois nas mais diversas ações, é impossível não comunicar (Glitus, Jeyalakshmi & Sanap, 2018).

A comunicação enfermeiro/doente direciona as intervenções de enfermagem para uma perspetiva científica, técnica, relacional e ética, contribuindo para a melhoria dos padrões de qualidade dos cuidados em enfermagem (Briga, 2012).

A comunicação, empiricamente, não são só palavras, escritas ou faladas, são também os símbolos e a linguagem corporal que nos ajuda a comunicar. O enfermeiro ao dominar as habilidades da comunicação deve considerar os meios de comunicação não-verbal, pois esta assume grande importância na interação uma vez que, transmite atitudes e estados emocionais, apoia ou contraria a comunicação verbal e funciona como substituto da linguagem se o discurso for impossível.

Uma adequada comunicação entre os profissionais de saúde, a pessoa doente e os seus familiares numa unidade de cuidados intensivos é um dos principais fatores que interfere com a satisfação de todos aqueles que estão envolvidos no processo de cuidar.

Efetivamente, comunicar com a pessoa submetida a ventilação mecânica invasiva tem vindo a ser reconhecido como uma prioridade de investigação em cuidados intensivos, apesar da atual escassez de estudos empíricos.



Prestar cuidados de saúde de qualidade superior e com impacto positivo nos resultados das pessoas é altamente desafiador (Elliot & Elliot, 2018). A comunicação é um aspeto essencial para se conseguir melhorar a qualidade e a segurança dos cuidados prestados (Hoorn, Elbers, Girbes & Tuinman, 2016).

De facto, “comunicar com eficácia em Saúde é muito relevante para os profissionais e para os utentes (...), pois possibilita que um maior conteúdo informativo seja assimilado pelos utentes, o que promove uma maior adesão aos planos terapêuticos e uma melhor satisfação com os cuidados prestados” (Sequeira, 2016, p. 78).

A enfermagem holística abraça toda a prática da enfermagem, cuja premissa é a de cuidar da pessoa no seu todo, espelhando as realidades complexas dos seres humanos no cosmo. Neste sentido, a humanização dos cuidados necessita ser sentida, valorizada e vivenciada pelos doentes, familiares e equipa multidisciplinar. A qualidade desse cuidado depende de competências e habilidades técnicas, bem como, da interação e a comunicação dos profissionais com a pessoa. Sendo assim, o cuidado é feito com e para o outro e, dessa forma, a comunicação é fundamental no cuidado daqueles que vivenciam um processo de internamento, principalmente a pessoa submetida a ventilação mecânica (Farias et al, 2013).

Mais especificamente, importa ressaltar que as pessoas submetidas a ventilação mecânica invasiva em contexto hospitalar encontram-se diminuídas nas suas capacidades comunicacionais. Por conseguinte, a comunicação com estas acarreta dificuldades à maioria dos enfermeiros, uma vez que é necessário dar importância à comunicação não-verbal.

É de extrema importância que nos momentos em que podemos prestar cuidados à pessoa em situação crítica, ventilada, independentemente do tipo de ventilação, os direcionemos de forma precisa; comunicando com o doente de forma eficaz para que o mesmo sinta a nossa presença, entenda os cuidados que lhe vamos prestar e que sejam também valorizadas as suas necessidades, diminuindo assim a ansiedade em relação à sua doença e medo da morte (Holden, 2017).

2. Métodos

A revisão sistemática seguiu o método da Joanna Briggs Institute (Tufanaru et al., 2017) e foi redigida de acordo com o *Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses* (PRISMA) (Page et al., 2021).

O protocolo da revisão foi realizado e seguido pelos autores embora não tenha sido publicado e/ ou registado. Contudo, o mesmo pode ser enviado mediante pedido.

A pesquisa foi realizada no dia 15 Maio de 2021 na plataforma PubMed; e no dia 16 de Maio de 2021 nas plataformas Embase, CINAHL complete (Via EBSCO), e RCAAP – Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal. Foram incluídos estudos em Português, Inglês e Espanhol com datas de publicação de 1 de Janeiro de 2015 a 31 de Janeiro de 2021.

A estratégia de pesquisa aplicada à Pubmed foi: “search (((“Communication” [MeSHTerms] AND (“strategies” [MeSHTerms] OR “communication methods” [MeSHTerms]) AND (“nursingcare” [MeSHTerms] OR “holistic nursing” [MeSHTerms]) AND (“respiration artificial” [MeSHTerms] OR mechanicalventilation” [MeSHTerms]))) Filters: English, Portuguese, Spanish from 2015/1/1-2021/1/31”. Nas restantes bases de dados esta estratégia foi adaptada aos léxicos específicos.

Após a pesquisa, todas as citações identificadas foram transferidas para o Endnote V7.7.1 (Clarivate Analytics, PA, EUA) e os duplicados removidos. Para avaliar a sua elegibilidade, os títulos e resumos foram analisados por dois revisores independentes (AO e FC). Na ausência de consenso foi incluído um terceiro revisor como critério de desempate. Endnote V7.7.1 também foi utilizado como ferramenta de registo do cegamento dos revisores. Após a remoção dos duplicados, a biblioteca dos artigos foi distribuída pelos revisores para seleção independente e após esse procedimento as bibliotecas foram reconciliadas para análise da concordância da seleção.

Foram considerados os seguintes critérios de seleção como se apresenta na tabela 1.

Tabela 1 – Critérios de seleção de estudos

Critérios de seleção	Critérios inclusão	Critérios de exclusão
P- Participantes	*Pessoas adultas submetidas a ventilação mecânica	*Pessoas com idade inferior a 18 anos *Pessoas não submetidas a ventilação mecânica
I-Intervenções	*Estratégias de comunicação verbal e não verbal no processo de comunicação com a pessoa submetida a ventilação mecânica	*Cuidados de Enfermagem não centrados na pessoa submetida a ventilação mecânica *Procedimentos não enquadrados no perfil de competências do Enfermeiro
C- Comparações	Não aplicável	
O- Outcomes	*Estratégias que promovem a melhoria do processo de comunicação com a pessoa submetida a ventilação mecânica *Facilitar as intervenções de Enfermagem holística administradas à pessoa submetida a ventilação mecânica	* Todos os estudos que não analisem as variáveis de inclusão
D- Desenho	*Todos os estudos de natureza qualitativa e quantitativa	*Estudos não publicados *Outros desenhos que não estipulados na inclusão

Fonte: Tufanaru, C., Munn, Z., Aromataris, E., Campbell, J., & Hopp, L. (2017)

A avaliação da qualidade dos estudos foi realizada por dois revisores independentes (AO e FC) através dos instrumentos da Joanna Briggs Institute “JBI Critical Appraisal Checklist for Quasi-Experimental Studies”, “JBI Critical Appraisal Checklist for Cohort Studies” e “JBI Critical Appraisal Checklist for Randomized Controlled Trials” (Tufanaru et al., 2017). Na ausência de consenso foi incluído um terceiro revisor como critério de desempate.

A qualidade da evidência científica é fundamental à análise do seu papel na prática baseada em evidências. Na presente revisão e atendendo à natureza qualitativa dos estudos incluídos, foi utilizada a checklist para avaliação metodológica de estudos qualitativos do JBI, tendo sido definido pelos revisores como “estudos de qualidade” aqueles que reunissem no mínimo seis respostas afirmativas em dez (Tufanaru et al., 2017), sendo que após a avaliação crítica, todos os estudos foram incluídos. Os resultados da avaliação crítica foram considerados na síntese narrativa e relatados sob a forma de tabelas.

3. Resultados

Após a identificação dos estudos e da aplicação da metodologia referida anteriormente apenas 3 estudos foram selecionados para o corpus da revisão. O processo de seleção dos estudos encontra-se representado no flowchart (Figura 1).

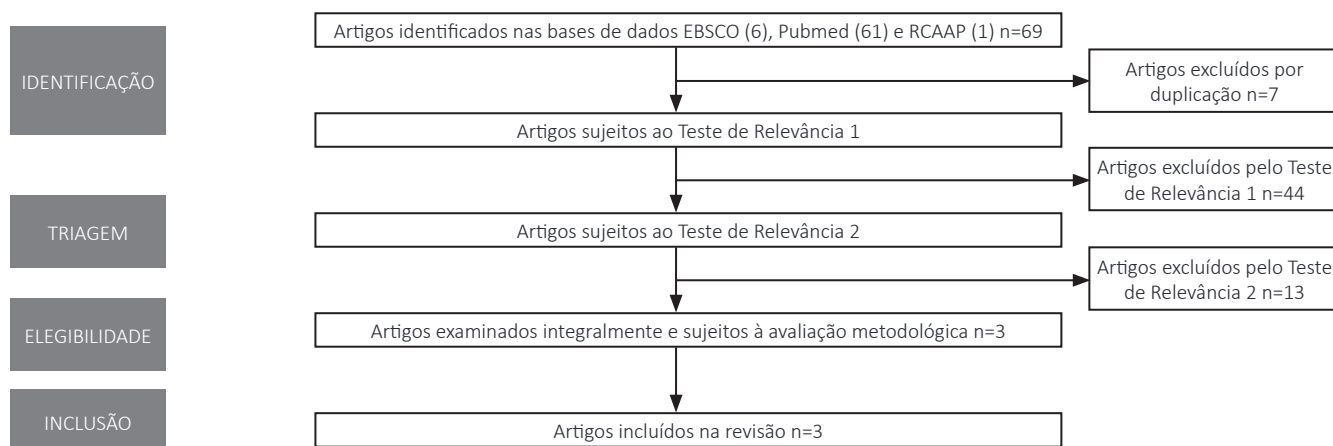


Figura 1 – Flowchart da seleção e processo de inclusão dos estudos

Fonte: Moher, Liberati, Tetzlaff, Altman & The PRISMA Group (2005)



Dos 68 artigos potencialmente relevantes, 7 foram excluídos por serem duplicados. Após aplicação do teste de relevância 1 foram excluídos 44 artigos e 13 artigos foram excluídos após a aplicação do teste de relevância 2, pelo que apenas 3 artigos resultaram deste processo de seleção, os quais foram examinados integralmente e sujeitos à avaliação metodológica tendo sido incluídos na revisão.

Os resultados da avaliação crítica encontram-se sumariados na Tabela 2.

Tabela 2 – Avaliação crítica dos estudos

Estudos	Q1	Q2	Q3	Q4	Q5	Q6	Q7	Q8	Q9	Q10
Martinho, Rato & Rodrigues, 2016	S	S	S	S	S	NA	N	S	S	S
Holden, 2017	S	S	S	S	S	S	N	S	S	S
Glitus, Jeyalakshimi & Sanap, 2018	S	S	S	S	S	N	N	NA	S	S

Respostas: S- Sim; N-Não; NA- Não aplicável ou incerto

Fonte: The Joanna Briggs Institute (2017)

A extração de resultados para análise foi realizada de acordo com os aspetos postulados pelo JBI (2014), nomeadamente: título, autor(es), metodologia / método, fenómeno de interesse, contexto, participantes, análise dos dados e conclusões dos autores.

Os estudos recolhidos evidenciam informações relevantes para a resposta à questão de partida desta pesquisa.

A apresentação destes resultados encontra-se sumariada na tabela 3. Os dados são apresentados de forma narrativa uma vez não ter sido possível a realização de meta-análise uma vez que esta implica a análise de dados experimentais padronizados o que não se encontra nos artigos incluídos na revisão. A revisão engloba a análise de uma escala, a análise da eficácia de uma estratégia de comunicação e a análise teórica do tema no entanto não existe homogeneidade nos dados obtidos pelo que não é possível padronizar a sua análise com recurso à meta-análise.

Tabela 3 – Resultados

Título	Autor(es)	P	I	C	O	D
A comunicação dos doentes mecanicamente ventilados em unidades de cuidados intensivos	Martinho, Rato, & Rodrigues (2016)	31 doentes adultos, extubados e clinicamente estáveis	Estudo das dificuldades de comunicação dos doentes submetidos à ventilação mecânica com entubação orotraqueal	Português (unidades de cuidados intensivos polivalentes)	A <i>Ease of Communication Scale</i> apresentou excelente consistência interna. Os doentes consideraram as experiências de comunicação, durante a entubação, “muito difíceis”.	(1) adaptação cultural e linguística da <i>Ease of Communication Scale</i> (2) avaliação preliminar das suas propriedades psicométricas; e (3) pesquisa observacional, descritivo-correlacional e transversal da sua aplicação

No Longer Voiceless in the ICU	Holden (2017)	Enfermeiros de Unidades de Cuidados Intensivos	Estudo da comunicação em unidades de cuidados intensivos, nomeadamente com pacientes sujeitos a ventilação mecânica	Unidades de Cuidados Intensivos	A eficácia de programa de comunicação foi aferida pela percepção dos Enfermeiros (questionário de dez itens, pré e pós) sobre as suas atitudes e competência na comunicação com pacientes não-verbais	Investigação-ação
Use of Communication Board for Mechanically Ventilated Patients	Glitius, Jeyalakshmi, & Sanap (2018)	Enfermeiros de Unidades de Cuidados Intensivos	Estudo do uso de quadros de comunicação para pacientes mecanicamente ventilados	Unidades de Cuidados Intensivos	Os métodos de comunicação mais comumente usados com pacientes em estado crítico, como leitura labial, gestos e acenos com a cabeça, são inadequados	Revisão de literatura

Fonte: Joanna Briggs Institute(2014)

4. Discussão

O processo comunicacional por vezes é difuso e complexo (Glitius, Jeyalakshmi & Sanap, 2018) e nem sempre existe a garantia de que a mensagem recebida é assimilada da maneira como foi enviada. Tal é ainda mais evidente com pessoas submetidas a ventilação mecânica invasiva, uma vez que a sua capacidade comunicacional fica diminuída. Assim, estas pessoas encontram-se especialmente vulneráveis na sua competência para expressar opiniões e vontades, assim como para serem compreendidas.

Glitius e colaboradores (2018) constataam que estas dificuldades estão associadas a reações emocionais graves entre as pessoas internadas em cuidados intensivos, como alto nível de frustração, stress, ansiedade e depressão. Como os mesmos referem, a comunicação é essencial à expressão e bem-estar das pessoas e deve ser assegurada no âmbito dos cuidados de saúde como um processo bidirecional, focado na partilha e compreensão de informação verbal e não verbal, fluído, orientado a objetivos e contínuo.

Analisar e gerir eficazmente esta problemática depende de um diagnóstico e intervenção adequados às especificidades da situação particular, sendo o enfermeiro e a sua abordagem holística determinante para tal.

Neste sentido, Martinho, Rato e Rodrigues (2016) procederam à adaptação e validação da escala Ease of Communication Scale para o contexto português, numa amostra de pacientes adultos, extubados e clinicamente estáveis. A fiabilidade e consistência encontrada validam-na como um método eficaz para aferir as dificuldades de comunicação dos doentes entubados, quer durante a entubação ou após a extubação. A distribuição das respostas recolhidas encontra-se descrita na Figura 2 e caracteriza a experiência de uma amostra da população portuguesa de pessoas ventiladas.

As situações percebidas como menos difíceis foram aquelas associadas à comunicação recente com amigos e família – aqueles que dedicam mais tempo e carinho aos cuidados e ao processo comunicacional como ferramenta afetiva e que encaram a pessoa como um ser holístico – e à comunicação sobre necessidades físicas – ressaltadas na investigação até à data como sobrevalorizadas no processo comunicacional pelos profissionais de saúde em detrimento das emocionais.



Por outro lado, importa referir que todos consideraram a comunicação, durante a entubação, muito difícil. A este desafio significativo seguiram-se aqueles relacionados com a comunicação sem recurso à fala e o questionamento sobre o estado de saúde atual, ambos aspetos fundamentais que a pessoa entubada vê ameaçados e fragilizados sem deter recursos e estratégias para colmatar além daquelas que os enfermeiros e outros profissionais desenvolvem e operacionalizam.

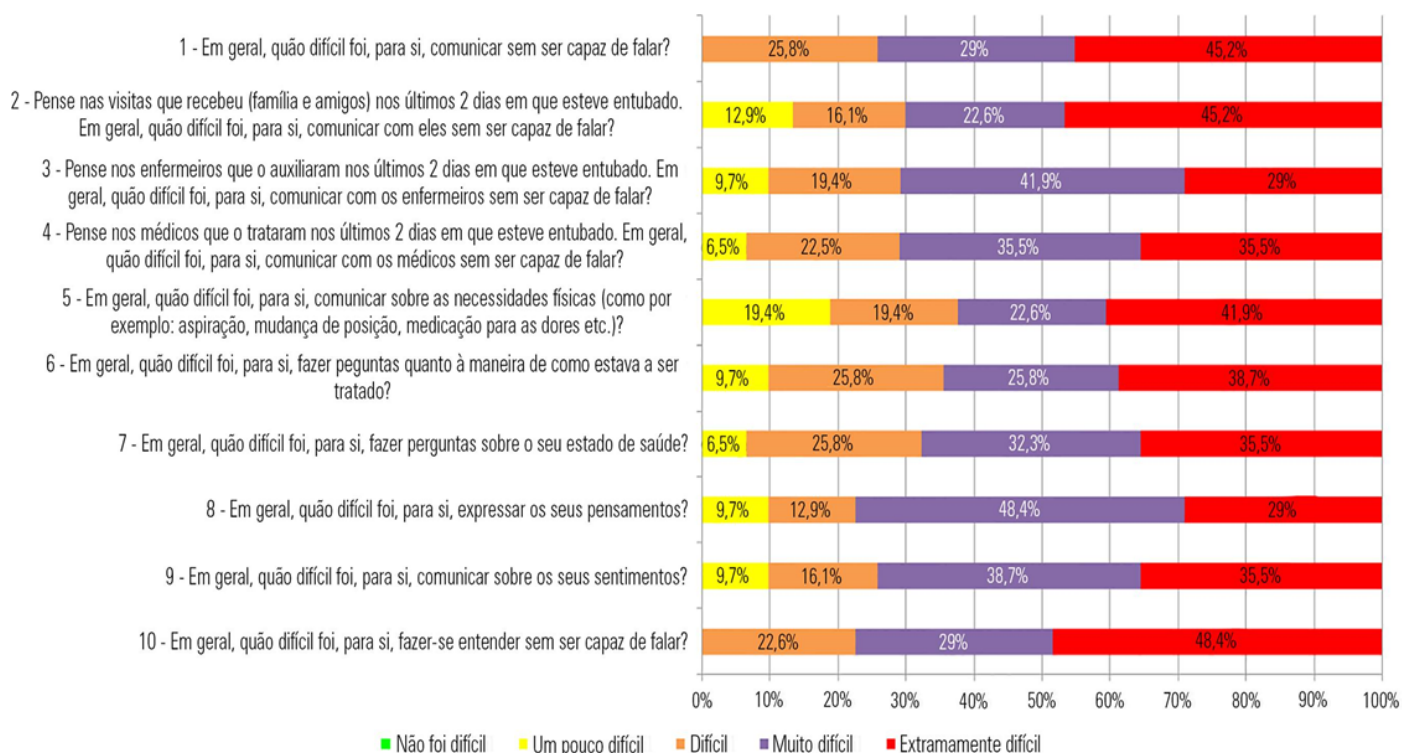



Figura 2 – Distribuição das respostas dos participantes a cada uma das questões da Ease of Communication Scale após a extubação
Fonte: Martinho, Rato e Rodrigues (2016).

De facto, as técnicas comumente usadas para comunicar com pessoas mecanicamente ventiladas, como leitura labial, gestos e acenos com a cabeça, são marcadamente demoradas e ineficientes, tendendo a gerar frustração, não apenas nas pessoas, mas também nos enfermeiros e outros profissionais.

Assim, é fundamental que, cada vez mais, as equipas de enfermagem baseiem a sua prática com estas pessoas com base em evidências sobre as técnicas mais efetivas para comunicar eficazmente (Glitis et al., 2018).

Holden (2017), Glitis e colaboradores (2018) identificam os quadros de comunicação como instrumentos de elevada utilidade no contexto em análise, sendo que a primeira autora procedeu a um estudo de investigação-ação em que os enfermeiros foram formados para usar este instrumento e o seu sucesso foi efetivo e reconhecido até três meses após o início da sua utilização.

Não obstante, como Holden (2017) destaca, dadas as dificuldades comunicacionais referidas, é também fundamental que a aplicação das técnicas seja apoiada por uma prestação de cuidados bem direcionada, procurando comunicar continuamente para que a pessoa sinta a presença do profissional, perceba os cuidados que lhe vão ser prestados e que tenham em consideração as suas necessidades, proporcionando menos ansiedade quanto à sua situação clínica e medo da morte.



Oliveira, A. L., Cruz, F., Coelho, M. A. & Cunha, M. (2022).

Estratégias de comunicação facilitadoras das intervenções de Enfermagem Holística administradas à pessoa submetida a ventilação mecânica: Uma revisão sistemática da literatura.

Servir, 2(02), e25880. DOI: <https://doi.org/10.48492/servir0202.25880>

27

De facto, considerando que a maioria das interações entre os enfermeiros e as pessoas tendem a ser breves, iniciadas pelo profissional, importa cada vez mais que as estratégias comunicacionais mobilizadas sejam significativamente humanizadas e enriquecidas, a fim de proporcionar melhores experiências às pessoas vulneráveis, maior qualidade e mais cuidados holísticos.

Como síntese dos contributos revistos, ressaltam-se de seguida as principais conclusões dos estudos analisados.

Martinho, Rato e Rodrigues (2016) concluíram que a Ease of Communication Scale é uma escala válida para usar nos doentes portugueses a fim de explorar a sua perceção das dificuldades comunicacionais em contexto de saúde, sendo esta independente de variáveis clínicas e/ou sociodemográficas.

Holden (2017) concluiu que, após três meses da implementação de um programa focado na comunicação com pessoas ventiladas, enfermeiros e outros profissionais da unidade de cuidados intensivos relataram melhor acesso e maior satisfação com as ferramentas disponíveis e acreditaram que as pessoas eram mais capazes de transmitir mensagens básicas e complexas.

Como pontos fortes desta revisão destaca-se os rigorosos critérios de inclusão adotados, a abrangência da pesquisa, desde 2015 até Janeiro de 2021, a seleção de estudos de qualidade e a rigorosa extração e síntese de dados. Ainda assim, a revisão é alvo de algumas limitações das quais destacamos os idiomas selecionados que poderão ter levado à exclusão de estudos relevantes.

Conclusão

A comunicação continua a ser um dos temas mais discutidos em Enfermagem, evidenciando-se como uma problemática especialmente relevante no caso de doentes críticos submetidos a ventilação mecânica, pela sua vulnerabilidade e incapacidade de expressão verbal.

Os enfermeiros são confrontados diariamente com questões e tomadas de decisão que carecem de evidência científica atualizada e que demonstram melhorar as suas práticas. É neste sentido que a revisão sistemática da literatura identifica, avalia e resume os achados de diversos estudos empíricos, tornando a prática baseada na evidência mais acessível, baseando-se, simultaneamente, num desenho científico rigoroso.

A comunicação, independentemente do contexto, deverá ser parte integrante de todas as intervenções de enfermagem. O contexto dos cuidados à pessoa submetida a ventilação mecânica com terapias complexas e tecnologia avançada exige profissionais capacitados assim como disponibilidade, carinho, atenção, compreensão, diálogo, conforto, compromisso e respeito pela pessoa humana.

Comunicar na prática de cuidar do enfermeiro significa não só estabelecer com o outro uma relação/interação mas também é importante neste processo de comunicar demonstrar disponibilidade, “estar presente”, “escutar”, demonstrando respeito pela unicidade da pessoa doente e no que concerne à pessoa submetida a ventilação mecânica o recurso à estimulação de sentidos como a audição e tato são complementos do processo de comunicação.

Existem diversas estratégias para comunicar com a pessoa submetida a ventilação mecânica invasiva, passíveis de serem criteriosamente escolhidas e adaptadas às necessidades e potencialidades de cada pessoa, quando em situação crítica.

Relativamente às estratégias mobilizadas pelos enfermeiros no processo de comunicação, os enfermeiros recorrem à comunicação verbal e não-verbal, privilegiam a palavra falada e as questões simples e dirigidas na interação com a pessoa doente. Os enfermeiros, também, mobilizam determinadas habilidades comunicacionais que lhes permitem interpretar a mímica labial e comportamentos/expressões da pessoa doente, com por exemplo expressões faciais.



Assim, os códigos não-verbais que são definidos perante a pessoa doente, os recursos materiais, tais como folha com letras do abecedário/imagens ou simplesmente papel e caneta, são outras das estratégias a que os enfermeiros recorrem.

Assim, a presente revisão sistemática analisou os estudos existentes que possam permitir mudanças na prática de Enfermagem tendo em vista a humanização dos cuidados. Importa considerar que a heterogeneidade dos estudos revistos aporta um enriquecimento conceptual, contudo impossibilitou a realização da sua meta-análise e a tradução da síntese de evidências o que se traduz numa limitação do estudo.

Como implicações práticas claras emerge a primazia das técnicas e instrumentos visuais a indagar a comunicação dos enfermeiros com pessoas submetidos a ventilação mecânica invasiva.

De facto, dada a facilidade de implementação, efetividade e baixo custo, estes recursos podem ser agilmente mobilizados em contexto de prestação de cuidados e apresentam resultados de sucesso na perceção da experiência de comunicação das pessoas. Assim, têm potencial para, sendo ampla e adequadamente implementados, gerar ganhos efetivos numa área atualmente desafiante no âmbito da saúde.

Perante o conhecimento atual sistematizado no presente estudo, assim como o progresso tecnológico e os avanços da medicina contemporânea, com mais sofisticados e agressivos meios de suporte, ressalva-se a necessidade de investimento nesta área de investigação, nomeadamente a necessidade de elaboração de estudos primários que produzam novos conhecimentos.

Como implicações para a investigação é recomendado que sejam realizados mais estudos primários sobre o tema, em particular estudos observacionais, com vista a analisar as dificuldades sentidas pelos enfermeiros na comunicação com a pessoa sob ventilação mecânica e seus familiares. Posteriormente esta revisão sistemática deve ser atualizada.

Futuras linhas de investigação nesta área podem passar pela realização do mesmo estudo primário num serviço de urgência, num serviço de cuidados intensivos e num serviço de internamento com doentes ventilados de modo a poder comparar a perceção dos enfermeiros, as dificuldades sentidas na prestação de cuidados bem como as diferenças nas estratégias de comunicação adotadas de acordo com o contexto de prestação de cuidados.

Conflito de Interesses


Os autores declaram que o artigo divulga os resultados de uma investigação concluída no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica, desenvolvido na ESSV- IPV e cujo Relatório está publico no Repositório do IPV.

Agradecimentos

Ao Instituto Politécnico de Viseu - Escola Superior de Saúde de Viseu (ESSV); Instituto Politécnico de Viseu, Escola Superior de Saúde de Viseu; FCT – Fundação para a Ciência e a Tecnologia, I.P; Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA: E), Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESEnfC).

Referências bibliográficas

- Briga S. A Comunicação Terapêutica Enfermeiro/Doente: Perspectivas de Doentes Oncológicos Entubados Endotraquealmente [dissertação]. Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto [Internet]; 2010 [cited 2012 June 24]. Available from: <http://repositorioaberto.up.pt/bitstream/10216/26914/2/Dissertao%20Mestrado%20Snia%20Briga.pdf>
- Cavaco, V. S. J., José, H. M. G., & Lourenço, I. M. R. (2013). Comunicar Com a pessoa Submetida a Ventilação Mecânica Invasiva: Que Estratégias?- Revisão Sistemática. *Revista de enfermagem UFPE on line.*, Recife, 7(5), 4535–4543.
- Elliot, Z. & Elliot, S. (2018). An overview of mechanical ventilation in the intensive care unit. *Nursing Standard*, 28(32), 41-49. <https://doi.org/10.7748/ns.2018.e10710>



Oliveira, A. L., Cruz, F., Coelho, M. A. & Cunha, M. (2022).

Estratégias de comunicação facilitadoras das intervenções de Enfermagem Holística administradas à pessoa submetida a ventilação mecânica: Uma revisão sistemática da literatura.

Servir, 2(02), e25880. DOI: <https://doi.org/10.48492/servir0202.25880>

- Faria, P. (2019). Revisão Sistemática da Literatura: Contributo para um Novo Paradigma Investigativo. Metodologia e Procedimentos na área das Ciências da Educação. Santo Tirso: Whitebooks.
- Farias, F. B. B., Vidal, L. L., Farias, R. A. R. & Jesus, A. C. P. de. (2013). Humanized care in the icu: challenges from the viewpoint of health professionals. *Journal of Research Fundamental Care On Line*. 5 (4), pp. 635-642
- Glitis, J. Jeyalakshmi. & Sanap, M.(2018). Use of Communication Board for Mechanically Ventilated Patients. *IOSR Journal of Nursing and Health Science*, 2(1), 52-55.
- Higgins, J., & Green, S. (2011). *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions Version 5.1.0*. Retrieved from The Cochrane Collaborations: www.handbook.cochrane.org
- Holden, K. (2017). No Longer Voiceless in the ICU: Speech-language pathologists and intensive care nurses help intubated patients communicate. *The ASHA Leader*, 22 (12), 40-41.
- Hoorn, S., Elbers, P., Girbes, A. & Tuinman, P. (2016). Communicating with conscious and mechanically ventilated critically ill patients: a systematic review. *CriticalCare*, 1(20), 333.<https://doi.org/10.1186/s13054-016-1483-2>
- Joanna Briggs Institute. (2014). *Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual: 2014 edition*. Adelaide, Australia: The Joanna Briggs Institute/ The University of Adelaide.
- The Joanna Briggs Institute (2017). *Critical Appraisal Tools*. Retirado de <http://joannabriggs.org/research/critical-appraisal-tools.html>
- Martinho, C. I. F., & Rodrigues, I. T. R. M. (2016). A comunicação dos doentes mecanicamente ventilados em unidades de cuidados intensivos. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 28, 132-140.
- Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., Altman, D. & The PRISMA Group (2005). Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. *PLoS Med.*, 6(7), e1000097. doi:10.1371/journal.pmed1000097.
- Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., Shamseer, L., Tetzlaff, J. M., Akl, E. A., Brennan, S. E., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J. M., Hróbjartsson, A., Lalu, M. M., Li, T., Loder, E. W., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., McGuinness, L. A., Stewart, L. A., Thomas, J., Tricco, A. C., Welch, V. A., Whiting, P., & Moher, D. (2021). The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *Bmj*, 372, n71. <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>
- Sequeira, C. (2016). *Comunicação Clínica e Relação de Ajuda*. Lisboa: Lidel.
- Tufanaru, C., Munn, Z., Aromataris, E., Campbell, J., & Hopp, L. (2017). Chapter 1: JBI Systematic Reviews. In: Aromataris, E & Munn, Z. *Joanna Briggs Institute Reviewer's Manual* (pp.-). Londres: The Joanna Briggs Institute.

O RUÍDO NO CONTEXTO DOS CUIDADOS INTENSIVOS: CONTRIBUTO PARA A
SEGURANÇA E QUALIDADE DOS CUIDADOS - ESTUDO DESCRITIVO

NOISE IN THE CONTEXT OF INTENSIVE CARE: CONTRIBUTION TO SAFETY AND
QUALITY OF CARE - DESCRIPTIVE STUDY

EL RUÍDO EN EL CONTEXTO DE LOS CUIDADOS INTENSIVOS: CONTRIBUCION A LA
SEGURIDAD Y CALIDAD DE LOS CUIDADOS - ESTUDIO DESCRITIVO

Idália de Jesus Gavino Baleizão Marcelo¹
Maria Dulce dos Santos Santiago²

¹Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, EPE-Beja, Portugal (idmarcelo75@gmail.com)
<https://orcid.org/0000-0002-9122-5074>

²Escola Superior de Saúde, Instituto Politécnico de Beja (dulce.santiago@ipbeja.pt)
<https://orcid.org/0000-00030-9886-998>

Corresponding Author

Idália de Jesus Gavino Baleizão Marcelo
Rua António Sérgio nº2 R/C Frente Esquerdo
7800-278 Beja, Portugal
idmarcelo75@gmail.com

RECEIVED: 27th November, 2021
ACCEPTED: 23rd May, 2022

2022

Servir, 2(02), e25906

DOI:10.48492/servir0202.25906



RESUMO

Introdução: O ruído excessivo em hospitais afeta negativamente o sono e a recuperação dos doentes, causa stress e fadiga na equipa e dificulta a comunicação. As diretrizes da Organização Mundial da Saúde (OMS) de 1999 para ruído comunitário recomenda um máximo de 35 dBA, durante a noite e 40 dBA durante o dia para ambientes hospitalares.

O aumento da complexidade tecnológica, informação e conseqüente aumento da complexidade dos cuidados de saúde tornou imperativo trabalhar a cultura de segurança do doente por forma implementar ações preventivas e melhorar a qualidade dos cuidados prestados.

Objetivo: Avaliar o nível de ruído, a que estão expostos enfermeiros de uma UCI, durante aproximadamente 48 horas.

Métodos: Este é um estudo quantitativo, com uma abordagem observacional descritiva, transversal e método de amostragem não probabilística. Numa primeira fase avaliamos o nível de ruído com um sonómetro e numa outra, caracterizamos a percepção individual, através da aplicação de um questionário.

Resultados: Os valores observados mostram que a intensidade média diária de ruído foram de aproximadamente 55 dBA para os períodos diurnos e 50 dBA para os períodos noturnos, com valores máximos de pico de 83,7 dBA, valores superiores aos recomendados pelas organizações internacionais. Por outro lado, os profissionais de saúde têm percepção da presença de ruído nos seus locais de trabalho.

Conclusão: Embora as diretrizes da OMS e da EPA dos EUA sejam provavelmente inalcançáveis em qualquer área de cuidados intensivos de um hospital, consideramos que a redução de alguns desses níveis elevados é possível, após identificar e localizar as fontes primárias de ruído e definir medidas de prevenção e controlo, de maneira a minimizar ou eliminar a emissão de ruído.

Palavras-chaves: unidade de cuidados intensivos; enfermagem; ruído

ABSTRACT

Introduction: Excessive noise in hospitals negatively affects patients' sleep and recovery, causes stress and fatigue in the team and makes communication difficult. The 1999 World Health Organization (WHO) guidelines for community noise recommend a maximum of 35 dBA at night and 40 dBA during the day for hospital environments.

The increasing technological complexity, new information and consequent increase of health care complexity, made it imperative to work on the patient's safety culture in order to implement preventive actions and improve the quality of the care provided.

Objective: To assess the level of noise to which nurses in an ICU are exposed for approximately 48 hours.

Methods: This is a quantitative study, with a descriptive, cross-sectional observational approach and a non-probabilistic sampling method. In a first phase we will evaluate the noise level with a sound level meter and in another, characterized the individual perception, through the application of a questionnaire.

Results: The values observed about mean daily noise intensity, evaluated in this study, were approximately 55 dBA for daytime periods and 50 dBA for nighttime periods, with maximum peak values of 83.7 dBA, higher values recommended by international organizations. On the other hand, health professionals are aware of the presence of noise in their workplaces.

Conclusion: Although WHO and US EPA guidelines are likely to be unachievable in any critical care area of a hospital, we consider that reducing some of these elevated levels should be possible after identifying and locating primary sources and define prevention and control measures in order to minimize or eliminate the emission of noise.

Keywords: intensive care unit; nursing; noise

RESUMEN

Introducción: El ruido excesivo en los hospitales afecta negativamente el sueño y la recuperación de los pacientes, provoca estrés y fadiga en la equipa y dificulta la comunicación. Las pautas de 1999 de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para el ruido comunitario recomiendan un máximo de 35 dBA por la noche y 40 dBA durante el día para entornos hospitalarios.

El aumento de la complejidad tecnológica, de la información y el conseqüente aumento de la complejidad de la atención sanitaria ha hecho imprescindible trabajar la cultura de seguridad del paciente para implementar acciones preventivas y mejorar la calidad de la atención prestada.

Objetivo: Evaluar el nivel de ruido al que están expuestas los enfermeros en una UCI durante aproximadamente 48 horas.

Métodos: Se trata de un estudio cuantitativo, con un enfoque observacional descriptivo, transversal y un método de muestreo no probabilístico. En una primera fase evaluamos el nivel de ruido con un sonómetro y en otra, caracterizamos la percepción individual, mediante la aplicación de un cuestionario.

Resultados: Los valores observados sobre la intensidad media diaria del ruido, fueron de aproximadamente 55 dBA para períodos diurnos y 50 dBA para períodos nocturnos, con valores pico máximos de 83,7 dBA, valores superiores recomendados por la normativa de las Organizaciones Internacionales. Por otro lado, los profesionales sanitarios son conscientes de la presencia de ruido en sus lugares de trabajo.

Conclusión: Aunque es probable que las pautas de la OMS y la EPA de los EUA, sean inalcanzables en cualquier área de cuidados críticos de un hospital, consideramos que la reducción de algunos de estos niveles elevados es posible después de identificar y localizar las fuentes primarias y definir la prevención. y medidas de control para minimizar o eliminar la emisión de ruido.

Palabras Clave: unidad de cuidados intensivos; enfermería; ruido

Introdução

A importância do ruído tem vindo a ser reconhecida como um fator determinante de bem-estar e conforto de doentes e profissionais de saúde. O impacto do ruído nos cuidados de enfermagem prestados em ambiente hospitalar é uma temática pertinente e que acompanha a própria génese da Enfermagem (Silva, 2014; Cunha & Silva, 2015).

As diretrizes da Organização Mundial da Saúde (OMS) de 1999 para ruído comunitário recomendam um máximo de 35 decibéis (dB), ajustados para a faixa de audição normal [dB (A)] durante a noite e 40 dB (A) durante o dia, para ambientes hospitalares. Determinando um nível de pressão sonora contínuo equivalente (Leq) máximo de 35 dB(A) em salas de tratamento e observação de doentes e 30 dB(A) em enfermarias. A United States Environmental Protection Agency (USEPA) citada por Berglund, B., Lindvall, T. & Dietrich (1999) fornece orientações para os níveis de ruído no ambiente hospitalar, em que recomenda níveis de 45 dB(A) para ruído diurno e 35 dB(A) para ruído noturno.

A nível nacional não existem diretrizes específicas para o controlo deste agente em meio hospitalar. A legislação portuguesa, relativa às prescrições mínimas de segurança e saúde em matéria de exposição dos trabalhadores aos riscos devidos ao ruído, consiste no Decreto-Lei n.º 182/2006, de 6 de setembro, que transpõe a Diretiva n.º 2003/10/CE, de 6 de fevereiro, do Parlamento Europeu e do Conselho. Este Decreto-Lei estabelece valores limite de exposição, no que se refere à exposição pessoal diária (LEX8h) e ao nível de pressão sonora de pico (LCpico). Para o LEX8h, o valor limite de exposição é de 87 dB (A) e para o LCpico é de 140 dB (C). Contudo, para LEX8h superiores a 80 dB (A) ou LCpico superiores a 135 dB (C), admite-se que há risco para a audição (Santos & Miguel, 2012).

Em ambiente hospitalar, os níveis de exposição pessoal diária ao ruído encontram-se, geralmente, abaixo dos níveis preconizados na legislação nacional. No entanto, podem ocorrer efeitos que vão além da perda de audição, que podem potenciar a ocorrência de erros e acidentes de trabalho neste tipo de instituições.

As Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) são serviços hospitalares que se caracterizam por serem unidades complexas, altamente apetrechadas tecnologicamente cujo objetivo é a vigilância, monitorização e tratamento de pessoas em situação crítica (PSC), e em que a situação é considerada potencialmente reversível (Administração Central do Sistema de Saúde, 2013). Muitos dispositivos médicos tecnológicos são usados nestas unidades, para vigilância, diagnóstico e tratamento e muitos deles causam ruído significativo. Assim, depreendemos que a complexidade tecnológica tem aumentado para uma melhor prestação de cuidados de saúde, mas ao mesmo tempo, determina um aumento dos níveis sonoros associados (Pires, 2016). Além disso, cuidados de higiene, alimentação, aspiração, e outros dispositivos usados durante os cuidados, bem como o ruído das chamadas telefónicas, podem aumentar o volume ainda mais, atingindo valores acima dos recomendados pela OMS em ambiente hospitalar (Çakir, Aslan & Alhan, 2016).

Neste âmbito, e no domínio da melhoria contínua da qualidade, do que são as Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico- Cirúrgica, espera-se que este proceda de forma a garantir um ambiente terapêutico e seguro, considerando a gestão do ambiente centrado na pessoa como condição imprescindível para a efetividade terapêutica e para a prevenção de incidentes, atuando proactivamente promovendo a envolvimento adequada ao bem-estar e gerindo o risco (Regulamento nº 140/2019 da Ordem dos Enfermeiros). Os enfermeiros podem e devem manipular as características do ambiente circundante, tal como o ruído, para aumentar o conforto do doente (Kolcaba,

2001; Kolcaba, 2006) Esta visão, é congruente com a visão de Nightingale, do ambiente como um elemento que pode auxiliar na cura e na restauração da saúde (Nightingale, 2005).

Após compreender a importância do papel do enfermeiro, como veículo promotor da mudança, para um ambiente terapêutico seguro e de qualidade, delineamos como objetivo principal avaliar o nível de ruído, a que estão expostos os enfermeiros de uma UCI e qual a percepção individual.



1. Enquadramento Teórico

As medições de ruído são extremamente importantes para avaliar o nível de exposição a que os profissionais de saúde estão sujeitos, dado o risco associado a este tipo de evento. De acordo com Zannin & Ferraz; Zannin et al.; Busch-Vishniac, Ryherd & Loupa citados por Andrade et al., 2021, em hospitais:

“estas medições são ainda mais importantes, dado o aspeto físico e vulnerabilidade emocional dos doentes e o stress ao qual o pessoal do hospital é submetido diariamente. Portanto, trabalhar em situações extremas, enquanto submetido a níveis de ruído que excedem aquele estabelecido por leis, padrões ou agências como a OMS pode atrasar a recuperação dos doentes e prejudicar o desempenho dos profissionais de saúde” (p. 19636).

Perante esta conjuntura, a Organização Mundial de Saúde ([OMS], 2011), citada por Çakir, Aslan & Alhan (2016), alerta para a necessidade de maximizar a segurança do doente e reduzir o risco de danos desnecessários relacionados com os cuidados de saúde. Neste âmbito, os enfermeiros desempenham um papel fundamental na redução do stress físico, psicológico e social a que os doentes estão expostos nas UCI e desenvolvem cuidados de saúde integrados com os progressos tecnológicos (Çakir, Aslan & Alhan, 2016) e ao mesmo tempo, eles próprios são objeto, sobre o qual recaem os efeitos adversos do ruído.

Têm sido publicados diversos estudos realizados em meio hospitalar que sugerem a associação da exposição ao ruído a múltiplas consequências para a saúde, tomando como exemplo, Darbyshire et al. (2019), quando nos dizem que o ruído excessivo em hospitais afeta negativamente o sono e a recuperação dos doentes, causa stress e fadiga na equipe e dificulta a comunicação ou Goeren et al. (2018) que nos dizem que ruído excessivo leva ao aumento da percepção da dor, aumento do delírio e aumento do tempo de internamento e até, comprometimento cognitivo contínuo após alta hospitalar.

Deste modo, um dos fatores de risco frequentemente presente nos locais de trabalho é o ruído, definido como som indesejado e perturbador. Um conceito subjetivo afetado por vários fatores culturais e fatores sociais, personalidade individual e atitudes (Agência Europeia do Ambiente, 2021). É, ainda, definido como “qualquer som que cause perturbação subjetiva ou irritação sendo um estímulo desagradável para as pessoas” (Akansel & Kaymakçi, 2008, p.1581).

Alguns estudos tiveram como propósito, determinar a eficácia de intervenções baseadas em comportamento para reduzir o ruído, através da implementação de medidas Bundles e da implementação de um “período de silêncio” noturno (Crawford et al., 2018; Goeren et al., 2018; Darbyshire et al., 2019), procurando aumentar a consciencialização entre a equipa e organizar sessões de formação para desenvolver as atitudes e comportamentos dos profissionais de saúde (Çakir, Aslan, & Alhan, 2016; Goeren et al., 2018). Alguns estudos concluíram que os níveis de ruído mais elevados nas UCI estão associados aos alarmes dos monitores (101,7 dBA), juntando-se ao bater de portas, ruído do telefone, ruído de bombas infusoras e ruídos da equipa respetivamente (Çakir, Aslan, & Alhan, 2016). A fim de superar esses problemas, sugerem que as tecnologias podem ser desenvolvidas para permitir que os alarmes do monitor possam ser ouvidos apenas pelos profissionais, os telefones devem ter ativado o sistema de vibração e as comunicações desnecessárias devem ser evitadas.

Como fontes de ruído mais significativas, para valores máximos de pressão sonora, foram destacados os alarmes do ventilador (82,7 dBA), do sistema de aspiração (91,6 dBA), os dispositivos de oxigénio a alto fluxo (10 l/minuto) (71,4 dBA), as seringas infusoras (68,7 dBA), as atividades dos profissionais de saúde e os diálogos (50-60 dBA) (Jung, Kim, Lee & Rhee, 2020). Confirmando que os níveis de ruído dos dispositivos mecânicos variaram de 41 dBA (mín.) a 91 dBA (máx.) e que os dispositivos de monitorização dos doentes geraram ruído alto e de alta frequência, 85 dB (níveis de ruído de pico). Verificaram ainda, para todas as UCI tipo open space, em internamento de adulto, que o turno da manhã e da tarde são os mais ruidosos nas unidades (níveis de LAeq entre 53,8 e 57,6 dBA) enquanto, no turno da noite os níveis de ruído obtidos foram mais baixos (níveis de LAeq entre 51,5 e 54,4 dBA), desde que não houvesse entrada de doentes. Na maioria das UCI os níveis de ruído durante os dias de fim de semana, eram inferiores aos observados nos dias da semana. No decorrer da discussão dos dados, os autores supracitados sugerem que a redução de ruído pode ser abordada de duas direções: reduzindo ruídos altos acima de 60 dB e reduzindo ruídos contínuos acima de 45 dB.



Marcelo, I. J. G. B., & Santiago, M. D. S. (2022).

O ruído no contexto dos cuidados intensivos: Contributo para a segurança e qualidade dos cuidados.

Servir, 2(02), e25906. DOI: <https://doi.org/10.48492/servir0202.25906>

Crawford et al. (2018) identificam os dispositivos de oxigénio a alto fluxo, como a fonte de ruído mais significativa. Destacando a importância da disseminação dos dados obtidos, em simultâneo com diretivas para criar mudanças e ao mesmo tempo encorajar os enfermeiros a relacionar as suas atividades com estes mesmos dados, como medida eficaz para aumentar a perceção do ruído. Durante o período de silêncio, limitar conversas, eliminando ruídos ambientais e diminuindo as luzes como um lembrete para ficar quieto, foram três estratégias simples implementadas para diminuir o ruído (Goeren et al., 2018).

Terzi et al. (2019), alertam, referindo que os níveis de ruído nas UCI estão bem acima dos níveis recomendados, o que afeta os níveis de satisfação e ansiedade no trabalho dos enfermeiros e consequentemente o seu desempenho. Num outro estudo, que procurou igualmente compreender o impacto dos níveis de ruído sobre os enfermeiros, Alidost et al. (2016), aplicaram um questionário de perceção da sensibilidade ao ruído, os resultados obtidos indicam que com o aumento dos níveis sonoros, o desgaste no trabalho tende a aumentar, especificamente nas subescalas de exaustão emocional, em que os níveis de ruído mais elevados, têm uma relação positiva e significativa com os níveis mais elevados de exaustão emocional, assim como, identificaram uma associação significativa e com correlação inversa, entre a experiência no trabalho e a subescala de exaustão emocional, de modo que, com o aumento da experiência no trabalho a exaustão emocional diminuía.

Perante estes achados, enfatizamos a necessidade de implementar abordagens para reduzir a poluição sonora em hospitais, e assim, para evitar o desgaste do trabalho dos enfermeiros. A American Association of Critical Care Nurses citada por Çakir, Aslan & Alhan (2016), defende um “ambiente de prática positiva”, em que a qualidade nos locais de trabalho é sinónimo de qualidade dos cuidados prestados aos doentes, assim como, um ambiente seguro no sector da saúde contribui significativamente para a segurança do doente e suporta resultados positivos para o mesmo. É necessário melhorar a qualidade dos serviços, com base na evidencia científica mais recente que apoie a excelência do desempenho. Num estudo realizado no Reino Unido (UK) (Darbyshire et al., 2019), constataram que identificar no espaço da UCI, onde se encontram localizadas as fontes de ruído, irá permitir que as intervenções sejam focadas em áreas de altos níveis de ruído, o que pode levar a redução significativa nos níveis de som gerais, ao atuar sobre a fonte.

Bennet et al. (2019) na sua investigação, procuram otimizar a utilização dos monitores com base em critérios de audibilidade e desempenho, em que as investigações revelaram que os alarmes atualmente utilizados, são difíceis de compreender e identificar, muitas vezes são ignorados ou desativados pelos profissionais e não foram adotados por todos os fabricantes de dispositivos, ou seja, não são Standard. Darbyshire et al. (2019) ao avaliar os níveis de pressão sonora numa UCI durante um ano, concluiu que o ruído hospitalar aumentava (0,26 dB anualmente), até ao ponto de comprometer a comunicação. Os alarmes dos monitores, ventiladores e bombas de infusão, não eram padronizados rotineiramente e as atividades em torno dos espaços da cama do doente, muitas vezes levavam ao disparo de alarmes, que não eram silenciados até concluírem. Quase 80% dos ruídos perturbadores são gerados por alarmes de monitor ou ventilador. No entanto, uma proporção significativa do ruído proveniente de conversas é identificada como desnecessária e pode ser evitada.

No geral, os resultados alcançados nos vários estudos, indicam que o comportamento/intervenções por si só, são provavelmente insuficientes para diminuir os níveis de ruído nas UCI para alvos aceitáveis, sugerindo a necessidade de controlos de engenharia, com a introdução de soluções tecnológicas e/ou alterações no espaço e equipamentos de trabalho para reduzir a exposição dos doentes a níveis de ruído considerados como perturbadores.

De forma a melhor dar resposta aos requisitos de avaliação do ruído, procedemos à caracterização da zona onde os limites foram verificados.

A unidade onde decorreu o estudo, dispõe de 4 boxes individualizadas por cortinas, posicionadas em frente a um balcão central. Nessa zona encontram-se os computadores, incluindo uma central de monitorização eletrocardiográfica e é aí onde se encontram em permanência os enfermeiros. Cada unidade do doente encontra-se equipada com um monitor de sinais vitais, um ventilador, várias bombas e seringas infusoras, um controlador de cuff, aspirador subglótico



montado, rampas de oxigénio e de ar comprimido, aspirador de secreções (preparado e regulado a 300 mBar). Todos eles colocados à cabeceira da cama, uma proximidade que maximiza os efeitos adversos de níveis mais elevados de ruído ambiental para os doentes (Darbyshire et al., 2019).

Há uma porta de maior dimensão que abre para a parte central da unidade e é utilizada para passagem de equipamento de assistência médica de maior dimensão e para a deslocação de doentes, sobretudo nas situações mais prioritárias. Existe uma outra porta, na lateral, que comunica com o corredor de passagem dos profissionais.

O rácio enfermeiro/doente é de 1:2, respeitando maioritariamente uma distribuição de 4 enfermeiros para cada turno (manhã, tarde e noite), em que um fica em funções de gestão, podendo vir a incluir a prestação de cuidados direta se necessário. A taxa de ocupação durante o período das medições foi de 3 doentes em 4 camas disponíveis, não houve entradas ou altas. Todas estas propriedades, na opinião de Çakir et al. (2016) & Jung, et al. (2020), podem vir a ter efeito no aumento da intensidade do ruído.

2. Métodos

O estudo quantitativo, tendo em vista a apresentação e interpretação numérica de observações, objetivou a explicação do fenómeno sobre o qual recaem as observações, neste caso sobre o nível de ruído hospitalar. Foi realizado com uma abordagem observacional descritiva, com método de amostragem não probabilística.

Numa fase inicial avaliou-se com um sonómetro, durante aproximadamente 48 horas, o nível de ruído, a que estão expostos os enfermeiros de uma UCI. Numa fase subsequente com a aplicação de um questionário, pesquisou-se sobre a perceção dos enfermeiros sobre o ruído.

2.1 Amostra

A amostra foi obtida por método de amostragem não probabilístico e ficou constituída por 21 enfermeiros de uma UCI. Esta integra 61,9 % de indivíduos do género masculino, com intervalo de idades entre os 27 e os 64 anos e uma média de 38.15 anos e por 38,1% de indivíduos do género feminino, com intervalo de idade entre os 25 e os 58 anos de idade, com uma média de idades de 41.8 anos. O período de colheita de dados ocorreu entre a segunda quinzena de setembro e a primeira quinzena de outubro de 2021.

O grau académico predominante é o de mestre (n=7; 33,3%) e apenas um enfermeiro não possui a licenciatura, sendo detentor do bacharelato. Salienta-se que entre os enfermeiros que participaram, 8 detinham uma especialidade em enfermagem.

O tempo global de experiência profissional, oscilou entre os 5 e os 20 anos. Constata-se que, 14,29% (3) eram profissionais, no máximo, há 5 anos, seguidos de 9,52% (2) que indicaram um tempo de exercício entre 6 e 10 anos. Na sua maioria 52,38% (11) tinham entre 11 e 20 anos e por último registaram-se 23,81% (5) de enfermeiros com mais de 20 anos de experiência. Quanto ao tempo de experiência profissional dos enfermeiros em cuidados intensivos (CI), este situa-se entre 2 e 39 anos e 38,09% (8) têm até 5 anos de experiência. Destes, 19,05% (4) referiram tempos de experiência em CI entre 6 e 10 anos, seguidos de 33,3% (7) que indicaram ter entre 11 e 20 anos e 9,52% (2) mais de 20 anos de experiência profissional em CI. Apesar da maioria apresentar longos anos de exercício da profissão de enfermagem, 38,1% exerce em contexto de cuidados intensivos há 5 anos ou menos.

2.1.1 Critérios de Inclusão

Os critérios de inclusão dos participantes na amostra foram: encontrarem-se atualmente a desempenhar funções na UCI do hospital onde decorreu a investigação e serem voluntários na pesquisa. Alinhado com os critérios, um total de 3 enfermeiros foram excluídos da pesquisa. A amostra compreendeu 21 enfermeiros (87,5% da população alvo).

Marcelo, I. J. G. B., & Santiago, M. D. S. (2022).

O ruído no contexto dos cuidados intensivos: Contributo para a segurança e qualidade dos cuidados.

Servir, 2(02), e25906. DOI: <https://doi.org/10.48492/servir0202.25906>

2.2 Instrumentos de recolha de dados

Foi avaliado o nível sonoro contínuo equivalente, ponderado A (LAeq). Os níveis de ruído de 30-130 dBA (mínimo/máximo) foram avaliados e registados a cada 10 segundos, com um sonómetro (IEC651 Type 2, ANSI S1,4) conjunto para ponderação A, resposta rápida. Este aparelho dispõe de um microfone que mede o som usando um medidor e um filtro de ponderação A, para simular a resposta de frequência do ouvido humano.

Procedeu-se também à elaboração de um questionário com três seções principais e um total de 9 questões: (1) informações sociodemográficas (idade e género); (2) caracterização académica e profissional (grau académico, tempo de experiência profissional e em cuidados intensivos); (3) uma questão que procura apurar se o enfermeiro recebeu formação sobre o ruído, uma outra questão, que procura compreender se para estes, é importante implementar programas de sensibilização direcionados à equipa de enfermagem para minorar o ruído. Por último, foi construída uma questão em formato de escala tipo Likert que procura caracterizar a perceção individual sobre o nível de ruído. O score de resposta tipo Likert varia entre 1 e 5, sendo que 1 corresponde a muito baixo, 2 a baixo, 3 a suportável, 4 a alto e 5 muito alto.

O tratameto estatístico foi realizado com recurso ao Programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versão 27.

Entre os procedimentos demarcados, inicialmente, procedeu-se à realização de uma revisão da literatura com a finalidade de delimitar, clarificar e caraterizar o nosso objeto de estudo (Vilelas, 2017), ou seja, evidenciar o estado de arte e ao mesmo tempo, fornecer “uma base de comparação para a interpretação dos resultados” (Fortin, 2009, p.87). As palavras-chave delineadas para iniciar esta pesquisa bibliográfica foram “Intensive care unit”; “Nursing” e “Noise”, validadas no MeSH.

2.3 Procedimentos

Este estudo teve início após obtenção da aprovação institucional, solicitada por email ao Conselho de Administração da Unidade Local de Saúde, onde se desenvolveu o projeto, do qual obtivemos resposta positiva.

Foi planeada uma entrevista semiestruturada, em que foi solicitada autorização do Diretor do Serviço de Medicina Intensiva (SMI) e do Enfermeiro Chefe do mesmo serviço, tendo dado ambos o seu parecer positivo.

Os questionários foram preenchidos, após ser expresso pela pessoa em causa, o seu consentimento livre e esclarecido e posteriormente colocados num envelope. Foi-lhe fornecida previamente informação adequada quanto ao objetivo e à natureza da intervenção, bem como as suas consequências e riscos, tendo todos de igual forma, oportunidade de participarem no estudo.

O questionário foi aplicado com o formulário do consentimento informado, no entanto foram entregues como dois documentos separados para garantir o anonimato e confidencialidade, permitindo assegurar as orientações éticas em investigação. Os registos do ruído não permitem a identificação dos participantes. O aparelho registou apenas os níveis de pressão sonora, nenhuma gravação de áudio foi feita. Foi solicitada a autorização do enfermeiro chefe, para proceder à colocação do aparelho na unidade, e procedemos de forma a não perturbar a dinâmica do serviço. Não foi necessária aprovação da comissão de ética, por não ser aplicável neste estudo.

O sonómetro foi fixado num suporte de metal, numa posição central (balcão de enfermagem) a cerca de 150 cm do chão. Para garantir uma medição precisa, o registo foi precedido pela calibração do medidor, usando um calibrador acústico (Modelo NC-74 marca RION/UNE-EN 60942:2005 classe1) para valores de 93,7dBA.

Os registos tiveram início às 07:38 horas do dia 19/09/2021 e terminaram às 08:11 horas de dia 21/09/2021, período que corresponde à capacidade da bateria do aparelho. As medições foram realizadas continuamente, mas para melhor conseguir compreender a distribuição dos níveis de ruído, analisámos níveis de ruído em intervalos de tempo específicos. Variáveis adicionais foram codificadas no conjunto de dados da seguinte forma “período de tempo”. Valores registados no período diurno



(7:00 h-22:59 h) e valores registados no período noturno (23:00h-6:59h); por turnos (M 8-16:30h, T 16-24h e N 23:30-8:30h); dia de semana (segunda e terça-feira); fim de semana (domingo) e por passagem de turno (8-8:30h,16-16:30h e 23:30-0h) e fora da passagem de turno. Ao fim dos dias de gravação, os dados recolhidos foram registados num banco de dados.

O protocolo de medição foi baseado nas orientações de estudos anteriores (Crawford et al, 2018 & Çakir et al., 2016). Contámos com o apoio de um especialista na área, um elemento do Gabinete de Segurança e Higiene no Trabalho, com formação específica em métodos e instrumentos de medição do ruído no trabalho, tendo-nos dado indicações imprescindíveis para utilizar o sonómetro de forma exata e segura, garantindo assim a objetividade dos dados gravados.

A análise estatística dos dados foi realizada utilizando o software Excel, em que foram calculados valores médios de intensidade do ruído a cada 30 minutos, obtendo dados sobre o ruído médio, por cada variável “período de tempo”.

Com a estatística descritiva, determinámos frequências absolutas e percentuais e algumas medidas de tendência central. Na análise estatística utilizámos os seguintes valores de significância, $p < 0.05$ – diferença estatística significativa e $p \geq 0.05$ -diferença estatística não significativa. Procurando perceber qual a probabilidade de os nossos resultados serem semelhantes aos que existem na população de origem (Vilelas, 2017).

3. Resultados

Da análise dos resultados verifica-se que, dos 21 elementos que compem a amostra, 57% não receberam formação sobre o ruído, ou seja, apenas 43% têm formação sobre o assunto. No entanto, a totalidade dos inquiridos considera que são importantes os programas de sensibilização direcionados à equipa de enfermagem para minorar o ruído hospitalar.

Questionados acerca do nível de ruído da Unidade onde se encontravam a trabalhar, constatamos que 19% classifica o nível de ruído como suportável, 61,9% afirma que é alto, 19% classificam o ruído como sendo muito alto. Nenhum dos enfermeiros caracteriza o nível de ruído como baixo ou como muito baixo. (Cf. Tabela 1).

Tabela 1 – Perceção dos enfermeiros acerca do ruído

	N	%
Muito alto	4	19
Alto	13	61,9
Suportável	4	19
Baixo	0	0
Muito baixo	0	0

Independentemente da subjetividade que possa estar inerente ao conceito de ruído, a totalidade dos enfermeiros (100%) têm perceção da existência de ruído no seu local de trabalho.

3.1. Resultados registos sonoros

Procedemos à avaliação dos valores médios de pressão sonora por intervalos de 30 minutos, obtendo os dados expressos na tabela seguinte.

Foram avaliadas as diferenças nas exposições ao ruído entre os dias da semana e o fim de semana, obtendo médias de 55,2 dBA (período diurno) e de 49,8 dBA (período noturno) para um dia de fim de semana e de 53,5 dBA (período diurno) e 50,2 dBA (período noturno) para um dia da semana. Evidenciando-se valores mais elevados no fim de semana, durante o dia. Obtivemos valores médios de ruído diários superiores aos noturnos, 55 dBA e 50 dBA respetivamente, o que vem corroborar os dados obtidos em todos os artigos identificados como pertinentes na nossa revisão da literatura. De referir também, que o menor valor obtido foi um registo diurno de 40 dBA e o maior valor, foi igualmente um valor diurno, de 83,7 dBA, durante o momento da passagem de turno. (Cf. Tabelas 2 e 3).

Tabela 2 – Níveis médios de pressão sonora/ período diurno

Ruído Médio Diurno	dBA
Ruído Médio dia 19 (07.39-22.59)	55.22934
Ruído Médio dia 20 (07.00-22.59)	53.52885
Ruído Médio dia 21 (07.00-08.11)	55.97728
Ruído Médio Diurno	54.91183
Fim de semana	55,2
Dia de semana	53,5

Tabela 3 – Níveis médios de pressão sonora/ período noturno

Ruído Médio Diurno	dBA
Ruído Médio Noturno dia 19-20 (23.00-06.59)	49.82847
Ruído Médio Noturno dia 20-21 (23.00-06.59)	50.19163
Ruído Médio Noturno	50.01005
Fim de semana	49,8
Dia de semana	50,2

Os resultados dos três dias de avaliação são representados de forma gráfica, apurando-se que, o período compreendido entre as duas linhas vermelhas paralelas, corresponde ao tempo de passagem de turno em que se verifica aumento dos níveis sonoros do ruído. (Cf. gráficos 1,2 e 3).

Gráfico 1 – Ruído Médio (19/09/2021)

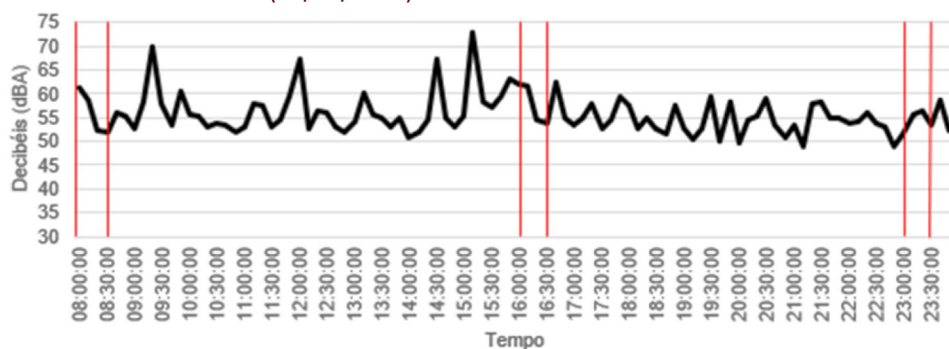


Gráfico 2 – Ruído Médio (20/09/2021)

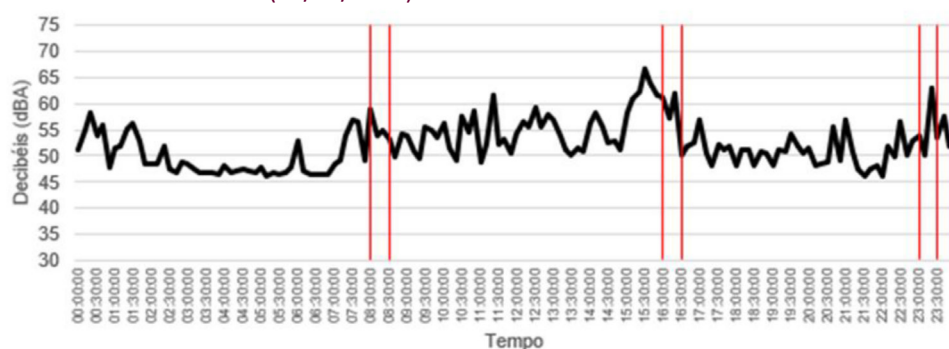
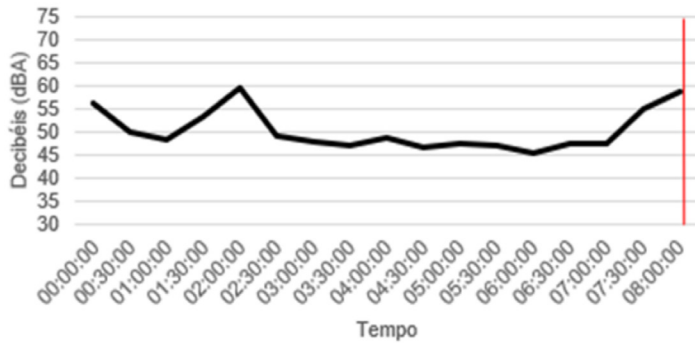




Gráfico 3 – Ruído Médio (21/09/2021)



4. Discussão

Como podemos constatar, os níveis sonoros hospitalares recomendados pela OMS são facilmente excedidos.

Os valores da intensidade média diária de ruído, medida neste estudo é consistente com observações de outros estudos (Crawford et al., 2018; Jung et al., 2020) permanecendo em aproximadamente 55 dBA para os períodos diurnos e 50 dBA para os períodos noturnos, valores superiores aos recomendados pela OMS e pela EPA. De frisar também, que este é um valor noturno mais alto do que o nível de ruído de 40 dBA, em que a qualidade do sono é afetada (OMS citada por Darbyshire et al., 2019).

Verificámos ainda que os turnos da manhã são os mais ruidosos na unidade em estudo (níveis de LAeq entre 55,46 e 58,58 dBA), seguido do turno da tarde (níveis de LAeq entre 51,9 e 54,36 dBA) e por último o turno da noite (níveis de LAeq entre 49,40 e 50,24 dBA, indo ao encontro dos dados obtidos no estudo de Jung, Kim, Lee e Rhee (2020).

Os dados obtidos vêm também corroborar a ideia de que uns dos principais contribuintes para o ruído nas UCI são fontes humanas, geradas a partir da área de trabalho de enfermagem (balcão central) ou conversas, mas também os momentos de prestação de cuidados (Çakir, Aslan & Alhan, 2016). A conversa da equipe foi documentada na literatura como uma fonte de ruído comum (Crawford et al., 2018; Darbyshire et al., 2019), sendo responsável de acordo com os nossos dados por ruído médio em passagens de turno de 56,9 dBA, com níveis médios de pico de até 83,7 dBA, enquanto, fora das passagens de turno obtivemos valores de 52,9 dBA. De acordo com Terzi et al (2019), em UCI, os níveis de ruído entre 55 e 70dB (A) podem ser aceites normalmente. Contudo, quando este nível está acima de 80dB (A), pode ter efeitos adversos sobre a equipa da unidade.

Através da consulta das notas de enfermagem e da programação de intervenções interdependentes no sistema de registo Metavision constatou-se uma relação dos valores registados com as atividades realizadas, associando as tarefas com a exposição ao ruído. Registos de valores de ruído mais elevados, correspondem também aos momentos de prestação de cuidados.

De acordo com a American Academy of Audiology citada por Goeren e colaboradores (2018) uma leitura de 70 dB, que é considerado alto, é equivalente ao nível de ruído do trânsito ou vácuo da aspiração; 60 dB é equivalente ao ruído nível de uma máquina de lavar louça ou conversa normal; 50 dB é equivalente ao nível de ruído de chuvas moderadas; e 40 dB é equivalente ao nível de ruído em uma biblioteca silenciosa. Estes resultados em simultâneo com as evidencias do nosso estudo vêm então reforçar a opinião de Horsten, Reinke, Absalom & Tulleken (2018) quando afirmam que as diretrizes da Organização Mundial da Saúde de 1999 para ruído comunitário não são alcançáveis numa UCI moderna, a menos que todo o equipamento seja desligado. Partindo destes pressupostos, o nosso foco principal, passa a ser colocado em reduzir os valores do nível de pressão sonora de pico (LCpeak), reduzindo ruídos altos acima de 60 dB, indo de encontro a uma das opções colocadas por Jung (2020) para confrontar a problemática da redução do ruído.



Marcelo, I. J. G. B., & Santiago, M. D. S. (2022).

O ruído no contexto dos cuidados intensivos: Contributo para a segurança e qualidade dos cuidados.

Servir, 2(02), e25906. DOI: <https://doi.org/10.48492/servir0202.25906>

Os registos gráficos mostram-nos, não uma linha constante, mas sim várias oscilações, as quais ilustram o ruído de pico, ou seja, há alterações da intensidade do ruído. E recordemos que, de acordo com os dados obtidos na resposta à questão que procura compreender a perceção dos enfermeiros acerca do ruído, estes têm perceção da existência de ruído nos seus locais de trabalho.

Os eventos de ruído de pico podem contribuir muito para eventos significativos de ruído em qualquer ambiente. Em alguns estudos foram identificados como eventos de ruído pico, o polimento de piso, alarmes de monitores, conversas dos profissionais, objetos a cair e abertura automática de portas. Estes, embora breves, podem contribuir significativamente para a exposição ao ruído (Goeren et al., 2018). Um bom exemplo, que nos é dado por Jung, Kim, Lee & Rhee (2020) são os alarmes do monitor Philips, usado na UCI onde decorreu este estudo. O alarme de cor azul (inoperacional) tem um valor médio de 62,8 dBA, o alarme amarelo 63,5 dBA e por último o alarme vermelho, o qual só cede por intervenção do profissional, e que alcança os 80,7 dBA.

Os resultados apurados, apesar das eventuais limitações metodológicas e amostrais, permitem inferir que sendo possível identificar fontes de ruído de pico e que ao serem passíveis de uma intervenção do enfermeiro, podemos delinear estratégias no sentido de reduzir ou minimizar o ruído de pico.

A relação entre as propriedades tempo de serviço/experiência profissional em CI e sua correlação com a perceção dos níveis de ruído, teria sido pertinente ser investigada no nosso estudo. Mas, não se observou um nível de significância estatística significativa entre elas ($p > 0,05$). A razão pelo qual isto não foi possível, pode prender-se com o fato de a amostra alvo ser pouco significativa, inferior a 30 elementos. De mencionar, os achados de Alidosti, Heydarabadi, Baboli, Nazarbig, & Mobasheri (2016) que no seu estudo destacam uma associação significativa e com correlação inversa, entre a experiência no trabalho e a subescala de exaustão emocional, de modo que, com o aumento da experiência no trabalho a exaustão emocional estava diminuída. Estes autores colocam a hipótese de que “com o aumento da experiência no trabalho e o aumento do conhecimento inerente, aumenta a capacidade para enfrentar situações de stress” (Alidosti, et al, 2016, p.106).

Na análise dos vários estudos, constatámos que diversas têm sido as medidas implementadas, para a redução dos níveis de ruído, uma abordagem de equipa, com medidas “Bundles” (McGough et al, 2018; Crawford et al, 2018); uma abordagem de “tempo de silêncio” ou também denominada de Quiet Time (Goeren et al, 2018). Esta abordagem consiste num conjunto de orientações, que são realizadas durante um ou mais períodos do dia, de forma a promover um ambiente tranquilo. Algumas dessas diretrizes incluem a reorganização dos horários das atividades dos enfermeiros e de outros profissionais, evitar visitas nesse período, desligar a televisão, colocar o telemóvel em modo vibratório, manter as portas fechadas, reduzir a intensidade das luzes, reduzir o volume e alarmes de monitores e outros equipamentos e minimizar as conversas dos profissionais (Goeren et al, 2018).

Embora estas abordagens para redução de ruído tenham sido moderadamente bem-sucedidas (McGough et al., 2018; Crawford et al., 2018; Goeren et al., 2018), os níveis de redução que alcançaram não foram suficientes para ter impacto no estado de saúde ou sobre a minimização dos efeitos adversos sobre os enfermeiros (Terzi et al., 2019).

Na análise dos registos gráficos, identificamos oscilações nos valores registados e identificaram-se valores como níveis de ruído de pico, mas nem sempre foi possível identificar as fontes de ruído. Por outro lado, sabemos que esses valores estão acima dos aceitáveis recomendados pela OMS e pela EPA.

Em face dos resultados e numa perspectiva realista a solução prática seria a de aceitar que o ruído na UCI é inevitável, daí ser necessário promover a redução de níveis de ruídos altos, ou seja, acima de 60 dB (Crawford et al., 2018; Jung et al., 2020). Baixo ruído de fundo é necessário para garantir uma boa comunicação entre os profissionais em ambientes de saúde, pois quando os níveis de ruído de fundo aumentam acima dos níveis normalmente baixos, tornam-se perturbadores e irritantes.



Decorrente dos resultados obtidos e por considerarmos que a redução de alguns desses níveis elevados seria útil, partimos para a implementação de um projeto de intervenção, objetivando a segurança e melhoria dos cuidados prestados. Visando envolver e consciencializar os profissionais acerca dos efeitos para a saúde, resultantes da exposição ao ruído e ao mesmo tempo definir medidas de prevenção e controlo, de modo a minimizar ou eliminar a emissão de ruído foram delineados duas intervenções. Na primeira, procurámos atuar na fonte, alterando os níveis de emissão de ruído. Para tal, foi construída uma Instrução de Trabalho (IT), a qual, vai de encontro à diminuição não apenas do ruído contínuo, mas sobretudo da diminuição dos níveis de ruído de pico. Em segundo lugar, promoveram-se mudanças de comportamento. Para o efeito, os resultados obtidos e representados graficamente, foram dados a conhecer à equipa de enfermagem através do grupo online, comum a todos os elementos, através das redes sociais, evidenciando quais os níveis de ruído atuais (dados das medições), causas de altos níveis de ruído (fontes) e o impacto do ruído nos doentes e profissionais, a fim de aumentar a consciencialização sobre as suas “próprias” contribuições para o ruído. Com esta intervenção objetivou-se promover mudanças de comportamento, informando e envolvendo os enfermeiros. Esta premissa foi suportada no estudo de Crawford et al. (2018), quando destaca a importância da disseminação dos dados obtidos, em simultâneo com diretivas para criar mudanças e ao mesmo tempo encorajar os enfermeiros a relacionar as suas atividades com estes mesmos dados, como medida eficaz para aumentar a perceção do ruído. Por outro lado, esta acção vai de encontro ao preconizado por Cheater e Closs citados por Richardson (2009) quando opinam que “a divulgação das diretrizes por si só não é suficiente para garantir a mudança de prática, mas é pré-requisito para sua implementação” (p. 3322).

Nesta perspetiva, onde e quando o conforto resulta da intervenção do enfermeiro, sendo este uma finalidade essencial dos cuidados de saúde, a gestão e otimização do ambiente que circunda a pessoa, no qual se incere o ruído, é da responsabilidade do enfermeiro. Quando se ambiciona a melhoria do estado de saúde através da manutenção de um ambiente adequado é fundamental promover o conforto da pessoa, tornando os cuidados de enfermagem humanistas e individualizados, procurando por essa via, enobrecer a prestação de cuidados de saúde de excelência (Locsin; Nightingale citados em Pereira, 2017).

Este estudo reforça a importância do papel dos prestadores de cuidados de saúde, especificamente dos enfermeiros, para a melhoria da qualidade em saúde e da segurança em saúde, não só, como fonte de informação para a melhoria dos sistemas e organizações de saúde, mas também, como unidade individual e base para a implementação de intervenções e projetos que visam a melhoria contínua da qualidade, diminuição do erro, aumento da segurança do doente e da perceção deste aumento, devendo ser um veículo essencial para a investigação e formação, utilizando a prática baseada na evidencia neste processo (Larrabee & Pearson, citados por Carvalho, 2020).

Conclusão

O ruído em UCI é reconhecido, por vários investigadores, como um agente com implicações negativas na saúde e bem-estar de doentes e profissionais de saúde. Através deste estudo, conseguimos determinar qual o nível de ruído, a que estão expostos os enfermeiros desta UCI. Os resultados revelaram que os valores são superiores aos determinados pelas diretrizes da OMS e da EPA dos EUA, mas inferiores aos explanados na legislação nacional sobre esta temática.

Independentemente da subjetividade que possa estar inerente ao conceito de ruído, os enfermeiros revelaram ter perceção da existência deste no seu local de trabalho. A aplicação dos questionários permitiu verificar que os enfermeiros percecionam o ruído como um agente perturbador do ambiente de trabalho.

Os resultados mostraram que as fontes de ruído do equipamento técnico e as fontes comunicacionais, são identificadas como aquelas que, emitem níveis de ruído mais elevados, havendo diferenciação entre o impacto causado pelo ruído de fundo e pelo ruído de pico. Embora as diretrizes da OMS e da EPA dos EUA sejam provavelmente inalcançáveis em qualquer área de cuidados intensivos de um hospital, os achados por nós encontrados, levam-nos a acreditar que, a redução de alguns desses níveis elevados deve ser possível, após identificar e localizar as fontes primárias de ruído e



Marcelo, I. J. G. B., & Santiago, M. D. S. (2022).

O ruído no contexto dos cuidados intensivos: Contributo para a segurança e qualidade dos cuidados.

Servir, 2(02), e25906. DOI: <https://doi.org/10.48492/servir0202.25906>

definir medidas de prevenção e de controlo de maneira a minimizar ou eliminar a emissão de ruído de pico.

Como ponto forte destacamos o uso de dados reais, o que permitiu à equipa de enfermagem consciencializar-se sobre a sua contribuição para os níveis de ruído.

Este estudo foi direcionado à equipa de enfermagem, mas reconhecemos todo o interesse em este ser realizado num contexto multidisciplinar (médicos, fisioterapeutas, assistente operacionais) e até direcionado ao doente, com aplicação de ferramentas adequadas, no sentido de contornar a dificuldade imposta pela pouca colaboração dos doentes sedados.

A maioria das intervenções delineadas, fomentam a eficácia das medidas que englobam alterações comportamentais, mas também, destacam a importância de intervenções de engenharia (Çakir, Aslan & Alban, 2016), o envolvimento dos progressos realizados no domínio dos conhecimentos científicos e tecnológicos (Bennet et al., 2019) e as melhorias estruturais (Jun et al., 2020) redesenhando o ambiente.

Por outro lado, é fundamental que os profissionais mantenham um papel mais ativo na diminuição dos níveis de ruído indesejáveis e que apesar de todos os entraves, seja promovida uma cultura de silêncio, adotando medidas que ajudem a promover melhor conforto ambiental e menores níveis de ruído, entre elas, mudança de comportamento. Esta ideia, tem como base, uma premissa adicional da teoria do conforto de Kolcaba (2001), a qual defende que, quando os enfermeiros tratam eficazmente as necessidades de conforto dos doentes, são alcançados melhores resultados para estes e para a instituição, incluindo maior satisfação do doente, altas bem-sucedidas e viabilidade financeira da instituição.

Tanto quanto nós sabemos este é o primeiro estudo sobre esta temática, a ser realizado nesta unidade de saúde, em que é avaliado o nível de pressão sonora média e os dados são trabalhados. Limita-se ao local onde foi desenvolvido, pelo qual o seu impacto poderá estar cerceado, no entanto, a sua publicação poderá servir de exemplo, para replicações noutras UCI.

O ruído representa um importante problema de saúde pública, para os profissionais de saúde e para os doentes, pelo qual estes estudos não se devem restringir ao contexto académico.

Conflito de Interesses

Os autores declaram que o presente artigo divulga os resultados apurados no âmbito da componente de investigação desenvolvida no curso de Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica: Pessoa em Situação Crítica, realizado na Escola Superior de Saúde, Instituto Politécnico de Beja e cujo Relatório está disponível no Repositório do Instituto Politécnico de Beja, na Biblioteca do Departamento de Saúde.

Referências bibliográficas

- Administração Central dos Serviços de Saúde (2013). *Recomendações Técnicas para Instalações de Unidade de Cuidados Intensivos*. Lisboa. Acedido em 2 de janeiro de 2022. Retirado de <http://www2.acss.min.saude.pt/Portals/0/RT%2009%202013%20DOC%20COMPLETO.PDF>.
- Agência Europeia do Ambiente. (2021). Consultado em https://www.eea.europa.eu/pt/pressroom/infografia/poluicao-sonora-na-europa/image/image_view_fullscreen
- Akansel, N., & Kaymakçi, Ş. (2008). Effects of intensive care unit noise on patients: A study on coronary artery bypass graft surgery patients. *Journal of Clinical Nursing*, 17(12), 1581-1590. doi:10.1111/j.1365-2702.2007.02144.x
- Alidosti, M., Heydarabadi, A. B., Baboli, Z., Nazarbig, H., & Mobasheri, M. (2016). Association between job burnout and noise pollution among nurses in Behbahan city, Iran. *Journal of Fundamentals of Mental Health*, 18(2), 103-108. doi:10.22038/JFMH.2016.6676
- Andrade, E. L., Silva, D. C. C., Lima, E. A., Oliveira, R. A., Zannin, P. H. T., & Martins, A. C. G. (2021). Environmental noise in hospitals: a systematic review. *Environmental science and pollution research international*, 28(16), 19629–19642. doi:10.1007/s11356-021-13211-2



- Bennett, C., Dudaryk, R., Crenshaw, N., Edworthy, J., & McNeer, R. (2019). Recommendation of New Medical Alarms Based on Audibility, Identifiability, and Detectability in a Randomized, Simulation-Based Study. *Critical care medicine*, 47(8), 1050–1057. doi: 10.1097/CCM.0000000000003802
- Berglund, B., Lindvall, T. & Dietrich (1999). Guidelines for community noise. In *Protection of the human environment*. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/66217>
- Çakir, M., Aslan, F. E., & Alhan, H. C. (2016). Determination of Factors that Cause Noise in Intensive Care Unit Environment. *Turkiye Klinikleri Journal of Nursing*, 8(3), 197-203. doi:10.5336/nurses.2015-44340
- Carvalho, C. (2020). Segurança do doente crítico: Notificação de eventos adversos. Instituto Politécnico de Portalegre. Dissertação de mestrado. Consultado em: <http://hdl.handle.net/10400.26/33594>
- Crawford, K. J., Barnes, L. A., Peters, T. M., Falk, J., & Gehlbach, B. K. (2018). Identifying determinants of noise in a medical intensive care unit. *Journal of Occupational and Environmental Hygiene*, 15(12), 810-817. doi:10.1080/15459624.2018.1515491
- Cunha, M., Silva, N. (2015). Hospital noise and patients' wellbeing. *Procedia- Social and Behavioral Sciences*, 171, 246-251.
- Darbyshire, J. L., Müller-Trapet, M., Cheer, J., Fazi, F. M., & Young, J. D. (2019). Mapping sources of noise in an intensive care unit. *Anaesthesia*, 74(8), 1018-1025. doi:10.1111/anae.14690
- Fortin, M. F., Côté, J., & Fillion, F. (2009). Fundamentos e etapas do processo de investigação. Loures: Lusodidacta.
- Goeren, D., John, S., Meskill, K., Iacono, L., Wahl, S., & Scanlon, K. (2018). Quiet Time: A Noise Reduction Initiative in a Neurosurgical Intensive Care Unit. *Critical Care Nurse*, 38(4), 38-44. doi:10.4037/ccn2018219
- Horsten, S., Reinke, L., Absalom, A. R., & Tulleken, J. E. (2018). Systematic review of the effects of intensive-care-unit noise on sleep of healthy subjects and the critically ill. *British journal of anaesthesia*, 120(3), 443-452. doi: 10.1016/j.bja.2017.09.006
- Jung, S., Kim, J., Lee, J., Rhee, C., Na, S., & Yoon, J. (2020). Assessment of Noise Exposure and Its Characteristics in the Intensive Care Unit of a Tertiary Hospital. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(13). doi:10.3390/ijerph17134670
- Kolcaba K. (2001). Evolução da teoria de conforto de médio alcance para pesquisa de resultados. *Enfermeira Outlook*.49(2):86-92.
- Kolcaba, K., Tilton, C. & Drouin, C. (2006). Comfort Theory, A unifying framework to enhance the practice environment. *The Journal of Nursing Administration*, 36 (11), 538-544.
- Mcgough, N. N., Keane, T., Uppal, A., Dumlao, M., Rutherford, W., Kellogg, K., Ward. E., Kendal, C., & Fields, W. (2018). Noise Reduction in Progressive Care Units. *Journal of Nursing Care Quality*, 33(2), 166-172. doi:10.1097/ncq.0000000000000275
- Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social (2006). Decreto-Lei n.º 182/2006, de 6 de setembro. Diário da República N.º 172, Série I (6 de setembro de 2006), p.p. 6584 – 6593.
- Nightingale, F. (2005). *Notas Sobre Enfermagem: O que é e o que não é*. Lisboa: Lusociência - Edições Técnicas e Científicas, Lda.
- Ordem dos enfermeiros (2019). Regulamento n.º 140/2019. Diário da República, n.º 26, pp.4744-4750. Obtido em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>
- World Health Organization. (2019) Medication Safety in High-risk Situations Technical Report. Genebra. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/325131/WHO-UHC-SDS-2019-10-eng.pdf?ua=1>
- Pereira, M. R. C. (2017). Gestão do ambiente no cuidado à pessoa em situação Crítica: uma intervenção de enfermagem especializada. Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (Relatório de Estágio). Lisboa. Consultado em <http://hdl.handle.net/10400.26/22154>
- Pires, S. A. R. (2016). Exposição Ocupacional ao Ruído em Unidades de Cuidados Intensivos numa Unidade Hospitalar da Grande Lisboa (Dissertação de mestrado). Universidade de Lisboa. Richardson, A., Thompson, A., Coghill, E., Chambers, L. & Turnock C. (2009). Development and implementation of a noise reduction intervention programme: a pre- and postaudit of three hospital wards. 18(23), pp.3316–3324. doi:10.1111/j.1365-2702.2009.02897.
- Santos, J. & Miguel, A. S. (2012). Níveis Sonoros em Ambiente Hospitalar – O Caso das Unidades de Cuidados Intensivos. Sociedade Portuguesa de Segurança e Higiene Ocupacionais consultado em: <http://hdl.handle.net/10400.22/7504>
- Silva, N. M. J. (2014). Ruído hospitalar: implicações no bem-estar do doente (Dissertação de mestrado). Instituto



Marcelo, I. J. G. B., & Santiago, M. D. S. (2022).

O ruído no contexto dos cuidados intensivos: Contributo para a segurança e qualidade dos cuidados.

Servir, 2(02), e25906. DOI: <https://doi.org/10.48492/servir0202.25906>

45

Politécnico de Viseu.

Terzi, B., Azizoğlu, F., Polat, Ş, Kaya, N., & Işsever, H. (2019). The effects of noise levels on nurses in intensive care units.

Nursing in Critical Care, 24(5), 299-305. doi:10.1111/nicc.12414

Vilelas, J. (2020). *Investigação- O Processo de Construção do Conhecimento* (3rd ed.). Edições Sílabo.

DETERMINANTES DO GANHO DE PESO INTERDIALÍTICO EM PESSOAS EM HEMODIÁLISE

DETERMINANTS OF INTERDIALYTIC WEIGHT GAIN IN PEOPLE ON HEMODIALYSIS

DETERMINANTES DEL AUMENTO DE PESO INTERDIALÍTICO EN PERSONAS EN HEMODIÁLISIS

Susana Pires¹
José Carrão²
Mauro Mota³
Madalena Cunha⁴

¹Instituto Politécnico de Viseu, Escola Superior de Saúde, Viseu, Portugal (susana82pires@gmail.com)

²Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, serviço de Nefrologia, Coimbra, Portugal (jmcarrao@gmail.com)

³Instituto Politécnico de Viseu, Escola Superior de Saúde, Viseu, Portugal (maurolopesmota@gmail.com) | <http://orcid.org/0000-0001-8188-6533>

⁴Instituto Politécnico de Viseu, Escola Superior de Saúde, Viseu, Portugal (madalenacunhanunes@gmail.com) | <https://orcid.org/0000-0003-0710-9220>

Corresponding Author

Susana Pires
Urb. Portas de S. Miguel, lote 9, 1º esq.
3020-166 Coimbra, Portugal
susana82pires@gmail.com

RECEIVED: 13th January, 2022

ACCEPTED: 3rd March, 2022

Servir, 2(02), e26229

DOI:10.48492/servir0202.26229

2022



RESUMO

Introdução: O estado nutricional das pessoas em hemodiálise configura-se como um fator de preocupação e um desafio para os profissionais de saúde, mais concretamente para os enfermeiros, o que justifica desenvolver investigação sobre esta problemática.

Objetivo: Avaliar os determinantes do ganho de peso interdialítico em pessoas em hemodiálise.

Métodos: Estudo de análise quantitativa, descritivo, em coorte transversal, numa amostra não probabilística por conveniência de 81 pessoas em programa regular de hemodiálise, de um centro de diálise privado do distrito de Viseu.

Resultados: Apurou-se uma correlação estatisticamente significativa entre as restrições hídricas e o ganho de peso. Os participantes que não medem a quantidade de líquidos permitidos por dia, que suportam a sede e que evitam refeições muito condimentadas tendem a apresentar um menor ganho de peso médio. Em termos do ganho de peso relativo, apenas se observou a existência de correlação estatisticamente significativa com o item «Ajusta a quantidade de líquidos que bebe ao volume de urina diário». Os participantes que ajustam a quantidade de líquidos que bebem ao volume de urina diário revelam menor ganho de peso relativo; os que consomem alimentos integrais com maior frequência evidenciam um maior aumento de peso absoluto. Correlação significativa negativa entre o ganho relativo de peso e a frequência do consumo de conservas de carne ou peixe, com maior propensão a evidenciar um menor ganho relativo de peso. O Índice de massa corporal associou-se a maior ganho de peso absoluto e médio; maior perímetro abdominal associou-se a maior ganho de peso médio, mas menor ganho relativo de peso; maior perímetro da circunferência do pescoço associou-se a menor ganho relativo de peso.

Conclusão: Apontam-se como estratégias de melhoria, na procura da excelência dos cuidados, avaliar e promover o nível de literacia para a saúde da pessoa em hemodiálise. Os enfermeiros deverão incentivar os ensinamentos de educação para a saúde sobre adesão às restrições hídricas e ao controlo da ingestão de alimentos ricos em sódio para prevenção de complicações e melhor controlo de ganho de peso interdialítico.

Palavras-chave: doença renal crónica; hemodiálise; estado nutricional; ganho de peso interdialítico

ABSTRACT

Introduction: The nutritional status of hemodialysis patients is a factor of concern and a challenge for health professionals, specifically for nurses, which justifies the development of research on this issue.

Objective: To evaluate the determinants of interdialytic weight gain in people on hemodialysis.

Methods: Quantitative, descriptive, cross-sectional study, in a non-probabilistic convenience sample of 81 people in a regular hemodialysis program, from a private dialysis center in the district of Viseu.

Results: Statistically significant correlation between water restrictions and weight gain. Participants who do not measure the amount of fluids allowed per day, who support thirst and who avoid very spicy meals tend to have a lower average weight gain. In terms of relative weight gain, there was only a statistically significant correlation with the item «Adjusts the amount of liquid you drink to the daily urine volume». Participants who adjust the amount of fluid they drink to the daily urine volume show less relative weight gain; those who consume whole foods more frequently show a greater increase in absolute weight. Negative significant correlation between the relative weight gain and the frequency of consumption of canned meat or fish, with a greater propensity to show a lower relative weight gain. Body mass index was associated with greater absolute and mean weight gain; greater waist circumference was associated with greater mean weight gain, but less relative weight gain; greater circumference of the neck circumference was associated with less relative weight gain.

Conclusion: As improvement strategies, in the search for care excellence, reinforce and assess the health literacy level of the person undergoing hemodialysis. Nurses should reinforce health education teachings on adherence to water restrictions and control of intake of foods rich in sodium to prevent complications and better control interdialytic weight gain.

Keywords: chronic kidney disease; hemodialysis; nutritional status; interdialytic weight gain

RESUMEN

Introducción: El estado nutricional de los pacientes en hemodiálisis es un factor de preocupación y un desafío para los profesionales de la salud, específicamente para las enfermeras, lo que justifica el desarrollo de investigaciones sobre este tema.

Objetivo: Evaluar los determinantes del aumento de peso interdialítico en personas en hemodiálisis.

Métodos: Estudio cuantitativo, descriptivo, transversal, en una muestra de conveniencia no probabilística de 81 personas en un programa regular de hemodiálisis, de un centro de diálisis privado en el distrito de Viseu.

Resultados: Correlación estadísticamente significativa entre las restricciones de agua y el aumento de peso. Los participantes que no miden la cantidad de líquidos permitidos por día, que apoyan la sed y que evitan las comidas muy picantes tienden a tener una ganancia de peso promedio más baja. En términos de aumento de peso relativo, solo hubo una correlación estadísticamente significativa con el ítem «Ajusta la cantidad de líquido que bebe al volumen diario de orina». Los participantes que ajustan la cantidad de líquido que beben al volumen diario de orina muestran un menor aumento de peso relativo; los que consumen alimentos integrales con mayor frecuencia muestran un mayor aumento de peso absoluto. Correlación negativa significativa entre el aumento de peso relativo y la frecuencia de consumo de conservas de carne o pescado, con mayor propensión a presentar un menor aumento de peso relativo. El índice de masa corporal se asoció con una mayor ganancia de peso absoluta y media; una mayor circunferencia de la cintura se asoció con un mayor aumento de peso medio, pero un menor aumento de peso relativo; una mayor circunferencia de la cintura se asoció con un mayor aumento de peso medio, pero un menor aumento de peso relativo; una mayor circunferencia de la circunferencia del cuello se asoció con un menor aumento de peso relativo.

Conclusión: Como estrategias de mejora, en la búsqueda de la excelência asistencial, reforzar y evaluar el nivel de alfabetización sanitaria de la persona en hemodiálisis. Las enfermeiras deben reforzar las enseñanzas de educación sanitaria sobre el cumplimiento de las restricciones de agua y el control de la ingesta de alimentos ricos en sodio para prevenir complicaciones y controlar mejor el aumento de peso interdialítico.

Palabras Clave: enfermedad renal crónica; hemodiálisis; estados nutricionales; aumento de peso interdialítico



Introdução

Atualmente, a nível mundial, mais de três milhões de pessoas com doença renal crónica (DRC) conseguem sobreviver graças ao tratamento de diálise. O número de doentes que iniciam a terapêutica substitutiva da função renal (TSFR) tem vindo a crescer anualmente, embora com variações muito significativas de país para país (Pratas, 2020). Em Portugal, o número de doentes que iniciam diálise todos os anos, ainda com alguma estabilização, na última década, voltou a crescer em 2019. Todavia, a prevalência de doentes em diálise, a nível nacional, tem vindo a aumentar sustentadamente nos últimos anos, colocando Portugal no grupo de países com maior percentagem de doentes em programa regular de diálise. A incidência de doentes em diálise está associada a vários fatores, nomeadamente: (i) incidência e prevalência de doenças que podem resultar em doença DRC terminal (DRCT), sobretudo a diabetes *mellitus* e a hipertensão arterial; (ii) capacidade dos sistemas de saúde para a identificação da DRC e protelarem a sua progressão; nível de função renal quando o tratamento substitutivo é iniciado; (iii) disponibilidade de recursos para proporcionar a terapêutica de diálise (Pratas, 2020).

O tratamento das pessoas com doença renal crónica terminal é complexo e multidimensional, ocupando a gestão nutricional particular relevância que se configura como um fator de “preocupação e de desafio para as equipas multidisciplinares que os assistem” (Ferraz et al., 2015, p. 307). A quantidade de líquido obtido entre as sessões dialíticas recebe a denominação de ganho de peso interdialítico (GPID), ou seja, é o resultado da ingestão de sal e água entre duas sessões de hemodiálise (Ipema et al., 2016). No final de cada sessão de hemodiálise, a pessoa deverá chegar ao seu peso seco, que é considerado o peso ideal para a pessoa não apresentar edemas, dispneia e nem sintomas intradialíticos de caimbrãs, hipotensão; este é estabelecido pelo nefrologista. O GPID excessivo pode resultar do “elevado consumo de líquidos, sódio, proteínas e da baixa eficiência dialítica” (Silva, 2019, p. 15), sendo comumente empregue “como um parâmetro para a ingestão de líquidos durante a ingestão diária, tendo em conta a produção de urina em consideração”. Um maior GPID está associado a uma pressão maior do nível de sangue pré-diálise, maiores reduções intradialíticas na pressão sanguínea como resultado de maior taxa de ultrafiltração e aumento da mortalidade (Ipema et al., 2016).

Ao mesmo tempo, o GPID é cada vez mais reconhecido como um indicador do status nutricional, sendo a desnutrição considerada uma das principais complicações em doentes em hemodiálise e pode resultar no aumento da morbidade e mortalidade. As causas da desnutrição em diálise são multifatoriais e incluem a redução do apetite e a ingestão de alimentos, perda de proteína-energia como resultado da inflamação crónica e a redução da atividade física (Wong et al., 2017).

O GPID excessivo, devido à sobrecarga de volume, pode resultar no aumento nos níveis tensionais e pode estar relacionada com “os biomarcadores de risco cardiovascular, tais como o dímero D, a troponina T e o N-terminal do peptídeo natriurético tipo B” (Silva, 2019, p. 16). Conforme a mesma autora, essas implicações clínicas são suscetíveis de levar a um maior número de hospitalizações e aumento das taxas de mortalidade. As evidências científicas referem que os determinantes relacionados com o GPID compreendem a idade, o género, o tempo de hemodiálise, as habilitações académicas, o estado nutricional, entre outros. Contudo, as correlações entre estas variáveis ainda são inconsistentes. Alicerçado nestes pressupostos, definiu-se a seguinte questão de investigação: *Qual o efeito do padrão alimentar, do estado nutricional, da aceitação da doença e da incapacidade no ganho de peso interdialítico?*

1. Enquadramento Teórico

A doença renal pode caracterizar-se como a perda das funções dos rins, podendo ser aguda ou crónica. Existem diversos fatores que podem levar a esta falência renal, os rins tornam-se incapazes de proceder à eliminação de certos resíduos produzidos pelo organismo. A doença renal crónica (DRC) torna-se avançada, quando a percentagem de rim funcional é inferior a 20%, muitas vezes, só nesta fase surgem os primeiros sintomas (Ponce, 2020), consistindo numa “síndrome clínica decorrente da perda lenta, progressiva e irreversível da taxa de filtração glomerular” (Gordino, 2019, p. 1), apontada como um problema de saúde pública à escala mundial (Ponce, 2020).

A Kidney Disease Improvement Global Outcomes (KDIGO, 2013), reporta que a DRC corresponde a umas anormalidades na estrutura ou na função renal presentes num período mínimo de três meses, apresentando implicações na saúde. Os sobreviventes de um episódio de insuficiência renal aguda (IRA) correm um risco acrescido de desenvolver DRC, podendo progredir para estadios mais avançados da mesma.

Em 2013 estabeleceu-se um consenso sobre a forma de caracterizar e estadiar a DRC, assim, segundo a KDIGO (2013) outra forma de definir/estadiar a doença passa por correlacionar a Taxa de Filtração Glomerular (TFG) e os níveis de Albuminúria. Souza e Oliveira (2017), salientam que para uma correta caracterização da função renal e do estadiamento em que a pessoa se encontra é fundamental a análise destes dois parâmetros (TFG e marcador de dano renal) e realizar esta avaliação de forma periódica (3 meses). Em síntese, pode caracterizar-se a TFG entre G1 e G5 e o marcador de dano renal (neste caso a albuminúria) de A1 a A3. A junção destes dois fatores, mantidos ao longo de 3 meses caracterizam o estadiamento de DRC da pessoa. A DRC, segundo Ponce (2020, p. 4), divide-se em estádios que ajudam a estratificar o prognóstico de progressão da doença e a planear as prioridades terapêuticas: “Estadio 1, DRC 1 ou G1 – existe lesão renal, mas o Débito do Filtrado Glomerular (DFG) é <90 ml/minuto. Afeta cerca de 4,5% da população; Estadio 2, DRC 2 ou G2 – está presente uma lesão renal com um DFG de 60-90 ml/minuto. Afeta cerca de 4% da população; Estadio 3, DRC 3 ou G3 – redução moderada do DFG para 30-60 ml/minuto. Afeta cerca de 3% da população; Estadio 4, DRC 4 ou G4 – o DFG é de 15-30 ml/minuto. Afeta 0,5-1,5% da população; Estadio 5, DRC 5 ou G5 – o DFG é <15 ml/minuto. Afeta 0,1% da população, incluindo já os doentes em terapêutica substitutiva da função renal (diálise ou transplantação)”.

Como fatores de risco mais proeminentes para uma pessoa progredir de IRA para DRC encontram-se a necessidade de terapia renal substitutiva (TRS), a gravidade da IRA, o processo de envelhecimento e a diabetes *mellitus* (Gordino, 2019). Todavia, o mecanismo pelo qual a IRA avança para a DRC progressiva ainda não se encontra completamente compreendido e alguns estudos pré-clínicos sugerem possíveis mecanismos, nomeadamente a “lesão endotelial aguda e perda de nefrónios” apontando como a causa mais frequente de DRC a hipertensão arterial (Gordino, 2019, p. 1).

Na última década tem-se registado um aumento de casos de DRC em distintos contextos, estando relacionado com o envelhecimento da população e com a melhoria da expectativa de vida. Como já referido, a hipertensão arterial, a diabetes e a glomerulonefrite primária constituem-se como as principais causas de DRC, mas as disparidades socioeconómicas, raciais e de género configuram-se igualmente como fatores determinantes. Nos países desenvolvidos, estima-se uma prevalência da DRC entre 10/13% na população adulta, enquanto nos países em desenvolvimento prevalece uma limitação e heterogeneidade os dados de prevalência, não permitindo uma estimativa (Marinho et al., 2017; Pratas, 2020).

A corroborar, Nolasco et al. (2017) referem que a prevalência da DRC é uma importante questão de saúde pública global que afeta os Estados Unidos e os países europeus, reconhecida como um problema global de saúde pública.

A 31 de dezembro de 2020 em Portugal, existiam 20.713 pessoas em tratamento dialítico (hemodiálise (HD) ou diálise peritoneal (DP)) ou com transplante de rim funcional, sendo que em HD eram 12.458 pessoas. A média de idades de pessoas em HD e DP é de 67,6 anos. Neste mesmo ano iniciaram HD 2.101 pessoas, segundo Galvão (2021). Os dados avançados por Nolasco et al. (2017, pp. 5-6), até ao final de 2016, revelam que a “hemodiálise continua a ser a principal técnica de substituição da função renal (com 59,7% de doentes prevalentes), a transplantação renal com 36,8% de doentes prevalentes, e sendo a diálise peritoneal a técnica escolhida por menos de 10% dos doentes incidentes, representando apenas 3,7% dos doentes prevalentes em tratamento substitutivo”. Os autores referem que, apesar da incidência nos últimos anos ser significativamente mais elevada, a “menor representação da diálise peritoneal continua a ser inferior à da maioria dos países europeus, ao contrário da transplantação renal em que lideramos na Europa e no Mundo”.

Portugal apresenta uma tendência de crescimento anual de DRC 5 em diálise (D) ou transplantação (T), uma incidência superior à média dos países da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE), evidenciando as “taxas mais elevadas de incidência e prevalência de DRC5 D ou T da Europa (226,7 pmp e 1824,4 pmp respetivamente em 2015)” (Nolasco et al. 2017, p. 11). Esta incidência da DRC5 sob terapêutica substitutiva da função renal a nível nacional deve-se, sobretudo, ao já referido envelhecimento da população e ao aumento da esperança de vida.

O tratamento da pessoa com DRC em hemodiálise exige o seu envolvimento num regime complexo de necessidades que compreende os cuidados com o acesso vascular, adesão ao uso das medidas farmacológicas prescritas e às orientações nutricionais. “As recomendações ao nível da dieta recomendam a escolha de alimentos com menor conteúdo de sódio,



potássio e fósforo, manutenção de uma ingestão adequada de proteínas, além da restrição de líquido” (Nerbass et al., 2011, p. 301). A adesão à ingestão apropriada de líquidos é avaliada através do GPID. Estudos na área consideram o elevado GPID como um marcador de melhor estado nutricional, tendo em conta que algumas pessoas bem nutridas revelam uma maior ingestão alimentar e hídrica, todavia, outros mostram que as pessoas malnutridas têm maior GPID devido à “preferência por alimentos líquidos ou semilíquidos” (Silva, 2019, p. 28). O GPID excessivo pode ser efeito da baixa eficiência dialítica. Ipema et al. (2016) avaliaram a qualidade da diálise através do cálculo de Kt/v, que recorre à concentração de ureia no plasma pré e pós diálise, apurando estar associado à eficiência da retirada de líquidos durante as sessões, porém, não comprovaram uma associação entre o GPID e Kt/v.

2. MÉTODOS

Estudo de natureza quantitativa e análise descritiva, em coorte transversal realizado numa amostra não probabilística por conveniência de doentes de um centro de diálise privado do distrito de Viseu.

2.1 Participantes

O estudo incluiu 81 doentes, com idades compreendidas entre os 18 e ≥ 81 anos, sendo o grupo etário mais prevalente o dos 71 aos 80 anos (38.3%), maioritariamente do género feminino (66.7%), a residir em áreas rurais (81.5%) e com habilitações literárias iguais ou inferiores ao 4.º ano (66.7%), estando 79.0% em situação de aposentados/reformados.

2.1.1 Critérios de inclusão

Estabeleceu-se como critérios de inclusão para os participantes: idade ≥ 18 anos, realizar tratamento de HD no mínimo há 6 meses, sem perturbações cognitivas/ mentais e apresentar débito urinário até 500 ml/dia.

2.2 Instrumento de recolha de dados

Foram aplicados os seguintes meios de recolha de dados: Questionário de caracterização sociodemográfica, de contexto clínico; Questionário relativo às características familiares e alimentares, às estratégias de adaptação de Morais (2012); Escala de Aceitação da Doença de Felton`s (Felton, Reverson e Hinrichsen (1984)), versão portuguesa de Martins (2002); Escala de Aceitação da Incapacidade (“Acceptance of Disability Scale, ADS - Linkowski, 1969), versão portuguesa de Martins (2002); Questionário de avaliação antropométrica e dados clínicos.

Escala de Aceitação da Doença de Felton`s (Felton, Reverson e Hinrichsen, 1984), versão portuguesa de Martins (2002)

Consiste num questionário que enfoca a dimensão da aceitação da doença ou até que ponto os respondentes podem aceitar a sua doença sem experimentar sentimentos ou respostas negativas (Keogh & Feehally, 1999, cit. por Martins, 2002, p. 131). A escala foi elaborada nos Estados Unidos da América, em adultos com doença crónica, para avaliar o sucesso dos doentes em sentirem aceitação e valor, não obstante a sua “incapacidade, dependência e sentimentos de inutilidade que a doença ocasiona”. Os seus itens foram elaborados a partir da escala de Linkowski (Felton, Reverson & Hinrichsen, 1984). Em 1999, Keogh e Feehally, no Reino Unido, usaram-na num estudo para avaliar a aceitação/ajustamento em doentes em diálise renal, comparando-os nos diferentes tipos de diálise. A consistência interna da escala, medida através do alfa de Cronbach foi sugestiva de boa consistência interna ($\alpha = .83$). No estudo de Keogh & Feehally (1999), em 204 doentes em terapia de substituição renal, abrangendo os transplantados com sucesso, a consistência interna da escala também foi sugestiva de razoável ($\alpha = .70$). A escala foi traduzida e aplicada numa amostra de 40 doentes portugueses em 2002, por Martins (2002), no entanto, dado que a amostra era reduzida, a mesma autora, validou esta escala para a população portuguesa de doentes hemodialisados em 2011 (Baptista, 2011). A escala contém oito itens e, para obtenção dos scores totais, cada um contém cinco pontos na escala de Likert: 1-concordo muito 2- concordo 3- não concordo, nem discordo 4-discordo 5- discordo completamente. Uma pontuação de 1 indica aceitação mais baixa e 5 indica aceitação mais elevada. Sete questões são pontuadas desta forma, por exemplo: “Nunca serei autosuficiente ao ponto de me sentir feliz”. Apenas uma questão tem sentido inverso: 6-” A minha saúde não me faz sentir inadequado”. Neste item, a pontuação 1, significa elevada aceitação, ao contrário dos outros itens. O score máximo obtido nesta escala é de 40 pontos, considerada aceitação muito alta da doença e, o score mínimo é de 8 pontos, considerada não-aceitação da doença (Martins, 2002).

Escala de Aceitação da Incapacidade (“Acceptance of Disability Scale, ADS - Linkowski, 1969), versão portuguesa de Martins (2002)

A Escala de Aceitação da Incapacidade (“Acceptance of Disability Scale, ADS- Linkowski, 1969), versão portuguesa de Martins (2002) é um instrumento constituído por 50 itens para ter acesso às informações acerca dos sentimentos, emoções, atitudes e valores que o incapacitado associa à sua incapacidade. A sua medição é feita em termos de scores totais, com uma escala tipo Likert, de seis pontos, na qual o respondente manifesta a sua concordância ou não (concordo, discordo) e o seu grau (pouco, médio, muito). Existem itens colocados com sentido positivo e outros com sentido inverso, negativo, para evitar erros de resposta. Tendo em atenção o sentido das questões e sua pontuação, os procedimentos para a medição dos itens, adotam a seguinte forma: - Os itens 1, 4, 7, 10, 12, 13, 14, 16, 21, 24, 30, 34, 42, 48 e 50 apresentam sentido positivo, adotando os seguintes valores numéricos nos seis pontos da escala: 6- concordo muito 5- concordo médio 4- concordo pouco 3- discordo pouco 2- discordo médio 1- discordo muito; exemplos: “Doente, ou não, eu luto pela vida”. “Na vida há coisas mais importantes do que o aspeto e a aptidão física”. “Embora doente, a minha vida é uma vida “cheia”. Nestas afirmações, a pontuação 6 (concordo muito) indica uma elevada aceitação. - Todos os outros itens apresentam sentido inverso, adotando os seguintes valores numéricos, nos seis pontos da escala: 1- concordo muito 2- concordo médio 3- concordo pouco 4- discordo pouco 5- discordo médio 6- discordo muito. Nas afirmações a pontuação 6 (discordo muito) corresponde à elevada aceitação. A avaliação da aceitação é efetuada através do somatório da pontuação obtida em cada item, isto é, o score total é o somatório das pontuações obtidas nos 50 itens. A pontuação máxima é de 300 pontos, que corresponde a uma aceitação elevada e a mínima de 50 pontos que corresponde à não-aceitação da incapacidade (Martins, 2002).

Questionário de Avaliação Antropométrica e Dados Clínicos

O questionário de Avaliação Antropométrica e Dados Clínicos, constituído por 12 questões auxiliam na interpretação do estado nutricional das pessoas inquiridas. Os dados foram extraídos via consulta do processo clínico dos doentes, através do programa informático do centro de diálise privado locus de estudo e incluíram: IMC, GPID absoluto, médio e relativo, valores analíticos de potássio, sódio, ureia, creatinina, albumina e Kt/v.

O IMC (Kg/m²) foi classificado em < 18.5 é considerado baixo peso, de 18.5-24.9 peso normal, de 25-29.9 pré-obesidade, de 30-34.9 obesidade classe I, de 35-39.9 obesidade classe II, ≥ 40 considerada obesidade classe III, com risco muito grave de comorbilidades (Direção-Geral da Saúde, 2017).

O Perímetro da cintura abdominal (cm) é classificado consoante dois níveis de risco de complicações associadas à obesidade. Nos homens está aumentada se ≥ 94 e muito aumentada se ≥ 102 cm; nas mulheres está aumentada se ≥ 80 e se ≥ 88 cm muito aumentado o risco de complicações metabólicas, pela Direção-Geral da Saúde (2017).

O Perímetro da circunferência do pescoço de acordo com Ben-Noun et al. (2001) é um parâmetro importante para mensuração do estado nutricional e no caso de ser nos homens ≥ 37 cm e nas mulheres ≥ 34 cm deve ser realizada avaliação adicional do status de sobrepeso ou obesidade.

As avaliações dos perímetros das circunferências foram feitas com auxílio de fita inelástica/inextensível de precisão milimétrica. A cintura abdominal (CA) foi mensurada entre o ponto médio da última costela e a crista ilíaca e a circunferência do pescoço (CP) foi medida posicionando a fita no meio do pescoço, na altura da cartilagem cricóideia, no caso de os homens possuírem proeminência, a CP foi medida abaixo da mesma.

O GPID absoluto foi calculado a partir da diferença entre o peso inicial da sessão de HD do dia da colheita de dados e o peso final da sessão anterior (Peso pré-HD atual - Peso pós-HD anterior) e o GPID médio foi obtido a partir da somatória da diferença entre o peso de entrada e o peso de saída de 12 sessões de HD (GPID médio (\sum peso entrada - \sum peso saída / 12 sessões)) (Ferraz et al., 2015).



O GPID relativo foi calculado em relação ao ganho real de peso entre uma sessão e outra de HD, utilizando-se a seguinte fórmula: $(\text{Peso pré-HD atual} - \text{Peso pós-HD anterior}) \times 100 / \text{Peso pós-HD anterior} (\%)$, segundo Nerbass et al. (2011).

O GPID absoluto e médio não deve exceder os 2,5 kg e o GPID relativo deve ser $\leq 4,5\%$ em relação ao peso seco, (Fouque et al., 2007).

Os valores de referência para o potássio sérico pré-diálise (mmol/L) normais são 3.5-5.0, valores superiores são indicativos de hipercaliémia, pela ACSS (2018). Para os do sódio sérico pré-diálise (mmol/L) normais são de 135-146, pela ACSS (2018). Considera-se ureia sérica pré-diálise (mg/dl) normal ≥ 100 e creatinina sérica pré-diálise (mg/dl) normal ≥ 10 (Calado et al., 2007). Os valores para albumina sérica pré-diálise (g/dl) devem ser ≥ 4 (ACSS, 2013) e os valores para o Kt/V deve ser $\geq 1,2$ que reflete a qualidade da diálise adequada (ACSS, 2013).

Consistência interna das escalas no presente estudo

O estudo da consistência interna dos itens que constituem uma escala realiza-se para avaliar a homogeneidade desses mesmos itens e, deste modo, avaliar uma das propriedades psicométricas da escala. Por se tratar de escalas cujos itens têm resposta tipo Likert, para avaliação da respetiva consistência interna utilizou-se o coeficiente Alpha de Cronbach. Este coeficiente pode apresentar valores compreendidos entre 0 e 1, sendo que a maioria dos autores (Marôco, 2018) refere que são aceitáveis resultados iguais ou superiores a 0.70. Existem, ainda, alguns autores que referem ser admissíveis valores iguais ou superiores a 0.60 quando o número de itens que constituem a escala é pequeno. Os resultados indicam que, em ambas as escalas, o coeficiente α apresentou valores superiores a 0.70, concretamente, 0.77 para a escala de aceitação da doença (Felton) e 0.93 para a escala de aceitação da incapacidade (Linkowski). Concluímos que a primeira evidencia uma consistência interna aceitável e a segunda revela muito boa consistência interna. Os valores de α observados situam-se próximo dos obtidos por Baptista (2011), sendo ligeiramente inferior na escala de aceitação da doença (0.79) e um pouco superior na escala de aceitação da incapacidade (0.90).

2.3 Procedimentos éticos

O estudo obteve parecer favorável (N.º 42/SUB/2021) da Comissão de Ética do Instituto Politécnico de Viseu. Foi realizado pedido para aplicação do formulário e das escalas às respetivas autoras, tendo-se obtido parecer favorável. A colheita de dados/ aplicação dos instrumentos de recolha de informação foi efetuada num centro de diálise privado do distrito de Viseu, entre os dias 16 de junho a 24 de junho de 2021 com prévia autorização por parte da direção clínica. Os participantes assinaram o consentimento informado sobre a sua participação no estudo.

2.4 Análise estatística

Utilizaram-se as técnicas estatísticas descritiva e inferencial. O tratamento estatístico foi realizado através do *software IBM Statistical Package for the Social Science* (IBM SPSS), na versão 26.0. A estatística descritiva, permitiu calcular as frequências absolutas (n) e relativas (%), algumas medidas de tendência central: média aritmética (\bar{x}), média ordinal (\bar{x}_{ord}) e mediana (Md); medidas de dispersão ou variabilidade: desvio padrão (s), valor mínimo (x_{min}) e valor máximo (x_{max}). Nos testes de hipóteses: teste U de *Mann-Whitney*, teste *Kruskal-Wallis*, teste da significância do coeficiente de correlação de Spearman e Kolmogorov-Smirnov, para o teste de normalidade. Na escolha das técnicas estatísticas, nomeadamente dos testes, atendeu-se à natureza e características das variáveis envolvidas e às indicações apresentadas por Marôco (2018). Em todos os testes, fixou-se o valor 0.05 como limite de significância (5%, $p < 0.05$). O estudo da consistência interna foi realizado pela determinação do *Alpha* de *Cronbach* e correlação de *Spearman*.

3. RESULTADOS

Características clínicas

Os inquiridos referiram tempos de tratamento em hemodiálise compreendidos entre 0.50 e 20.00 anos, sendo o tempo médio de 5.18 ± 4.45 anos. A maior parte (56.8%) mencionou tempos inferiores e metade realizava hemodiálise há menos de 3.50 anos. Para a maioria dos elementos da amostra, concretamente 85.2%, o acesso para hemodiálise era executado através de fístula ou prótese arteriovenosa. O número de internamentos devidos à doença situou-se

entre zero e oito, sendo que 44.4% referiram entre 1 e 4 internamentos, seguindo-se 40.7% que não tiveram qualquer internamento devido à DRC. Em média o número de internamentos situou-se próximo de dois e metade dos inquiridos teve pelo menos um internamento. A maior parte dos indivíduos não era fumador (95.1%), não sofria de diabetes mellitus (59.3%) e não tomava medicação anti-hipertensiva (54.3%).

Características familiares e alimentares

Maioritariamente, os inquiridos (81.5%) residiam com o cônjuge ou outro familiar, em 58.0% dos casos a responsabilidade pela aquisição/compra dos alimentos era do cônjuge ou de outro familiar e em 55.6% eram também estes os responsáveis habituais pela confeção/preparação das refeições. Questionados sobre a redução dos alimentos ricos em sódio e potássio quando as refeições eram preparadas em família, 49.4% dos inquiridos responderam “sempre”, seguidos de 25.9% cuja resposta foi “quase sempre” e de 16.0% que disseram que tal era feito “às vezes”. Dos cinco casos que responderam “nunca” ou “raramente”, 60.0% justificaram com motivos económicos e 40.0% com o facto de desvalorizarem este facto ou não o considerarem importante. A maioria raramente (42.0%) ou nunca (40.7%) tinha necessidade de comer fora de casa. O cumprimento da dieta quando faziam refeições fora de casa era muito variável, mas a maioria nunca/raramente/às vezes cumpriam a dieta (65.5%). Relativamente à restrição hídrica, 43.2% da amostra consideraram que, no seu dia-a-dia, cumpriam muitas vezes as recomendações dos profissionais de saúde, seguindo-se 28.4% que afirmaram que o faziam quase sempre. No que concerne à dieta alimentar, 43.2% relataram que cumpriam as recomendações dos profissionais de saúde muitas vezes e 18.5% faziam-no quase sempre.

Características antropométricas e clínicas

Apurou-se que 4.9% da amostra apresentavam baixo peso, 42.0% peso normal e 53,1% excesso de peso, estando 34.6% em situação de pré-obesidade e 1.2% encontram-se na classificação de obesidade classe III, ou obesidade mórbida. Os valores do perímetro abdominal indicam que a maioria (55.6%) apresentava risco muito aumentado de complicações metabólicas; tendo por base o perímetro da circunferência do pescoço 90.1% estavam na situação de sobrepeso/obesidade; para 67.9% o ganho absoluto de peso foi classificado como recomendado; o ganho médio de peso ao longo de 12 sessões de hemodiálise estava acima do valor recomendado em 58.0% dos casos; em 91.4% dos inquiridos o ganho relativo de peso situou-se dentro dos parâmetros recomendados. Em relação aos valores das análises clínicas, 72.8% das pessoas apresentaram potássio sérico elevado, a maioria revelou sódio sérico normal (71.6%), ureia sérica normal (82.7%), creatinina sérica baixa (75.3%) e albumina sérica normal (81.5%). Todos apresentaram valores normais para a média de Kt/V nos últimos 3 meses (cf. quadro 1).

Quadro 1 – Características antropométricas e clínicas para o global da amostra

Variáveis	n	%
Estado ponderal		
Baixo peso	4	4.9
Peso normal	34	42.0
Pré-obesidade	28	34.6
Obesidade – Classe I	11	13.6
Obesidade – Classe II	3	3.7
Obesidade – Classe III	1	1.2
IMC: \bar{x} = 26.24 Md = 25.50 s = 4.85 xmin = 15.50 xmax = 41.30		
Risco de complicações metabólicas		
Baixo risco	16	19.8
Risco aumentado	20	24.7
Risco muito aumentado	45	55.6
Perímetro abdominal: \bar{x} = 99.69 Md = 100.00 s = 14.27 xmin = 60.00 xmax = 135.00		



Variáveis	n	%
Estado ponderal		
Sobrepeso		
Sem sobrepeso	8	9.9
Com sobrepeso / Obesidade	73	90.1
Perímetro da circunferência do pescoço: \bar{x} = 39.94	Md = 40.00	s = 4.35
	xmin = 29.00	xmáx = 55.00
Ganho absoluto de peso		
Valor recomendado	55	67.9
Acima do valor recomendado	26	32.1
Ganho absoluto de peso: \bar{x} = 2.22	Md = 2.20	s = 0.72
	xmin = 0.70	xmáx = 4.20
Ganho médio de peso		
Valor recomendado	34	42.0
Acima do valor recomendado	47	58.0
Ganho médio de peso: \bar{x} = 2.57	Md = 2.60	s = 0.77
	xmin = 1.20	xmáx = 4.30
Ganho relativo de peso		
Valor recomendado	74	91.4
Acima do valor recomendado	7	8.6
Ganho relativo de peso: \bar{x} = 3.09	Md = 2.90	s = 1.10
	xmin = 1.10	xmáx = 6.80
Potássio sérico pré-diálise		
Normal	22	27.2
Acima do valor recomendado	59	72.8
Potássio sérico pré-diálise: \bar{x} = 5.8	Md = 5.8	s = 0.76
	xmin = 4.30	xmáx = 7.90
Sódio sérico pré-diálise		
Baixo	23	28.4
Normal	58	71.6
Sódio sérico pré-diálise: \bar{x} = 136.15	Md = 136.00	s = 3.01
	xmin = 127.00	xmáx = 142.00
Ureia sérica pré-diálise		
Baixa	14	17.3
Normal	67	82.7
Ureia sérica pré-diálise: \bar{x} = 126.86	Md = 124.00	s = 29.08
	xmin = 56.00	xmáx = 198.00
Creatinina sérica pré-diálise		
Baixa	61	75.3
Normal	20	24.7
Creatinina sérica pré-diálise: \bar{x} = 8.32	Md = 8.10	s = 1.97
	xmin = 4.40	xmáx = 13.30
Albumina sérica pré-diálise		
Baixa	15	18.5
Normal	66	81.5
Albumina sérica pré-diálise: \bar{x} = 4.18	Md = 4.20	s = 0.30
	xmin = 3.20	xmáx = 4.80
Média do Kt/V nos últimos 3 meses		
Baixa	0	0.0
Normal	81	100.0
Média do Kt/V: \bar{x} = 1.78	Md = 1.80	s = 0.31
	xmin = 1.20	xmáx = 2.70

Observa-se que no sexo feminino predomina o peso normal para 44.4%, enquanto no sexo masculino predomina a pré-obesidade, de 42,6%. Em relação ao risco de complicações metabólicas, pela avaliação da cintura abdominal, 59.3% do sexo feminino apresenta risco muito aumentado, comparativamente a 53.7% do sexo masculino. Na avaliação da circunferência do pescoço existe maior risco de obesidade no sexo masculino, 94.4%, contra 81.5% para o sexo feminino. (cf. quadro 2).

Quadro 2 – Características antropométricas e clínicas face ao género e global da amostra

Género Características antropométricas e clínicas	Masculino		Feminino		Total	
	n	%	n	%	n	%
Estado ponderal						
Baixo peso	2	3.7	2	7.4	4	4.9
Peso normal	22	40.7	12	44.4	34	42.0
Pré-obesidade	23	42.6	5	18.5	28	34.6
Obesidade – Classe I	5	9.3	6	22.2	11	13.6
Obesidade – Classe II	1	1.9	2	7.4	3	3.7
Obesidade – Classe III	1	1.9	0	0.0	1	1.2
Risco de complicações metabólicas						
Baixo risco	12	22.2	4	14.8	16	19.8
Risco aumentado	13	24.1	7	25.9	20	24.7
Risco muito aumentado	29	53.7	16	59.3	45	55.6
Sobrepeso						
Sem sobrepeso	3	5.6	5	18.5	8	9.9
Com sobrepeso / Obesidade	51	94.4	22	81.5	73	90.1

Restrições hídricas

Em termos globais, 42.0% dos indivíduos constituem o grupo extremo em que as restrições hídricas são menores e 40.7% integram o grupo extremo oposto, ou seja, aquele em que as restrições são maiores.

Restrições de sódio

A maioria da amostra (60.5%) incorpora o grupo que evidenciou maiores restrições de sódio e 32.1% constituem o grupo oposto.

Frequência do consumo de alimentos ricos em sódio

Globalmente, 44.4% da amostra inserem-se no grupo que consome alimentos ricos em sódio com menor frequência e 24.7% pertencem ao grupo que os consome com maior frequência.

Aceitação da doença

No geral, 46.9% dos inquiridos integram o grupo de fraca aceitação da doença e 53.1% aceitam a doença, em que 14.8% têm uma razoável aceitação e 38.3% apresentam uma boa aceitação da doença. Constata-se que as pessoas em hemodiálise evidenciaram melhor aceitação nos aspetos inerentes aos itens «Penso frequentemente que as pessoas se sentem incomodadas por estar comigo, devido à minha doença» e «A minha doença faz com que eu seja um peso para a minha família e amigos» e em sentido oposto, como fraca aceitação da doença foi evidenciada nos itens «Por causa da minha saúde deixo de fazer as coisas de que mais gosto» e «Os problemas de saúde tornam-me mais dependente dos outros do que eu gostaria» (cf. quadro 3).



Quadro 3 – Resultados da Aceitação da doença (Felton)

Itens	\bar{x}	Md	s	X_{\min}	X_{\max}
Para mim é difícil aceitar as limitações da minha doença.	2.77	2.00	1.14	1	5
Por causa da minha saúde deixo de fazer as coisas de que mais gosto.	2.21	2.00	1.03	1	5
Por vezes, a minha doença faz-me sentir inútil.	2.88	2.00	1.28	1	5
Os problemas de saúde tornam-me mais dependente dos outros do que eu gostaria.	2.23	2.00	1.10	1	5
A minha doença faz com que eu seja um peso para a minha família e amigos.	3.14	3.00	1.26	1	5
A minha saúde não me faz sentir inadequado.	2.86	2.00	1.06	1	5
Nunca serei auto-suficiente ao ponto de me sentir feliz.	3.12	4.00	1.12	1	5
Penso frequentemente que as pessoas se sentem incomodadas por estar comigo, devido à minha doença.	3.73	4.00	1.02	1	5
Aceitação da doença (global)	22.94	23.00	5.59	10	35
Aceitação da doença (agrupada)		n		%	
Fraca aceitação (<21.54)		38		46.9	
Razoável aceitação (entre 21.54 e 24.34)		12		14.8	
Boa aceitação (> 24.34)		31		38.3	

Aceitação da incapacidade

Globalmente, 46.9% da amostra evidenciam fraca aceitação, enquanto que 53,1% dos inquiridos fazem parte do grupo que aceitam a incapacidade. Os itens em que existem evidências de boa aceitação da incapacidade são «O modo como uma pessoa conduz a sua vida é bem mais importante do que ter aspeto e aptidão física», «A honestidade e vontade de trabalhar são muito mais importantes do que a capacidade e a aparência física» e «Doente, ou não, eu luto pela vida» e em sentido contrário, onde existem evidências de fraca aceitação da incapacidade surgem nos itens «Uma doença ou incapacidade muda completamente uma vida, originando um modo diferente de pensar sobre tudo», «Eu quero mais fazer aquilo que a minha doença me priva de fazer» e «Devido à minha doença nunca posso fazer bastantes coisas que as outras pessoas podem fazer» (cf. quadro 4).

Quadro 4 – Resultados da Aceitação da incapacidade (Linkowski)

Itens	\bar{x}	Md	s	X_{\min}	X_{\max}
Uma incapacidade física pode limitar a vida de uma pessoa em alguns aspetos, mas não significa que essa pessoa deva desistir e deixe de fazer alguma coisa pela sua vida.	4.78	5.00	0.98	1	6
Devido à minha doença, sinto-me triste na maior parte do tempo.	3.74	3.00	1.26	1	6
Mais do que qualquer outra coisa, eu desejaria não ter esta incapacidade.	2.36	2.00	0.76	1	6
Doente, ou não, eu luto pela vida.	4.99	5.00	0.98	2	6
O bom aspeto físico e a aptidão física são as coisas mais importantes na vida.	4.48	5.00	1.27	1	6
A minha doença priva-me de fazer aquilo que eu gosto e de me tornar na pessoa que eu gostaria de ser.	2.48	2.00	0.91	1	6
Eu avalio o progresso que tenho feito na reabilitação, e isso faz-me sentir uma pessoa adaptada, apesar da minha doença.	3.52	4.00	1.58	1	6
Eu sinto-me mal quando vejo todas as coisas que os outros fazem, e que eu não posso fazer.	2.94	3.00	0.75	1	6
A minha doença afeta aqueles aspetos da vida que eu mais prezo.	2.40	2.00	1.03	1	6
Embora doente, a minha vida é uma vida “cheia”.	3.60	4.00	1.55	1	6

Itens	\bar{x}	Md	s	X_{\min}	X_{\max}
Se uma pessoa não é apta fisicamente, não se sente totalmente uma pessoa.	3.43	3.00	1.55	1	6
Uma pessoa doente é limitada de algum modo, no entanto, ainda existem bastantes coisas que ela pode fazer.	4.58	5.00	0.80	2	6
Na vida há coisas mais importantes do que o aspeto e a aptidão física.	4.86	5.00	0.72	2	6
Em determinados momentos, esqueço-me completamente que sou fisicamente diminuído.	3.58	4.00	1.58	1	6
Para ter uma mente sã é preciso ter um corpo bom e são.	3.05	3.00	0.79	1	6
Existem várias coisas que uma pessoa com a minha doença é capaz de fazer.	3.30	4.00	1.35	1	6
Como a minha doença interfere em tudo o que eu tenho de fazer, ela existe no meu pensamento na maior parte do tempo.	3.41	3.00	1.54	1	6
Se não tivesse acontecido esta doença, penso que seria uma pessoa muito melhor.	2.26	2.00	0.90	1	6
A minha incapacidade, em si, afeta-me mais do que qualquer outra das minhas características.	2.46	2.00	0.82	1	6
O tipo de pessoa que eu sou e a minha realização na vida são menos importantes do que nas pessoas sem doença.	4.67	5.00	0.95	1	6
Eu sei o que não posso fazer devido à minha doença e sinto que posso levar uma vida completa e perfeitamente normal.	2.91	3.00	1.01	1	6
Apesar de algum progresso na minha reabilitação, isso não é muito importante uma vez que não poderei ser inteiramente saudável.	2.27	2.00	0.82	1	6
Em relação a tudo, a minha doença entristece-me ao ponto de nada me alegrar.	4.01	3.00	1.41	1	6
O modo como uma pessoa conduz a sua vida é bem mais importante do que ter aspeto e aptidão física.	5.01	5.00	0.30	4	6
Uma pessoa com a minha doença não é capaz de desfrutar do prazer que a vida oferece.	3.73	3.00	1.22	1	6
A coisa mais importante neste mundo é ser normal fisicamente.	4.56	5.00	1.13	1	6
Uma pessoa com determinada incapacidade encontra dificuldades especialmente em expandir os seus interesses e aptidões.	2.11	2.00	1.04	1	6
Eu acredito que o aspeto físico é o que torna a pessoa no que é.	4.62	5.00	1.03	1	6
Uma incapacidade física afeta a capacidade mental de uma pessoa.	3.32	3.00	1.47	1	6
Não sei exatamente quais as coisas que posso fazer e as que não posso.	2.83	3.00	0.86	2	5
Quase todas as áreas da vida são inacessíveis para mim devido à doença.	3.48	3.00	1.48	1	6
Devido à minha doença tenho pouca coisa para oferecer aos outros.	3.13	4.00	1.89	1	6
Para além das muitas coisas, a nível físico, que sou incapaz de fazer, existem ainda outras em que eu também me sinto incapaz.	2.32	2.00	1.33	1	5
A honestidade e vontade de trabalhar são muito mais importantes do que a capacidade e a aparência física.	5.00	5.00	0.32	4	6
Aborreço-me bastante o modo como certas pessoas se oferecem para me ajudar.	4.75	5.00	0.81	2	6
Com a minha doença não existe um único lado da vida que não seja afetado em grande parte.	3.10	3.00	1.88	1	5
Embora eu possa admitir que as pessoas doentes possam ser aptas em muitos aspetos, nunca posso achar que elas possam fazer uma vida normal.	2.12	2.00	0.80	1	6
Uma incapacidade do tipo da minha é a pior coisa que pode acontecer a alguém.	3.94	5.00	1.26	1	6



Itens	\bar{x}	Md	s	X_{\min}	X_{\max}
Mesmo que tentasse conseguir algo com grande esforço, ou mesmo que o conseguisse realizar, eu nunca poderia ser uma pessoa como outra sem a minha doença.	2.60	2.00	0.92	1	5
Não existe uma pessoa na minha condição que seja capaz de fazer algo e gostar realmente do que faz.	4.35	4.00	0.89	1	6
Devido à doença sou incapaz de gostar tanto das minhas relações sociais como gostaria se não fosse doente.	3.04	2.00	1.89	1	6
Existem mais coisas importantes na vida do que aquelas que a minha doença me impede de fazer.	4.11	5.00	1.13	2	6
Eu quero mais fazer aquilo que a minha doença me priva de fazer.	1.58	1.00	0.95	1	5
Devido à minha doença, a vida das outras pessoas tem muito mais significado do que a minha.	3.20	4.00	1.22	1	6
Várias vezes, quando penso na minha doença, sinto-me tão triste e deprimido que me torna incapaz de fazer o que quer que seja.	3.44	3.00	1.56	1	6
Uma doença ou incapacidade muda completamente uma vida, originando um modo diferente de pensar sobre tudo.	1.51	1.00	0.85	1	5
Sinto que deveria ser como as outras pessoas, mesmo ao nível das áreas onde a minha doença me limita.	2.94	2.00	1.12	1	5
A vida é tão rica e completa em tantos aspetos que, por vezes esqueço-me por breves momentos que sou doente.	3.27	4.00	1.34	1	6
Devido à minha doença nunca posso fazer bastantes coisas que as outras pessoas podem fazer.	1.95	2.00	0.82	1	5
Sinto-me satisfeito com as capacidades que tenho e a minha doença não me incomoda em demasia.	2.68	2.00	1.15	1	6
Aceitação da incapacidade (global)	169.41	178.00	33.26	115	255
Aceitação da incapacidade (agrupada)				n	%
Fraca aceitação (< 161.09)				38	46.9
Razoável aceitação (entre 161.09 e 177.72)				2	2.5
Boa aceitação (> 177.72)				41	50.6

Correlação entre as restrições hídricas e o ganho de peso

O estudo da correlação entre as restrições hídricas e o ganho de peso revelou a existência de correlações estatisticamente significativas ($p < 0.05$) entre ganho de peso absoluto e os itens «Suporta a sede», «Evita refeições muito condimentadas» e «Derrete cubos de gelo na boca». Sendo as correlações negativas nos dois primeiros itens e positiva no terceiro, pode afirmar-se que os participantes que suportam a sede evitam refeições muito condimentadas e não derretem cubos de gelo na boca tendem a apresentar menor ganho de peso em termos absolutos. Relativamente ao ganho médio de peso nas últimas 12 sessões, obteve-se correlações estatisticamente significativas ($p < 0.05$) com os itens «Mede a quantidade de líquidos permitidos por dia», «Suporta a sede» e «Evita refeições muito condimentadas». Os participantes que não medem a quantidade de líquidos permitidos por dia, que suportam a sede e que evitam refeições muito condimentadas tendem a apresentar um menor ganho de peso médio. Em termos do ganho de peso relativo, apenas se observou a existência de correlação estatisticamente significativa com o item «Ajusta a quantidade de líquidos que bebe ao volume de urina diário». Sendo a correlação negativa, pode concluir-se que os participantes que ajustam a quantidade de líquidos que bebem ao volume de urina diário tendem a apresentar menor ganho de peso relativo (cf. quadro 5).

Quadro 5 – Correlação entre as restrições hídricas e o ganho de peso

Restrições hídricas versus ganho de peso	GPID absoluto		GPID médio		GPID relativo	
	r_s	p	r_s	p	r_s	p
Mede a quantidade de líquidos permitidos por dia	0.19	0.088	0.22	0.049	0.08	0.463
Vai bebendo a quantidade de líquidos permitida ao longo do dia	-0.02	0.898	0.01	0.983	-0.04	0.726
Bebe apenas quando tem sede	-0.07	0.524	-0.01	0.988	-0.03	0.803
Suporta a sede	-0.23	0.035	-0.31	0.004	-0.14	0.199
Ajusta a quantidade de líquidos que bebe ao volume de urina diário	-0.18	0.118	-0.14	0.219	-0.22	0.049
Usa copos ou chávenas pequenas	0.04	0.733	-0.01	0.962	-0.03	0.815
Bebe apenas pequenos golos	0.06	0.600	0.01	0.917	-0.03	0.818
Evita refrigerantes e outras bebidas açucaradas	-0.12	0.274	-0.14	0.224	-0.12	0.281
Bochecha com água morna	0.11	0.345	0.03	0.811	0.02	0.892
Evita refeições muito condimentadas	-0.23	0.042	-0.26	0.018	-0.14	0.224
Derrete cubos de gelo na boca	0.25	0.027	0.17	0.138	0.05	0.659
Evita comer sopa	0.08	0.458	0.06	0.604	0.08	0.454
Come sopas mais espessas	0.02	0.888	-0.06	0.606	0.03	0.801
Evita a exposição solar	-0.09	0.430	-0.04	0.719	-0.13	0.256
Mantém-se ocupado	0.01	0.949	-0.01	0.974	0.03	0.767
Restrições hídricas (global)	-0.04	0.728	-0.08	0.486	-0.08	0.467

Correlação entre as restrições de sódio e o ganho de peso

Verifica-se que não existe correlação estatisticamente significativa, ou seja, não existem evidências estatísticas de relação entre o ganho de peso e as restrições em termos de consumo de sódio (cf. quadro 6).

Quadro 6 – Correlação entre as restrições de sódio e o ganho de peso

Restrições de sódio versus ganho de peso	GPID absoluto		GPID médio		GPID relativo	
	r_s	p	r_s	p	r_s	p
Cozinha com pouco sal	0.01	0.914	-0.01	0.901	-0.01	0.926
Não utiliza sal fino no prato	0.09	0.431	0.07	0.548	0.08	0.472
Não utiliza substitutos do sal	0.06	0.616	0.09	0.434	0.02	0.837
Evita alimentos pré-confecionados	-0.03	0.773	-0.01	0.926	-0.07	0.516
Utiliza ervas aromáticas em substituição do sal	0.19	0.090	0.09	0.426	0.18	0.114
Restrições de sódio (global)	0.16	0.157	0.09	0.431	0.14	0.207

Correlação entre a frequência do consumo de alimentos ricos em sódio e o ganho de peso

Existe correlação positiva e estatisticamente significativa entre o ganho de peso absoluto e a frequência do consumo de produtos integrais (pão, tostas). Os indivíduos que consomem estes alimentos com maior frequência tendem a evidenciar um maior aumento de peso absoluto. Existe também correlação significativa, mas negativa, entre o ganho relativo de peso e a frequência do consumo de conservas de carne ou peixe. Podemos afirmar que os inquiridos que consomem com maior frequência este tipo de alimentos tendem a evidenciar um menor ganho relativo de peso (cf. quadro 7).



Quadro 7 – Correlação entre a frequência do consumo de alimentos ricos em sódio e o ganho de peso

Frequência do consumo de alimentos ricos em sódio versus ganho de peso	GPID absoluto		GPID médio		GPID relativo	
	r_s	p	r_s	p	r_s	p
Aperitivos salgados	-0.09	0.432	-0.07	0.531	-0.19	0.085
Azeitonas	-0.04	0.752	0.02	0.882	-0.13	0.257
Bacalhau	-0.06	0.568	-0.14	0.221	-0.02	0.826
Batata frita de pacote	-0.06	0.582	-0.04	0.706	-0.13	0.253
Bolachas de água e sal	-0.05	0.660	-0.02	0.897	-0.12	0.270
Conservas de carne ou peixe	-0.16	0.143	-0.13	0.242	-0.27	0.013
Enchidos / Fumados	0.05	0.680	0.11	0.327	-0.10	0.363
Manteiga/ margarina com sal	-0.08	0.470	0.02	0.870	-0.10	0.398
Molhos (Ketchup, maionese, ...)	0.04	0.697	-0.06	0.616	0.09	0.434
Órgãos / Vísceras	0.03	0.800	0.06	0.590	-0.11	0.328
Pickles	0.12	0.289	0.07	0.511	0.10	0.363
Produtos integrais (pão, tostas)	0.30	0.006	0.21	0.055	0.17	0.124
Queijos curados	-0.01	0.991	0.12	0.288	-0.19	0.085
Sopas de pacote	-0.10	0.379	0.03	0.809	-0.16	0.145
Frequência do consumo de alimentos ricos em sódio (global)	0.07	0.552	0.12	0.284	-0.12	0.298

Correlação entre o índice de massa corporal, o perímetro abdominal, o perímetro da circunferência do pescoço e o ganho de peso

O estudo da correlação entre o ganho de peso e o índice de massa corporal, o perímetro abdominal e o perímetro da circunferência do pescoço revelou que existem alguns coeficientes estatisticamente significativos. Verificamos que os indivíduos com maior índice de massa corporal tendem a apresentar maior ganho de peso absoluto e médio; os inquiridos que apresentam maior perímetro abdominal tendem a revelar maior ganho de peso médio mas menor ganho relativo de peso; os elementos que apresentam maior perímetro da circunferência do pescoço tendem a apresentar menor ganho relativo de peso (cf. quadro 8).

Quadro 8 – Correlação entre o índice de massa corporal, o perímetro abdominal, o perímetro da circunferência do pescoço e o ganho de peso

Variáveis antropométricas	GPID absoluto		GPID médio		GPID relativo	
	r_s	p	r_s	p	r_s	p
Índice de massa corporal	0.26	0.021	0.35	0.001	-0.19	0.091
Perímetro abdominal	0.14	0.219	0.27	0.017	-0.30	0.007
Perímetro da circunferência do pescoço	0.04	0.757	0.11	0.314	-0.31	0.005

Correlação entre a aceitação da doença e da incapacidade e o ganho de peso

Os resultados revelam que o coeficiente de correlação não apresentou resultado estatisticamente significativo, ou seja, os dados não corroboram a hipótese de existência de relação entre a aceitação da doença e da incapacidade e o ganho de peso (cf. quadro 9).

Quadro 9 – Correlação entre a aceitação da doença e da incapacidade e o ganho de peso

Aceitação da doença e da incapacidade versus ganho de peso	GPID absoluto		GPID médio		GPID relativo	
	r_s	p	r_s	p	r_s	p
Aceitação da doença	0.11	0.343	0.06	0.576	0.10	0.35
Aceitação da incapacidade	-0.02	0.862	-0.03	0.771	-0.04	0.717

Comparando a aceitação da doença e da incapacidade, o índice de massa corporal, o perímetro da cintura abdominal e o perímetro da circunferência do pescoço em função do género, através do teste não paramétrico U de Mann-Whitney, obtiveram-se os resultados apresentados no quadro 10. Como se pode constatar, apenas se observaram diferenças estatisticamente significativas no perímetro da cintura abdominal e no perímetro da circunferência do pescoço. A análise dos valores das medidas de tendência central permite concluir que os indivíduos do sexo masculino tendem a apresentar maior perímetro da cintura abdominal e maior perímetro da circunferência do pescoço.

Quadro 10 – Aceitação da doença e da incapacidade, do índice de massa corporal, do perímetro da cintura abdominal e do perímetro da circunferência do pescoço em função do género

Variáveis da aceitação da doença, da incapacidade e antropométricas em função do Género	n	\bar{x}_{ord}	\bar{x}	Md	U de Mann-Whitney	
					Z	p
Aceitação da doença						
Masculino	54	40.26	22.61	22.00	-0.402	0.688
Feminino	27	42.48	23.59	23.00		
Aceitação da incapacidade						
Masculino	54	40.18	166.69	168.50	-0.441	0.659
Feminino	27	42.63	173.00	178.00		
Índice de massa corporal						
Masculino	54	40.96	26.18	25.85	-0.020	0.984
Feminino	27	41.07	26.35	24.80		
Perímetro da cintura abdominal						
Masculino	54	46.04	102.96	102.00	-2.726	0.006
Feminino	27	30.93	93.15	93.00		
Perímetro da circunferência do pescoço						
Masculino	54	49.59	41.49	41.00	-4.664	< 0.001
Feminino	27	23.81	36.85	37.00		

Aplicando o teste Kruskal-Wallis procedeu-se à mesma análise, mas, neste caso, em função do grupo etário. Os dados tendem a revelar que os indivíduos de idades diferentes não apresentam diferenças significativas nos scores de aceitação da doença, da incapacidade, do índice de massa corporal, do perímetro da cintura abdominal ou do perímetro da circunferência do pescoço, contudo, como se pode verificar no quadro 11, em nenhuma das variáveis se observou diferença estatisticamente significativa.



Quadro 11 – Aceitação da doença e da incapacidade, do índice de massa corporal, do perímetro da cintura abdominal e do perímetro da circunferência do pescoço em função do grupo etário

Variáveis da aceitação da doença, da incapacidade e antropométricas em função do Grupo etário	n	\bar{x}_{ord}	\bar{x}	Md	Kruskal-Wallis	
					χ^2	p
Aceitação da doença					0.549	0.908
≤ 60	16	42.41	23.50	21.50		
61 – 70	19	38.76	22.37	21.00		
71 – 80	31	42.76	23.35	24.00		
≥ 81	15	38.70	22.20	21.00		
Aceitação da incapacidade					0.253	0.969
≤ 60	16	43.47	175.75	184.00		
61 – 70	19	40.79	168.11	172.00		
71 – 80	31	40.61	168.61	182.00		
≥ 81	15	39.43	162.60	140.00		
Índice de massa corporal					2.490	0.477
≤ 60	16	43.13	26.44	26.05		
61 – 70	19	46.89	27.82	27.70		
71 – 80	31	39.21	25.85	25.20		
≥ 81	15	34.97	24.84	24.30		
Perímetro da cintura abdominal					4.006	2.611
≤ 60	16	32.75	94.06	94.00		
61 – 70	19	43.00	101.37	99.00		
71 – 80	31	46.05	102.39	104.00		
≥ 81	15	36.83	98.00	95.00		
Perímetro da circunferência do pescoço					6.590	0.086
≤ 60	16	32.81	38.28	37.75		
61 – 70	19	38.82	39.95	39.00		
71 – 80	31	49.18	41.22	41.00		
≥ 81	15	36.23	39.07	39.00		

4. Discussão

O presente estudo foi realizado numa amostra de 81 doentes, com idades compreendidas entre os 18 e ≥ 81 anos, sendo o grupo etário mais prevalecte o dos 71 aos 80 anos (38.3%), maioritariamente do género feminino (66.7%), a residir em áreas rurais (81.5%) e com habilitações literárias iguais ou inferiores ao 4.º ano (66.7%), sendo 79.0% aposentados/reformados. Este perfil sociodemográfico é consistente com as evidências de Nolasco et al. (2017), segundo as quais, a incidência da DRC aumenta com a idade. De igual modo, Pratas (2020) refere que o número de doentes que iniciam a TSFR tem vindo a crescer, particularmente a partir dos 30 anos de idade, embora com variações muito significativas de país para país. No estudo de Baptista (2011), a maioria dos doentes eram homens, com uma média de idades de 53,39 anos, estando a maioria incluída na classe etária dos 45-54 anos (25,70%), sendo maioritariamente domésticas, divergindo do perfil da amostra do presente estudo. Todavia, há uma conformidade em relação às habilitações literárias. Wong et al. (2018), no seu estudo, registou uma maioria de doentes com DRC em hemodiálise com uma idade média de 55 anos. A amostra de Morais (2012) incluía uma maioria de doentes na faixa etária dos 70-79 anos, com uma média de idades de 63,97. Ferraz et al. (2015), numa amostra de 322 doentes em tratamento hemodialítico, a maioria era adulta (76%) e 24% com idade superior aos 60 anos.

Em relação às características clínicas, obteve-se tempos de tratamento em hemodiálise com tempo médio de 5.18 anos. A maior parte (56.8%) mencionou tempos inferiores e metade realizava hemodiálise há menos de 3.50 anos. Já no estudo de Morais (2012), em média, os doentes estavam em tratamento em hemodiálise há 5,0), tendo o doente mais antigo iniciado hemodiálise há 24,8 anos e o mais recente há 6 meses. No estudo de Ferraz et al. (2015), o tempo de tratamento em hemodiálise variou de 13 a 303 meses. Para a maioria dos elementos da amostra em estudo, concretamente 85.2%, o acesso para hemodiálise era feito através de fístula ou prótese arteriovenosa, o que corrobora os resultados de outros estudos (Morais, 2012; Wong et al., 2018; Wassef et al., 2018). O número de internamentos devidos à doença situou-se entre zero e oito, sendo que 44.4% referiram entre 1 e 4 internamentos, seguindo-se 40.7% que não tiveram qualquer internamento devido à DRC. Em média, o número de internamentos situou-se próximo de dois e metade dos inquiridos teve pelo menos um internamento. A maior parte dos doentes não era fumador (95.1%), não sofria de diabetes mellitus (59.3%) e não tomava medicação anti-hipertensiva (54.3%). Os dados avançados por Nolasco et al. (2017, pp. 5-6), até ao final de 2016 em Portugal, revelam que a “hemodiálise continua a ser a principal técnica de substituição da função renal (com 59,7% de doentes prevalentes). Os dados de Galvão (2021) apontam para novos doentes a iniciarem diálise ou submetidos a transplante renal durante 2020 (n=2361). Os doentes tratados com diálise ou com transplante renal com sucesso até 31 de dezembro de 2020 obteve um total de 20.713 doentes, com uma idade média de 67,6 anos de doentes a realizarem hemodiálise e diálise peritoneal. No estudo de Wong et al. (2018) mais de um terço dos doentes (38%) tinha hipertensão arterial, 51% diabetes mellitus e 67% tinha DRC estadio 3 e/ou 4, a tomar medicação anti-hipertensiva, tendo registado entre 1 a 5 internamentos devido à DRC. No estudo de Ipema et al. (2016), com uma amostra de 138 doentes em hemodiálise, com uma média de idade de 62,5 anos, sendo 36% mulheres, 23% tinham diabetes mellitus e 54% não eram fumadores, estando os resultados do presente estudo em conformidade.

Em 58.0% dos casos da amostra em estudo, a responsabilidade pela aquisição/compra dos alimentos era do cônjuge ou de outro familiar e em 55.6% eram também estes os responsáveis habituais pela confeção/preparação das refeições, sendo estes resultados expectáveis, uma vez que se trata de uma amostra população maioritariamente idosa, corroborando as evidências de Morais (2012), onde o cônjuge/outro familiar também eram sobretudo os responsáveis pela aquisição e confeção dos alimentos. Questionados sobre a redução dos alimentos ricos em sódio e potássio quando as refeições eram preparadas em família, 49.4% dos inquiridos responderam “sempre”, seguidos de 25.9% cuja resposta foi “quase sempre” e de 16.0% que disseram que tal era feito “às vezes”. Dos cinco casos que responderam “nunca” ou “raramente”, 60.0% justificaram com motivos económicos e 40.0% com o facto de desvalorizarem este facto ou não o considerarem importante, já no estudo de Morais (2012), os doentes que admitiram não reduzir os alimentos ricos em sódio e potássio não conseguiram dar justificação para tal. A maioria raramente (42.0%) ou nunca (40.7%) tinha necessidade de comer fora de casa. O cumprimento da dieta quando faziam refeições fora de casa era muito variável, mas a maioria nunca/raramente/às vezes cumpriam a dieta (65.5%). Relativamente à restrição hídrica, 43.2% da amostra consideraram que, no seu dia-a-dia, cumpriam muitas vezes as recomendações dos profissionais de saúde, seguindo-se 28.4% que afirmaram que o faziam quase sempre. Quanto à dieta alimentar, 43.2% relataram que cumpriam as recomendações dos profissionais de saúde muitas vezes, o que corrobora os resultados alcançados por Morais (2012). A adesão ao regime terapêutico segundo as recomendações dos profissionais de saúde, em comparação com outros estudos, ainda que com uma prevalência não ideal, está acima dos encontrados noutros estudos, cujas taxas de não adesão são consideravelmente inferiores, com valores na ordem dos 9,4%, ou seja, em consonância com os critérios do Dialysis Outcomes and Practice Patterns Study (Saran et al., 2013), 1,6% da amostra não aderiu ao critério do GPID e 7,8% eram não aderentes, tendo em conta o valor de potássio.

Quanto às características antropométricas e clínicas, 4.9% da amostra apresentavam baixo peso, 42.0% peso normal, seguindo-se 34.6% em situação de pré-obesidade e 1.2% classificam-se como obesidade classe III, ou obesidade mórbida. De acordo com as diretrizes da KDOQI, em relação ao IMC, adultos em hemodiálise com baixo peso e obesidade mórbida, apresentam maior risco de mortalidade, enquanto que o estado de sobrepeso ou obesidade pode ser usado como preditor de menor mortalidade (Ikizler et al., 2020).



Os valores do perímetro abdominal indicam que a maioria (55.6%) apresentava risco muito aumentado de complicações metabólicas; tendo por base o perímetro da circunferência do pescoço 90.1% estavam na situação de sobrepeso/obesidade; para 67.9% o ganho absoluto de peso foi classificado como recomendado; o ganho médio de peso ao longo de 12 sessões de hemodiálise estava acima do valor recomendado em 58.0% dos casos; em 91.4% dos inquiridos o ganho relativo de peso situou-se dentro dos parâmetros recomendados. Contrariamente, Turgut e Abdel-Rahman (2017), no seu estudo de revisão da literatura sobre doentes em hemodiálise, verificaram uma taxa elevada de doentes com sobrepeso/obesidade. De acordo com os mesmos autores, a obesidade pode ter um impacto direto no desenvolvimento da DRC, bem como na progressão mais rápida da doença renal em estadio 5. Correlacionando com a epidemia da obesidade, a prevalência de obesidade, esta tem aumentado em doentes no estadio DRC 5. Na pré-diálise, a maioria dos doentes da amostra do presente estudo revelou sódio sérico normal (71.6%), ureia sérica normal (82.7%), creatinina sérica baixa (75.3%) e albumina sérica normal (81.5%). Todos apresentaram valores normais para a média de Kt/V nos últimos 3 meses. No estudo de Ferraz et al. (2015), os valores da creatinina sérica (mg/dL) foi de $9,8 \pm 2,6$, estando aquém do recomendado, observando 56% dos doentes com valores abaixo do ideal para os doentes em hemodiálise. Cristóvão (2015), no seu estudo com 254 doentes de quatro clínicas de hemodiálise da região de Lisboa, estes usam mais vezes as medidas para reduzir o consumo de sal do que as medidas para restringir o potássio e o fósforo da dieta., prestando o seu cônjuge um importante apoio na gestão da dieta. Os doentes que usam mais vezes as medidas de autocuidado eram maioritariamente do género feminino, tinham mais idade, menor GPID e maior Kt/V.

Relativamente às restrições hídricas, 42.0% dos doentes em estudo constituem o grupo extremo em que as restrições hídricas são menores e 40.7% integram o grupo extremo oposto, ou seja, aquele em que as restrições são maiores. Conforme Ferraz et al. (2015, p. 307), os doentes em hemodiálise são frequentemente aconselhados a limitar o GPID, todavia, essa prática, pode causar desfechos clínicos adversos, pois “a tentativa de evitar a sobrecarga hídrica pode colocar em risco o estado nutricional desses doentes”. A maioria da amostra do presente estudo (60.5%) integra-se no grupo que evidenciou maiores restrições de sódio e 32.1% constituem o grupo oposto. Globalmente, 44.4% inserem-se no grupo que consome aqueles alimentos com menor frequência e 24.7% pertencem ao grupo que os consome com maior frequência. No estudo de Morais (2012), os doentes mais novos reportaram menor cumprimento das recomendações da dieta e da restrição hídrica e, concomitantemente, maior consumo de alimentos ricos em potássio e em fósforo. A relação significativa e inversa entre a perceção de cumprir a restrição hídrica e o consumo de alimentos ricos em sódio, de acordo com a mesma autora, sugere que os doentes que mais dizem cumprir as recomendações são os que menos sódio consomem.

No geral, 46.9% dos participantes integram o grupo extremo de menor aceitação da doença e 38.3% constituem o grupo de maior aceitação, o que está em conformidade com as evidências do estudo de Chiang et al. (2015), numa amostra de 262 doentes com DRC de um hospital em Taiwan, dos quais 57 iniciaram o tratamento com hemodiálise, através da aplicação da Acceptance of Disability Scale, ADS – Linkowski (1969), registam maioritariamente menor aceitação da doença. No presente estudo também se apurou que globalmente, 50.6% dos inquiridos fazem parte do grupo que evidenciou maior aceitação da incapacidade. Linkowsky (1969) estudou a aceitação da incapacidade e a resposta à reabilitação, tendo desenvolvido a escala de aceitação “acceptance disability scale”, para ter acesso aos quatro aspetos de mudanças de valores: alargamento do espectro de valores; subordinação do psíquico; contenção dos efeitos da incapacidade e transformação de valores comparativos em valores próprios, tendo concluído que a aceitação da incapacidade, só por si, não é suficiente para ter em conta a observação do comportamento na adaptação ou reabilitação da pessoa com algum tipo de incapacidade. De acordo com o mesmo autor, o fenómeno da aceitação da incapacidade é muito importante dado que os doentes crónicos patenteiam sempre algum tipo de incapacidade. Tendo por base estes resultados, importa referir a necessidade de um programa de intervenção psicológica para os doentes com DRC, de forma a os poder ajudar a aceitar as suas limitações, aprender a lidar melhor com a doença e seu tratamento, aumentar a sua adesão à terapêutica e adaptarem-se às consequências físicas e psicossociais a ela inerentes. A aceitação da doença e da incapacidade é considerada um fator chave que explica a melhoria do ajustamento psicossocial, com resultados mais positivos para a saúde dessas pessoas (Chiang et al., 2013).

O estudo da correlação entre as restrições hídricas e o ganho de peso revelou a existência de correlações estatisticamente significativas ($p < 0.05$) entre estas variáveis. Sendo algumas correlações negativas, pode inferir-se que os participantes que suportam a sede evitam refeições muito condimentadas e não derretem cubos de gelo na boca tendem a apresentar menor ganho de peso em termos absolutos. Relativamente ao ganho médio de peso nas últimas 12 sessões, obteve-se correlações estatisticamente significativas ($p < 0.05$), os participantes que não medem a quantidade de líquidos permitidos por dia, que suportam a sede e que evitam refeições muito condimentadas tendem a apresentar um menor ganho de peso médio. Em termos do ganho de peso relativo, apenas se observou a existência de correlação estatisticamente significativa com o item «Ajusta a quantidade de líquidos que bebe ao volume de urina diário». Sendo a correlação negativa, pode inferir-se que os participantes que ajustam a quantidade de líquidos que bebem ao volume de urina diário tendem a apresentar menor ganho de peso relativo. Cristóvão (2015) refere que os doentes com DRC em programa regular de hemodiálise enfrentam um regime terapêutico complexo e muitos deles possuem dificuldade em gerir as restrições hídricas e a dieta, sendo este um problema associado ao aumento do risco de mortalidade e ao acréscimo de custos dos cuidados de saúde. O mesmo autor salienta que, por norma, estes doentes podem ingerir 500 ml de fluidos além da sua diurese, todavia, os doentes anúricos apresentam maior dificuldade em gerir a sede. A deficiente gestão da restrição hídrica pode resultar num elevado GPID, originando o aumento da mortalidade e morbilidade cardiovascular. As restrições da dieta têm por finalidade a prevenção da “hipercaliémia, da hiperfosfatémia e da desnutrição calórico-proteica. A hipercaliémia pode causar arritmias graves e paragem cardíaca, pelo que é fundamental moderar o consumo de alimentos ricos em potássio. A restrição de fósforo na dieta visa prevenir o hiperparatiroidismo e as calcificações ectópicas” (Cristóvão, 2015, p. 1155).

Verificou-se a existência de correlação positiva e estatisticamente significativa entre o ganho de peso absoluto e a frequência do consumo de produtos integrais. Os doentes que consomem estes alimentos com maior frequência tendem a evidenciar um maior aumento de peso absoluto. Existe também correlação significativa, mas negativa, entre o ganho relativo de peso e a frequência do consumo de conservas de carne ou peixe. Assim, pode afirmar-se que os participantes que consomem com maior frequência este tipo de alimentos tendem a evidenciar um menor ganho relativo de peso.

O estudo da correlação entre o ganho de peso e o IMC, o perímetro abdominal e o perímetro da circunferência do pescoço revelou que existem alguns coeficientes estatisticamente significativos. Os participantes com maior IMC tendem a apresentar maior ganho de peso absoluto e médio; os que apresentam maior perímetro abdominal tendem a revelar maior ganho de peso médio, mas menor ganho relativo de peso; os que apresentam maior perímetro da circunferência do pescoço tendem a apresentar menor ganho relativo de peso, estando estes resultados em conformidade com os alcançados por Carrero et al. (2018). Associações paradoxais entre vários marcadores nutricionais, como o IMC e as alterações de peso com risco de mortalidade em doentes em hemodiálise estão descritas na literatura científica, mostrando melhores resultados para os doentes com um IMC mais alto ou que ganham peso ao longo do tempo (Carrero et al., 2018).

Face aos resultados apurados, é fundamental dotar os doentes com DRC em hemodiálise com mais literacia em saúde, pois, em conformidade com a Arriaga et al. (2019, p.7), “as abordagens em Literacia devem contemplar as especificidades de cada estadio de desenvolvimento, sendo a Literacia em Saúde uma oportunidade de promover a saúde ao longo do ciclo de vida”. Seguindo este princípio orientador da DGS, a literacia em saúde e a comunicação clara entre os enfermeiros e os doentes com DRC em hemodiálise são fundamentais para melhorar a sua saúde e qualidade dos cuidados prestados, bem como para os informar atempadamente sobre a doença e a adesão terapêutica.

Conclusão

O estado nutricional das pessoas em hemodiálise configura-se como um fator de preocupação e um desafio terapêutico para os profissionais de saúde, pelo que se justifica investigar sobre esta problemática. Nesta linha, este estudo assume-se como um contributo para uma prática profissional baseada em evidências científicas, ficando-se com um conhecimento mais aprofundado da problemática em estudo, que se traduziu numa melhor compreensão da gestão alimentar e hídrica que as pessoas em hemodiálise praticam. Foi realizado numa amostra de 81 participantes e revela



correlações estatisticamente significativas entre as restrições hídricas e o ganho de peso. O ganho médio de peso nas últimas 12 sessões, associou-se significativamente com «Mede a quantidade de líquidos permitidos por dia», «Suporta a sede» e «Evita refeições muito condimentadas». Os participantes que não medem a quantidade de líquidos permitidos por dia, que suportam a sede e que evitam refeições muito condimentadas tendem a apresentar um menor ganho de peso médio. Quanto ao ganho de peso relativo, este correlaciona-se com «Ajusta a quantidade de líquidos que bebe ao volume de urina diário». Os participantes que ajustam a quantidade de líquidos que bebem ao volume de urina diário tendem a apresentar menor ganho de peso relativo. A restrição no consumo de sódio não influencia significativamente o ganho de peso. A existência de correlação positiva e estatisticamente significativa entre o ganho de peso absoluto e a frequência do consumo de produtos integrais (pão, tostas), sugere que os doentes que consomem estes alimentos com maior frequência, tendem a evidenciar um maior aumento de peso absoluto. Inferiu-se que os doentes que consomem com maior frequência conservas de carne ou peixe tendem a evidenciar um menor ganho relativo de peso. Os participantes com maior IMC tendem a apresentar maior ganho de peso absoluto e médio; os que apresentam maior perímetro abdominal propendem a revelar maior ganho de peso médio, mas menor ganho relativo de peso; os que possuem maior perímetro da circunferência do pescoço tendem a apresentar menor ganho relativo de peso.

A aceitação da doença e da incapacidade não se associaram ao ganho de peso.

Em face das inferências produzidas, almeja-se que este estudo constitua um alerta para a necessidade de investimento nesta área de intervenção, por parte dos profissionais de saúde, particularmente dos enfermeiros especialistas em enfermagem médico-cirúrgica. A título de exemplo reforça-se a necessidade de incluir nos planos de intervenção aos doentes com DRC em hemodiálise, ações para que se possa dotá-los de mais literacia em saúde. Desta forma, seguir-se-ão as recomendações do Plano Nacional de Saúde (PNS) 2012-2016, com extensão até ao ano de 2020, que se rege por princípios orientadores da capacitação da pessoa através de ações de literacia para a autonomia e responsabilização pela sua gestão de saúde, tornando-a consciente da necessidade de integrar e participar nos programas delineados para Portugal (DGS, 2015).

Como implicações para a prática, os resultados obtidos reforçam a importância de: - promover a comunicação eficaz entre os profissionais de saúde e as pessoas em hemodiálise; - intensificar a realização de ensinamentos para maior controle do GPID, diminuindo as complicações nas sessões de HD; - transmitir informações corretas no sentido de maior adesão às restrições hídricas de modo a promover o equilíbrio entre a ingestão hídrica, alimentar e o débito urinário, prevenindo o recurso aos serviços de urgência em situação de pré-edema agudo; - empoderar os doentes para que reduzam a ingestão de alimentos ricos em sódio, diminuindo a sensação de sede e, conseqüentemente, a ingestão de líquidos de modo a alcançarem melhor controlo de volume e peso corporal; - necessidade de intervenções educacionais individuais que favoreçam a adesão das pessoas aos programas terapêuticos de hemodiálise e a manutenção do bem-estar e da qualidade de vida.

Não obstante o esforço para a realização de um estudo integrador e compreensivo, o baixo *n* amostral, entre outras, é uma limitação, pelo que é pertinente realizar-se um novo estudo com uma amostra mais alargada, procurando relacionar outras variáveis clínicas e sociodemográficas com o GPID. Sugere-se a replicação do estudo com foco de análise multidisciplinar, nomeadamente na visão do nutricionista.

Conflito de Interesses

Os autores declaram que o artigo divulga os resultados de uma investigação concluída no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica, desenvolvido na ESSH- IPV e cujo Relatório está público no Repositório do IPV.

Agradecimentos

Agradecem-se os contributos do Instituto Politécnico de Viseu, Escola Superior de Saúde de Viseu; FCT – Fundação para a Ciência e a Tecnologia, I.P; Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA: E), Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESENfC); do centro privado de diálise e dos utentes que participaram no estudo.

Referências bibliográficas

- Administração Central do Sistema de Saúde. (2013). Circular Normativa: Nº 12/2013/DPS. ACSS. <https://www.anadiadial.pt/wp-content/uploads/2018/04/Circular-Normativa-n%c2%ba-122013DPS-.pdf>
- Administração Central do Sistema de Saúde, IP. (2018). Valores Laboratoriais de Referência. ACSS. <http://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2018/09/tabela.pdf>
- Arriaga, M. T. de, Santos, B. dos, Silva, A., Mata, F., Chaves, N. & Freitas, G. (2019). Plano de Ação para a Literacia em Saúde. Portugal 2019-2021. Lisboa: Direção-Geral da Saúde. <http://portaisch.azurewebsites.net/chpl/wp-content/uploads/sites/39/2019/11/plano-de-acao-para-a-literacia-em-saude-2019-2021-pdf.pdf>
- Baptista, M. G. J. (2011). Aceitação da doença crónica. Um estudo no adulto em tratamento de hemodiálise. [Tese de Doutoramento, Universidade do Porto]. Repositório Aberto da Universidade do Porto. <https://hdl.handle.net/10216/72940>
- Ben-Noun L., Sohar E., Laor A. (2001). Neck circumference as a simple screening measure for identifying overweight and obese patients. *Obes Res.*, 9(8), 470-477. doi: 10.1038 / oby.2001.61.
- Calado, I. L., França, A. K. T. da C., Santos, A. M. dos, & Filho, N. S. (2007). Avaliação Nutricional de Pacientes Renais em Programa de Hemodiálise em um Hospital Universitário de São Luís do Maranhão. *J. Bras. Nefrol.*, 29(4), 215-221. <https://www.bjnephrology.org/en/article/avaliacao-nutricional-de-pacientes-renais-em-programa-de-hemodialise-em-um-hospital-universitario-de-sao-luis-do-maranhao/>
- Carrero, J. J., Cabezas-Rodríguez, I., Qureshi, A. R., Floege, J., Ketteler, M., London, G., Locatelli, F., Memmos, D., Goldsmith, D., Ferreira, A., Nagy, J., Teplan, V., Martínez-Salgado, C., Fernández-Martín, J. L., Zoccali, C., Cannata-Andia, J. B. & COSMOS group, (2018). Risk of hospitalization associated with body mass index and weight changes among prevalent haemodialysis patients. *Nefrologia (Engl Ed)*, 38(5), 520-527. doi: 10.1016/j.nefro.2018.02.009.
- Chiang, H. H., Lai, N. S., Livneh, H., Yeh, M. L., & Tsai, T. Y. (2013). Validity and reliability of Chinese version of acceptance of disability scale-revised. *Tzuchi Nurs J.*, 12, 66-76. <https://doi.org/10.1186/1471-2377-13-175>
- Chiang, H. H., Livneh, H., Guo, H. R., Yen, M. L. & Tsai, T. Y. (2015). Effects of acceptance of disability on death or dialysis in chronic kidney disease patients: a 3-year prospective cohort study. *BMC Nephrol*, 202, 2-7. <https://doi.org/10.1186/s12882-015-0197-z>
- Cristóvão, A. F. A. J. (2015). Eficácia das restrições hídrica e dietética em pacientes renais crônicos em hemodiálise. *Rev. bras. Enferm.*, 68(6), 1154-1162. <https://doi.org/10.1590/0034-7167.2015680622i>
- Direção-Geral da Saúde. (2015). Plano nacional de saúde: Revisão e extensão a 2020. <https://pns.dgs.pt/pns-revisao-e-extensao-a-2020>
- Direção-Geral da Saúde. (2017). Obesidade: Otimização da Abordagem Terapêutica no Serviço Nacional de Saúde. https://nutrimento.pt/activeapp/wp-content/uploads/2017/10/Obesidade_otimizacao-da-abordagem-terapeutica-no-servi%C3%A7o-nacional-de-saude.pdf
- Ferraz, S. F., Freitas, A. T. V. S., Vaz, I. M. F., Valente, M. I., Campos, A. M., Peixoto, M. R. G., & Pereira, E. R. S. (2015). Estado nutricional e ganho de peso interdialítico de pacientes com doença renal crônica em hemodiálise. *J Bras Nefrol.*, 37(3), 306-314. doi: 10.5935/0101-2800.20150050
- Fouque, D., Vennegoor, M., Wee, P. T., Wanner, C., Basci, A., Canaud, B., Haage, P., Konner, K., Kooman, J., Martin-Malo, A., Pedrini, L., Pizzarelli, F., Tattersall, J., Tondoir, J., & Vanholder, R. (2007). EBPG Guideline on Nutrition. *Nephrology Dialysis Transplantation*, 22(2), ii45-ii87. <https://doi.org/10.1093/ndt/gfm020>
- Galvão, A. (2021). Encontro Renal 2021. In S. P. de Nefrologia (Ed.). Gabinetes de Registo da Sociedade Portuguesa de Nefrologia. https://www.spnefro.pt/tratamento_da_doenca_renal_terminal
- Gordino, S. M. (2019). Epidemiologia da insuficiência renal crónica e anemia associada em adultos. [Dissertação de Mestrado. Universidade de Lisboa]. Repositório da Universidade de Lisboa. <https://hdl.handle.net/10451/40606>
- Ipema, K. J. R., Kuipers, J., Westerhuis, J., Gaillard, C. A. J. M., an der Schans, C. P., Krijnen, W. P., & Franssen, C. F. M. (2016). Causes and Consequences of Interdialytic weight gain. *Kidney Blood Press Res*, 41, 710-720. doi: 10.1159/000450560
- Ikizler, T. A., Burrowes, J. D., Byham-Gray, L. D., Campbell, K. L., Carrero, J. J., Chan, W., Fouque, D., Friedman, A. N., Ghaddar, S., Goldstein-Fuchs, D. J., Kaysen, G. A., Kopple, J. D., Teta, D., Wang, A. Y. M., & Cuppari, L. (2020). KDOQI Nutrition in CKD Guideline Work Group. KDOQI clinical practice guideline for nutrition in CKD: 2020 update. *Am J*



- Kidney Dis, 76(3) (suppl 1), s1-s107. <https://doi.org/10.1053/j.ajkd.2020.05.006>
- Kidney Disease Improvement Global Outcomes (KDIGO, 2013). Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease. Official Journal of the International Society of Nephrology, 3(1). https://kdigo.org/wp-content/uploads/2017/02/KDIGO_2012_CKD_GL.pdf
- Marinho, A. W. G. B., Penha, A. da P., Silva, M. T., & Galvão, T. F. (2017). Prevalence of chronic renal disease among Brazilian adults: a systematic review. *Cad. Saúde Coletiva*, 25, 379-388. <https://doi.org/10.1590/1414-462X201700030134>
- Marôco, J. (2018). Análise estatística com o SPSS Statistics (6ª ed.). ReportNumber.
- Martins, M. G. J. B. (2002). Auto-Atualização e Sofrimento na Explicação da Aceitação da Doença Crónica. [Dissertação de Mestrado, Universidade do Porto]. <http://handle.net/10198/3038>.
- Morais, A. R. (2012). A gestão da dieta da pessoa com insuficiência renal crónica terminal em hemodiálise: eficácia das suas estratégias de adaptação. [Relatório de Estágio, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa]. <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/16345/1/Relat%C3%B3rio%20Final.pdf>
- Nerbass, F. B., Morais, J. G., Santos, R. G., Krüger, T. S., Koene, T. T., & Filho, H. A. L. (2011). Fatores relacionados ao ganho de peso interdialítico em pacientes em hemodiálise. *J Bras Nefrol.*, 33(3), 300-305. <https://www.scielo.br/j/jbn/a/rc tBrzV8BcJwL8PLsVDkWhm/?lang=pt&format=pdf>
- Nolasco, F. (Coord), Loureiro, A., Ferreira, A., Macário, F., Barata, J. D., Sá, H. O., Sampaio, S., & Matias, A. (2017). Nefrologia. Rede Nacional de Especialidade Hospitalar e de Referência. República Portuguesa. <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/06/RNEHR-Nefrologia-Aprovada-19-06-2017.pdf>
- Ponce, P. (2020). Avaliação básica da doença renal crónica. In P. Ponce (Ed.). *Manual de Nefrologia* (pp. 1-9). Lidel.
- Pratas, J. (2020). Hemodiálise no tratamento da doença renal crónica. In P. Ponce (Ed.). *Manual de Nefrologia* (pp. 305-316). Lidel.
- Saran, R., Bragg-Gresham, J., Rayner, H., Goodkin, D., Keen, M., van Dijk, P., Port, F. (2013). Nonadherence in hemodialysis: associations with mortality, hospitalization, and practice patterns in the DOPPS. *Kidney International*, 64 (1), 254-262. <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=2009965653&site=eho st-live>
- Silva, R. R. L. (2019). Ganho de peso interdialítico excessivo e seus fatores associados [Dissertação de Mestrado, Universidade Federal de Pernambuco]. Attena – Repositório Digital da UFPE. <https://repositorio.ufpe.br/bitstream/123456789/33974/1/DISSERTA%c3%87%c3%83O%20Renata%20Reis%20de%20Lima%20Silva.pdf>
- Souza, F. T. Z., & Oliveira, J. H. A. (2017). Os sintomas Depressivos e Ansiosos no Paciente Renal Crônico em Tratamento Conservador. *Revista Psicologia e Saúde*, 9(3), 17-31. <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rpsaude/v9n3/v9n3a02.pdf>
- Turgut, F., & Abdel-Rahman, E. M. (2017). Challenges Associated with Managing End-Stage Renal Disease in Extremely Morbid Obese Patients: Case Series and Literature Review. *Nephron*, 137, 172–177. doi: 10.1159/000479118
- Wassef, O. M., El-Gendy, M. F., El-Anwar, R. M., El-Taher, S. M., & Hani, B. M. (2018). Assessment of health-related quality of life of hemodialysis patients in Benha City, Qalyubia Governorate. *Menoufia Medical Journal*, 31(4), 1414. doi: 10.4103/mmj.mmj_488_15
- Wong, K. K., Velasquez, A., Powe, N. R., & Tuot, D. S. (2018). Association between health literacy and self-care behaviors among patients with chronic kidney disease. *BMC Nephrol.*, 19(1), 196. doi: 10.1186/s12882-018-0988-0.

LUTO EM FAMILIARES E PESSOAS SIGNIFICATIVAS DE VÍTIMAS DE SARS-COV-2

THE GRIEF IN FAMILY MEMBERS AND SIGNIFICANT PERSONS OF SARS-COV-2 VICTIMS

EL DUELO EN LOS FAMILIARES Y PERSONAS SIGNIFICATIVAS DE LAS VÍCTIMAS DEL SARS-COV-2

Graça Simões¹
Eduardo Santos²
Madalena Cunha³

¹Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Portugal (gracajegundo@gmail.com)

²Health Sciences Research Unit: Nursing, Nursing School of Coimbra, Portugal (ejf.santos87@gmail.com) | <https://orcid.org/0000-0003-0557-2377>

³Instituto Politécnico de Viseu, Escola Superior de Saúde, Health Sciences Research Unit: Nursing, Nursing School of Coimbra, Portugal (madalenacunhanunes@gmail.com) | <https://orcid.org/0000-0003-0710-9220>

Corresponding Author

Graça Isabel Matos Simões
Urb. Quinta S. Luíz- Rua E, Lote 69- 2ºDTO,
Pereira MMV
3140 306 Coimbra, Portugal
gracajegundo@gmail.com

RECEIVED: 3rd June, 2022
ACCEPTED: 27th June, 2022

2022

Servir, 2(02), e27314

DOI:10.48492/servir0202.27314



RESUMO

Introdução: As restrições impostas pela pandemia SARS-CoV-2 dificultam a vivência dos processos de luto e a resolução de todas as suas fases, porquanto as pessoas “perderam” o direito de acompanhar os seus entes queridos na fase terminal e aos tradicionais rituais do velório.

Objetivos: Identificar as condições em que decorrem os rituais fúnebres em contexto de pandemia por SARS-CoV-2; Determinar a prevalência de luto patológico.

Métodos: Estudo observacional e descritivo, com foco transversal. A técnica de amostragem foi em bola de neve, constituída por 86 participantes, tendo sido aplicado como instrumentos de recolha de dados um questionário ad hoc relativo às variáveis sociodemográficas e de contexto de luto e o Inventory of Complicated Grief (ICG).

Resultados: 52 participantes (60,5%) apresentaram um score superior a 25 pontos no ICG, evidenciando um processo de luto complicado. Apesar de não se constatar uma relação estatisticamente significativa entre o desenvolvimento de luto patológico e as condições em que decorrem os rituais fúnebres em contexto de pandemia por SARS-CoV-2, há fortes indícios que as pessoas que perdem familiares e amigos vítimas de COVID-19 e que se veem impossibilitados de acompanhar antes e após morte acarretam processos de luto complicado.

Conclusão: Os participantes apresentam uma elevada probabilidade de desenvolver processos de luto complicado, pelo que as medidas de apoio psicológico que devem ser implementadas incluem programas de apoio e acompanhamento das famílias enlutadas, orientar para psicoterapia as pessoas que apresentem sintomatologia persistente e procurar a nível institucional operar mudanças comportamentais e processuais na gestão de processos de doença e morte, no âmbito da pandemia.

Palavras-chave: luto; infeções por coronavírus (COVID-19); família

ABSTRACT

Introduction: The restrictions imposed by the SARS-CoV-2 pandemic make it difficult to experience grief processes and to resolve all its phases as people “lost” the right to accompany their loved ones in the terminal phase and the right to traditional wake rituals.

Objectives: To identify the conditions under which funeral rituals take place in the context of a SARS-CoV-2 pandemic; Determine the prevalence of pathological mourning.

Methods: Observational and descriptive study with a cross-sectional focus. The sampling technique was snowball sampling, consisting of 86 participants, with an ad hoc questionnaire on sociodemographic and grief context variables, and the Inventory of Complicated Grief (ICG).

Results: 52 participants (60.5%) had a score higher than 25 points in the ICG, showing a process of complicated grief. Although no statistically significant relationship was found between the development of pathological mourning and the conditions under which funeral rituals take place in the context of the SARS-CoV-2 pandemic, there are strong indications that people who lose relatives and friends to COVID-19 and who find themselves unable to follow up before and after death entail complicated mourning processes.

Conclusion: The participants present a high probability of having severe difficulties and the development of complicated mourning processes, so that the psychological support measures that should be implemented include support programs and follow-up of bereaved families, guiding to psychotherapy the people who present persistent symptomatology and seeking at the institutional level to operate behavioral and procedural changes in the management of disease and death processes, within the scope of the pandemic.

Keywords: mourning; coronavirus (COVID-19) infections; family

RESUMEN

Introducción: Las restricciones impuestas por la pandemia SARS-CoV-2 dificultan la vida de los procesos de mutación y la resolución de todas sus fases, pues las personas “perdieron” el derecho a acompañar a sus seres queridos en la fase terminal y el derecho a los rituales tradicionales de duelo.

Objetivos: Identificar las condiciones en las que se desarrollan los rituales funerarios en el contexto de la pandemia de SARS-CoV-2; Determinar la prevalencia del duelo patológico.

Métodos: Estudio observacional y descriptivo con enfoque transversal. La técnica de muestreo fue un muestreo de bola de nieve, compuesto por 86 participantes. Los instrumentos de recogida de datos utilizados fueron un cuestionario ad hoc sobre variables sociodemográficas y de contexto de duelo, y el Inventario de Duelo Complicado (ICG).

Resultados: 52 participantes (60,5%) presentaron una puntuación superior a 25 puntos en el ICG, evidenciando un proceso de duelo complicado. Aunque no se ha encontrado una relación estadísticamente significativa entre el desarrollo de un duelo patológico y las condiciones en las que se celebran los rituales funerarios en el contexto de la pandemia de SARS-CoV-2, hay fuertes indicios de que las personas que pierden a sus familiares y amigos a causa del COVID-19 y que se ven incapaces de hacer un seguimiento antes y después de la muerte, llevan a cabo procesos de duelo complicado.

Conclusión: Los participantes presentan una alta probabilidad de tener dificultades graves y el desarrollo de procesos de duelo complicados, por lo que las medidas de apoyo psicológico que deben implementarse incluyen programas de apoyo y acompañamiento de las familias afectadas, orientar hacia la psicoterapia a las personas que presentan sintomatología persistente y procurar que a nivel institucional se operen cambios conductuales y procesales en la gestión de los procesos de enfermedad y muerte, en el ámbito de la pandemia.

Palabras Clave: duelo; infecciones por coronavirus (COVID-19); familia

Introdução

No cenário mundial, foi declarada uma pneumonia atípica em dezembro de 2019, na cidade de Wuhan, China. No final de janeiro de 2020 a Organização Mundial de Saúde (OMS) decretou este surto de propagação rápida e com um aumento exponencial de casos clínicos, de infecção pelo novo Coronavírus (SARS-CoV-2), como uma situação de emergência de saúde pública e de interesse internacional (Oliveira et al., 2020). Esta pandemia teve de imediato repercussões a nível mundial nomeadamente ao nível da educação, economia, artes e cultura, governo, religião e família, média e, especialmente, ao nível da saúde. Como reforça Crepaldi et al. (2020), devido à preocupação com a capacidade de resposta dos sistemas de saúde e às exigências da pandemia, a sua rápida evolução e o aumento do número de casos, foram implementadas medidas restritivas, como sejam o encerramento de escolas e universidades, isolamento de casos suspeitos, restrições a viagens e distanciamento social.

Para além disso, a COVID-19 implicou diversas perdas para as pessoas, nomeadamente ao nível de rotinas, da perda de conexões com outras pessoas, instabilidade financeira e, mesmo perda de alguém da sua rede socioafetiva devido a morte por COVID-19 (Crepaldi et al., 2020). A pandemia veio dificultar a aceitação desta nova realidade e, muitas vezes, a vivência do processo de luto ficou comprometida, bem como a resolução de todas as suas fases, uma vez que foi retirado o direito do acompanhamento na fase terminal da pessoa e o direito dos rituais de velório. Os rituais fúnebres e a experiência de morrer sofreram uma profunda alteração na sua realização.

A presente investigação, que se encontra inserida num projeto de investigação mais alargado intitulado “Luto Pós-SARS-CoV-2: Evidências”, teve como finalidade analisar o processo de luto dos familiares de vítimas de SARS-CoV-2. Para tal, procurou-se dar resposta as seguintes questões de investigação: Em que condições decorreram os rituais fúnebres em contexto de pandemia por SARS-CoV-2? Qual é a prevalência de luto patológico em familiares de pessoas vítimas mortais de SARS-CoV-2?

1. Enquadramento Teórico

O Coronavírus é um vírus que causa infeções respiratórias, que se expande de uma forma assintomática, apresentando sintomatologia mais leve comparativamente com outros vírus da mesma família, mas apresentando uma elevada taxa de transmissibilidade e um enorme desafio para os sistemas de saúde (Oliveira et al., 2020). Perante estes acontecimentos e a rápida progressão da doença, a OMS declarou a doença COVID-19, originada pelo novo Coronavírus, como uma pandemia a nível global (Cardoso et al., 2020). Consequentemente, a OMS delineou medidas a serem implementadas para o combate à pandemia, no sentido da destruição do vírus para travar a transmissão pessoa-pessoa e a propagação da doença, como sejam a higienização frequente das mãos, higienização das superfícies, a etiqueta respiratória, uso de máscara e distanciamento social (Oliveira et al., 2020).

Entre as várias medidas implementadas em Portugal, destacam-se no presente estudo as associadas ao processo de luto e aos rituais fúnebres. Tavares (2012) define o luto como um “sentimento de tristeza profunda por motivo da morte de outrem”. O luto é então uma reação à perda de uma pessoa querida, aceitando-se como um período de reações emocionais relativas à perda, incorporando diversas manifestações psicológicas e físicas. (Stroebe et al., 2007). Também Fuchs (2018), refere que o luto é um processo complexo, mas bastante individual, podendo manifestar-se de diferentes maneiras e sujeito a diversas variações individuais e culturais. O luto pode então ser caracterizado como um conjunto de reações psicológicas, emocionais, físicas e sociais, que a pessoa enlutada experiêcia face à morte. Consiste num período de muita dor e que exige readaptação da pessoa enlutada à sua nova realidade, sendo que a maioria das pessoas conseguem se reinventar e ultrapassar este período de descrença e sofrimento. A literatura aponta que após cerca de seis meses, no geral, as pessoas conseguem aceitar e integrar a sua perda, ter atividades prazerosas no dia-a-dia, relacionarem-se com outras pessoas de forma satisfatória e ter uma vida produtiva (Delalibera et al., 2011).

A literatura dá conta de vários fatores que interferem na vivência do processo. Em relação ao luto patológico é determinado pela existência de vários fatores de risco, como sejam fatores prévios à perda, fatores relacionados com a própria perda e fatores peri-perda. Os fatores prévios à perda são a idade do enlutado, o seu género, a raça,



o tipo de vínculo que tinha com a pessoa falecida, o estatuto socioeconómico e a existência de patologia psiquiátrica prévia. Os fatores relacionados com a perda referem-se, em concreto, às circunstâncias da morte, se era algo previsível ou ocorreu de uma forma inesperada e violenta. Os fatores peri-perda dizem respeito à resposta e capacidade do enlutado de lidar com a perda (Marques, 2020). Neimeyer (2019), expõe uma variedade de fatores de risco que podem potenciar o desenvolvimento de um quadro de luto pós-perda mais intenso, como sejam as circunstâncias em que aconteceu a morte, a relação com a pessoa falecida, os estilos de enfrentamento, a rede de apoio da pessoa enlutada, os sistemas sociais e institucionais nos quais se encontra inserida e que constituem suporte social. Outros fatores que se podem enumerar são as variáveis peri-evento, dependência conjugal, a pessoa enlutada ser um cuidador informal, género da pessoa enlutada, recursos económicos e nível de educação. A pessoa enlutada pode apresentar um ou vários fatores de risco, aumentando a probabilidade de desenvolver um luto complicado, quanto mais fatores de risco estiverem presentes.

Face às limitações impostas pela COVID-19, *“houve uma necessidade de abreviação ou interrupção de rituais tradicionais celebrados para homenagear os mortos e confortar os indivíduos enlutados”* (Cardoso et al., 2020, p. 2). Como tal, a literatura aponta que perante um acontecimento de morte inesperada ou traumática, a pessoa enlutada inicia um processo complexo de procura de atribuição de significado à perda que, por vezes, não se constata ou produz respostas fáceis. Este processo pode predispor a pessoa enlutada a desenvolver um quadro de luto complicado ou patológico.

Para além disso, a literatura assume os rituais fúnebres como sendo rituais que permitem assimilar a perda e, por isso, a construção do luto, porquanto muitas pessoas precisam do velório do corpo para entender a morte, adaptarem à ideia de que a pessoa que morreu não estará mais presente e reconstruir a realidade alterada (Bianco & Costa-Moura, 2020). Perante as limitações impostas pela pandemia devido ao risco de contágio foram tomadas diversas medidas, nomeadamente a proibição de ver o corpo do familiar que morreu, a obrigatoriedade de distanciamento social, a impossibilidade de realização das cerimónias fúnebres, os corpos não poderem ser vestidos, tocados, contemplados, a redução ao mínimo do número de pessoas permitidas e a duração de velórios, impossibilitaram os familiares das vítimas de coronavírus de executarem um ritual completo (Dantas et al., 2020). Não existindo este ritual, devido à pandemia, a morte torna-se dessimbolizada e o trabalho do luto é interrompido. (Bianco & Costa-Moura, 2020).

A vivência da pandemia veio dificultar a aceitação da nova realidade do presente e do processo de luto em todas as suas fases, como nos mostram os autores acima referidos, devido à impossibilidade de acompanhamento na fase terminal da pessoa e o direito dos rituais de velório. Como reforçam Magalhães et al. (2020), o processo de luto sem despedida, pode originar repercussões a nível pessoal e social, na vida dos familiares enlutados. Assim, a pessoa enlutada, na impossibilidade de realizar um ritual de despedida e receber o conforto dos parentes e amigos, encontra-se mais propensa a vivenciar um luto complicado e até patológico. Pode ocorrer o desenvolvimento de preocupação excessiva, transtorno do estresse pós-traumático, desinteresse pela vida, dificuldade em aceitar a morte, angústia, ansiedade e depressão.

Relativamente, ao estabelecimento de um diagnóstico de luto complicado esta não é uma questão consensual, contudo os critérios propostos na literatura para a definição de um diagnóstico são, fundamentalmente, a duração do luto, comprometimento funcional e intensidade dos sintomas. No Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5) a diferença essencial entre um processo de luto normal e complicado seria o tempo, isto é, quando uma pessoa apresenta sintomas persistentes ou com intensidade acrescida de luto por um período de doze meses ou mais, pode afirmar-se que estamos perante um quadro de Transtorno do luto complexo persistente- o Luto Patológico. Sendo que, um dos seguintes sintomas é experimentado pela pessoa enlutada e prevalece, desde a morte, apresentando relevância clínica e persistindo até pelo menos doze meses após o acontecimento, como sejam a saudade persistente do falecido, preocupação com o falecido, intenso pesar e dor em relação à morte e preocupação com as circunstâncias da morte. Outros sintomas adicionais que corroboram o diagnóstico são um sentimento de incredulidade em relação à morte, raiva e angústia sobre a morte, tristeza, culpa e evitação de lembranças da perda, afastamento social, não confiar nos outros, dores recorrentes de emoções dolorosas, com intensa ansia e saudade do falecido, dificuldade em se envolver em atividades, buscar relações e planear o futuro, entre outros (American Psychiatric Association, 2013).

As implicações a nível social prendem-se sobretudo com o fato de a pessoa enlutada sentir, frequentemente, frustração por não poder proporcionar um funeral considerado digno para o ente falecido, não ter a oportunidade de expressar os sentimentos e as emoções sobre os entes perdidos, manifestar publicamente o seu pesar e por não haver um momento de comunhão, cumplicidade e compaixão. Assim, a pessoa enlutada tem de lidar sozinha com a morte e com a sobrecarga emocional gerada por esse evento, não tendo uma rede de apoio com quem compartilhar a sua dor, formada por familiares e amigos, que representam um suporte fundamental para o enfrentamento desse fenómeno (Magalhães et al., 2020).

2. Métodos

Foi realizado um estudo de natureza quantitativa observacional, com análise descritiva e foco transversal. Foi aplicado a técnica de amostragem não probabilística, em “Bola de Neve”.

2.1 Amostra

A investigação teve como alvo a população dos familiares e/ou pessoas significativas (amigos próximos) de doentes que faleceram com SARS-CoV-2, na região Centro de Portugal, sendo que a amostra ficou composta por um total de 86 participantes voluntários.

2.1.1 Critérios de Inclusão

Os critérios de inclusão considerados foram: pessoas com idade superior ou igual a 18 anos; a perda/ falecimento do familiar e/ou pessoa significativa (amigo próximo) ter acontecido há pelo menos 6 meses; e os participantes terem vivências em rituais fúnebres condicionadas devido às imposições colocadas pelo SARS-CoV-2.

2.2 Instrumentos de recolha de dados

A recolha de dados foi realizada através de um Instrumento de recolha de dados disponibilizado na plataforma informática *Google Forms* aos participantes da população-alvo e, também, através de contactos por via telefónica (tendo cada chamada em média demorado 23 minutos), no período de julho de 2021 até setembro de 2021.

Este Instrumento composto por três partes, inclui na primeira parte um Questionário ad hoc para caracterização sociodemográfica, na segunda é referente ao Contexto do Luto e a terceira corresponde à aplicação do Inventário de Luto Complicado, versão portuguesa de Frade et al. (2009), citado por Pacheco (2010).

O Questionário de caracterização sociodemográfica, como referido, permite caracterizar a amostra e descrever as características comuns dos participantes. Desta forma, o questionário utiliza perguntas sobre a idade, o género, estado civil, profissão e habilitações literárias, prática de crença religiosa e grau de parentesco com a pessoa falecida. Posteriormente, aplicou-se um Questionário ad hoc sobre as circunstâncias da morte e contexto de luto.

O “Inventory of Complicated Grief (ICG)”, foi adaptado e validado para a população Portuguesa, sendo constituído por 19 itens, com respostas tipo Likert de 5 pontos (Nunca a Sempre), de 0 a 4, com uma pontuação total que varia entre 0 e os 76 valores, que permitem avaliar a existência de sintomas de luto, como consequência da perda de uma pessoa significativa, decorrido um mês. Sendo que, apenas podemos falar em luto complicado ou patológico após decorrem seis meses desde o evento, com sintomatologia persistente ao longo deste período e que implique perturbações ao nível da funcionalidade da pessoa enlutada. A versão traduzida da escala apresenta 5 fatores, o primeiro designa-se de Dificuldades traumáticas (item 2, 9, 10, 11 e 12), que dizem respeito quando uma pessoa está traumatizada pela morte de uma pessoa significativa. O segundo fator, revela Dificuldades de separação (item 1, 4, 5, 13 e 19), pois envolve uma preocupação intrusiva e angustiante face à perda e à pessoa. O terceiro fator denomina-se por Dimensão de Negação e revolta (item 3, 6, 7 e 8) que implica reações de negação e revolta. Relativamente ao quarto fator, Dimensão psicótica, composto pelos itens 14 e 15 expressam de facto sintomas de índole psicótica que comumente se apresentam no luto. Por último, o quinto fator, denominado de Dimensão depressiva, composto pelos restantes itens revela-nos a relação intrínseca entre sintomatologia de luto complicado e sintomatologia observada em casos de Depressão major (Pacheco,



2010). Uma pontuação acima dos 25 valores, num caso de perda superior a 6 meses, indica a probabilidade de existir luto complicado (Frade et al., 2009, cit. por Pacheco, 2010). O estudo da consistência interna da escala “Inventário de luto complicado (ICG)”, para a amostra em estudo, revela uma consistência muito boa ($\alpha=0,93$).

2.3 Procedimentos

O estudo obteve parecer favorável da Comissão de Ética do Instituto Politécnico de Viseu, com a referência 14 A/SUB/2021 e emissão em 25/05/2021.

Na aplicação dos questionários e recolha de dados manteve-se sempre o respeito pela privacidade de cada participante, garantindo o anonimato e confidencialidade dos mesmos. Importa destacar que foi utilizado um formulário para o consentimento informado, assegurado o sigilo e confidencialidade das respostas. As chamadas efetuadas via telefónica não foram gravadas. De igual forma no Instrumento disponibilizado online foi incluída informação sobre declaração de aceitação de participação no estudo, assim como foi assegurado que os resultados obtidos seriam utilizados exclusivamente para fins de investigação científica.

Foi acautelada a autorização instrumento de recolha de dados para a sua aplicação, nomeadamente procedeu-se ao pedido de autorização para o uso do Inventário de Luto Completo, validado para a população portuguesa por Frade et al. (2009), citado por Pacheco (2010), a partir do original Inventory of Complicated Grief (ICG).

O tratamento de dados foi realizado com recurso ao software IBM Statistical Package for the Social Science (IBM SPSS), na versão 26.0. Os dados foram explorados através de estatística descritiva recorrendo a frequências absolutas e percentuais e a medidas de tendência central (média) e de dispersão (desvio padrão, entre outros). A análise da consistência interna foi realizada através do Alpha de Cronbach cujos valores são interpretados como muito boa $>0,9$, boa entre 0,8 e 0,9, razoável entre 0,7 e 0,8, fraca entre 0,6 e 0,7 e por fim, inadmissível $<0,6$ (Pestana & Gajero, 2008). Para realizar a análise inferencial e dado o reduzido tamanho amostral foram adotados os testes não paramétricos, nomeadamente o teste U de Mann-Whitney (na presença de dados contínuos) e o teste Qui-quadrado (X^2) ou equivalente teste de Fisher (na presença de dados dicotómicos ou ordinais). Em todos os testes, fixámos o valor 0,05 como limite de significância, ou seja, rejeitamos a hipótese nula quando a probabilidade do erro tipo I era inferior a 5% ($p<0,05$).

3. Resultados

A amostra contou com 86 pessoas, maioritariamente do género feminino (69,8%, $n=60$), com idades oscilando entre uma idade mínima de 18 anos e uma idade máxima de 87 anos, ao que corresponde uma idade média de 52,02 anos ($\pm 13,44$ anos). No que respeita à mulher, esta apresenta uma média de idade de 51 anos variando entre 22 e 79 anos. Em relação aos homens, apresentam uma média de idades de 55 anos que variam entre os 18 e os 87 anos.

A caracterização sociodemográfica revela ainda que prevalecem as pessoas casadas (66,3%, $n=57$), que residem em área rural (61,6%, $n=53$) e com um nível de escolaridade do ensino superior (32,6%, $n=28$). A maioria pratica uma doutrina religiosa (75,6%, $n=65$), que corresponde à Católica em todos os casos. O grau de parentesco que prevalece com a pessoa falecida é filho(a) (37,2%, $n=32$) (cf. Tabela 1).

Tabela 1 – Caracterização sociodemográfica da amostra

Caracterização sociodemográfica	N (86)	% (100)
Género		
Masculino	26	30,2
Feminino	60	69,8
Idade M=52,02 dp=13,44		
18- 33 anos,	9	10,5
34- 49 anos	23	26,7
50- 65 anos	40	46,5
Mais de 65 anos	14	16,3
Estado civil		
Solteiro/a	13	15,1
Casado/a	57	66,3
União de facto	5	5,8
Divorciado/a ou separado/a	4	4,7
Viúvo/a	7	8,1
Área de residência		
Rural	53	61,6
Urbana	33	38,4
Nível de escolaridade		
1.º Ciclo (Ensino primário)	14	16,3
2.º e 3.º Ciclo	25	29,1
Ensino Secundário	19	22,1
Ensino Superior	28	32,6
Prática de Doutrina Religiosa		
Sim	65	75,6
Não	21	24,4
Grau de Parentesco com a pessoa falecida		
Filho/a	32	37,2
Neto/a	15	17,4
Sobrinho/a	10	11,6
Outros (amigo/a próximo/ significativo)	8	9,3
Genro/nora	6	7,0
Primo/a	5	5,8
Esposa/marido	4	4,7
Tia/tio	2	2,3
Irmã/ão	2	2,3
Sogra	1	1,2
Cunhado/a	1	1,2



Contexto do luto

A caracterização do contexto do luto mostra que 86% (n=74) da amostra não visitou o seu familiar no período da doença. O local de falecimento do familiar/amigo foi predominantemente em unidades Hospitalares, sendo que 83,7% (n=72) dos óbitos ocorreu neste meio e os restantes em outros locais. Após a morte, à maioria dos inquiridos foi negada a oportunidade de ver o seu familiar, ainda que gostassem de o ter feito (62,8%, n= 54). A maioria da amostra (84,9%, n=73) considera importante os familiares e amigos verem o corpo/a face do familiar/pessoa após a morte para se despedirem. Em resposta aberta, os relatos tendem a mostrar que a despedida sem olhar o corpo dificulta o processo de luto ao referirem que “simplesmente devemos seguir o processo de luto e ver o corpo antes de descer à terra, ... faz parte da despedida”. Deste modo, os participantes consideram o “luto horrível!” e “desumano”. A ausência de contacto visual compromete a despedida e de certo modo, a homenagem à pessoa falecida. Por isso, é referido “... não me consegui despedir”, e ainda “o meu pai merecia uma homenagem digna e com respeito”. Esta ausência de contacto tende a gerar uma certa dúvida ou negação que pode dificultar o processo de luto conforme se pode verificar pelas seguintes expressões: “não aconteceu [ter visto], mas era importante para não ter dúvidas” e “Não sei se ia uma pedra no caixão!”.

A média das idades do falecido foi de 80,67 anos ($\pm 11,66$ anos), oscilando entre o mínimo de 44 e máximo de 97 anos. A média de idades vai de encontro com as estatísticas que, demonstram que as pessoas mais idosas foram as mais afetadas em relação à taxa de mortalidade provocada pela pandemia COVID-19.

Importa ainda salientar que 83,7% (n=72) da amostra assume que o seu familiar ou amigo falecido não foi vestido. Relativamente, ao destino do corpo da pessoa falecida, 88,4% (n=76) das pessoas foram sepultadas no cemitério, 9,3% (n=8) foram cremadas e as restantes não foi especificado o seu destino.

Apesar de a maioria da amostra (76,7%, n=66) ter estado presente nas cerimónias fúnebres, apenas 47,7% (n=41) afirma que ocorreu uma reunião religiosa/ ritual religioso / celebração religiosa / de cariz espiritual. Sendo que, o ritual mais frequente foi a missa. No que concerne ao velório e à sua concretização, as expectativas expostas pelas pessoas demonstram que a maioria gostaria de ter tido um ritual fúnebre completo, de acordo com os princípios religiosos e culturais. Como referem alguns dos inquiridos “Todos os que foram importantes na vida se despedissem de maneira adequada!”, “Que fosse possível a todas as pessoas interessadas em ir ao funeral pudessem ter ido.” e “Com as exéquias fúnebres habituais.”

A maioria dos inquiridos (86%, n=74) afirmam que não ocorreu reunião familiar/amigos após o falecimento. Para além disso, a esmagadora maioria dos participantes, em resposta aberta, refere que as pessoas que participaram no velório foram de número igual ou inferior a 25.

Quando questionados sobre se perderam mais algum familiar, para além da perda por COVID-19, apenas 31,4% (n=27) dos inquiridos respondeu afirmativamente, sendo ainda possível verificar que 26,7% (n=23) das perdas ocorreram devido a causas naturais relacionadas com a saúde e 3,5% (n=3) devido a acidentes (cf. Tabela 2).

Tabela 2 – Estatísticas relativas ao contexto de luto

Contexto do Luto	Total	N=86	100%
No período de doença COVID-19, foi-lhe permitido visitar o seu familiar?			
Sim	12		14,0
Não	74		86,0
Local de falecimento de seu ente querido?			
Hospital	72		83,7
Outro local	14		16,3

Contexto do Luto	Total	N=86	100%
Foi-lhe permitido ver o seu familiar após a sua morte?			
Sim, vi.		8	9,3
Não vi, mas gostava de ter visto		54	62,8
Não vi, mas também não gostava de ter visto.		24	27,9
Considera importante os familiares e amigos verem o corpo / a face do familiar / pessoa significativa após a morte para se despedirem?			
Sim		73	84,9
Não		13	15,1
Média de idade do falecido M=80,67 dp=11,66			
O corpo foi vestido?			
Sim		14	16,3
Não		72	83,7
Qual foi o destino do corpo da pessoa falecida?			
Cemitério		76	88,4
Crematório		8	9,3
Outro		2	2,3
Esteve presente nas cerimónias fúnebres?			
Sim		66	76,7
Não		20	23,3
Ocorreu uma reunião religiosa / ritual religioso / celebração religiosa / de cariz espiritual			
Sim		41	47,7
Não		45	52,3
Ocorreu reunião familiar/amigos após o falecimento			
Sim		12	14,0
Não		74	86,0
Considera que os serviços fúnebres foram mais caros?			
Sim		19	22,1
Não		67	77,9
Além da perda pelo COVID-19, perdeu mais alguém?			
Sim		27	31,4
Não		59	68,6
Se sim. Qual a causa da sua morte?			
Causa natural relacionada com a saúde		23	26,7
Acidente		3	3,5
Não respondeu		60	69,8

Luto

A aplicação do Inventário de luto complicado permite constatar que o score mínimo obtido pela aplicação do ICG é igual a 1 para os homens e de score 7 para as mulheres. Em contraste, o score máximo para os primeiros é de 67 e para os segundos de 70. Com valores médios, respetivamente de 26,53 ($\pm 16,19$) e 31,05 ($\pm 15,42$) (cf. Tabela 3). A média global das respostas aos 19 itens do ICG é de 29,69 ($\pm 15,70$).



Tabela 3 – Estatísticas sobre o luto aferidas pelo “Inventário de luto complicado” (ICG) em função do género

Inventário de Luto Complicado (ICG)	n	Min.	Max.	Média	dp
Masculino	26	1	67	26,53	16,19
Feminino	60	7	70	31,05	15,42
Total	86	1	70	29,68	15,70

No sentido de verificar se existiriam diferenças significativas, entre homens e mulheres, foi aplicado o Teste U Mann-Whitney. Os resultados obtidos mostram não existirem diferenças estatisticamente significativas ($U=649$; $p=0,21$), ainda assim, evidenciam-se scores mais elevados para o género feminino ($MR=45,68$) (cf. Tabela 4).

Tabela 4 – Estatísticas sobre o luto, obtidas através da aplicação do “Inventário de luto complicado” (ICG) em função do género

Inventário de Luto Complicado (ICG)	Masculino		Feminino		Total
	N	mean rank	N	mean rank	
Teste U Mann-Whitney = 649, $p=0,21$	26	38,46	60	45,68	86

O estudo das diferentes dimensões do luto, revela que os participantes pontuam com valores máximos nas dimensões “dificuldades traumáticas” e “dificuldades de separação”. Sendo que, o valor médio mais elevado é de 11,2 na dimensão “dificuldades de separação” nos itens “Eu penso tanto nesta pessoa que me é difícil fazer as coisas que normalmente fazia...”, “Eu dou por mim a sentir a falta da pessoa que morreu...”, “Eu sinto-me atraído pelas coisas e lugares associados à pessoa que morreu...”, “Sinto a minha vida vazia sem a pessoa que morreu...” e “Eu sinto-me só grande parte do tempo desde que ele(a) morreu...” (cf. Tabela 5).

Tabela 5 – Estatísticas relativas às dimensões do “Inventário de luto complicado” (ICG)

Inventário de Luto Complicado (ICG)	n	Min.	Max.	Média	dp
Dimensões					
Dificuldades traumáticas (item 2, 9, 10, 11 e 12)	86	0	20	5,43	4,73
Dificuldades de separação (item 1, 4, 5, 13 e 19)	86	1	20	11,2	4,89
Negação e revolta (item 3, 6, 7 e 8)	86	0	16	8,05	4,53
Psicótica (item 14 e 15)	86	0	8	1,66	1,97
Depressiva (item 16, 17 e 18)	86	0	12	3,31	2,71

Tipologia do luto

O score global do ICG oscilou, como já descrito, entre 1 e 70, constatando-se que 34 participantes (39,5%) apresentaram um score total do ICG inferior a 25 pontos, indicando uma situação de luto normal. Em contraste, 52 participantes (60,5%) apresentaram um score superior a 25 pontos, evidenciando um processo de luto complicado. Para verificarmos se existiam diferenças entre os géneros em função dos scores da escala ICG utilizámos o teste do qui-quadrado (X^2) e os resultados apurados revelam que não existem inferências significativas para os distinguir ($X^2=0,68$; $p=0,47$) (cf. Tabela 6).

Tabela 6 – Estatísticas sobre a tipologia do luto, aferido pelos valores do corte recomendados pelos autores do ICG

Inventário de Luto Complicado (IGC)	Masculino		Feminino		Total	
	n	%	n	%	n	%
IGC scores < 25 (luto normal)	12	14,0	22	25,6	34	39,5
IGC scores > 25 (luto complicado)	14	16,3	38	44,2	52	60,5
Total	26	30,2	60	69,8	86	100,0

Teste $X^2=0,68$; $p=0,47$

4. Discussão

Face aos objetivos supracitados procurou-se verificar se existe relação entre o desenvolvimento de luto patológico e as condições em que decorrem os rituais fúnebres em contexto de pandemia por SARS-CoV-2. Neste sentido, alguns estudos (Hart & Taylor, 2021; Sizoo et al., 2020) apontam que tais restrições têm impacto profundo sobre os doentes, os seus familiares e cuidadores e profissionais.

Partindo deste pressuposto procuramos analisar se o contexto de luto e o desenvolvimento dos rituais fúnebres influenciam o desenvolvimento do processo de luto. A reunião familiar e com amigos, após o falecimento, pode ser considerada uma estratégia para lidar com a situação de luto. Todas estas alterações profundas podem ter impacto na pessoa enlutada, como vivência todo o processo de luto e na capacidade de estabelecer ligação com o falecido, assim com vista a minimizar o risco de um luto complicado, os autores recomendam a promoção da conexão entre as pessoas antes e depois da morte (Mayland et al., 2020).

Os investigadores preveem que as mortes originadas por COVID-19 de uma forma inesperada e a exposição a diferentes fatores de stress causem uma dor aguda e intensa. Sendo este um forte preditor de dor patológica futura, reações de luto persistentes, prolongadas e incapacitantes, denominadas de desordem de luto complexo persistente (Eisma et al., 2020). Particularmente em relação aos rituais fúnebres a literatura (Bianco & Costa-Moura, 2020; Dantas et al., 2020) aponta uma certa influência dos rituais fúnebres e o desenvolvimento do processo de luto.

Os estudos não demonstraram relação significativa entre a forma como decorreram os funerais e a existência dor ou luto prolongado (Birrell et al., 2020; Burrell & Selman, 2020; Mitima-Verloop et al., 2019 cit. por Stroebe, & Schut, 2021).

No presente estudo, devido ao tamanho amostral, não foi possível aferir se o contexto de luto e os rituais fúnebres têm influência estatisticamente relevante no desenvolvimento de processos de luto complicado. Podem ter contribuído, também, para este fato, o período temporal de colheita de dados ser realizado apenas durante três meses ou eventuais erros processuais. No entanto, importa realçar que os resultados mostram que tais limitações tendem a gerar um certo descontentamento e ao mesmo tempo dificuldades na gestão do luto, uma vez que os familiares se viram impossibilitados de realizar uma homenagem digna à pessoa que morreu. Na verdade, a pandemia COVID-19 parece ter implicações na forma como se desenvolvem os processos de luto. Estamos, pois, perante o condicionamento de diversas normas culturais, rituais e práticas sociais usuais ao longo do processo que aumentam potencialmente o risco de um luto complicado (Mayland et al., 2020). Os resultados permitem responder à questão de investigação, porque apesar de não existir uma relação estatisticamente significativa entre o desenvolvimento de luto patológico e as condições em que decorrem os rituais fúnebres, em contexto de pandemia por SARS-CoV-2, há indícios que as pessoas que perdem familiares e amigos vítimas de COVID-19 e que se veem impossibilitados de acompanhar antes e após morte acarretam processos patológicos ou complicados do luto.

Procurou-se determinar a prevalência do luto complicado em familiares de pessoas vítimas mortais de SARS-CoV-2 e com base nas respostas ao inventário de luto complicado inferiu-se que há uma probabilidade elevada de terem dificuldades graves e existência de processos de luto complicado. 60,5% da amostra apresenta scores superiores a 25 valores, o que evidencia a existência de luto complicado.



Shear (2015), advoga que o luto patológico é mais frequente em pessoas do sexo feminino, de estatuto socioeconómico baixo e com idade superior a 60 anos. Indagações que no presente estudo não foram possíveis de confirmar, possivelmente por a amostra não ser representativa da população geral, devido ao fato de serem, essencialmente, as mulheres as cuidadoras do familiar doente e se mostrarem as mais disponíveis para participar voluntariamente no estudo. No que concerne aos fatores de risco que contribuem para o desenvolvimento de luto complicado, Mayland et al. (2020) referem que, passam por natureza da morte súbita e traumática, natureza do ambiente como um internamento para cuidados médicos e os fatores pessoais da pessoa enlutada preexistentes como patologias do foro mental, condição económica e suporte social. Relacionado com uma situação pandémica, para os mesmos autores, as múltiplas perdas têm impacto nas normas culturais e sociais, bem como nos rituais relacionadas com a morte e o luto, podendo potenciar o risco de desenvolver quadros de luto complicado. O presente estudo aponta para o fato de que as mortes terem sido um acontecimento inesperado, as pessoas não conseguiram acompanhar os seus familiares vítimas de SARS-CoV-2 e todo o ritual relacionado com o processo de morrer e luto sofreu profundas alterações. Como reforçam Stroebe e Schut (2021), as restrições e o distanciamento imposto pela pandemia podem intensificar ainda mais os sentimentos de solidão, que são parte integrante de qualquer experiência de luto.

Conclusão

Com base nos objetivos delineados, apurou-se que a maioria dos participantes no estudo não visitou o seu familiar durante o período de doença, no entanto este fato parece não influenciar nas estratégias de coping adotadas, nem nos processos de luto associados. No entanto, os participantes consideraram que ver o corpo ou parte dele, após a morte do seu ente querido, é uma forma e ritual importante de despedida, ajudando a mitigar o processo de luto e a atenuar as dificuldades sentidas que lhe são inerentes. No geral, o desenvolvimento de cerimónias fúnebres não influencia e não é considerada uma estratégia para lidar com a situação. Como fatores potenciadores ou protetores, a reunião familiar ou com amigos, após o falecimento, pode ser considerada uma estratégia para lidar com a situação.

Desde o início da conceptualização o estudo, houve preocupação em desenvolver um trabalho metodológico rigoroso, contudo, assume-se que o baixo número amostral e a limitação a uma região do país (centro), se apresentam como limitações, às inferências produzidas.

Os dados empíricos recolhidos poderão contribuir para uma melhor informação e consciencialização dos impactos negativos provocados pela situação pandémica na saúde mental das pessoas e para a necessidade de mudanças comportamentais, por parte das instituições que prestam cuidados de saúde, nomeadamente adotar diferentes procedimentos de identificação e preparação do corpo da pessoa falecida; facilitar visitas familiares nos internamentos; e permitir o estabelecimento de uma rede de apoio às pessoas enlutadas e acompanhamento à posteriori por parte de equipas multidisciplinares. Torna-se pertinente dar continuidade a programas de investigação sobre a experiência do luto, em tempos de COVID-19, no sentido de sugerir orientações para a prática a nível das Instituições de Saúde, implementação de programas de apoio e intervenção e mudanças nas políticas de saúde. Com vista a uma melhoria nos cuidados de saúde prestados à população, os profissionais de saúde devem estar atentos e conscientes da importância de programas de despiste precoce de sintomatologia física e psíquica, relativa aos processos de luto.

Conflito de Interesses

Os autores declaram que o presente estudo se encontra inserido num projeto de investigação mais alargado intitulado “Luto Pós-SARS-CoV-2: Evidências”, e que o artigo divulga os resultados apurados no âmbito da componente de investigação desenvolvida no curso de pós-licenciatura de especialização em enfermagem médico-cirúrgica, realizado na ESSV- IPV e cujo Relatório está disponível na biblioteca da escola.

Agradecimentos e Financiamento

Os autores agradecem aos participantes no estudo, ao Instituto Politécnico de Viseu, Escola Superior de Saúde de Viseu (ESSV) e à Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA: E), acolhida pela Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESEnFC) e financiado pela Fundação para a Ciência e Tecnologia (FCT).

Referências bibliográficas

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5* (5th ed.). Library of Congress Cataloging-in-Publication Data. http://repository.poltekkes-kaltim.ac.id/657/1/Diagnostic%20and%20statistical%20manual%20of%20mental%20disorders%20_%20DSM-5%20%28%20PDFDrive.com%20%29.pdf
- Bianco, A. C. L. & Costa-Moura, F. (2020). Covid-19: Luto, morte e a sustentação do laço social TT - Covid-19: Mourning, Death and Sustaining the Social Bond TT - Covid-19: duelo, muerte y sostenimiento del vínculo social. *Psicol. Ciênc. Prof*, 40, e244103–e244103. http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&apicid=S1414-98932020000100656
- Cardoso, E. A. O., Silva, B. C. A., Santos, J. H., Lotério, L. D. S., Accoroni, A. G., & Santos, M. A. (2020). The effect of suppressing funeral rituals during the covid-19 pandemic on bereaved families. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 28, 1–9. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.4519.3361>
- Crepaldi, M. A., Schmidt, B., Noal, D. da S., Bolze, S. D. A., & Gabarra, L. M. (2020). Terminalidade, morte e luto na pandemia de COVID-19: demandas psicológicas emergentes e implicações práticas. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 37. <https://doi.org/10.1590/1982-0275202037e200090>
- Dantas, C., Azevedo, R., Vieira, L., Côrtes, M., Federmann, A., Cucco, L. & Cassorla, R. (2020). O luto nos tempos da COVID-19: desafios do cuidado durante a pandemia. *Revista Latino Americana de Psicopatologia Fundamental*, 23(3), 509-533. https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1415-47142020000300509&script=sci_arttext.
- Delalibera, M., Coelho, A., & Barbosa, A. (2011). Validação do instrumento de avaliação do luto prolongado para a população portuguesa. *Acta Médica Portuguesa*, 24(6), 935–942. https://www.researchgate.net/publication/227395255_Validation_of_prolonged_grief_disorder_instrument_for_Portuguese_population
- Eisma, M. C., Tamminga, A., Smid, G. E. & Boelen, P. A. (2020). Acute grief after deaths due to COVID-19, natural causes and unnatural causes: na empirical. *Journal of Affective Disorders*, 278, 54-56. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.09.049>
- Fuchs, T. (2018). Presence in Absence: the ambiguous phenomenology of Grief. *Phenomenology and the Cognitive Sciences*, 17, 43-63. DOI:10.1007/s11097-017-9506-2
- Hart, J. L., & Taylor, S. P. (2021). Family Presence for Critically Ill Patients During a Pandemic. *Chest*, 160(2), 549–557. <https://doi.org/10.1016/J.CHEST.2021.05.003>.
- Marques, J. F. P. (2020). Luto Patológico – Revisão baseada na melhor evidência [Trabalho final Mestrado Integrado em Medicina, Universidade de Lisboa]. Repositório da Universidade de Lisboa. <https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/42230/1/JoanaPMarques.pdf>
- Magalhães, J. R. F. de, Soares, C. F. S. e, Peixoto, T. M., Estrela, F. M., Oliveira, A. C. B. de, Silva, A. F. da, & Gomes, N. P. (2020). Implicações sociais e de saúde que acometem pessoas enlutadas pela morte de familiares por Covid-19. *Revista Baiana de Enfermagem* 8(1), 34. <https://doi.org/10.18471/rbe.v34.37007>
- Mayland, C. R., Harding, A. J. E., Preston, N. & Payne, S. (2020). Supporting Adults Bereaved Through COVID-19: A rapid review of the impact of previous pandemics on grief and bereavement. *Journal of Pain and Symptom Management*, 60(2), 33-39. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2020.05.012>
- Neimeyer, R. A. (2019). Meaning reconstruction in bereavement: development of a research program. *Death Studies*, 43(2), 79–91. <https://doi.org/10.1080/07481187.2018.1456620>
- Oliveira, A. C. Lucas, T. C., & Iquiapaza, R. A. (2020). O Que a Pandemia Da Covid-19 Tem Nos Ensinado Sobre Adoção De Medidas De Prevenção? *Texto & Contexto Enfermagem*, 29, 13. <https://doi.org/https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2020-0106>
- Pacheco, D. N. C. (2010). Modelo preditor de luto complicado 6 meses após a perda de um familiar. [Dissertação de Mestrado]. Instituto Superior de Ciências da Saúde, Norte. <https://repositorio.cespu.pt/bitstream/handle/20.500.11816/150/Duarte%20Pacheco.pdf?sequence=1>
- Pestana, M. G. & Gageiro, J. N. (2008). *Análise de Dados para Ciências Sociais. A complementaridade do SPSS. 5ª edição revista e corrigida*. Lisboa, Edições Sílabo, pp. 527-528.
- Shear, M. K. (2015). Complicated Grief. *New England Journal of Medicine*, 372(2), 153–160. doi: 10.1056/NEJMc1315618
- Sizoo, E. M., Monnier, A. A., Bloemen, M., Hertogh, C. M. P. M., & Smalbrugge, M. (2020). Dilemmas With Restrictive Visiting Policies in Dutch Nursing Homes During the COVID-19 Pandemic: qualitative analysis of an open-ended questionnaire with elderly care physicians. *Journal of the American Medical Directors Association*, 21(12), 1774-1781.e2. <https://doi.org/10.1016/J.JAMDA.2020.10.024>



- Stroebe, M., Schut, H., & Stroebe, W. (2007). Health outcomes of bereavement. *The Lancet*, 370, 1960–1973. doi: 10.1016/S0140-6736(07)61816-9
- Stroebe, M. & Schut, H. (2021). Bereavement in times of COVID-19: a review and theoretical framework. *OMEGA- Journal of Death and Dying*, 82(3), 500–522. [https://doi: 10.1177/0030222820966928](https://doi.org/10.1177/0030222820966928)
- Tavares, P. H. (2012). Luto e melancolia. *Revista Brasileira de Psicanálise*, 46(4), 212-216. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0486-641X2012000400020&lng=pt&tlng=pt.

INDICADORES DE SEGURANÇA E GESTÃO DE RISCO SENSÍVEIS AOS CUIDADOS DE SAÚDE: PERSPETIVA DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM

HEALTH CARE SENSITIVE SAFETY AND RISK MANAGEMENT INDICATORS: PERSPECTIVE OF NURSING PROFESSIONALS

INDICADORES DE GESTIÓN DE RIESGOS Y SEGURIDAD SENSIBLES A LA ATENCIÓN EN SALUD: PERSPECTIVA DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA

Servir, 2(02), e26552

DOI:10.48492/servir0202.26552

Isabel Catarina Fernandes Berça¹
Maria Augusta Romão da Veiga-Branco²

¹Instituto Politecnico de Bragança, Escola Superior de Saúde, Bragança, Portugal (isa.f_b@hotmail.com)
<https://orcid.org/0000-0003-3329-5266>

²Instituto Politecnico de Bragança, Escola Superior de Saúde, Bragança, Portugal (aubra@ipb.pt)
<https://orcid.org/0000-0002-7963-2291>

Corresponding Author
Isabel Catarina Fernandes Berça
Avenida Abade de Baçal nº69, 5º frente
5300-068 Bragança, Portugal
isa.f_b@hotmail.com

RECEIVED: 23rd February, 2022
ACCEPTED: 27th June, 2022

2022



RESUMO

Introdução: Na cultura de segurança do doente, torna-se pertinente estudar as variáveis que se constituem como indicadores de segurança e gestão de risco (ISGR), sensíveis aos cuidados de Enfermagem, porque são indicadores válidos em saúde.

Objetivo: Reconhecer a percepção dos profissionais de enfermagem, relativamente aos indicadores de segurança e gestão de risco (ISGR), sensíveis aos cuidados de enfermagem, e as oportunidades de melhoria nessas áreas, na pessoa em situação crítica.

Métodos: Estudo descritivo, transversal, exploratório, a partir da análise dos resultados da aplicação via online, do questionário “Avaliação da Cultura de Segurança do Doente em meio Hospitalar”, (Eiras et al., 2014), a uma amostra de 48 enfermeiros, que prestam cuidados ao doente em situação crítica.

Resultados: A maioria amostral (83.3%), ao responder sobre os ISGR, considera entre “aceitável a muito bom”, o indicador de saúde (IS) “serviço/unidade de trabalho”. De entre os ISGR, a dimensão “trabalho em equipa”, destacou-se como o mais forte IS aos cuidados. Nas oportunidades de melhoria, a amostra, identificou como alvos de intervenção as restantes dimensões.

Conclusão: Sugere-se a necessidade de investir numa cultura de segurança promotora da notificação voluntária e não punitiva do erro, de incidentes adversos e dotações seguras.

Palavras-chave: qualidade; segurança do doente; risco clínico; enfermagem

ABSTRACT

Introduction: The patient safety culture is considered a valid indicator, at the institutional and group structural level, which make up the health teams. It is important to revisit and analyze grounded practical knowledge about the variables that constitute indicators of safety and risk management (ISR) sensitive to nursing care, and their quality.

Objective: Recognize the perception of nursing professionals regarding safety and risk management indicators sensitive to nursing care and opportunities for improvement in the areas of safety for the person in a critical situation.

Methods: Descriptive study, exploratory, cross-sectional, was developed through the application, online, of the questionnaire “Assessment of Patient Safety Culture in Hospital Environment” (Eiras et al., 2014)), to a sample of 48 nurses, who provide care to patients in critical situations.

Results: Most of the sample (83.3%), when answering about the ISR, considers between “acceptable to very good”, the IS “service/work unit”. Among the ISGR, the dimension “teamwork” stood out as the strongest IS in care. In terms of improvement opportunities, the sample identified the remaining dimensions as intervention targets.

Conclusion: It is suggested the need to invest in a safety culture that promotes voluntary and non-punitive notification of errors, adverse incidents, and safe supplies.

Keywords: quality; patient safety; clinical risk; nursing

RESUMEN

Introducción: La cultura de seguridad del paciente se considera un indicador válido, a nivel institucional y estructural grupal, que integran los equipos de salud. Es importante revisar y analizar conocimientos prácticos fundamentados sobre las variables que constituyen indicadores de seguridad y gestión de riesgos (ISGR) sensibles al cuidado de enfermería y su calidad.

Objetivo: Reconocer la percepción de los profesionales de enfermería sobre indicadores de seguridad y gestión de riesgos sensibles a los cuidados de enfermería y las oportunidades de mejora en las áreas de seguridad de la persona en situación crítica.

Métodos: Estudio descriptivo, exploratorio, transversal, mediante la aplicación, vía online, del cuestionario “Evaluación de la Cultura de la Seguridad del Paciente en el Ambiente Hospitalario” (Eiras et al., 2014), a una muestra de 48 enfermeros, que atienden a pacientes en situaciones críticas.

Resultados: La mayoría de la muestra (83,3%), ao responder sobre os ISGR, considera entre “aceptable a muy bueno”, el IS “servicio/unidad de trabajo”. Entre los ISGR, la dimensión “trabajo en equipo” se destacó como el SI más fuerte en el cuidado. En cuanto a las oportunidades de mejora, la muestra identificó las restantes dimensiones como objetivos de intervención.

Conclusión: Se sugiere la necesidad de invertir en una cultura de seguridad que promueva la notificación voluntaria y no punitiva de errores, incidentes adversos y suministros seguros.

Palabras Clave: calidad; seguridad del paciente; riesgo clínico; enfermería

Introdução

As unidades de saúde enfrentam novos desafios com a crescente complexidade dos serviços e dos cuidados que prestam. Esta condição exige um elevado empenho na qualidade com o objetivo de criar mais valor para os seus consumidores/utilizadores.

Assim, e considerando esta pertinência, este estudo tem como variáveis em estudo, as dimensões de segurança e gestão de risco em contextos cuidativos.

A questão de investigação que a seguir se enunciará, remete ao desafio que se coloca aos serviços prestadores de cuidados de saúde – e nestes aos recursos humanos cuidadores – e da melhoria contínua da qualidade e da segurança nas diversas vertentes da sua atividade. Neste contexto importa delimitar o que se entende por dimensões de segurança, e a sua conceção como indicadores sensíveis da qualidade e segurança dos cuidados de enfermagem.

O facto é que, atualmente os indicadores sensíveis de qualidade são utilizados como linhas orientadoras na vigilância, avaliação e promoção da qualidade dos cuidados de saúde, revelando, desta forma, uma ferramenta essencial para a operacionalização de qualquer estratégia ou programa de qualidade em saúde (Pereira, 2007). Os indicadores possibilitam a avaliação da qualidade e dos ganhos em saúde e a identificação de oportunidades de melhoria.

Para tanto partiu-se do trabalho desenvolvido por Eiras et al. (2014), na área da avaliação da cultura e segurança do doente e nomeadamente no seu instrumento de colheita de dados, para aceder ao conhecimento de como e em que contexto os enfermeiros identificam as ações que no paradigma de Eiras et al. (2014) se consideram “dimensões de segurança”. Segundo a autora, são ações de enfermagem aplicadas, que podem ser eficazes ou não. As primeiras assumem-se como dimensões de segurança, e as segundas, porque são ações ainda não completamente eficazes, chamam-se “oportunidades de melhoria”, ou seja, ações menos eficazes e acerca das quais, se aconselha intervir no sentido de serem melhoradas.

Partindo destes pressupostos, foi formulada a questão de investigação: “Qual a perspetiva dos profissionais de enfermagem, relativamente aos Indicadores Sensíveis de Segurança e Gestão de Risco (ISGR), aos cuidados de enfermagem, à pessoa em situação crítica?”

No sentido de responder a esta questão, foi definido o objetivo geral, que é reconhecer a perceção dos profissionais de enfermagem, relativamente aos indicadores de segurança e gestão de risco sensíveis aos cuidados de enfermagem (ISGR), e as oportunidades de melhoria nas áreas de segurança para a pessoa em situação crítica.

Objetivos específicos:

- Conhecer as variáveis sociodemográficas/socioprofissionais da amostra de enfermeiros que prestam cuidados à pessoa em situação crítica;
- Identificar as dimensões de segurança para o doente, na perceção dos enfermeiros, com responsabilidade cuidativa da pessoa em situação crítica;
- Identificar as prioridades de intervenção para as dimensões de segurança do doente que constituem oportunidades de melhoria.

1. Enquadramento Teórico

Os indicadores sensíveis de qualidade (ISQ) foram inicialmente encontrados em contexto das práticas de enfermagem, por Florence Nightingale, listam um conjunto de aspetos, que de alguma forma modificam a qualidade dos cuidados e, consequentemente, a perceção e obtenção de saúde na vida das pessoas.

O uso, continuado, de indicadores de qualidade relacionados com a segurança do doente permitem identificar, corrigir e monitorizar desvios da componente cuidativa, em busca de melhor nível de desempenho na segurança. Entre os indicadores de qualidade estão indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem, pelo que este profissional, tem o



dever de realizar uma reflexão sistemática sobre as suas práticas de cuidados, procurando evidência científica de forma a manter a atualidade das mesmas. Esse processo deve ter subjacentes os eixos definidos nos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2002), uma vez que estes, e conforme defendem (Oliveira et al., 2008), norteiam o exercício da profissão, proporcionam a reflexão da prática dos cuidados, orientam a tomada de decisão, evidenciam a visibilidade da dimensão autónoma dos cuidados e permitem a definição de indicadores de qualidade.

Os indicadores de avaliação dos cuidados de enfermagem, são marcadores específicos do estado da saúde das populações, evidenciando o contributo singular do exercício profissional dos enfermeiros para os ganhos em saúde das mesmas (OE, 2007), medem a forma como os enfermeiros concebem, agem e avaliam a sua prática de cuidados, decorrente da sua tomada de decisão autónoma. Estes contemplam a estrutura (a organização, infraestrutura física, profissionais e utentes), o processo (referente à prestação de cuidados) e os resultados (ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem e outros ganhos em saúde, satisfação) (OE, 2007).

Estes ISQ são considerados os outputs que decorrem da ação documentada da prática autónoma dos enfermeiros, definem a intencionalidade da sua ação profissional junto dos cidadãos e salientam a utilidade social da enfermagem (Petronilho, 2009). As oportunidades de melhoria da qualidade só podem ser identificadas pela monitorização e avaliação da performance, e esta supõe a existência de indicadores (Mezomo, 2001) e o envolvimento de todos os intervenientes nesse processo no sentido de promover um verdadeiro clima organizacional vocacionado para essa melhoria. E grande parte desse contributo é fornecido pelos utilizadores dos serviços de saúde, quando aumentam a exigência na garantia da qualidade e da segurança aos prestadores/fornecedores de cuidados de saúde, sendo expetável, que este processo promova a cultura de segurança.

Em Portugal a avaliação da cultura de segurança do doente (ACSD) é realizada de 2 em 2 anos nas instituições hospitalares (desde 2014) e, nas instituições de cuidados de saúde primários, através do questionário “Avaliação da Cultura de Segurança do Doente nos Hospitais Portugueses”, a preencher por todos os profissionais de saúde e colaboradores, com exercício de atividades superior a 3 meses (Direção Geral da Saúde, 2020).

No que diz respeito a este estudo, importa especificar que se parte do paradigma da qualidade, conforme o preconizado pela Direção Geral da Saúde (DGS, 2020) - Norma nº5 de 2018, atualizada em 10-01-2020 – e que refere que para as instituições hospitalares essa avaliação incide sobre 12 dimensões e que, de alguma forma terão tido origem no trabalho de Eiras (2011). Estas 12 dimensões, aqui assumidas com D1 a D12, são:

“trabalho em equipa, expetativas do supervisor/gestor e ações que promovam a segurança do doente, apoio à segurança do doente pela gestão, aprendizagem organizacional-melhoria contínua, perceções gerais sobre a segurança do doente, feedback e comunicação acerca do erro, abertura na comunicação, frequência da notificação, trabalho entre as unidades, dotação de profissionais, transições e resposta não punitiva ao erro.” (Direção Geral da Saúde, 2020, pag.1)

Líderes envolvidos/empenhados levam a uma cultura de segurança através da conceção de estratégias e da construção de estruturas que orientam processos e resultados seguros (National Patient Safety Agency, 2004). A liderança é um indicador fundamental a ter em conta na CS.

A fadiga, atualmente é sinalizada como um indicador sensível de risco, na prestação de cuidados, pelo que, o líder assume também um papel importante, ao dissuadir os enfermeiros de turnos contínuos e prolongados. Outro indicador que dificulta a segurança, é a pressão de trabalho que os profissionais de enfermagem sofrem. A noção de disponibilidade de recursos vem sendo alterada. Por exemplo, a elevada carga de trabalho e as progressivamente novas tecnologias de elevada especificidade, desenvolvidas para contextos e morbilidades críticas e risco de vida, são desconhecidas para os profissionais sem este tipo de contacto. Em suma, todas estas variáveis, atuam como se houvesse uma diminuição de recursos humanos (Sousa, 2013), ou sobrecarga de trabalho e atenção. A organização como um todo, assume um estatuto e função relevantes na segurança hospitalar. Como tal, duas vertentes devem ser privilegiadas: a eficiência

Fernandes Berça, I., & Veiga-Branco, M. (2022).

Indicadores de segurança e gestão de risco sensíveis aos cuidados de saúde - Perspetiva dos profissionais de enfermagem: Indicadores sensíveis de Segurança e gestão de risco.

Servir, 2(02), e26552. DOI: <https://doi.org/10.48492/servir0202.26552>

organizacional e a segurança. Para a instituição poder oferecer prestações corretas, e atingir os objetivos pressupostos, os profissionais são não só essenciais (Fragata, 2011) do ponto de vista numérico, mas também formativo e da necessidade de atualização constante.

A comunicação, outro indicador sensível, entre profissionais responsáveis pelos cuidados e por isso, pela segurança do doente, é fundamental. É a partir da comunicação, verbal e ou não verbal, que se fomenta a partilha de ideias comuns, o modo de funcionamento intra e inter equipas, e se assumem os papéis e funções individuais, bem como os valores da equipa. A interação de uma atitude positiva em relação à CS, é fundamental para a redução do erro (Santos et al., 2010).

A notificação do erro é pertinente, porque se o erro for conhecido, podemos identificar as causas e falhas ocorridas, implementando estratégias de ação e correção, que visem em situações futuras, a redução ou eliminação do erro (Sousa et al., 2011). Todavia, esta prática não parece ser fácil de executar, porque as evidências de Eiras (2011), de Sousa (2013), e de Silva et al. (2016), comprovaram que 73% e 69% dos enfermeiros respondentes nos seus estudos, e ainda 79% (H1) e 84,6% (H2), assumiram, respetivamente, a não notificação de qualquer evento.

A causa dos eventos adversos é multifatorial, mas a componente humana e de equipa é a que mais contribui. A Joint Commission on the Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO), refere que a maior parte dos eventos sentinela, tem origem na insuficiente formação das pessoas intra equipa, e quebra na comunicação (Fragata, 2011).

De tal forma estes conteúdos se relacionam com os recursos humanos, que os põem em prática que a Organização Mundial da Saúde e o Conselho da União Europeia recomendam aos estados-membros o desenvolvimento de estudos, a partir da avaliação da perceção dos profissionais sobre a cultura de segurança e gestão de risco do doente. Mais indicam, - e aqui reside a essencial pertinência deste estudo, - que os resultados destes estudos, sejam usados, como alerta. A não notificação do erro, é condição essencial, para a necessidade de introdução de mudanças nos comportamentos dos profissionais, e das respetivas organizações prestadoras de cuidados de saúde. Em suma, importa alcançar melhores níveis de segurança e qualidade dos cuidados prestados aos doentes, sem perder o foco sobre o bem-estar dos cuidadores.

2. Métodos

Foi desenhado um estudo exploratório, transversal e de análise quantitativa descritiva. Aplicou-se um instrumento de recolha de dados “Avaliação da Cultura de Segurança do Doente em meio hospitalar” (Eiras et al. 2014) a uma amostra de profissionais de enfermagem que prestam cuidado aos doentes em situação crítica.

2.1 Amostra

A amostra de carácter intencional com 48 respondentes, num universo de 290 enfermeiros na instituição. No total da amostra, 40 elementos (83.3%) eram do género feminino e 8 (16.7%), do género masculino.

2.1.1 Critérios de inclusão

Foram considerados critério de inclusão na amostra: a formação ao nível de licenciatura em enfermagem; a prestação ao nível cuidados diretos a doentes em situação crítica e enfermeiros com domínio da língua portuguesa.

2.2 Instrumento de recolha de dado

O instrumento de recolha de dados (IRD) adaptado por Eiras et al. (2014): Avaliação da Cultura de Segurança do Doente em meio hospitalar, e, elaborado a partir do original “Hospital Survey on Patient Safety Culture” (HSPSC), apresenta as operacionalizações das variáveis dependentes em estudo, traduzindo assim, os indicadores sensíveis que expressam essas variáveis.

O IRD divide-se em 8 secções, de A a H: cada secção apresenta um determinado número de itens e gera variáveis ordinais. Assim, este IRD é composto por:



- duas questões de item único: Grau de segurança do doente (secção E) e o Número de eventos notificados nos últimos 12 meses (secção G). A variável grau de segurança do doente, não é operacionalizada, em IRD, de forma quantitativa, mas sim, numa escala de Likert (com cinco níveis, entre excelente e muito fraco), de componente ordinal. Assim, os enfermeiros, assinalam o nível de segurança do doente, segundo a sua experiência e percepção subjetiva.
- a componente restante do questionário apresenta 42 itens divididos em 5 secções, A, B, C, D e F, mensurados através de uma escala de Likert de 5 níveis. Em alguns itens esta escala assume uma variabilidade de concordância, e em outros itens uma variabilidade de frequência temporal

A secção A, apresenta 18 itens relativos ao serviço/unidade de trabalho; a secção B (4 itens) é relativa ao superior hierárquico; a secção C (6 itens) é relativa à comunicação; secção D tem 3 itens sobre a frequência da notificação de eventos/ocorrência; secção E aborda a classificação do grau de segurança do doente; secção F possui 11 itens sobre o hospital; a secção G questiona quanto ao número de eventos/ocorrências notificada e por último, a secção H refere-se aos dados sociodemográficos e profissionais. É a conjugação destes 42 itens que vão definir as 12 dimensões identificadas no questionário (Eiras, 2011).

As respostas obtidas e a análise posterior respetiva, respeitando a psicometria do IRD, geram um quadro multidimensional que insere 12 dimensões diferentes, que são ações/atitudes de cuidados de enfermagem, associadas à cultura de segurança do doente.

Estas 12 dimensões (D) estudadas são: D1- Trabalho em equipa, D2- Expectativas do supervisor/gestor e ações que promovam a segurança do doente; D3- Apoio à segurança do doente pela gestão; D4- Aprendizagem organizacional - melhoria contínua; D5- Perceções gerais sobre a segurança do doente; D6- Feedback e comunicação acerca do erro; D7- Abertura na comunicação; D8- Frequência da notificação de eventos; D9-Trabalho entre unidades; D10- Dotação de profissionais; D11- Transições e D12-Resposta ao erro não punitiva.

Para a análise e interpretação dos dados foi utilizado a metodologia recomendada por Sorra e Nieva (2004), que consiste na recodificação da escala de 5 para 3 categorias, conforme pode ser perceptível na Tabela 3, e na inversão das questões formuladas negativamente de modo a facilitar a análise dos dados.

Para a análise dos dados e seguindo as linhas de orientação da psicometria da escala – conforme as mesmas autoras- na recodificação da escala, decorreu o seguinte procedimento:

- para cada item as opções de resposta “concordo e concordo fortemente” e “a maioria das vezes e sempre” foram agrupadas numa só categoria considerada positiva;
- as opções de resposta “não concordo nem discordo” e “por vezes” foram agrupadas numa só categoria considerada neutra;
- as opções de resposta “discordo e discordo fortemente” e “raramente e nunca” foram agrupadas numa só categoria considerada negativa.

Deste modo, com esta recodificação temos:

1. através do cálculo dos percentuais de questões positivas nas dimensões/itens são obtidos os pontos fortes da cultura de segurança. Só são considerados pontos fortes, quando possuem uma percentagem superior ou igual a 75%.
2. quando os itens/dimensões possuem somente uma percentagem igual ou inferior a 50% são consideradas áreas a necessitar de melhoria, e, portanto, assumidas como (oportunidades de melhoria).

Para além de proporcionarem uma visão geral de cultura de segurança percebida, o percentual de respostas positivas ou negativas em cada item (indicador) pode contribuir para identificar os pontos fortes e as oportunidades de melhoria na área da segurança do doente.

2.3 Procedimentos

Após análise do projeto de investigação e IRD, foi apresentada a solicitação à Comissão de Ética da Unidade Local de Saúde do Nordeste, Portugal, instituição onde se desenvolveu o estudo, da qual foi recebido o parecer favorável. O IRD foi divulgado e aplicado via online, no período entre 23 de julho a 31 agosto de 2021. Foi assegurado aos participantes a confidencialidade sobre os dados obtidos e preservado o anonimato.

O tratamento estatístico foi realizado através do programa Statistical Package Social Science (SPSS) 26. Recorreu-se à análise descritiva, através dos valores de frequências absolutas (n) e relativas (%).

3. Resultados

Considerando o primeiro objetivo, apresenta-se o estudo da amostra do ponto de vista sociodemográfico, através das variáveis que a seguir se expõem (Tabela 1). A amostra era maioritariamente constituída por profissionais do sexo feminino (n=40; 83.3%). Observa-se que a maioria se encontrava no intervalo entre 35 e 39 anos de idade (n=22; 45.8%); sendo que 13 profissionais de enfermagem apresentavam uma idade acima dos 44 anos (27.1%).

O tempo de experiência no serviço/unidade, na maioria, 26 (54,2%) dos profissionais, é menor ou igual a 2 anos, e apenas 2 (4.2%) tinham experiência de 21 ou mais anos.

O local onde exercem funções, no caso de 20 enfermeiros (41.7%) acontece nos serviços de medicina interna, e minoritariamente, 2 (4.2%) no serviço de bloco operatório, por último 1 (2.1%) no serviço de nefrologia e 1 (2.1%) no serviço de cirurgia.

Tabela 1 – Estatísticas descritivas relativas à idade e variáveis profissionais

Variáveis sociodemográficas		n	%
Idade	30 a 34 anos	9	18.8
	35 a 39 anos	22	45.8
	40 a 44 anos	4	8.3
	>44 anos	13	27.1
Experiência no serviço/unidade	<6 meses	13	27.1
	6-11 meses	5	10.4
	1-2 anos	8	16.7
	3-7 anos	11	22.9
	8-12 anos	6	12.5
	13-20 anos	3	6.3
	21 ou mais anos	2	4.2
Local de exercício de funções	Cirurgia	1	2.1
	Nefrologia	1	2.1
	Psiquiatria	2	4.2
	Bloco Operatório	2	4.2
	Serviço de Internamento COVID/	3	6.3
	Serviço de Urgência	4	8.3
	Unidade de Cuidados Intensivos	15	31.3
	Medicina Interna	20	41.7



Análise dos dados sobre o contexto de ocorrências (notificadas ou não), e o grau de segurança, revela que a maioria da amostra, 44 profissionais de enfermagem, à exceção de 4 profissionais, nos últimos 12 meses, não realizaram relatórios de eventos/ocorrências. O grau de segurança do serviço/unidade foi considerado “Aceitável”, pela maioria dos profissionais (23; 47.9%) (cf. Tabela 2).

Tabela 2 – Distribuição dos valores absolutos e percentuais das variáveis “Número de ocorrências/eventos” e “Grau de segurança do doente”

	N	%	
Número de ocorrências/ eventos notificados nos últimos 12 meses	1 a 2	4	8.3
	3 a 5	0	0.0
	6 a 10	0	0.0
	21 ou mais	0	0.0
	Nenhum	44	91.7
Grau de segurança do doente	Excelente	2	4.2
	Muito bom	17	35.4
	Aceitável	23	47.9
	Fraca	6	12.5
	Muito fraca	0	0.0
	Total	48	100

A PERCEÇÃO DOS ENFERMEIROS ACERCA DA CULTURA DE SEGURANÇA DO DOENTE HOSPITALIZADO

Considerando o segundo objetivo, apresentam-se os resultados relativamente às 12 dimensões da segurança do doente. As respostas da maioria da amostra (79.7%) posicionam a dimensão 1- trabalho em equipa, no estatuto de média positiva. De salientar que o item A3 apresenta igual apreciação positiva de 93.75% sendo assim, dois pontos fortes da segurança ao nível dos serviços/unidades. O item que revelou percentagem inferior (43.75%) foi o item A11, pelo que se considera uma oportunidade de melhoria (cf. Tabela 3).

A dimensão 2- Expetativas do supervisor/gestor e ações que promovam a segurança, constituída por quatro itens obteve um resultado de resposta média positiva de 32.8%, pelo que constitui uma oportunidade de melhoria. De salientar que o item com maior percentual de respostas positivas (37.5%) foi o item B2, pelo que constitui um item que necessita de melhoria, tal como todos os outros itens (B1, B3r, B4r) que tiveram uma apreciação positiva inferior a 50% (cf. Tabela 3).

A dimensão 3- Apoio à segurança do doente pela gestão, teve um resultado da média positiva de 28,5%, pelo que é considerada uma oportunidade de melhoria. O item F1 obteve uma resposta positiva de 25%, F8 obteve percentagem positiva de 18.7% e o item F9 com 41.7%. Todos estes itens são assim, oportunidades de melhoria, por terem apresentado uma pontuação abaixo de 50% (cf. Tabela 3).

A dimensão 4 - Aprendizagem organizacional-melhoria contínua avaliada por três itens, apresenta uma avaliação positiva média de 43.1%, enquadrando-se nos aspetos que constituem oportunidades de melhoria. De referir que, a maioria da amostra (70.8%), no item A9 respondeu que “discorda” ou que “nem concorda nem discorda”. O item, A13 apresentou uma apreciação positiva de 58.3%, seguida do item, A6 com 41.7%, sendo estes pontos também considerados oportunidades de melhoria (cf. Tabela 3).

Tabela 3 – Estatísticas descritivas relativas aos itens das dimensões D1, D2, D3 e D4 da segurança do doente

		% Negativo	% Neutro	% Positivo
Dimensão 1 Trabalho em equipa	A1 (...) os profissionais entreadjudam-se	0.0	6.3	93.8
	A3 (...) grande quantidade de trabalho rapidamente (...)	2.1	4.2	93.8
	A4 (...) os profissionais tratam-se com respeito	2.1	10.4	87.5
	A11 (...) com excesso de trabalho, (...) dão-lhe apoio	35.4	20.8	43.6
	Média	9.9	10.4	79.7
Dimensão 2 Expetativas do supervisor/ gestor e ações que promovam a segurança do doente	B1 (...) palavra agradável quando vê um bom desempenho (...)	25	41.7	33.3
	B2 (...) consideração, as sugestões dos profissionais (...)	27.1	35.4	37.5
	B3r (...) pressão, (...) que trabalhemos mais rapidamente (...)	27.1	22.9	29.2
	B4r (...) revê os problemas que acontecem (...)	33.3	35.4	31.3
	Média	28.1	33.9	32.8
Dimensão 3 Apoio à segurança do doente pela gestão	F1 (...) A direção do hospital proporciona (...)	29.2	45.8	25
	F8 (...) direção do hospital mostram que a segurança (...)	33.3	48	18.7
	F9 (...) apenas interessada na segurança do doente (...)	22.9	35.3	41.7
	Média	28.5	43	28.5
Dimensão 4 Aprendizagem organizacional-melhoria continua	A13 (...) a eficácia das alterações que fazemos (...)	29.2	18.8	58.3
	A6 (...) a trabalhar ativamente para uma melhoria (...)	22.9	35.4	41.7
	A9 (...) os erros proporcionam mudanças positivas	33.3	37.5	29.2
	Média	28.5	30.6	43.1

Dimensão 5 - Perceções gerais sobre a segurança do doente- é avaliada através de quatro itens, sendo o resultado da média positiva de 41.7%, pelo que deve ser encarada como uma oportunidade de melhoria. O item A18 obteve apreciação positiva de 52.1%, não sendo considerado ponto forte (< 75%), mas um item a necessitar de melhoria (= > a 50%). Os itens, A15 e A10, apresentaram ambos uma apreciação positiva de 41.7%, seguindo-se o item A17 com 31.3%, sendo itens que necessitam de melhoria (cf. Tabela 4).

Dimensão 6- Feedback e comunicação acerca do erro, resulta da média de respostas positivas a três itens, e apresenta o valor de 41%, devendo ser alvo de reflexão e melhoria. De salientar que os itens C5 e C1, apresentam o maior percentual das respostas negativas ou neutras, o item C3 obteve uma resposta positiva de 58.3%, sendo itens que necessitam melhoria (cf. Tabela 4).

Dimensão 7- Abertura na comunicação é obtida através de três itens, e para as quais se obteve um resultado médio positivo de 37.5%, constituindo uma oportunidade melhoria. Note-se que o item com maior resposta percentual positivo (48%) foi C2 e a questão com maior percentual negativo (41.7%) foi C4 (cf. Tabela 4).

Dimensão 8- Frequência da notificação é avaliada através de três itens e obteve o resultado da média positiva de 21.5%. Esta dimensão deve ser alvo de reflexão e melhoria. O item D1 obteve uma média de resposta positiva de 22.9%, D2 com 18.8% de respostas positivas e D3 com 22.9% de respostas positivas (cf. Tabela 4).



Tabela 4 – Estatísticas descritivas relativas aos itens das dimensões D5, D6, D7 e D8 da segurança do doente

		% Negativo	% Neutro	% Positivo
Dimensão 5 Perceções gerais sobre Segurança do doente	A10 (...) sorte que erros mais graves não ocorrem (...)	41.7	16.7	41.7
	A15 Nunca se sacrifica a segurança do doente (...)	33.3	25	41.7
	A17 (...) temos problemas com a segurança (...)	37.5	31.3	31.3
	A18 Os nossos procedimentos e sistemas são eficazes na prevenção dos erros	14.6	33.3	52.1
Média		31.8	26.6	41.7
Dimensão 6 Feedback e comunicação acerca do erro	C5 Neste serviço/unidade discutimos modos de prevenção (...)	33.3	29.2	37.5
	C3 Somos informados acerca de erros que aconteçam (...)	25	16.7	58.3
	C1 É-nos fornecido feedback acerca das mudanças (...)	47.9	25	27.1
	Média	35.4	23.6	41
Dimensão 7 Abertura na Comunicação	C2 Os profissionais falam livremente se verificarem (...)	18.8	33.3	48
	C4 Os profissionais sentem-se à vontade para questionar (...)	41.7	25	33.3
	C6r (...) têm medo de colocar questões (...)	22.9	45.8	31.3
	Média	27.8	34.7	37.5
Dimensão 8 Frequência da notificação	D1 Quando um erro é cometido, mas é detetado (...)	56.3	20.8	22.9
	D2 Quando um erro é cometido, mas não tem perigo (...)	56.3	25	18.8
	D3 Quando um erro é cometido, que poderia causar dano (...)	47.9	29.2	22.9
	Média	401	25	21.5

Dimensão 9- Trabalho entre unidade, é avaliada por quatro itens, sendo o resultado da média positiva de respostas de 39,6%, Tabela 5, considerada oportunidade de melhoria. De salientar, o fato de que, para a maioria (58,3%), F6r, e para (47,9%), F2r, tanto F4 como F10 tem percentual de resposta positiva de 41,7%.

Dimensão 10- Dotação de profissionais- O resultado da dimensão advém da avaliação de quatro itens e obteve um resultado de respostas média positivas de 22,4%, Tabela 5, devendo ser considerada alvo de melhoria. As avaliações negativas são significativas, sendo de (77,1%) no item A5r, seguido do item A2 (62,5%) e A14r (53,3%), enquadrando-se nos indicadores que constituem oportunidade de melhoria.

Dimensão 11- Transições, é avaliada através de quatro itens que obtiveram um resultado positivo médio de 46,9%, Tabela 5, oportunidade de melhoria. Para a maioria, (54,2%), F11r “As mudanças de turno neste hospital são problemáticas para o doente”, (45,8%) consideram que os problemas não ocorrem aquando da troca de informação entre vários serviços/unidades do hospital (F7r) e a informação não se perde quando são transferidos de um serviço/unidade para outro F5r (com 41,7%).

Dimensão 12- Resposta não punitiva ao erro, avaliada por três itens, tem um resultado de média positiva de 15,9%, Tabela 5, a dimensão com valor mais baixo, carecendo de intervenção com prioridade urgente como oportunidade de melhoria. A avaliação com maior percentual negativo (50%), foram os itens A8r e, com a mesma avaliação percentual, A12r, pelo que devem ser considerados alvo de melhoria. O outro item A16r teve percentual negativo de (41,7%), devendo também ser alvo de atenção.

Tabela 5 – Estatísticas descritivas relativas aos itens das dimensões D9, D10, D11 e D12 da segurança do doente

		% Negativo	% Neutro	% Positivo
Dimensão 9 Trabalho entre unidades	F2r Os serviços/unidades do hospital não se (...)	47.9	35.4	16.7
	F4 Existe boa colaboração entre os serviços/unidades (...)	33.3	25	41.7
	F6r É frequentemente desagradável trabalhar (...)	10.4	31.2	58.3
	F10 Os serviços/unidades do hospital funcionam bem (...)	27.1	35.4	41.7
	Média	29.7	31.7	39.6
Dimensão 10 Dotação de profissionais	A2 (...) meios (...) para corresponder ao exigido (...)	62.5	18.7	18.8
	A5r Os profissionais trabalham mais horas, (...)	77.1	14.6	8.3
	A7 Dispomos de profissionais temporários (...)	22.9	29.2	47.9
	A14r Trabalhamos em “modo de crise” (...)	56.3	29.2	14.6
	Média	54.7	22.9	22.4
Dimensão 11 Transições	F3r Situação caótica quando se transferem os doentes (...)	18.8	35.4	45.8
	F5r (...) perda informação (...), durante as mudanças de turno	33.3	25	41.7
	F7r (...) problemas aquando da troca de informação (...)	27.1	27.1	45.8
	F11r As mudanças de turno (...) são problemáticas (...)	8.3	37.5	54.2
	Média	21.9	31.3	46.9
Dimensão 12 Resposta não punitiva ao erro	A8r (...) sentem que os seus erros são utilizados contra eles	50	39.6	10.4
	A12r Quando uma ocorrência é reportada, (...)	50	31.3	18.7
	A16r Os profissionais interrogam-se se os seus erros (...)	41.7	39.6	18.7
	Média	47.2	36.8	15.9

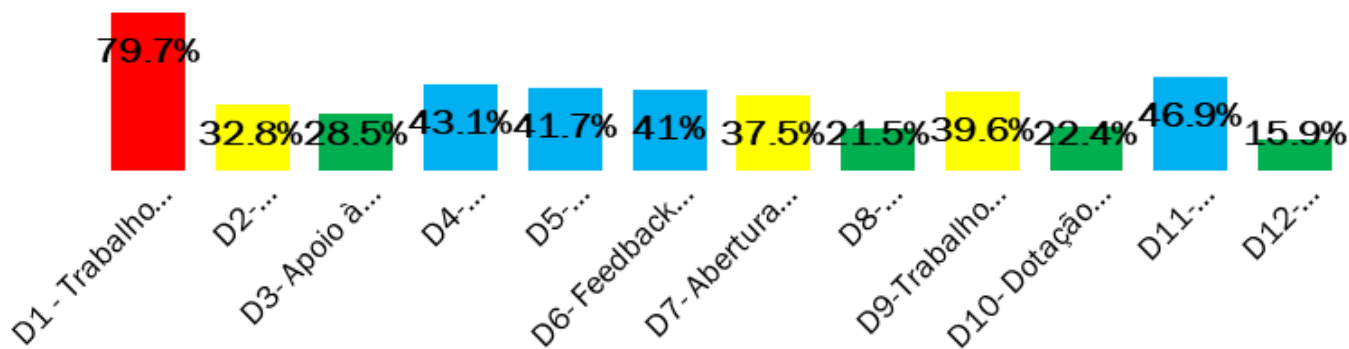
Conforme assumido no 3º objetivo, importa apresentar um contributo de análise teórica, para identificar as prioridades de intervenção, relativamente às dimensões de segurança, que, segundo a perceção amostral, se constituem como “oportunidades de melhoria”, por não se assumirem completamente eficazes,

As dimensões em estudo são identificadas, Gráfico 1, como “pontos fortes” (se a resposta média positiva for superior a 75%), ou como “oportunidades de melhoria” (se a resposta média positiva for inferior a 50%), e estas, subdivididas em 3 grupos: prioridades emergentes de melhoria (respostas médias positivas entre 10% a 30%), muito urgentes (resposta média positiva entre 30 a 40%), e por último, as oportunidades de melhoria urgentes, em dimensões com resposta de média positiva entre 40% a 50%.

A dimensão considerada ponto forte, Gráfico 1, foi D1, por outro lado identificam-se como prioridade emergente, dimensões com percentuais de média positiva significativamente baixos e que carecem de intervenção, nas oportunidades de melhoria nas dimensões D12, D8, D10 e D3; como prioridade de melhoria muito urgente as dimensões D2, D7 e D9; por último as dimensões como prioridades de melhoria urgentes identificadas são D6, D5, D4 e D11 (cf. Gráfico 1).



Gráfico 1 – Representação gráfica da distribuição dos valores médios percentuais positivos das 12 dimensões



4. Discussão

O presente estudo diz respeito à análise reflexiva de uma amostra de 48 profissionais de enfermagem (16.6% da população de enfermeiros da instituição), percentual amostral, ligeiramente superior à encontrada no estudo de Eiras et al. (2011), que apresentou uma, nível de adesão de 11.1% dos enfermeiros da instituição onde se efetuou o estudo.

A apresentação desta discussão, terá como elemento central os objetivos formulados, partindo dos atuais resultados, em contraste com os de Eiras et al (2011), Sousa (2013) e Silva et al (2016), por terem sido estes, os encontrados na literatura, com mesmo objeto de estudo e amostras semelhantes.

A seguir serão discutidas as dimensões da cultura de segurança, partindo da hierarquização atribuída pelos enfermeiros da amostra, em corroboração ou não com os estudos nesta temática.

Assim, no que respeita à variável, grau de segurança do doente, 47.9% da amostra, considerou-o aceitável, corroborando Eiras et al. (2011) e Sousa (2013), e diferentemente dos resultados encontrados no estudo comparativo bi-amostral de Silva et al. (2016). Neste estudo, 68,9% e 12.6% das amostras, de uma das unidades em estudo (H1), consideraram o grau de segurança ao de “nível muito bom” e “excelente”, e na outra unidade (H2), a maioria dessa amostra (58.2%), considerou-o de nível “muito bom”.

Em suma, e corroborando os anteriores, também só a minoria amostral (12.5%) considerou “fraco”, o grau de segurança do doente.

A “notificação do erro”, considerada pertinente pela DGS, permite verificar que a grande maioria destes respondentes (n=44; 91.7%) não notificou qualquer evento ou ocorrência nos últimos 12 meses. Este resultado, corrobora as evidências já apresentadas, nos estudos de Eiras et al. (2011), de Sousa (2013), e de Silva et al. (2016), onde a maioria das amostras respetivas, assumiram, a não notificação de qualquer evento. Apenas uma minoria, 8.3% dos respondentes deste estudo, notificaram 1 a 2 relatórios de ocorrência.

Relativamente, ao objeto de estudo, “indicadores sensíveis de qualidade”, aqui operacionalizado através de 12 dimensões, que foram hierarquizadas pelos enfermeiros, verificou-se o seguinte:

As dimensões “Resposta ao erro não punitiva”, e o “Apoio à segurança do doente pela gestão”, a percepção de “Dotação de profissionais” e a “Frequência da notificação”, apresentam os resultados mais baixos (< 30% de respostas positivas), o que corrobora a subnotificação anteriormente referida. Ou seja, como os enfermeiros não apresentam a cultura laboral da “Notificação do erro”, torna-se invisível o erro efetuado e a sua respetiva análise, e, portanto, a sua melhoria.



Fernandes Berça, I., & Veiga-Branco, M. (2022).

Indicadores de segurança e gestão de risco sensíveis aos cuidados de saúde - Perspetiva dos profissionais de enfermagem: Indicadores sensíveis de Segurança e gestão de risco.

Servir, 2(02), e26552. DOI: <https://doi.org/10.48492/servir0202.26552>

97

Assim, esta componente das dimensões do erro, deve constituir prioridade emergente, ao nível das equipas, para serem transformadas, em oportunidade de melhoria.

A dimensão “Resposta ao erro não punitiva”, foi a que obteve menor resultado positivo: só 15.9% dos enfermeiros, é que considera o seu erro, como um evento da prática, que não necessita necessariamente de punição, mas sim de reflexão.

Por isto, a perceção que os enfermeiros têm de que o seu erro poderá eventualmente desencadear críticas, corrobora os outros estudos: aproxima-se dos resultados de Sousa (2013) onde 21.2% da amostra sente o mesmo, bem como nos resultados de Silva et al. (2016), onde 26.7%, no H1 e 33.5% no H2, sente que os seus erros poderão ter apreciações punitivas. Eiras et al. (2011) apresentam o efeito inverso porque um número considerável de enfermeiros (41% da amostra) não se identifica com este sentimento.

Importa refletir e, considerando estes aspetos, se nesta menor adesão à resposta não punitiva ao erro, haverá influência de variáveis de perceção subjetiva. Por exemplo, será que estes profissionais de enfermagem, colocam a hipótese dos seus erros, serem registados no seu processo pessoal, e se deste registo, haver quaisquer consequências? Ou será que é apenas cultural, do ponto de vista formativo em termos de sistema educativo, e de metodologia de educação? Na verdade, uma explicação a estas questões, pode estar na convicção dos 50% de enfermeiros respondentes, ao assumirem que “sentem que quando notificam, estão a ser alvo de atenção, e não o problema em si” e, que os erros são utilizados contra eles.

Considerando este conjunto de resultados, torna-se pertinente uma observação e reflexão cuidadas, em contexto laboral, intra equipa, pelo que, a cultura educativa da tipologia de resposta ao erro não punitiva, deve ser foco de atenção prioritário, para a melhoria dos cuidados, seja na cultura de segurança do doente, seja na perceção de respeito e sentimento de bem-estar dos cuidadores.

A análise de eventos adversos deve ser realizada de tal forma, como aconselham Bruno (2010) e Fragata (2006), que seja personalizada, e não dê oportunidade a um ciclo de medo e de fuga, por receio de represálias e exclusão laboral. Na verdade, os autores defendem que será mais fácil avaliar a performance e o desempenho geral, do que incidir sobre “outliers”.

De entre as doze dimensões estudadas, a que obteve o segundo valor mais baixo, foi a “Frequência da notificação de eventos”: 21.5% dos enfermeiros da nossa amostra, corroboraram a minoria de enfermeiros em Sousa (2013) que também não têm o hábito de notificar eventos.

Todavia, estes resultados opõem-se à cultura encontrada nos estudos de Eiras et al. (2011), onde 44% da amostra notificou, e em Silva et al. (2016), com 39,1% (H1) e 55,9% (H2) das amostras também tiveram este procedimento.

Ou seja, a não subnotificação dos eventos adversos ocorridos, continua a ser uma realidade em outros hospitais. Importa sensibilizar para a importância da notificação de erros.

Só se forem conhecidos, podem ser reconhecidas as causas e consequências, e, portanto, melhorados os eventos, através de estratégias de ação e correção (Sousa, 2013).

Os resultados progressivamente conhecidos, apontam para a necessidade de adotar princípios organizacionais, no sentido de melhor sensibilização e consciencialização da problemática, para uma cultura de relato do erro, flexível, de justiça e aprendizagem. Para tal, deverá dispor de tempo para a construção e consolidação da cultura.

A dimensão “Dotação de profissionais”, na hierarquização feita pela amostra, obteve o terceiro valor mais baixo, e a média positiva de 22.4%. Ou seja, os enfermeiros respondentes, assumem a necessidade de mais elementos.



Entre os estudos analisados é também inferior: Sousa (2013) apresentou média positiva de 35%, Eiras et al. (2011) de 47%, e Silva et al. (2016) de 41.5% (H1) e 52.8% (H2) respetivamente, donde, se verificar que em nenhum dos estudos são atingidas médias positivas com valor superior a 75%, de forma a poderem ser consideradas forças de segurança. Esta, é uma área em que é necessário intervir urgentemente.

A amostra percebe (Tabela 5) que “não existem meios humanos para corresponder ao trabalho que lhes é exigido” (18.8%), “trabalham mais horas do que seria de esperar” (77.1%), dispõem de mais profissionais temporários do que o desejável” (47.9%), e trabalham “tentando fazer muito, demasiado depressa” (56.3%). Este fenómeno é em parte explicado pela redução qualitativa da higiene do sono em Fragata (2006), e pela fadiga, e pressão em Ques et al. (2010), bem como as recomendações de dotações seguras para as necessidades de cuidados aos doentes (...) em condições de trabalho isentas de risco (International Council of Nursis, 2006).

Em relação à dimensão “Apoio à segurança do doente pela gestão” (o quarto valor mais baixo), obteve uma média positiva de 28.5%: há 18.7% e 41.7% de respondentes que se identificam com os três itens que constituem a dimensão. Este percentual (28.5%) traduz a não confiabilidade nas diretivas de ações, como promotoras da segurança do doente, resultado que corrobora Sousa (2013) com 24%, e contraria os muito superiores, de Silva et al. (2016) que apresenta 39.9% (H1) e 49.1% (H2), e ainda Eiras et al. (2011) em que 48% da amostra considerou estas diretivas promotoras da segurança.

A segurança hospitalar, fundamenta-se na organização como um todo dinâmico, e assume um papel relevante na performance através de duas vertentes que devem ser privilegiadas: a eficiência organizacional e a segurança, onde e como defende Fragata (2006) que os profissionais são essenciais e sem eles a organização não sobrevive.

Constituindo-se como prioridade muito urgente em termos de oportunidade de melhoria, porque os seus resultados positivos se situam entre 30%-40%, estão as dimensões “Expectativas do supervisor/gestor e ações que promovem a segurança do doente”, “Abertura na comunicação” e “Trabalho entre unidades”.

A primeira, com média positiva de 32,8%, e maior valorização (37.5%) no item B2 “leva seriamente em consideração, as sugestões dos profissionais para melhorar a segurança ...”, Tabela 3, onde a questão com menor percentual de média positiva (29.2%) foi B3r. Estes resultados são baixos, comparativamente aos resultados positivos (percentagens > 50%), de Sousa (2013) com 58%, de Silva et al. (2016) com 71.1% no (H1) e 68.1% no (H2) e em Eira et al. (2011) com 62%. No entanto, em nenhum destes estudos se considera esta dimensão como força de segurança, uma vez que apresenta uma média positiva inferior 75%.

Promover a segurança do doente requer motivação e compromisso a partir do topo de cada organização/instituição e dos líderes de cada serviço/unidade. Para mostrar que a segurança é uma prioridade e que a gestão da organização esta comprometida com a melhoria, a equipa de gestão deve ser visível e ativa na condução de melhorias de segurança dos doentes. Líderes envolvidos/empenhados levam assim a uma cultura de segurança através da conceção de estratégias e da construção de estruturas que orientam processos seguros e resultados (National Patient Safety Agency, 2004).

A dimensão “Abertura na comunicação”, com média positiva de 37.5%, também inferior a todos os estudos já referenciados: Sousa (2013) com 44%, Silva et al. (2016) com 62.5% (H1) e 58.2% H2), e Eiras et al. (2011) com (52%). Esta amostra considerou positivamente, com 31.3%, o item C6r e o item C4 por 33.3%, (Tabela 4) revelando que não existe abertura na comunicação. A comunicação assertiva tem oportunidade de melhoria, porém, (48%), em C2 “Os profissionais falam livremente se verificarem ...”, pelo que os respondentes só consideram o terreno de defesa do doente um terreno seguro.

Organizações com uma cultura de segurança positiva caracterizam-se por comunicação aberta e fundada na confiança mútua. A comunicação, assume-se como um indicador sensível de qualidade, e uma mais-valia essencial em qualquer equipa. A este respeito, resgatam-se as conceções de Santos et al. (2010), relativamente à relação entre indicadores sensíveis

de qualidade em saúde e qualidade de interação e da comunicação, nomeadamente, na escuta empática, no momento de handover (passagem de turno), entre os membros da equipa, para a construção do modelo mental de interação.

Com uma percentagem média positiva de 39.6%, o “Trabalho entre unidades” um valor mais elevado que o apresentado no estudo de Sousa (2013) com 35%, e mais baixo, comparativamente com os de, Eiras et al. (2011) com 51% e Silva et al. (2016) com 58.5% no (H1) e 56.3% no (H2).

De considerar que para a maioria (58.3%), F6r e (47.9%), F2r, (Tabela 5) isto poderá, hipotética e eventualmente, dever-se as alterações estruturais dos serviços devido à pandemia e à entrada de profissionais de enfermagem temporários.

As dimensões “Feedback e comunicação”, “Perceções gerais sobre a segurança do doente”, “Aprendizagem organizacional-melhoria continua” e “Transições” constituem prioridade urgente em termos de oportunidade de melhoria porque apresenta valores inferiores a 50%.

A primeira, “Feedback e comunicação acerca do erro” apresentou média positiva de 41%, inferior aos estudos de Sousa (2013) com 47%, Eiras et al. (2011) com 54% e Silva et al. (2016) com 66.5% (H1) e 78% (H2). De salientar que há um item nesta dimensão com resposta positiva C3 (58,3%), no entanto, não se observa que haja feedback, ou seja, os itens C5 “...discutimos modos de prevenção de repetição de erros” (37.5%) e C1 “É-nos fornecido feedback...” (27.1%), reflete que não existe retorno do que é relatado. Este assunto é pertinente, porque e assumindo Santos et al. (2010), “O tipo de gestão da hierarquia de uma cultura profissional e institucional pode constituir-se como uma barreira comunicacional, hoje identificada como facilitadora do erro, na medida em que o feedback a um procedimento incorreto e a proposta de alternativas mais eficazes não são verbalizadas, impedindo uma correção atempada” (Santos et al., 2010).

As “Perceções gerais sobre a segurança do doente” com média positiva de 41.7%, corrobora Sousa (2013) com 44%, mas é inferior ao encontrado nos estudos de Eiras et al. (2011) com 59% e Silva et al. (2016) com 65.3% (H1) e 70.9% (H2). No que se refere aos “...procedimentos e sistemas eficazes na prevenção do erro” (A18), obteve uma aderência (percentual positivo) de 52.1%. Percentagens iguais, (41.7%), nos itens A15 e A10, respetivamente, o que indica que “... a sobrecarga de trabalho coloca em risco a segurança do doente”, e só “...por sorte que não ocorrem erros mais graves...”. Esta percepção de sobrecarga, encontra proteção no recomendado pelo International Council of Nurses (2006), quando recomenda que a atribuição de mais um doente por enfermeiro, está associada a um aumento de probabilidade de morte e, de insucesso.

A dimensão “Aprendizagem organizacional-melhoria continua” é percecionada pela amostra como uma capacidade que é pertinente e na qual importa investir, já que 43.1% dos enfermeiros fazem uma atribuição positiva, mas ainda assim, inferior a 75%, percentual assumido pelas autoras da escala, para poder ser considerado um ponto forte.

O item A13 com (58.3%) e o item A6 com (41.7%), refletem a preocupação da equipa na procura continua de soluções para as dificuldades encontradas na prestação de cuidados ao doente. Verifica-se que este resultado apresenta avaliação positiva mais baixa do que os estudos realizados por Eiras et al. (2011) que apresenta 68%, Sousa (2013) 55% e Silva et al. (2016) com 70.9% (H1) e 81.3% (H2). Esta dimensão assume um papel fundamental na cultura de segurança e como indicador sensível, pois a segurança do doente tem sido considerada um atributo prioritário da qualidade dos sistemas de saúde em todo mundo. Os sistemas de saúde que diminuem a um mínimo possível os riscos de dano ao doente, promovendo a segurança, estão a aumentar a qualidade dos seus serviços, uma vez que a segurança tem interação com quase todas as dimensões de qualidade.

Cabe aqui assinalar o que defende Fragata (2006), ao assumir que o treino em equipa pressupõe uma atmosfera de aprendizagem, baseada numa boa comunicação que vença as barreiras naturais, que se opõem sempre à discussão e ao diálogo com amortecimento de diferenças. Pela aprendizagem a equipa adquirirá a capacidade de mudar, inovar e evoluir (Fragata, 2006).



O conceito da dimensão “Transições”, apresenta uma avaliação média positiva de 46.9%, com especial relevo para o item F11r (8.3%) e o item F3r (18.8%). Considerando este baixo resultado, esta dimensão deve ser considerada com necessidade de uma oportunidade de melhoria urgente. E faz sentido, já que, a informação transmitida nas passagens de turno e na transferência de serviços/unidades, é fundamental para a continuidade de cuidados. Os resultados obtidos são mais baixos que os apresentados nos estudos de Silva et al. (2016) com 69.3% (H1) e 67.9% (H2), e Eiras et al. (2011) com 59%. Contudo o estudo realizado por Sousa (2013), teve valor mais baixo, com 35%.

As variáveis promotoras da qualidade em saúde, donde se destacam os indicadores sensíveis de qualidade, pretendem também melhorar a qualidade na interação e comunicação entre os profissionais que são responsáveis pelos cuidados, e por isso, na segurança do doente. Em suma, é importante promover a comunicação na equipa, nomeadamente, no momento específico de handover (passagem de turno) e a comunicação mais alargada intra e inter equipas de saúde.

Segundo a Joint Commission on the Accreditation of Healthcare Organization-JCAHO (2005), handover é o processo de passagem de informação entre profissionais de saúde que tem como missão a continuidade de cuidados. É uma interação importante que implica um processo de comunicação entre os profissionais, assim como a transferência de responsabilidade do cuidado, que acontece num sistema organizacional e cultural complexo. A complexidade do tipo de informação a ser transmitida, os meios de comunicação adotados, e as características dos vários cuidadores tem impacto na efetividade e eficiência do handover e, na segurança do doente. O aumento da qualidade do handover tem sido associado a melhor qualidade de serviços, à diminuição de erros e à diminuição da mortalidade (Santos et al., 2010).

A dimensão “Trabalho em equipa” é a dimensão considerada “ponto forte”, uma vez que, e de acordo com a Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ), são pontos fortes na instituição se tiver 75% de respostas médias positivas, e esta dimensão no presente estudo apresentou média positiva de 79.7%. Os dois itens mais pontuados foram A1 e A3, (ambos com 93.8%), e A4 (87.5%). Comparativamente com os estudos analisados, o presente estudo tem melhor avaliação positiva, Sousa (2013) com 68.1%, Eiras et al. (2011) com 73%, e ligeiramente com avaliação positiva mais alta em Silva et al. (2016) com 86.2% (H1) e 85.6% (H2).

Praticamente todas as atividades realizadas nas instituições de saúde são desenvolvidas no seio das equipas. O nível do trabalho produzido depende hoje não só da excelência dos profissionais envolvidos, mas também do modo como conseguem trabalhar em equipa e não menos, o modo como esta equipa é liderada (Fragata et al., 2006). Todavia, é necessário ir mais longe.

Conclusão

O enfermeiro especialista distingue-se pela formação e ação cuidativa, através de intervenções autónomas ou interdependentes, à pessoa em situação crítica, executadas de modo consistente, no sentido da segurança clínica e da gestão do risco.

Partiu-se da constatação de necessidade de investigação na área dos indicadores sensíveis de segurança do doente e da gestão de risco, como promotores de reflexões em qualidade dos cuidados de saúde em geral, e nos de prestação de cuidados em particular. Para tanto, foram formulados três objetivos que orientaram o percurso metodológico, e aos quais, se deu consecução, com resultados evidentes. Assim, considera-se que este trabalho, pode ser um contributo, para uma praxis refletida, já que a amostra nos pôde conduzir, para um perfil de indicadores, expressivos de grande parte de intervenções/dimensões, para a qualidade e segurança dos cuidados em saúde. Numa primeira abordagem, verificou-se que os enfermeiros assumiram o trabalho em equipa, a capacidade de entreajuda, a comunicação e o respeito, e a equidade, como os “pontos fortes”, daquilo que consideraram, as variáveis promotoras de qualidade. E é este conjunto de resultados, que permite recentrar o debate reflexivo, nestas capacidades, seja ao nível institucional, seja ao nível relacional da equipa. Ou seja, importa capitalizar recursos formativos eacionais nestas áreas. De forma mais específica, na sua perceção subjetiva, a maioria da amostra, considerou o grau de segurança entre aceitável e muito bom.



Fernandes Berça, I., & Veiga-Branco, M. (2022).

Indicadores de segurança e gestão de risco sensíveis aos cuidados de saúde - Perspetiva dos profissionais de enfermagem: Indicadores sensíveis de Segurança e gestão de risco.

Servir, 2(02), e26552. DOI: <https://doi.org/10.48492/servir0202.26552>

101

Por oposição, as variáveis assumidas com necessidade de intervenção, - aqui consideradas como oportunidades de melhoria -, traduzem não o que deve permanecer, mas sim, no que há a alterar. E nesta perspetiva centra-se no que diz respeito ao modus operandi na resposta ao erro, e a frequência (ou não) de notificação. Isto permitiu-nos observar o universo do clima social e emocional, do que vivem, e do que deve, de alguma forma, ser reaprendido e alterado. Além destas dimensões, foram também consideradas com necessidade de melhoria contínua, a aprendizagem organizacional e a dotação de recursos, que se agregam num outro conjunto, identificado assim, com necessidade de intervenção prioritária.

Mas importa olhar para a subnotificação como uma realidade transversal a muitos hospitais portugueses. Assim, considera-se a importância da notificação de eventos/incidentes, no processo de aprendizagem em torno do erro, e a necessidade de reaprender, a partir da conceção do erro como experiência não punitiva.

Urge desenvolver uma política de segurança do doente que promova a notificação voluntária e não punitiva de todos os eventos, com consequente identificação de falhas ocorridas e implementação de estratégias corretivas, para que estas, não se voltem a repetir.

É necessário conhecer profundamente o contexto laboral, para desocultar focos de falhas e de sofrimentos. Importa reunir reflexões válidas acerca dos resultados e construir protocolos com procedimentos promotores de mudanças no comportamento e atitudes. Todavia, não existe, tendo como base a revisão bibliográfica desenvolvida, nenhum programa implementado, a médio e ou longo prazo, em qualquer instituição, com a finalidade de identificar, corrigir e reimplementar, de forma metodológica e sistemática, as ações consideradas de menor nível de eficácia e/ou eficiência.

Assim, propõe-se, investir em estudos sobre o fenómeno do erro e nos danos provocados pela sua omissão. Importa aqui deixar expressa essa ideia de que o erro e a sua divulgação, em contextos dos profissionais de saúde, podem propiciar uma mudança de cultura formativa e auto formativa. Não será um processo fácil, mas ainda assim, é possível. Recomenda-se a formação de profissionais e implementação de medidas simples, construindo uma instituição mais segura, beneficiando os doentes, profissionais e a própria instituição.

Conflito de Interesses

Os autores declaram não existir conflito de interesses.

Agradecimentos e Financiamento

Agradecem-se os contributos do Instituto Politécnico de Bragança e de todos os Enfermeiros participantes no estudo.

Referências bibliográficas

Bruno, P. (2010), Registo de incidentes e eventos adversos: implicações jurídicas da implementação em Portugal – Erro em Medicina, Coimbra Editora, Faculdade de Direito da Universidade de Coimbra, Centro de Direito Biomédico, ISBN: 978-972-32-1881-7.

Eiras, M. (2011). Avaliação da Cultura de Segurança do Doente em meio hospitalar: investigação ação numa Unidade de Radioterapia. Tese de Doutoramento em Saúde Pública na especialidade de Políticas e Administração em Saúde. Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade Nova de Lisboa. <https://run.unl.pt/bitstream/10362/13667/1/Tese%20de%20Doutoramento%20-%20Margarida%20Eiras.pdf>

Eiras, M., Escoval, A., Grillo, IM. & Silva-Fortes, C. (2014). The hospital survey on patient safety culture in Portuguese hospitals: Instrument validity and reliability. *Int. J. Health Care Qual. Assur*, 27 (2), 111-122. Doi: 10.1108/IJHCQA-07-2012-0072;

Direção Geral da Saúde (2020). Norma nº 5/2018 de 20 de 02 de 2018 atualizada em 10 de 01 de 2020, avaliação da cultura de segurança do doente nos hospitais. DGS: Lisboa. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0052018-de-20022018-pdf.aspx>



- Despacho n.º 5613/2015, de 27 de Maio de 2015. Ministério da Saúde. Estratégia nacional para a qualidade em saúde 2015-2020. Diário da República: II série. No 102 (2015). Disponível em <https://dre.pt/application/file/67318639>.
- França, M., Fragata, I., Bilbao, M., Ferreira, S., Santos, S., Fragata, J. & Barros, P.P. (2006), Risco Clínico – complexidade e performance, Coimbra: Edições Almedina, SA, Depósito legal 242854/06.
- Fragata, J. (2006), Risco Clínico: complexidade e performance. Almedina. ISBN: 972-40-2835-6.
- Fragata, J., & Martins, L. (2006), O Erro em Medicina: perspectivas do indivíduo, da organização e da sociedade, Almedina.
- Fragata, J. (2011). Segurança dos Doentes- Uma Abordagem Prática. Lisboa: Lidel. p 312. ISBN: 978 972 757 797 2.
- Institute of Medicine [IOM]. (2001). Committee on Quality of Health Care in America. Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st Century. Washington, DC: National Academy Press. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK222274/>
- International Council of Nurses (2006), Dotações seguras salvam vidas – Instrumento de Informação e Acção, Genebra (Suíça) ISBN:9295040449 http://repositorio.utad.pt/bitstream/10348/599/1/msc_eoslameiras.pdf
- Joint Commission International. Center for Patient Safety Strategies to improve hand-off communication: implementing a process to resolve the questions [Internet]. Oak Brook, IL: Center for Patient Safety. JCI; 2005 <http://www.who.int/patientsafety/solutions/patientsafety/PS-Solution3.pdf>.
- Kohn, L.T., Corrigan, J.M. & Donaldson, M. S. (2000). To Err is Human: Building a Safer Health System. Institute of Medicine [IOM]. Committee on Quality of Health Care in America. Editors. Washington (DC): National Academies Press (US). PMID: 25077248.
- Mezomo, J. (2001). Gestão da Qualidade na saúde: princípios básicos. Brasil: Diversos. ISBN 9788520412633.
- National Health System [NHS]. (2013). NHS Services, Seven Days a Week Forum Evidence base and clinical standards for the care and onward transfer of acute inpatients. NHS. <http://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2013/12/evidence-base.pdf>.
- National Patient Safety Agency, NHS (2004), Seven Steps to Patient Safety – the full reference guide, second print August 2004. <http://www.nrls.npsa.nhs.uk/EasySiteWeb/getresource.axd?AssetID=59971&>
- Oliveira, D. et al. (2008). Projeto dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem em Portugal. Revista da Ordem dos Enfermeiros. Lisboa. 36-41. ISSN 1646-2629. 28.
- Ordem dos Enfermeiros [OE]. (2001). Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem. Enquadramento conceptual - Enunciados descritivos. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa .
- Ordem dos Enfermeiros [OE]. (2002). Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Divulgar: Ordem dos enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros [OE]. (2007). Resumo Mínimo de Dados e Core de Indicadores de Enfermagem para o Repositório Central de Dados da Saúde. Ordem dos Enfermeiros. Disponível em Indicadores de Qualidade de Enfermagem no Serviço de Urgência - Módulo I -7. http://www.ordemenfermeiros.pt/documentosoficiais/Documents/RMDE_Indicador esVFOut2007.pdf
- Ordem dos Enfermeiros [OE]. (2010). Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista. Ordem dos Enfermeiros. <http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/>
- Peralta, T.J. (2012). Segurança do doente: Perspetivas dos profissionais de um hospital da região centro (Dissertação de mestrado não publicada). Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Portugal.
- Pereira, F. (2007)– Informação e qualidade do exercício profissional dos enfermeiros: estudo empírico sobre um resumo mínimo de dados de enfermagem. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, 2007. Tese de Doutoramento.
- Petronilho, F. (2009). Produção de indicadores de qualidade: a Enfermagem que queremos evidenciar. Revista sinais vitais. Coimbra. 82:35- 43. ISSN 0872-8844.
- Polit, D. F., Beck, C. T. & Hungler, P. B. (2004). Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: Métodos, avaliação e utilização. 5ª ed. São Paulo: Artemed. p487. ISBN 0-7817-2557-7.
- Polit, Denise F. e Hungler, Bernadette P. (1995), Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem, 3ª edição, Porto Alegre: Artes Médicas, ISBN: 85 7307 101 x.
- Ribeiro, O., Carvalho, F. & Ferreira, P. (2008). Qualidade dos cuidados de saúde. Revista Millenium,35. http://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/357/1/Qualidade_dos_%20cuidados_%20de_%20saude.pdf
- Ribeiro, J. (2010). Metodologia de Investigação em Psicologia e Saúde (3ª ed). Porto: Legis Editora.



Fernandes Berça, I., & Veiga-Branco, M. (2022).

Indicadores de segurança e gestão de risco sensíveis aos cuidados de saúde - Perspetiva dos profissionais de enfermagem: Indicadores sensíveis de Segurança e gestão de risco.

Servir, 2(02), e26552. DOI: <https://doi.org/10.48492/servir0202.26552>

103

- Santos, M. C., Grilo A., Andrade G., Guimarães T., & Gomes A., (2010). Comunicação em saúde e a segurança do doente: problemas e desafios. [Online] Disponível em: <http://www.ensp.unl.pt/dispositivos-deapoio/cdi/cdi/sectordepublicacoes/revista/2010/pdf/volume-tematico-seguranca-do-doente/6->
- Santos, M., & Rennó C. (2013). Indicadores de qualidade da assistência de enfermagem em centro cirúrgico: revisão integrativa da literatura. *Revista de Administração de Saúde*. 58(15): 27-30. http://www.cqh.org.br/portal/pag/anexos/baixar.php?pndoc=597&p_nanexo=381
- Silva, E.M., Pedrosa, D.L., Leça, A.P., & Silva, D.M. (2016). Perceção dos profissionais de saúde sobre a cultura de segurança do doente pediátrico. *Revista de Enfermagem Referência, série 4* (9). <http://dx.doi.org/10.12707/RIV16007>
- Sousa, P., Uva, A.S., Serranheira, F., Leite, E., & Nunes C. (2011). Segurança do doente: eventos adversos em hospitais portugueses: estudo piloto de incidência, impacte e evitabilidade. 1ª edição ed. s.l.: Personal Vision.
- Sousa, A.M. (2003)- A formação contínua em enfermagem: Estudo nas perspectivas do enfermeiro. *Nursing*. Ano 15, nº175. p.28 – 33.
- Sousa, A. M. (2013). Avaliação da cultura de segurança do doente num centro hospitalar da região centro (Dissertação de mestrado). Universidade de Coimbra, Portugal.

GRAVIDADE DO TRAUMA EM VÍTIMAS DE ACIDENTE DE VIAÇÃO ADMITIDAS NO SERVIÇO DE URGÊNCIA

TRAUMA SEVERITY IN TRAFFIC ACCIDENT VICTIMS ADMITTED TO THE EMERGENCY DEPARTMENT

GRAVEDAD DEL TRAUMA EN VÍCTIMAS DE ACCIDENTES DE TRÁFICO INGRESADAS EN SERVICIO DE EMERGENCIA

Inês João Rodrigues Trigo¹
Mauro Alexandre Coelho²
Olivério de Paiva Ribeiro³

¹Casa de Saúde São Mateus Hospital Privado (ines.trigo@hotmail.com)

²Centro Hospitalar Tondela Viseu Viseu, EPE (maurocoelho23@hotmail.com)

<https://orcid.org/0000-0001-7091-4420>

³Instituto Politécnico de Viseu, Escola Superior de Saúde de Viseu (oribeiro@essv.ipv.pt)

<https://orcid.org/0000-0001-7396-639X>

Corresponding Author

Inês João Rodrigues Trigo
Bairro São João da Carreira, Rua Dona Maria
Gracinda Torres Vasconcelos, moradia 2
3500-187 Viseu, Portugal
ines.trigo@hotmail.com

RECEIVED: 8th December, 2021

ACCEPTED: 27th June, 2022

Servir, 2(02), e25997

DOI:10.48492/servir0202.25997

2022



RESUMO

Introdução: O estudo do índice de gravidade de pessoas vítimas de trauma por acidente de viação configura-se como um fator de preocupação e um desafio profissional, o que justifica desenvolvimento de uma investigação sobre esta problemática.

Objetivo: Determinar o índice de gravidade de trauma nas pessoas vítimas de acidente de viação admitidas no Serviço de Urgência.

Métodos: Estudo descritivo, com coorte retrospectivo, realizado em clientes que recorreram ao serviço de urgência por acidente de viação, entre janeiro e junho de 2020. Os dados foram recolhidos através da consulta do Sistema de Informação Alert® de um centro hospitalar da região Centro de Portugal.

Resultados: Apurou-se um score de índice de gravidade de trauma mínimo de 2,63 e um máximo de 7,85, correspondendo-lhe uma média de $7,76 \pm 0,50$. As variáveis com interferência estatisticamente significativa ($p < 0,05$) permitiram constatar que as pessoas vítimas de trauma por acidente de viação com maior risco de gravidade são: homens, cuja etiologia foi a bicicleta, transportadas por meio próprio, com diagnóstico de contusão membros, dor, fratura do esterno, trauma cervical e etilismo e a deambular/cadeira de rodas.

Conclusão: Os resultados traduzem-se num contributo para proporcionar práticas e cuidados de enfermagem diferenciados e especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica à pessoa vítima de trauma por acidente de viação.

Palavras-chave: trauma; acidente de viação; índice de gravidade de trauma; serviço de urgência

ABSTRACT

Introduction: The study of the severity index of people victims of trauma by road accidents is configured as a factor of concern and a professional challenge, which justifies the development of an investigation on this problem.

Objective: To determine the trauma severity index in road accident victims admitted to the Emergency Department.

Methods: Descriptive study, with a retrospective cohort, carried out with clients who went to the emergency department due to a road accident, between January and June of 2020. Data were collected by consulting the Alert® Information System of a hospital center in the Central region of Portugal.

Results: A minimum trauma severity index score of 2.63 and a maximum of 7.85 was obtained, corresponding to an average of 7.76 ± 0.50 . The variables with statistically significant interference ($p < 0.05$) made it possible to verify that people who are victims of trauma from a road accident with the highest risk of severity are: men, whose etiology was the bicycle, transported by their own means, with a diagnosis of limb contusion, pain, sternum fracture, cervical trauma and alcoholism and walking/wheelchair.

Conclusion: The results translate into a contribution to provide differentiated and specialized nursing practices and care in Medical-Surgical Nursing to the person victim of trauma by road accident.

Keywords: trauma; road accident; injury severity score; emergency department

RESUMEN

Introducción: El estudio del índice de gravedad del trauma en personas víctimas de accidentes de tránsito es un factor de preocupación y un desafío profesional, lo que justifica el desarrollo de una investigación sobre este tema.

Objetivo: Determinación del índice de gravedad del trauma en víctimas de accidentes de tráfico ingresadas en servicio de emergencia.

Métodos: Estudio descriptivo, con cohorte retrospectiva, realizado con clientes que acudieron al servicio de urgencias por accidente de tráfico, entre enero y junio de 2020. Los datos fueron recogidos consultando el Sistema de Información Alert® de un centro hospitalario de la región Centro de Portugal.

Resultados: Se obtuvo una puntuación mínima del índice de gravedad del trauma de 2,63 y máxima de 7,85, lo que corresponde a una media de $7,76 \pm 0,50$. Las variables con interferencia estadísticamente significativa ($p < 0,05$) permitieron verificar que las personas víctimas de trauma por accidente de tránsito con mayor riesgo de gravedad son: hombres, cuya etiología fue la bicicleta, transportados por sus propios medios, con un diagnóstico de contusión de extremidades, dolor, fractura de esternón, trauma cervical y alcoholismo y caminar/silla de ruedas.

Conclusión: Los resultados se traducen en un aporte para proveer prácticas y cuidados de enfermería diferenciados y especializados en Enfermería Médico-Quirúrgica a la persona víctima de trauma causado por un accidente de tránsito.

Palabras Clave: trauma; accidente de tráfico; índice de gravedad de trauma; servicio de emergencia



Trigo, I. ., Coelho, M. ., & Ribeiro, O. (2022).

Gravidade do trauma em vítimas de acidente de viação admitidas no serviço de urgência.

Servir, 2(02), e25997. DOI: <https://doi.org/10.48492/servir0202.25997>

Introdução

O trauma e os acidentes de viação subsequentemente são considerados um problema de saúde pública, com destaque a nível mundial, pelo impacto na morbimortalidade da população em geral, pela repercussão económica e social, bem como pela procura constante dos serviços de urgência por vítimas de trauma (Almeida et al., 2020).

As evidências científicas documentam que os acidentes de viação são a principal causa de morte violenta e de trauma (James et al., 2020). A nível mundial, aproximadamente 1.3 milhões de pessoas morrem a cada ano em consequência de acidentes de viação. Em Portugal, no ano de 2019, foram múltiplos os atendimentos nos serviços de urgência motivados por lesões provocadas por acidente, sendo que 2.492 pessoas vieram a falecer (Instituto Nacional de Emergência Médica [INEM], 2021).

O índice de gravidade de trauma dos clientes admitidos no serviço de urgência vítimas de acidente de viação assume-se como um instrumento necessário para avaliar a gravidade do trauma, com o intuito de mensurar a severidade das lesões e melhor descrever e classificar as vítimas de trauma, tornando-se fulcral para a prestação de cuidados de excelência (Lima, 2021).

Atendendo a esta problemática é necessário que a abordagem e cuidados prestados a estas vítimas sejam cada vez mais eficazes, na medida em que a pessoa necessita de cuidados contínuos e especializados, desde o momento da admissão até à alta hospitalar (Santos et al., 2018). O enfermeiro é detentor de formação humana, técnica e científica adequada para a prestação de cuidados em qualquer situação, sobretudo em contexto de grande complexidade, reúne competências específicas que lhe possibilitam atuar de forma autónoma e interdependente, integrado na equipa de emergência.

O Serviço de Urgência é o local onde, entre outras situações, são admitidas pessoas vítimas de trauma e lhes são prestados os cuidados de saúde. Reúne as condições para o estudo do índice de gravidade de trauma dada a grande afluência de vítimas de trauma que a ele recorrem. O estudo desenvolve-se no Serviço de Urgência de um Centro Hospitalar da zona centro de Portugal, após cumprir e respeitar os procedimentos éticos.

Alicerçado nestes pressupostos, definiu-se a seguinte questão de investigação: Qual o índice de gravidade de trauma em pessoas vítimas de acidente de viação admitidos no serviço de urgência?

Face ao exposto, o estudo tem como objetivo determinar o índice de gravidade de trauma nas pessoas vítimas de acidente de viação admitidas no Serviço de Urgência.

1. Enquadramento Teórico

Acidentes de viação

Os acidentes de viação, mundialmente, configuram-se um problema de saúde pública provocando milhões de mortes durante o ano e causando incapacidades temporárias ou permanentes nas vítimas (Organização Mundial de Saúde [OMS], 2015). Na Europa, no ano de 2019 estima-se que tenham falecido 22.800 pessoas nas estradas europeias, como consequência de acidente de viação, sendo que mais de um milhão de pessoas sofreram ferimentos em resultado destes, dos quais 120 mil com consequências graves. Em Portugal, de janeiro a maio de 2021, registaram-se 9.105 acidentes de viação com vítimas, dos quais resultaram 108 vítimas mortais, 633 feridos graves e 10.404 feridos leves (Autoridade Nacional de Segurança Rodoviária [ANSR], 2021).

A OMS (2021) define acidentes de viação como uma colisão ou incidente que ocorra na via pública, que envolva pelo menos um veículo em movimento, sendo contemplados colisões entre dois ou mais veículos, entre veículos e peões, entre veículos e animais ou obstáculos fixos, entre veículos rodoviários e ferroviários, ou envolvendo apenas o veículo rodoviário. Estes podem também ser definidos como uma ocorrência imprevista, súbita e anormal que ocorre na via pública como consequência da circulação rodoviária, provocando vítimas ou danos materiais, quer o veículo se encontre em movimento ou repouso (INEM, 2021).



Em Portugal os acidentes de viação podem caracterizar-se quanto à sua natureza, dividindo-se em despiste, atropelamento e colisão. No primeiro semestre de 2021, em Portugal, a natureza do acidente mais frequente foi a colisão, correspondendo a 53,3% dos acidentes e representando 40,9% das vítimas mortais, correspondentes ao mesmo período. “Apesar de cada um destes padrões ter variações, a identificação precisa do tipo de impacto ocorrido fornece informação essencial para poder identificar eventuais lesões resultantes do evento traumático” (INEM, 2012, p. 12). As vítimas de acidentes de viação podem apresentar vários danos, quer físicos quer psicológicos, tanto para as vítimas como para os seus familiares. Os danos físicos podem ser categorizados em mortos; feridos graves e feridos ligeiros. As vítimas classificadas como feridos graves podem apresentar escoriações, fraturas ósseas, lesões medulares, paraplegia ou tetraplegia, hipovolémia, lesões em órgãos internos, amputações de membros, queimaduras graves, incluindo, ainda, amnésia, alteração do estado de consciência ou coma resultantes de traumatismo (Esmeraldo, 2016). Muitas das lesões graves são incapacitantes ou afetam a vida das vítimas, com custos económicos significativamente elevados, estimando-se, anualmente, em cerca de 3% do produto interno bruto (PIB) dos países (OMS, 2021).

A consequência da modernização da sociedade tem-se refletido também numa multiplicidade de traumas não intencionais que se tornaram uma epidemia global (Jain et al., 2020). O trauma por acidente de viação é uma das causas para o grande aumento do número de pessoas vítimas que recorrem ao serviço de urgência. De forma a diminuir a morbilidade e mortalidade das pessoas vítimas de trauma é necessário que a abordagem e os cuidados prestados sejam cada vez mais eficazes, na medida em que a pessoa necessita de cuidados contínuos e especializados, desde o momento da admissão até à alta hospitalar (Santos et al., 2018). Os enfermeiros, no serviço de urgência, encontram-se numa posição privilegiada para responder às necessidades das pessoas vítimas de acidente de viação, prestando os cuidados de enfermagem necessários, agilizando o acompanhamento, bem como programando e preparando a alta. Assim, os cuidados prestados nos serviços de urgência configuram-se como um mecanismo fundamental para minimizar as lesões nas vítimas de trauma por acidente de viação (Corrêa et al., 2020).

Trauma e gravidade das lesões

O trauma consiste num dos maiores problemas de saúde a nível mundial, responsável pelo aumento da mortalidade e morbilidade da população em geral (Almeida et al., 2020). Pode ser definido como um evento, conjunto de eventos ou de circunstâncias vivenciadas pela pessoa de uma forma prejudicial, quer física, quer emocional, podendo mesmo ser fatal. Tem repercussões duradouras no bem-estar biopsicossocial e espiritual da pessoa e sua família (SAMHSA, 2014). Inclui lesões provocadas por acidentes, catástrofes naturais, abusos sexuais, físicos, financeiros ou psicológicos, violência doméstica e alguns distúrbios psicológicos, nomeadamente o transtorno de stresse pós-traumático (Emergency Nurses Association [ENA], 2019).

O trauma corresponde a uma lesão cuja intensidade, extensão e gravidade pode ser variável, dependendo do agente que a causou e da forma como ocorreu (intencional ou acidental). A lesão pode ser temporária ou permanente, com incapacidades físicas e/ou mentais, podendo mesmo levar à morte (Borges & Brasileiro, 2018).

Coimbra & Coimbra (2020) afirmam que o trauma constitui-se como um fator causal importante de mortalidade, incapacidade e diminuição da qualidade de vida em Portugal, com um elevado impacto nos índices de incapacidade da população jovem, em idade fértil e ativa, acarretando elevados prejuízos sociais e económicos para o estado e a sociedade.

Dados referentes ao ano de 2020 revelam que o trauma corresponde à segunda etiologia mais frequente de ocorrências pré-hospitalares em Portugal com quinze mil novecentas e oitenta e sete (15 987) ocorrências, no mês de dezembro, num total de cento e sete mil e noventa e oito ocorrências pré-hospitalares, nesse mesmo mês (INEM, 2021).

Estima-se que 1,25% da população da Unidade Europeia irá morrer 40 anos mais cedo do que a esperança média de vida e é expectável que mais de 20 milhões de pessoas acarretem incapacidades devido a acidentes de viação (Coimbra & Coimbra, 2020). Dados publicados pela OMS (2021) revelam que, mundialmente, 20 e 50 milhões de pessoas sofrem lesões não fatais, sendo que algumas ficam incapacitadas resultantes das lesões.

Face ao quadro de morbimortalidade por acidentes de viação, torna-se importante avaliar a gravidade do trauma, para mensuração da severidade das lesões e para implementar intervenções que visem a preservação e a manutenção da vida (Carrapateira, 2017).

O trauma pode ser avaliado através de índices de gravidade (Carrapateira, 2017). Estes constituem-se como sistemas de triagem ou avaliação do prognóstico, tendo por base alterações fisiológicas e/ou lesões anatómicas da vítima, permitindo avaliar o risco de mortalidade e prognóstico e também comparar resultados dentro de um serviço ou entre serviços diferentes, na análise da qualidade do atendimento prestado (Lima et al., 2021). Um dos índices de gravidade de trauma mais utilizados é o índice de prognóstico avaliado pelo Revised Trauma Score (RTS), que integra um sistema de classificação fisiológica, tendo por base o uso dos parâmetros vitais da pessoa (Lima et al., 2021). Este sistema analisa três parâmetros fisiológicos, nomeadamente a avaliação do estado de consciência pela a Escala de Coma de Glasgow (ECG), a avaliação hemodinâmica pela pressão arterial sistólica (PAS) e pela frequência respiratória (FR). A RTS analisa valores absolutos de cada parâmetro vital, sendo convertido em valores de zero a quatro, em conformidade com o intervalo correspondente, capaz de avaliar a morbimortalidade da pessoa vítima de trauma. Os valores das variáveis devem ser ponderados e somados, mediante a fórmula $RTS=0,9368 \times ECG_v + 0,7326 \times PAS_v + 0,2908 \times FR_v$, onde v é o valor (de 0 a 4) correspondente às variáveis na admissão do doente. Assim para a operacionalização do índice de gravidade de trauma atribuímos um score 4 (pressão arterial sistólica (PAS) > 89, ECG = 15 e uma frequência respiratória (FR) 10-29), um score 3 (PAS 76-89, uma FR >29 e ECG 9-12), um score 2 (PAS 50-75, FR 6-9 e ECG 6-8), score 1 (PAS 1-49, FR 1-5, ECG 4-5) e score 0 (PAS=0, FR=0 e ECG=3). O RTS foi o índice de gravidade de trauma selecionado para dar resposta à questão de investigação.

2. Métodos

Estudo de análise quantitativa, descritivo-correlacional, em coorte retrospectivo, numa amostra não aleatória de conveniência de pessoas vítimas de trauma por acidente de viação que recorreram ao Serviço de Urgência do Centro Hospitalar da região centro de Portugal, entre 1 de janeiro a 30 de junho de 2020.

2.1 Participantes

A população definida para este estudo integrou todos os clientes adultos com idade ≥ 18 anos, que durante 1 de janeiro a 30 de junho de 2020 recorreram ao Serviço de Urgência de um Centro Hospitalar da região centro de Portugal. Assim, a amostra é constituída por 371 pessoas vítimas de trauma por acidente de viação que recorreram ao referido serviço no indicado período de tempo. A amostra é constituída por 39,4% pessoas do género feminino e 60,6% do masculino, com um mínimo de 18 anos e um máximo de 88 anos de idade, correspondendo-lhe uma média de $46,72 \pm 19,96$ anos, sendo que o grupo etário mais representativo foi o superior aos 60 anos (29,9%), seguindo pelas pessoas com idade ≤ 30 anos (28,6%). A grande maioria das pessoas tinha como distrito de residência o distrito de Viseu (90,5%) (cf. tabela 1).

Tabela 1 – Caracterização sociodemográfica da amostra

Pessoas vítimas de trauma	N=371		100,0%	
Idade	Mínimo	Máximo	Média	Desvio-padrão
Total	18	88	46,72	19,96
Grupos etários	(N)	%		
≤30 anos	106	28,6		
31-45 anos	78	21,0		
46-60 anos	76	20,5		
>60 anos	111	29,9		
Género	(N)	%		
Masculino	146	39,4		
Feminino	225	60,6		



Pessoas vítimas de trauma	N=371		100,0%	
Idade	Mínimo	Máximo	Média	Desvio-padrão
Distrito de Residência	(N)	%		
Viseu	335	90,5		
Outros	35	9,5		
Total	370	100,0		

2.1.1 Critérios de Inclusão e Exclusão

Estabeleceu-se como critérios de inclusão para os participantes: pessoas adultas (≥ 18 anos); admissão no Serviço de Urgência; pessoas adultas vítimas de trauma por acidente de viação. Como critérios de exclusão, considerou-se ser a pessoa com idade inferior a 18 anos e vítima de trauma com outra causa.

2.2 Instrumentos de recolha de dados

Foram aplicados os seguintes meios de recolha de dados: os episódios de urgência cuja etiologia seja o trauma, por acidente de viação entre 1 de janeiro a 30 de junho de 2020, através da informação obtida pelo Sistema de Informação Alert[®], perfil administrativo e consulta dos episódios de urgência, após aplicação dos critérios de inclusão e de exclusão, suportada numa grelha elaborada para a recolha de dados (ad hoc). Assim, o instrumento de recolha de dados elaborado para o efeito, integra 45 questões, contendo variáveis sociodemográficas (idade, género, distrito de residência), variáveis de contexto (turno de admissão, dia de admissão, meio de transporte, chegada ao serviço de urgência, tempo desde admissão até à triagem, tempo até à primeira observação médica, tempo total no SU,) e variáveis de contexto clínico (fluxograma da Triagem de Manchester, discriminador, motivo de entrada no SU, encaminhamento, diagnóstico médico, natureza do acidente, exames complementares de diagnóstico, manobras de reanimação cardiorrespiratória, antecedentes pessoais, toma de medicação habitual). A operacionalização da variável dependente, índice de gravidade, foi realizada, tendo por base a investigação realizada por Figueiredo et al. (2021). Assim para a operacionalização do Índice de Gravidade de Trauma foi atribuído um score 4 (pressão arterial sistólica (PAS) > 89 , ECG = 15 e uma frequência respiratória (FR) 10-29), um score 3 (PAS 76-89, uma FR > 29 e ECG 9-12), um score 2 (PAS 50-75, FR 6-9 e ECG 6-8), score 1 (PAS 1-49, FR 1-5, ECG 4-5) e score 0 (PAS=0, FR=0 e ECG=3) (Figueiredo et al., 2021). Tal como na investigação realizada por Figueiredo et al. (2021), a escala RTS utilizada foi adaptada, dada a ausência de registo no processo clínico da frequência respiratória (FR), constituindo-se assim uma das limitações deste estudo. Tendo como base conceptual a investigação realizada por Figueiredo et al. (2021), para a operacionalização da variável Índice de Gravidade de Trauma, foi necessário considerar a saturação periférica de oxigénio e proceder à atribuição de um valor correspondente à frequência respiratória, calculando assim o índice de gravidade. Para saturações periféricas de oxigénio $\geq 95\%$ atribuímos um valor de frequência respiratória de 20 ciclos por minuto, para saturações periféricas de oxigénio entre 90% e 94% atribuímos uma frequência respiratória de 33 ciclos por minuto e para saturações periféricas de oxigénio $\leq 89\%$ atribuímos uma frequência respiratória de 9 ciclos por minuto.

2.3 Procedimentos

O estudo obteve parecer favorável da Comissão de Ética para a Saúde do Centro Hospitalar Tondela-Viseu de 22 de abril de 2021.

3. Resultados

Variáveis de contexto

O mês de fevereiro (22,9%) foi o que apresentou mais admissões das pessoas vítimas de trauma por acidente de viação no Serviço de Urgência, seguindo-se os meses de maio (21,3%), junho (20,8%) e janeiro (19,7%). A hora de admissão no Serviço de Urgência com mais expressividade entre as 14h00-19h59 (44,2%), seguindo-se entre as 8h00-13h59 (29,4%), nos turnos da manhã (45,0%) e no turno da tarde (44,7%), sendo os dias da semana com maior registo de admissões a sexta-feira (19,1%), a quinta-feira (15,6%), o domingo (15,1%) e a quarta-feira (14,8%). O meio de transporte das pessoas

para o Serviço de Urgência foi, na grande maioria dos casos (76,3%), o INEM. Prevaleram as pessoas que chegam ao Serviço de Urgência em maca (68,5%). No que se refere ao tempo desde a admissão até à triagem, prevaleceu um tempo superior a 10 minutos (49,9%), seguindo-se entre a 6-10 minutos (38,8%), com um mínimo e um máximo a oscilarem entre 3 a 120 minutos, correspondendo-lhe uma média de $14,46 \pm 13,35$ minutos. Registou-se maior percentagem de um tempo desde a triagem à primeira avaliação médica mais de 60 minutos (32,9%), entre 31-60 minutos (32,6%) e entre 11-30 minutos (29,4%), com um tempo mínimo de 0 (zero) e um máximo 370 minutos ($M=66,64 \pm 65,32$ minutos). Quanto ao tempo total de permanência no Serviço de Urgência, registou-se um mínimo de 40 minutos e um máximo de 1440 minutos ($417,80 \pm 275,43$ minutos).

Caracterização clínica

O fluxograma mais prevalente para triar as pessoas vítimas de trauma por acidente de viação foi o grande traumatismo (72,8%), com o discriminador no Sistema de Triagem de Manchester mais presente a dor moderada (45,3%), seguindo-se o mecanismo de lesão (33,2%), tendo 56,6% dos casos com prioridade clínica amarela e, em 40,7%, a prioridade clínica laranja, correspondendo a maioria dos casos (57,4%) à área clínica urgente e 35,6% à área clínica pouco urgente, com a especialidade responsável, em maior representatividade (48,8%), a cirurgia, seguindo-se a medicina geral e familiar (33,4%) e a ortopedia (10,2%). O motivo do trauma prevalente foi por acidente de viação com automóvel (67,9%), com 19,9% vítimas de acidente de motociclo, prevalecendo as pessoas que cuja natureza do acidente foi por despiste de automóvel (27,2%), colisão carro-carro (23,5%). Nas pessoas vítimas de acidente de viação de automóvel, em 44 (11,9%) o airbag disparou, no caso de 31 pessoas (8,4%) o mesmo não disparou e 1,1% ($n=4$) não o possuíam. Constatou-se que 114 (30,7%) usavam cinto de segurança e 10 (2,7%) não o usavam no momento do acidente. Entre as pessoas que sofreram acidente de motociclo, 44 (11,9%) usavam capacete e 2 (0,5%) não o usavam. O diagnóstico foi, em grande parte da amostra, o acidente de viação ($n=152$; 41,0%), 51 (13,7%) diagnóstico de TCE, 26 (7,0%) fratura dos membros, 24 (6,5%) politraumatismo, 22 (5,9%) trauma torácico, 19 (5,1%) dor, sendo de referir que 10 (2,7%) pessoas tiveram como diagnóstico fratura coluna vertebral, 5 (1,3%) fratura do esterno e 5 (1,3%) trauma cervical. O destino após a alta do Serviço de Urgência para a maioria das pessoas foi o domicílio (72,5%), tendo 12,4% ficado internadas.

Estatísticas relativas ao *Revised Trauma Score* (RTS)

A escala RTS utilizada foi adaptada, constituindo-se uma das limitações deste estudo a ausência de registo da frequência respiratória. Para a operacionalização da variável, índice de gravidade de trauma, foi necessário considerar a saturação periférica de oxigénio e proceder à atribuição de um valor correspondente à frequência respiratória, para proceder ao cálculo do índice. Para saturações periféricas de oxigénio $\geq 95\%$ atribuímos um valor de frequência respiratória de 20 ciclos por minuto, para saturações periféricas de oxigénio entre 90% e 94% atribuímos uma frequência respiratória de 33 ciclos por minuto e para saturações periféricas de oxigénio $\leq 89\%$ atribuímos uma frequência respiratória de 9 ciclos por minuto. As estatísticas relativas ao score RTS, para o total da amostra, revelam um mínimo de 2,63 e um máximo de 7,85, correspondendo-lhe uma média de $7,76 \pm 0,50$. Os homens, em média ($M=7,79 \pm 0,18$), apresentam um score mais elevado o que se traduz numa maior gravidade, comparativamente às mulheres ($M=7,71 \pm 0,77$) (cf. tabela 2).

Tabela 2 – Estatísticas relativas ao score do RTS em função do género

Género	N	Min	Max	M	DP	CV (%)	Sk/erro	K/erro
Feminino	46	2,63	7,85	7,71	0,77	9,98	63,34	-18,87
Masculino	73	6,83	7,85	7,79	0,18	2,31	30,95	-14,39
Total	119	2,63	7,85	7,76	0,50	6,44	217,91	-42,43



Averiguou-se que foram as pessoas cujo acidente de viação foi com bicicleta as que revelaram maior risco de gravidade, seguindo-se as que o acidente de viação foi com um automóvel, correspondendo o menor risco de gravidade às pessoas cujo veículo foi o trator com diferenças estatisticamente significativas ($p=0,000$) (cf. tabela 3).

Tabela 3 – Resultados do teste Kruskal-Wallis entre o RTS e o meio de transporte do acidente de viação

Meio de transporte	Motociclo Ordenação Média	Automóvel Ordenação Média	Atropelamento Ordenação Média	Bicicleta Ordenação Média	Trator Ordenação Média	X ²	p
RTS	59,29	61,96	51,75	66,00	6,75	20,359	0,000

Relação entre o meio de transporte para o Serviço de Urgência e o *Revised Trauma Score* (RTS)

As pessoas cujo meio de transporte para o Serviço de Urgência foi o meio próprio revelaram um score de RTS mais elevado, logo maior risco de gravidade, sendo as que foram via VMER/SIV as que apresentaram inferior score, com relevância estatisticamente significativas ($p=0,000$) (cf. tabela 4).

Tabela 4 – Resultados do teste Kruskal-Wallis entre o RTS e o meio de transporte para o Serviço de Urgência

Meio de transporte para o Serviço de Urgência	INEM Ordenação Média	VMER/SIV Ordenação Média	Meio próprio Ordenação Média	X ²	p
RTS	62,63	39,47	66,00	24,494	0,000

Relação entre o diagnóstico e o *Revised Trauma Score* (RTS)

Registaram-se scores idênticos de RTS para as pessoas com diagnóstico de contusão membro(s), dor, fratura do esterno, trauma cervical e etilismo, sendo estas que apresentaram maior risco de gravidade, seguidas pelas pessoas com diagnóstico de acidente de viação. As que tiveram o diagnóstico de fratura da coluna vertebral evidenciaram menor risco de gravidade, resultando em diferenças estatisticamente significativas entre os grupos de diagnóstico ($p=0,007$) (cf. tabela 5).

Tabela 5 – Resultados do teste Kruskal-Wallis entre o RTS e o diagnóstico

Diagnóstico	RTS Ordenação Média	X ²	p
Fratura da coluna vertebral	37,00	25,713	0,007
Acidente de viação	63,86		
Traumatismo crânio-encefálico	54,55		
Trauma torácico	46,60		
Politraumatismo	60,33		
Fratura membro(s)	53,80		
Contusão dos membro(s)	65,00		
Dor	65,00		
Fratura do esterno	65,00		
Trauma cervical	65,00		
Etilismo	65,00		

Relação entre a chegada ao Serviço de Urgência e o Revised Trauma Score (RTS)

As pessoas que deram entrada no Serviço de Urgência a deambular/cadeira de rodas apresentaram um risco maior de gravidade, seguidas pelas que entraram de maca, com menor risco de gravidade as que deram entrada em maca com plano duro, aferindo-se diferenças estatisticamente significativas ($p=0,003$) (cf. tabela 6).

Tabela 6 – Resultados do teste Kruskal-Wallis entre o RTS e a chegada ao Serviço de Urgência

Chegada ao Serviço de Urgência	Deambular/cadeira de rodas	Maca	Maca com plano duro	X ²	p
	Ordenação Média	Ordenação Média	Ordenação Média		
RTS	66,00	61,47	47,98	11,753	0,003

Relação entre as variáveis clínicas e o Revised Trauma Score (RTS)

As pessoas referenciadas/encaminhadas para área clínica de pequena cirurgia apresentaram um risco maior de gravidade, seguidas pelas cuja área clínica foi pouco urgente, com menor risco de gravidade as que a área clínica foi emergente, com diferenças estatisticamente significativas ($p=0,000$). Constata-se ainda que as pessoas que não fizeram análises ao sangue revelaram risco maior de gravidade, resultando também em relevância estatisticamente significativa ($p=0,005$). As pessoas que não tomam medicação habitualmente apresentaram um maior risco de gravidade, quando comparadas com as que tomam medicação habitualmente, com relevância estatisticamente significativa ($p=0,030$). Quem não tem hipertensão arterial manifestou um maior risco de gravidade, verificando-se diferenças estatisticamente significativas ($p=0,019$) (cf. tabela 7).

Tabela 7 – Resultados do teste Kruskal-Wallis e teste U de Mann-Whitney entre o RTS e as variáveis clínicas

Área clínica	Pouco urgente	Urgente	Emergente	Pequena cirurgia	X ²	p	Teste Kruskal-Wallis
	Ordenação Média	Ordenação Média	Ordenação Média	Ordenação Média			
RTS	63,85	61,53	37,73	66,00	22,759	0,000	
	Realização de análises ao sangue	Não	Sim		UMW	p	Teste U de Mann-Whitney
RTS	66,00	56,48			1386,000	0,005	
	Toma medicação habitualmente	Não	Sim		UMW	p	Teste U de Mann-Whitney
RTS	60,40	53,24			1356,500	0,030	
	Hipertensão arterial	Não	Sim		UMW	p	Teste U de Mann-Whitney
RTS	59,48	50,98			1121,500	0,019	

4. Discussão

O presente estudo foi realizado numa amostra constituída por 371 pessoas vítimas de trauma por acidente de viação que recorreram ao Serviço de Urgência de um Centro Hospitalar da região centro do país durante 1 de janeiro a 30 de junho de 2020, sendo maioritariamente masculina (60,6%), com idade mínima de 18 anos e uma máxima de 88 anos de idade, ao que corresponde uma média de $46,72 \pm 19,96$ anos, com maior percentagem do grupo etário superior aos 60 anos (29,9%), seguindo-se as pessoas com idade ≤ 30 anos (28,6%), com a grande maioria a residir no distrito de Viseu (90,3%). Estes resultados corroboram os dados relativos ao ano de 2020, divulgados pelo INEM (2021), os quais indicam que o trauma corresponde à segunda etiologia mais frequente de ocorrências pré-hospitalares em Portugal. Esmeraldo (2016), numa amostra constituída por 188 vítimas de trauma por acidentes de viação, também obteve uma



maioria de pessoas do género masculino (88,3%), na faixa etária dos 21 a 30 anos (31,4%), com uma média de idade de 29 anos. Num estudo observacional retrospectivo de Abhilash et al. (2016), numa amostra de 16.169 pessoas, durante o período de estudo de 3 meses, 10% (1.624 / 16.169) eram adultos vítimas de trauma com mais de 18 anos de idade que recorreram a um serviço de urgência. A distribuição por género foi 73,6% masculino e 26,4% feminino, com uma média de idade de $40,2 \pm 16,7$ anos. Um estudo anterior, realizado por Novo (2015), com uma população de todos os clientes admitidos no Serviço de Urgência da Unidade Local de Saúde do Nordeste, Portugal, desde novembro de 2013 a agosto de 2014, e aos quais foi ativada a Via Verde de Trauma, a maioria também era do género masculino (80,6%), com idade média de $52,97 \pm 19,13$ anos. Jain et al. (2020) avaliaram o perfil clínico-epidemiológico de pessoas com trauma admitidas num hospital de trauma no leste da Índia. Trata-se de um estudo observacional prospetivo, realizado durante o período de dezembro de 2018 a julho de 2019, com clientes vítimas de trauma admitidos no serviço de urgência e serviço de trauma. O estudo indica que a proporção homem vs. mulher foi de 407, 93, respetivamente, com predominância da faixa etária dos 21 aos 30 anos.

Constatou-se que o mês de fevereiro (22,9%) foi o que apresentou mais admissões das pessoas vítimas de trauma por acidente de viação de no Serviço de Urgência locus de estudo, seguindo-se os meses de maio (21,3%), junho (20,8%) e janeiro (19,7%). A hora de admissão no Serviço de Urgência com mais expressividade entre as 14h00-19h59 (44,2%), com mais admissões no turno da manhã (45,0%), sendo o dia da semana com maior registo de admissões a sexta-feira (19,1%). De igual modo, Praça et al. (2017) averiguaram um maior número de ocorrências de vítimas de trauma por acidente de viação nos meses de fevereiro (20,4%), abril (20,4%), mas de madrugada (35,4%). O horário mais prevalente em que os clientes deram entrada no Serviço de Urgência no estudo de Jain et al. (2020) foi das 2 horas às 6 horas da manhã, tendo sido o meio de transporte para o hospital predominante a ambulância (58%). O meio de transporte das pessoas para o Serviço de Urgência em estudo foi, na grande maioria dos casos (76,3%), o INEM, com prevalência das que chegam ao Serviço de Urgência em maca (68,5%). Em relação ao tipo de transporte utilizado às vítimas de trauma no pré-hospitalar, no estudo de Praça et al. (2017), a viatura de emergência médica e o helicóptero apresentaram valores percentuais idênticos (34,5%). Sebastião (2019), com uma amostra constituída por 427 clientes admitidos no Serviço de Urgência do mesmo Centro Hospitalar em estudo, no período temporal de 2017, constatou que a maioria dos clientes (37%) permaneceu no Serviço de Urgência um tempo ≤ 120 minutos e 32% permaneceram um tempo superior aos 360 minutos.

Quanto ao tempo desde a admissão até à triagem na amostra estudada, sobressaiu um tempo superior a 10 minutos (49,9%), correspondendo-lhe uma média de $14,46 \pm 13,35$ minutos. Registou-se maior percentagem de um tempo desde a triagem à primeira avaliação médica mais de 60 minutos (32,9%) e entre 31-60 minutos (32,6%), com um tempo mínimo de 0 (zero) e um máximo 370 minutos ($M=66,64 \pm 65,32$ minutos). Em relação ao tempo total de permanência no Serviço de Urgência, registou-se um mínimo de 40 minutos e um máximo de 1440 minutos ($417,80 \pm 275,43$ minutos). Sebastião (2019) refere que determinadas causas implícitas aos tempos de permanência mais prolongados no Serviço de Urgência dizem respeito à sobrelotação do serviço e à falta de profissionais de saúde, com notória disparidade de rácio profissional de saúde/cliente. A mesma autora argumenta que a etiologia da sobrelotação do serviço de urgência é multifatorial, com vários elementos que contribuem para a sua causa, resultando na diminuição de resposta da capacidade hospitalar, o que é corroborado por Gonçalves (2018), segundo a qual, em Portugal, a sobrelotação dos Serviços de Urgência configura-se como um problema reconhecido quer pelos profissionais de saúde, quer pelos clientes. Deste modo, assume toda a relevância ter-se em conta que há uma relação direta entre o número de clientes e a qualidade do atendimento, exigindo que se repense nos recursos necessários para que se possa dar resposta à superlotação, resultando, assim, na melhoria da capacidade de se atender aos parâmetros de qualidade exigíveis. Pines & Griffey (2015) e Sayah et al. (2016) são unânimes ao referirem que a sobrelotação dos Serviços de Urgência poderá relacionar-se com a rápida entrada de clientes, com o prolongado processamento de clientes, seja pelo elevado número de exames complementares de diagnóstico pendentes, seja pela equipa estar dedicada às pessoas em situação mais crítica, bem como a problemas de escoamento de clientes, ou seja, o número de clientes que aguardam vaga para internamento. Assim, depreende-se que a sobrelotação dos Serviços de Urgência resulta de uma combinação de fatores, com variações a cada minuto.

O fluxograma mais correto para triar as vítimas foi o grande traumatismo (72,8%), cujo discriminador no Sistema de Triagem de Manchester mais presente foi a dor moderada (45,3%), seguindo-se o mecanismo de lesão (33,2%), tendo 56,6% dos casos com prioridade clínica amarela e, em 40,7%, a prioridade clínica laranja, correspondendo a maioria dos casos (57,4%) à área clínica urgente, com a especialidade responsável, em maior representatividade (48,8%), a cirurgia. O motivo do trauma prevalente foi por acidente de viação com automóvel (67,9%), com 19,9% vítimas de acidente de motociclo, prevalecendo as pessoas cuja natureza do acidente foi por despiste de automóvel (27,2%), colisão carro-carro (23,5%). Nas pessoas vítimas de acidente de viação de automóvel, em 44 (11,9%) o airbag disparou. Constatou-se que 114 (30,7%) usavam cinto de segurança no momento do acidente. Entre as que sofreram acidente de motociclo, 44 (11,9%) usavam capacete. Os resultados apurados corroboram as evidências do estudo de Matozinhos et al. (2019), no qual analisaram o fluxograma de 782 mulheres vítimas de trauma por acidente de viação, entre 2015 a 2016. Grande parte das mulheres do estudo (65,47%) eram adultas jovens, com um tempo desde a triagem à primeira avaliação médica a revelar uma média de 7,7±9,9 minutos, sendo o fluxograma prevalente o grande traumatismo (62,92%), com 53,07% a obterem um nível de prioridade vermelha/laranja e o desfecho mais prevalente foi a alta para o domicílio. O presente estudo corrobora o fluxograma prevalente (grande traumatismo (72,8%), mas a prioridade clínica, na maioria dos casos, foi a amarela (40,7%), seguindo-se a prioridade clínica laranja (40,7%), havendo concordância quanto ao destino após a alta do Serviço de Urgência para a maioria das pessoas ter sido o domicílio (72,5%). O diagnóstico na amostra do presente estudo foi essencialmente o acidente de viação (n=152; 41,0%), seguindo-se o diagnóstico de TCE (n=51; 13,7%), a fratura dos membros (n=26; 7,0%), o politraumatismo (n=24; 6,5%), trauma torácico (n=22; 5,9%) e a dor (n=19; 5,1%). De igual modo, no estudo de Matozinhos et al. (2019), o diagnóstico prevalente foi o acidente de viação, sendo os discriminadores que levaram a mais de 88% da determinação da prioridade clínica a união do: “Mecanismo de trauma + Fratura exposta + Traumas direto + História de trauma cranioencefálico” e “Dor leve + Moderada + Pleurítica”. Os dados encontrados no presente estudo são condizentes com um estudo de revisão que evidencia que os discriminadores usados para a classificação, quando específicos, como os encontrados neste estudo, são utilizados em casos particulares, como colisão carro-carro, o que tem tendência a relacionar-se com as características principais dos traumas resultantes desses casos (Coutinho et al., 2012). Por conseguinte, os fluxogramas corretamente indicados e guiados por discriminadores específicos possibilitam a classificação fidedigna das pessoas vítimas de trauma por acidente de viação, no caso concreto. De igual modo, Esmeraldo (2016) verificou, no seu estudo, que a colisão carro-carro representou 10,6% dos casos, sendo os principais tipos de lesão, em diversas estruturas ósseas, as fraturas não expostas (28,2%), fraturas expostas (24,4%) e os traumas nos membros (27,1%). Araújo et al. (2017), no seu estudo, verificou que o acidente de viação (65%) foi o tipo de trauma mais comum. O TCE foi observado em 17% dos clientes, 13,3% eram politraumatizados em decorrência de acidente de viação de mota e bicicleta, sendo este tipo de acidente de viação o que apresentou maior prevalência. Foram prestados cuidados no Serviço de Urgência a 23,4% das vítimas de trauma, enquanto os 76,6% restantes exigiram uma avaliação e tratamento pelas equipas cirúrgicas de trauma. No estudo de Seid et al. (2015), a cabeça (50,4%) e o sistema músculo-esquelético (extremidades) (47,0%) foram as regiões corporais mais lesadas. As fraturas (78,0%) e as feridas abertas (56,5%) foram os tipos de lesões mais comuns. As evidências do estudo de Novo (2015) também revelam que a causa prevalente do trauma foi o acidente de viação (41,9%), associado, em 12% dos casos, a acidente de trator. Quanto ao tipo de trauma, a maior incidência (53,2%) foi de trauma fechado e nos restantes 46,8% o trauma foi aberto. Relativamente ao motivo da ativação da Via Verde Trauma, em 59,7% dos casos ocorreu pelo mecanismo da lesão. No estudo de Jain et al. (2020), os traumas causados por acidente de viação foram responsáveis por 75% das vítimas, com mais acidentes resultantes da condução de veículos de duas rodas (68%), 25% das vítimas estavam sob o efeito do álcool. A média do score de gravidade da lesão (ISS) foi de 17 (11-26), a fratura das extremidades (54%) e traumatismo craniano (50%) foram os principais tipos de lesão, com metade das vítimas politraumatizadas (ISS>15).

A literatura científica refere que os registos de trauma são importantes fontes de informação com várias potencialidades. No contexto da caracterização da pessoa vítima de trauma, da sua gravidade e, conseqüentemente, das suas necessidades, estando disponíveis vários instrumentos em formato de escalas, índices e indicadores, sendo um dos índices mais utilizados a nível mundial é o RTS, que consiste num índice de gravidade fisiológico que emprega a conjugação de três parâmetros: a Escala de Coma de Glasgow, a pressão arterial sistólica e a frequência respiratória. Este índice é de fácil



aplicabilidade quer a nível pré-hospitalar, quer intra-hospitalar, igualmente de fácil utilização por parte dos profissionais de saúde, facilitando a adesão ao seu registo (Baghi et al., 2015). Carrapateira (2017) refere que a probabilidade de sobrevivência analisada pelo índice RTS em pessoas vítimas de trauma por acidente de viação revelou um score entre 91-96%, em 56% dos casos. Assim, no presente estudo apurou-se um score de RTS mínimo de 2,63 e um máximo de 7,85, correspondendo-lhe uma média de $7,76 \pm 0,50$. Os homens, em média ($M=7,79 \pm 0,18$), apresentam um score mais elevado, traduzindo-se em maior gravidade, comparativamente às mulheres ($M=7,71 \pm 0,77$), dados estes que poderão ser justificados pelo facto de a amostra estudada ser predominantemente masculina (60,6%). O sistema fisiológico como o RTS possibilita obter um cálculo da probabilidade de sobrevivência, sendo amplamente utilizado na maioria dos casos de pessoas vítimas de trauma. O RTS integra um sistema de classificação fisiológica, tendo por base o uso dos parâmetros vitais da pessoa (Lima et al., 2021). Araújo et al. (2017) constaram que, através de uma análise multivariada, baixa pontuação de Escala de Coma de Glasgow (odds ratio [OR]: 0,65, intervalo de confiança de 95% [Intervalo de Confiança, CI]: 0,55-0,76, $p < 0,001$) e elevada frequência respiratória (OR: 1,15, IC 95%: 1,07-1,24, $P < 0,001$) como preditores independentes da mortalidade entre as vítimas politraumatizadas. No estudo de Seid et al. (2015), a análise de regressão múltipla hierárquica mostrou que a idade das vítimas ($\beta = 0,16$, $p < 0,05$), a pressão arterial sistólica na admissão ($\beta = -0,35$, $p < 0,001$) e a Escala de Coma de Glasgow ($\beta = -0,44$, $p < 0,001$) eram preditores estatisticamente significativos de mortalidade entre as vítimas de trauma por acidente de viação. As evidências do estudo de Praça et al. (2017) indicam que, a nível neurológico, foram realizadas a avaliação do nível de consciência com a Escala de Coma de Glasgow e analgesia (33,6% no pré e 97,3% no intra-hospitalar). Marques et al. (2016), com um estudo retrospectivo, descritivo e exploratório com pessoas vítima de acidentes de viação da zona urbana de Maringá-PR, em hospitais referenciados, após a consulta de 688 registos de clientes, verificaram que 99% apresentavam RTS pré-hospitalar com pontuação de 12. O registo da avaliação neurológica da Escala de Coma de Glasgow e a realização de procedimentos cirúrgicos foram procedimentos realizados com menor frequência e, em contrapartida, o registo dos valores da pressão arterial sistémica ocorreu na maioria dos casos.

Constatou-se que as pessoas cujo acidente de viação foi com bicicleta revelaram maior risco de gravidade, seguindo-se as que o acidente de viação foi com um automóvel, correspondendo o menor risco de gravidade às pessoas cujo veículo foi o trator ($p=0,000$). No seu estudo, Júnior (2019) verificou que as vítimas de acidente de viação com bicicleta apresentaram 2,6 vezes mais possibilidades de traumas graves ($T\text{-RTS} \leq 11$), ou seja, apresentaram o score RTS de 6.20, enquanto as pessoas vítima de acidente automóvel revelam o score RTS de 3.63.

Ficou também demonstrado no presente estudo que o tipo de transporte para o Serviço de Urgência, o diagnóstico e a forma como chegaram se revelaram variáveis com relevância estatisticamente significativas. Por conseguinte, apurou-se o seguinte perfil de pessoas com maior risco de gravidade: pessoas transportadas para o Serviço de Urgência por meio próprio ($p=0,000$), sendo uma possível justificação para estes resultados o facto de as pessoas que foram transportadas pelos meios VMER/SIV já terem tido uma primeira abordagem no pré-hospitalar, sendo espectável que, à chegada no Serviço de Urgência, o seu estado clínico estivesse mais estável; pessoas com diagnóstico de contusão membro(s), dor, fratura do esterno, trauma cervical e etilismo ($p=0,007$); que deram entrada no Serviço de Urgência a deambular/cadeira de rodas ($p=0,003$), sendo uma explicação plausível o facto de estas não terem obtido qualquer assistência pré-hospitalar. A área clínica, a toma de medicação habitual e presença de hipertensão arterial foram variáveis clínicas com interferência estatisticamente significativa. Assim, constatou-se que as pessoas com área clínica de pequena cirurgia ($p=0,000$), as que não fizeram análises ao sangue ($p=0,005$), que não tomavam medicação habitualmente ($p=0,030$) e as que não apresentavam hipertensão arterial ($p=0,019$) manifestaram um maior risco de gravidade.

Conclusão

Os resultados obtidos no presente estudo revelam um score de RTS mínimo de 2,63 e um máximo de 7,85, com uma média de $7,76 \pm 0,50$. As evidências encontradas permitiram determinar que o índice de gravidade de trauma nas pessoas vítimas de acidente de viação, que recorreram ao Serviço de Urgência de um Centro Hospitalar da região centro do país durante 1 de janeiro a 30 de junho de 2020, é maior nos homens, nas pessoas com acidente de viação com bicicleta, transportadas para o Serviço de Urgência por meio próprio, com diagnóstico de contusão membro(s), dor, fratura

do esterno, trauma cervical e etilismo, a deambular/cadeira de rodas, encaminhados para a área clínica da pequena cirurgia, que não realizaram análises sanguíneas, não tomavam medicação habitualmente e sem hipertensão arterial. Face a estes resultados, este estudo assume-se como fundamental na medida em que retrata o índice de gravidade de vítimas de acidente de viação, fornecendo dados relevantes para a otimização dos cuidados prestados e protocolos de atuação, bem como dos modelos de formação vigentes, que se coadunem com a atual realidade. Este estudo assume-se como um contributo para uma prática profissional baseada em evidências científicas, ficando-se com um conhecimento mais aprofundado da problemática em estudo. Não obstante o esforço para se concretizar um estudo desta natureza, considera-se ser importante a replicação deste estudo num espaço temporal mais alargado, para se aceder assim a uma amostra mais abrangente e significativa.

Conflito de Interesses

O presente artigo divulga os resultados preliminares de uma investigação já concluída no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, desenvolvido na ESSH- IPV e cujo Relatório está publico no Repositório do IPV.

Agradecimentos

Agradecem-se os contributos do Instituto Politécnico de Viseu.

Referências bibliográficas

- Almeida, A., Ribeiro, C., Paes, P., Mota, L. & Príncipe, F. (2020). Perspetiva do enfermeiro em relação à via verde trauma. *Revista de Investigação & Inovação em Saúde*, 3(1), 55-66. doi:10.37914/riis.v3i1.74
- Autoridade Nacional de Segurança Rodoviária (2021). Relatório Maio 2021. Sinistralidade 24 horas Fiscalização e contraordenações. Unidade de Prevenção e Segurança Rodoviária Divisão de Observatório de Segurança Rodoviária. Acedido em <http://www.ansr.pt/Documents/Relat%C3%B3rio%20Maio%202021.pdf>
- Borges, L. & Brasileiro, M. (2018). Atuação do Enfermeiro no Atendimento ao Paciente Politraumatizado: Revisão Bibliográfica. *Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento*; Vol. 2, 55-64. ISSN: 2448-0959. Acedido em <https://www.nucleodoconhecimento.com.br/wp-content/uploads/kalins-pdf/singles/paciente-politraumatizado.pdf>
- Carrapateira, L.C. (2017). Níveis de gravidade do trauma e predição de sobrevida em vítimas de acidente de trânsito. [Dissertação de Mestrado]. Acedido em <https://repositorio.ufms.br/handle/123456789/3183>
- Coimbra, N., & Coimbra, P. (2020). Trauma. In Pinho, J.A. (Coord.). *Enfermagem em Cuidados Intensivos* (pp. 255-266). Lisboa: LIDEL.
- Corrêa, O. L., Nascimento, P. R. E., Hermida, V. M. P., Lazzari, D. D., & Malfussi, H. B. L., (2020). Nursing welcoming of individuals who were victims of a motorcycle accident and of an accompanying family member. *Esc Anna Nery*;24(4):e20190367, 1-7. Acedido em <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2019-0367>
- Coutinho, A. A. P., Cecílio, L. C. O., & Mota, J. A. C. M. (2012). Classificação de risco em serviços de emergência: uma discussão da literatura sobre o Sistema de Triagem de Manchester. *Rev Med Minas Gerais*; 22(2), 188-98. Acedido em <http://www.rmmg.org/artigo/detalhes/101>
- Emergency Nurses Association. (2019). Trauma Nursing Education. Acedido em https://www.ena.org/docs/default-source/resource-library/practice-resources/position-statements/traumanursingeducation.pdf?sfvrsn=d7ccdd0a_8
- Esmeraldo, D. (2016). Perfil epidemiológico das vítimas de acidentes de moto atendidas num serviço de emergência. [Dissertação de Mestrado]. Escola Superior de Saúde de Viseu. Acedido em <http://hdl.handle.net/10400.19/3127>
- Figueiredo, N. A. L., Cunha, M. ., & Coelho, M. (2022). Índice de gravidade de trauma das vítimas de violência interpessoal assistidas no serviço de urgência. *Servir*, 2(02), e27549. DOI: <https://doi.org/10.48492/servir0202.27549>
- Gonçalves, J. F.C. (2018). A sobrelotação no serviço de urgência: estratégias de redução pela metodologia DELPHI. [Dissertação de Mestrado]. Instituto Politécnico de Leiria. Escola Superior de Saúde de Leiria. Acedido em <http://hdl.handle.net/10400.8/3530>
- Instituto Nacional de Emergência Médica (2012). *Emergências Trauma. Manual TAS. Versão 2.0 1ª Edição, 2012* 9 789898 646132 ISBN . Acedido em <https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2017/06/Emerg%C3%Aancias-Trauma.pdf>
- Instituto Nacional de Emergência Médica (2021). *Abordagem à Vítima, Versão 2.0. Lisboa: INEM. Acedido em https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2017/06/Abordagem-%C3%A0-V%C3%ADtima.pdf*



- Jain, M., Radhakrishnan, R.V., Mohanty, C. R., Behera, S., Singh, A. K., Sahoo, S. S., Guru, S., & Barik, S. (2020). Clinicoepidemiological profile of trauma patients admitting to the emergency department of a tertiary care hospital in eastern India. *J Family Med Prim Care*; 9(9), 4974-4979. doi: 10.4103/jfmprc.jfmprc_621_20.
- James, S. L., Lucchesi, L. R., Bisignano, C., Castle, C. D., Dingels, Z. V., Fox, J. T., Hamilton, E. B., Liu, Z., McCracken, D., Nixon, M. R., Sylte, D. O., Roberts, N., Adebayo, O. M., Aghamolaei, T., Alghnam, S. A., Aljunid, S. M., Almasi-Hashiani, A., Badawi, A., Behzadifar, M., Behzadifar, M., ... Mokdad, A. H. (2020). Morbidity and mortality from road injuries: results from the Global Burden of Disease Study 2017. *Injury prevention : journal of the International Society for Child and Adolescent Injury Prevention*, 26(Suppl 1), i46–i56. Acedido em <https://doi.org/10.1136/injuryprev-2019-043302>
- Júnior, C.R. (2019). Beber e dirigir: associação com o nível de gravidade do trauma na atenção pré-hospitalar no município do Rio de Janeiro. [Dissertação de Mestrado]. Fundação Oswaldo Cruz. Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde. Rio de Janeiro, RJ, Brasil. Acedido em <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/49363>
- Lima, K. P., Nogueira, L. S., Barbosa, G., Bonfim, A. K. S., Sousa, M. R. C. (2021). Índices de gravidade em vítimas de trauma contuso na terapia intensiva: capacidade preditiva de mortalidade. *Rev Esc Enferm USP*; 55:e03747, 1-9. Acedido em <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2020003203747>
- Marques, V.D., Lemos, M.M., Bandeira, C.O.P., Seidel, A.C., Peloso, S.M., & Carvalho, M.D.B. (2016). Avaliação do atendimento às vítimas de acidentes de trânsito por plantonista clínico e cirurgião na sala de emergência hospitalar. *Rev. Col. Bras. Cir.*; 43(6), 458-465. Acedido em <https://doi.org/10.1590/0100-69912016006012>
- Matozinhos FP, Silverio IR, Boaventura JG, Oliveira TM, Silva TPR, Corrêa AR. Analysis of triage and care for women victims of road accidents. *Rev Bras Enferm.* 2019;72(4):1013-9. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0727>
- Novo, S.M.F. (2015). Doente traumatizado grave atendido numa urgência médico-cirúrgica: resultados em saúde e independência funcional. [Dissertação de Mestrado]. Instituto Politécnico de Bragança. Escola Superior de Saúde de Bragança. Acedido em <http://hdl.handle.net/10198/12342>
- Organização Mundial de Saúde (2021). Road traffic injuries. Acedido em <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/road-traffic-injuries>
- Pines, J. M., & Griffey, R. T. (2015). What We Have Learned from a Decade of ED Crowding Research. *Academic Emergency Medicine*; 22(8), 985–987. Acedido em <https://doi.org/10.1111/acem.12716>
- Praça, W.R., Matos, M.C.B., Fioravanti, R.K., Magro, M.C.S., & Hermann, P.R.S. (2017). Perfil epidemiológico e clínico de vítimas de trauma em um hospital do Distrito Federal, Brasil. *Rev Pre Infec e Saúde*; 3(1), 1-7. Acedido em <http://www.ojs.ufpi.br/index.php/nupcis/article/view/6219>
- SAMHSA. (2014). SAMHSA's Concept of Trauma and Guidance for a Trauma-Informed Approach. U.S. Department of Health and Human Services. Acedido em https://www.hmprg.org/wp-content/themes/HMPRG/backup/ACEs/Handouts_Merged%20Final.pdf
- Santos, M., Santos, L., Oliveira, G., & Miranda, L. (2018). Assistência de Enfermagem ao Paciente Politraumatizado. *Cadernos de Graduação – Ciências Biológicas e da Saúde*; 4(2), 11-22. ISSN: 2316-3143.
- Sayah, A., Lai-Becker, M., Kingsley-Rocker, L., Scott-Long, T., O'Connor, K., & Lobon, L. F. (2016). Emergency department expansion versus patient flow improvement: Impact on patient experience of care. *Journal of Emergency Medicine*; 50(2), 339– 348. Acedido em <https://doi.org/10.1016/j.jemermed.2015.06.068>
- Sebastião, S.M.F.A. (2019). Marcadores de Risco dos Clientes admitidos no Serviço de Urgência. [Dissertação de Mestrado]. Instituto Politécnico de Viseu. Escola Superior de Saúde de Viseu. Acedido em <http://hdl.handle.net/10400.19/5458>
- Seid, M., Azazh, A., Enquesslassie, F., & Yisma, E. (2015). Injury characteristics and outcome of road traffic accident among victims at Adult Emergency Department of Tikur Anbessa specialized hospital, Addis Ababa, Ethiopia: a prospective hospital based study. *BMC Emergency Medicine*; 15, 10, 2-9. doi: 10.1186/s12873-015-0035-4

TRANSFERÊNCIAS INTER-HOSPITALARES URGENTES, DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA, COM ACOMPANHAMENTO DE ENFERMEIRO

URGENT INTER-HOSPITAL TRANSFERS OF THE PERSON IN CRITICAL CONDITION, ACCOMPANIED BY A NURSE

TRASLADOS URGENTES INTERHOSPITALARIOS DE LA PERSONA EN ESTADO CRÍTICO, ACOMPAÑADA DE ENFERMERA

Servir, 2(02), e27159

DOI:10.48492/servir0202.27159

Cláudia Oliveira¹
António Madureira Dias²

¹Centro Hospitalar do Baixo Vouga (laudamarina@gmail.com)

²Health School of the Polytechnic Institute of Viseu, Portugal. Health Sciences Research Unit: Nursing (UICISA:E) (madureiradias@gmail.com) | <https://orcid.org/0000-0003-3985-2174>

Corresponding Author
Cláudia Oliveira
Rua do Cabeço, n.º 474, Fontinha
3750-741 Águeda, Portugal
laudamarina@gmail.com

RECEIVED: 11th May, 2022

ACCEPTED: 4th July, 2022

2022



RESUMO

Introdução: No seu quotidiano profissional, os enfermeiros deparam-se com a necessidade de realizar o transporte inter-hospitalar da pessoa em situação crítica, estes têm de estar preparados para certificar a segurança do doente durante todas as fases do transporte e prestar-lhe cuidados de qualidade.

Objetivo: Verificar quais as estratégias de operacionalização das transferências inter-hospitalares urgentes da pessoa em situação crítica no setor público empresarial com assistência de enfermeiro.

Métodos: Estudo quantitativo, descritivo-correlacional, com foco transversal. Numa amostra constituída por 421 enfermeiros. Aplicado como instrumento de recolha de dados um questionário ad hoc por Oliveira e Dias.

Resultados: Os resultados revelam que, na sua prática profissional, nos últimos doze meses, 69,1% dos enfermeiros efetuou transferências inter-hospitalares urgentes, 58,1% referiram que nem todos os enfermeiros da equipa realizam as transferências; 56,1% enfermeiros indicaram que a equipa ficou sempre com o número de enfermeiros mínimo a assegurar a prestação dos cuidados, enquanto 43,9% referiram que nem sempre; para 80,0% as transferências inter-hospitalares não são operacionalizadas por uma equipa do Hospital/Centro Hospitalar constituída exclusivamente para esse efeito; 76,7% sentem necessidade de formação especializada na área das transferências inter-hospitalares da pessoa em situação crítica. Foram referidas algumas sugestões no sentido de melhorar a operacionalização das transferências inter-hospitalares urgentes.

Conclusão: Verificou-se que a gestão de recursos humanos poderá não estar a ser realizada corretamente e a qualidade e segurança em que se realizam as transferências poderá estar a ser comprometida. Recomenda-se a formação de equipas de transferências inter-hospitalares.

Palavras-chave: transferências inter-hospitalares; pessoa em situação crítica; enfermeiro

ABSTRACT

Introduction: In their daily professional practice, nurses are faced with the need to perform the inter-hospital transport of critically ill patients, who must be prepared to ensure the patient's safety during all phases of transport and provide quality care.

Objective: To find strategies to implement urgent inter-hospital transfers of critically ill patients with the assistance of a nurse.

Methods: Quantitative, descriptive and correlational cross-sectional study that uses a sample consisting of 421 nurses. The data-gathering survey was drafted by Oliveira e Dias ad hoc.

Results: The results reveal that in their professional practice 69,1% of nurses have carried out urgent inter-hospital transfers, 58,1% mention that not all the nurses within the same team carry out transfers, 43,9% mention that healthcare provision isn't always assured by a minimum number of nurses. To 80% of nurses, inter-hospital transfers aren't put into practice by specific hospital teams created specifically for this purpose. 76,7% of all nurses feel the need to undergo specialised training in the area of inter-hospital transfers of critically ill patients. There have also been suggestions regarding the improvement of the execution of urgent inter-hospital transfers.

Conclusion: It has been possible to assert that human resources could be managed more accurately and that the quality and safety with which transfers are being made may be compromised. It is recommended to create inter-hospital transfer teams.

Keywords: urgent inter-hospital transfers; nurse; critical ill person

RESUMEN

Introducción: En su día a día profesional, los enfermeros se enfrentan a la necesidad de realizar el transporte interhospitalario de la persona en situación crítica, por lo que deben estar preparados para certificar la seguridad del paciente en todas las fases del transporte y prestarle cuidados de calidad.

Objetivo: Verificar que las estrategias para la operacionalización de los traslados interhospitalarios urgentes de la persona en situación crítica en el ámbito público empresarial con asistencia de enfermería.

Métodos: Estudio cuantitativo, descriptivo-correlacional, con enfoque transversal. En una muestra compuesta por 421 enfermeras. Se aplicó como instrumento de recogida de datos un cuestionario ad hoc.

Resultados: Los resultados revelan que, en su práctica profesional, en los últimos doce meses, el 69,1% de las enfermeras realizó traslados interhospitalarios urgentes, el 58,1% informó que no todas las enfermeras del equipo realizan traslados; El 56,1% de las enfermeras indicó que el equipo siempre contaba con el número mínimo de enfermeras para garantizar la prestación de los cuidados, mientras que el 43,9% informó de que no siempre lo hacía; para el 80,0% de las enfermeras, los traslados interhospitalarios no son realizados por un equipo del Hospital/Centro de Atención creado exclusivamente para este fin; el 76,7% de las enfermeras sienten la necesidad de una formación especializada en el ámbito de los traslados interhospitalarios de pacientes críticos.

Conclusión: Se demostró que la gestión de los recursos humanos puede no estar llevándose a cabo correctamente y la calidad y seguridad en que se llevan a cabo las transferencias pueden verse comprometidas. Se recomienda capacitar a los equipos de traslado interhospitalario.

Palabras Clave: traslados interhospitalarios; pacientes de cuidados críticos; enfermeiras

Introdução

A pessoa em situação crítica incorre num risco aumentado de morbidade e mortalidade durante o transporte inter-hospitalar, podendo esses riscos serem minimizados com um criterioso “planeamento da sua transferência e uma equipa preparada, meios de transporte adequados, meios de monitorização disponíveis e eventuais procedimentos de emergência necessários no meio de transporte a utilizar, seja ele, aéreo ou terrestre” (Alves, 2018, p. 21). Graça et al. (2017) salienta que os recursos humanos que acompanham a pessoa em situação crítica durante o transporte inter-hospitalar constituem-se como o suporte da tomada de decisão, garantindo a antecipação e a resolução de intercorrências que possam vir a ocorrer ao longo da transferência, o que resulta num transporte com sucesso e seguro para todos os intervenientes.

A rede diferenciada é gerida de acordo com a disponibilidade de valências médicas e de meios complementares de diagnóstico em cada unidade hospitalar, implicando muitas vezes a necessidade de transporte inter-hospitalar do doente nas mais diversas situações clínicas (Graça et al., 2017). O transporte inter-hospitalar da pessoa em situação crítica objetiva benefício para esta, todavia, de acordo com a Ordem dos Enfermeiros (Parecer n.º 09, de 2017, p. 3), “a evidência demonstra que o período de transporte não é isento de probabilidade de ocorrência de eventos que podem agravar o seu estado clínico e, inclusivamente, provocar a sua morte”. Como tal, o transporte da pessoa em situação crítica envolve determinados riscos. Porém, a sua realização é justificada, entre hospitais e entre serviços de um mesmo hospital, com base na necessidade de proporcionar um nível assistencial elevado ou para concretização de exames complementares de diagnóstico e/ou terapêutica, não realizáveis no serviço ou na instituição, onde a pessoa se encontra internada (Ordem dos Enfermeiros, OE, 2017).

Com este estudo, pretende-se verificar quais as estratégias de operacionalização das transferências inter-hospitalares urgentes no setor público empresarial com assistência de enfermeiro, envolvendo enfermeiros a exercerem funções há pelo menos um ano no setor público empresarial a nível nacional e que pertençam a um serviço que realize transferências inter-hospitalares urgentes.

1. Enquadramento Teórico

O transporte inter-hospitalar da pessoa em situação crítica configura-se como uma necessidade crescente e, apesar de representar riscos acrescidos, é justificado “pela centralização dos meios de diagnóstico e terapêutica, com elevado nível de diferenciação, pela inexistência de recursos humanos (RH) e de recursos materiais (RM), não disponíveis na instituição de saúde onde o doente está internado, pela disponibilidade de perícia médica, pelas parcerias com outras instituições, por solicitação por parte do doente e, ainda, por questões financeiras” (Pereira, 2018, p.22).

Os transportes devem ser efetuados por profissionais devidamente treinados e a pessoa em situação crítica deve ser monitorizada adequadamente, possibilitando uma vigilância dos sinais vitais através de, pelo menos, monitor eletrocardiográfico, tensão arterial e oxímetro de pulso. É neste sentido, que ganha toda a relevância o conhecimento acerca da utilização de outros equipamentos para eventuais intercorrências, como, por exemplo, o desfibrilhador (Pedreira et al., 2014). O enfermeiro desempenha um papel fundamental para a garantia da qualidade e da eficácia do transporte inter-hospitalar da pessoa em situação crítica, na medida em que deve assegurar todas as condições para que o transporte ocorra de forma calma e segura, permitindo manter a vigilância constante do doente, permitindo prevenir possíveis complicações e atuar de imediato, caso seja necessário (Pereira, 2018, p. 29). De acordo com a mesma autora, o enfermeiro deve também assegurar-se que todo o material e equipamento estão funcionantes, quer o que já o acompanha, quer o da mala de transporte e da ambulância. Quando o transporte inter-hospitalar da pessoa em situação crítica “é emergente, o tempo para a sua preparação escasseia. Mesmo assim, não devem ser ultrapassadas fases que contribuem para a “poupança de tempo” na fase seguinte” (Pereira, 2018, p. 29).

O conceito de segurança do utente inclui uma redução do risco de danos num determinado ambiente para um mínimo aceitável. A transferência de utentes críticos com ventilação artificial está associada a riscos uma vez a sua condição pode deteriorar-se rapidamente e eventos imprevistos podem ocorrer. Seja qual for a transferência, inter ou intra-



hospitalar, o nível de cuidados não deve ser reduzido durante a mesma, em vez disso, as condições devem ser mantidas numa monitorização rigorosa, como numa UCI (Dabija et al., 2021)

O transporte da pessoa em situação crítica deve ser feito “por equipas com competências, formação e treino direcionado, para além de experiência nesta área, devendo a pessoa em situação crítica ser acompanhada por um enfermeiro com conhecimentos e qualificação ao nível de cuidados intensivos e um médico” (Fernandes, 2019, p. 56). “Se, além das competências técnicas, for possível conjugar competências não técnicas, tais como atitudes e habilidades, que vão ao encontro das necessidades” da pessoa em situação crítica, implementa-se um transporte adequado à pessoa, “como ser único e individual” (Fernandes, 2019, p. 56). Por conseguinte, todos os profissionais envolvidos no transporte inter-hospitalar da pessoa em situação crítica devem ter conhecimento acerca das limitações e do funcionamento do equipamento que acompanha a pessoa, bem como acerca das possíveis complicações do transporte. Graça et al. (2017, p. 134) referenciam que “os recursos humanos que acompanham o doente durante o transporte são a base da tomada de decisão para a antecipação e resolução de intercorrências durante a transferência, contribuindo para um transporte bem-sucedido”.

O transporte inter-hospitalar da pessoa em situação crítica impõe ao enfermeiro a tomada de um diverso número de decisões. É fundamental que o profissional de enfermagem acrescente ao seu conhecimento, competências específicas do transporte de doentes em situação crítica, bem como saberes na área jurídica de forma a sustentar a sua prática e se apoiar naquilo que são os seus normativos, capacitando-o na tomada de decisões no que aos cuidados autónomos e interdependentes diz respeito (Pereira, 2018, p. 34).

2. Métodos

Estudo de análise quantitativa, descritivo-correlacional, em coorte transversal, numa amostra não probabilística por conveniência de enfermeiros a exercerem funções no Setor Público Empresarial a nível nacional, a partir dos quais extraímos a amostra, tendo em conta os critérios de inclusão/exclusão.

2.1. Amostra

A amostra foi constituída por 421 enfermeiros, 39,0% do género masculino e 61,0% do género feminino. Na amostra global, a idade mínima dos participantes é de 23 anos e a máxima de 62 anos, com uma média de 40,51 anos ($\pm 8,42$). O género masculino tem uma média de idades superior ao feminino ($41,31 \pm 8,07$ vs. $40,15 \pm 8,57$), oscilando entre os 24 e 58 anos nos homens e entre os 23 e 62 anos nas mulheres, prevalecendo (41,3%) os enfermeiros na faixa etária dos 36-45 anos e com o grau académico licenciatura (68,2%).

2.1.1 Critérios de inclusão

Consideraram-se como critérios de inclusão: exercer a profissão pelo menos há 1 ano; aceitar participar no estudo; pertencer a um serviço que realize transferências inter-hospitalares urgentes.

2.2. Instrumentos de recolha de dados

Os dados foram recolhidos com recurso a um inquérito por questionário elaborado para o efeito (ad hoc), disponibilizado on line, através da divulgação nas redes sociais durante aproximadamente 4 meses (1 de dezembro de 2021 a 29 de março de 2022) e divulgado por parte da OE de 17 de março a 29 de março de 2022, durante o qual o questionário esteve em consulta pública.

2.3. Procedimentos

O presente estudo foi submetido à Comissão de Ética do Politécnico de Viseu (PV), tendo obtido parecer favorável em 25 de novembro de 2021 com referência n.º 65/SUB/2021. A recolha de dados foi feita através de um formulário eletrónico, modelo Google Forms®, inicialmente partilhado com os contactos pessoais nas redes sociais Facebook e Instagram, bem como em vários grupos de enfermeiros do Facebook. A Secção Regional do Centro da Ordem dos Enfermeiros, gentilmente se disponibilizou a partilhar o questionário com a rede de ELOs. Foi solicitado o pedido de colaboração para a investigação, dirigido à Comissão de Investigação e Desenvolvimento da OE, tendo por base o Parecer n.º 51/2013 do Concelho de

Enfermagem. Tendo tido o parecer positivo, o questionário foi atenciosamente divulgado na página principal do site da OE a partir do dia 17 de março de 2022 e divulgado na newsletter nacional da OE de 24 de março de 2022.

No tratamento estatístico, utilizou-se o programa IBM - Statistical Package Social Science (SPSS) 26. Recorreu-se à estatística descritiva para calcular as frequências absolutas (n) e percentuais (%), algumas medidas de tendência central: medidas de dispersão: medidas de tendência central: Média (M); medidas de dispersão: Desvio padrão (\pm) e Coeficiente de variação (CV%); medida de assimetria e achatamento.

3. Resultados

Constatou-se que, na sua prática profissional, nos últimos doze meses, a maioria dos enfermeiros que participaram no estudo, respondendo ao questionário, efetuou transferências inter-hospitalares urgentes (69,1%).

No serviço onde exercem funções, prevalecem os enfermeiros (54,4%) que indicam que as transferências inter-hospitalares urgentes são realizadas por enfermeiros que estão de turno (15,9%), consideramos, no entanto relevante que 11,3% tenham referido que essa situação não acontece. A maioria (58,1%) referiram que nem todos os enfermeiros da equipa realizam as transferências inter-hospitalares urgentes, tendo 41,9% admitido que sim. De acordo com os mesmos enfermeiros, a maioria refere que dentro da equipa não existem enfermeiros exclusivos que asseguram as transferências inter-hospitalares urgentes (82,3%). Em conformidade com 56,1% enfermeiros, a equipa ficou sempre com o número de enfermeiros mínimo a assegurar a prestação dos cuidados, enquanto 43,9% referiram que nem sempre, dos quais 13,1% relataram que o turno que é usual a equipa não ficar com o número mínimo de enfermeiros, a assegurar a prestação de cuidados, é o da noite, 9,5% referem o turno da manhã e 8,6% nos turnos da manhã, tarde, noite (cf. tabela 1).

Tabela 1 – No serviço onde exerce funções, as transferências inter-hospitalares urgentes são operacionalizadas pelos elementos da equipa que estão de serviço

No serviço onde exerce funções, as transferências inter-hospitalares urgentes são operacionalizadas pelos elementos da equipa que estão de serviço	N	%
Muito frequente	229	54,4
Frequente	67	15,9
Ocasionalmente	39	9,3
Raramente	49	11,6
Nunca	37	8,8
Total	421	100,0
Todos os enfermeiros da equipa realizam as transferências inter-hospitalares urgentes		
Sim	161	41,9
Não	223	58,1
Total	384	100,0
Dentro da equipa existem enfermeiros exclusivos que asseguram as transferências inter-hospitalares urgentes		
Sim	68	17,7
Não	316	82,3
Total	384	100,0
Nos últimos doze meses, a equipa ficou com o número de enfermeiros mínimo a assegurar a prestação dos cuidados		
Nem sempre	185	43,9
Sempre	199	56,1
Total	384	100,0



No serviço onde exerce funções, as transferências inter-hospitalares urgentes são operacionalizadas pelos elementos da equipa que estão de serviço	N	%
Turnos que é usual a equipa não ficar com o número mínimo de enfermeiros, a assegurar a prestação de cuidados		
Manhã	40	9,5
Manhã, noite	1	,2
Manhã, tarde	23	5,5
Manhã, tarde, noite	36	8,6
Noite	55	13,1
Tarde	10	2,4
Tarde, noite	20	4,8
Turnos assegurados com número mínimo de enfermeiros	236	56,1
Total	421	100,0

Tabela 2 – Ter sido solicitado, nos últimos doze meses, apoio diferenciado do INEM para realizar as transferências inter-hospitalares urgentes

Ter sido solicitado, nos últimos doze meses, apoio diferenciado do INEM para realizar as transferências inter-hospitalares urgentes	N	%
Muito frequente	59	14,0
Frequente	61	14,5
Ocasionalmente	71	16,9
Raramente	71	16,9
Nunca	159	37,8
Total	421	100,0

As transferências inter-hospitalares urgentes são operacionalizadas por uma equipa do Hospital/Centro Hospitalar constituída exclusivamente para esse efeito

A maioria dos enfermeiros (80,0%) refere que as transferências inter-hospitalares urgentes não são operacionalizadas por uma equipa do Hospital/Centro Hospitalar constituída exclusivamente para esse efeito (cf. tabela 3).

Tabela 3 – As transferências inter-hospitalares urgentes são operacionalizadas por uma equipa do Hospital/Centro Hospitalar constituída exclusivamente para esse efeito

As transferências inter-hospitalares urgentes são operacionalizadas por uma equipa do Hospital/Centro Hospitalar constituída exclusivamente para esse efeito	N	%
Sim	84	20,0
Não	337	80,0
Total	421	100,0

Esta equipa assegura as transferências inter-hospitalares urgentes de todos os serviços do Hospital/Centro Hospitalar

Dos enfermeiros que responderam “Sim” na questão anterior, importa salientar que um não deu resposta à questão seguinte. Assim, num total de 83 enfermeiros, 73,5% diz que a equipa assegura as transferências inter-hospitalares urgentes de todos os serviços do Hospital/Centro Hospitalar (cf. tabela 4).

Tabela 4 – Esta equipa assegura as transferências inter-hospitalares urgentes de todos os serviços do Hospital/Centro Hospitalar

Esta equipa assegura as transferências inter-hospitalares urgentes de todos os serviços do Hospital/Centro Hospitalar	N	%
Sim	61	73,5
Não	22	26,5
Total	83	100,0

Onde se encontra o elemento escalado

9,5% dos enfermeiros responderam que o elemento que está escalado encontra-se em prevenção, 7,1% referem em presença física, 2,4% na lista de chamada e um enfermeiro referiu na urgência.

Procedimento, na eventualidade de ocorrerem várias transferências em simultâneo

Na eventualidade de haver várias transferências em simultâneo, 9,0% referiram que é um elemento do serviço de origem que efetua a transferência e 7,6% responderam que é chamado outro elemento da equipa de transferências inter-hospitalares.

Sente necessidade de realizar formação especializada na área das transferências inter-hospitalares da Pessoa em Situação Crítica

A grande maioria dos enfermeiros sente necessidade de realizar formação especializada na área das transferências inter-hospitalares da Pessoa em Situação Crítica (76,7%) (cf. tabela 5).

Tabela 5 – Sente necessidade de realizar formação especializada na área das transferências inter-hospitalares da Pessoa em Situação Crítica

Sentir necessidade de formação especializada na área das transferências inter-hospitalares da Pessoa em Situação Crítica	N	%
Sim	323	76,7
Não	98	23,3
Total	421	100,0

Sugestões de formações

Dos enfermeiros que referiram sentir necessidade de formação especializada na área das transferências inter-hospitalares da pessoa em situação crítica, sobressaem os mesmos que indicaram formação em transporte do doente crítico (n=15) e em SAV (n=12).

Sugestões para melhorar a operacionalização no transporte inter-hospitalar da pessoa em situação crítica do serviço/instituição

Solicitou-se aos participantes que dessem sugestões para melhorar a operacionalização no transporte inter-hospitalar da pessoa em situação crítica do seu serviço/instituição, tendo-se registado uma variedade de propostas, das quais as mais referidas foram: Equipa de Transporte Inter-Hospitalar em permanência, motivada, com formação avançada e com protocolos bem definidos (n=79), existência de uma checklist seria pertinente para uniformização de procedimentos, uniformização das malas de transferência e existir uma em cada serviço (n=18), ser respeitado o score de avaliação de risco (n=17), constituição de uma lista de verificação das transferências inter-hospitalares (n=10), ambulâncias mais seguras, devidamente equipadas (n=7), existência de um algoritmo padrão para realizar a transferência em segurança (n=6) e o rácio dos enfermeiros ser superior aos mínimos, para todos os elementos da equipa poderem, efetuar transferências (n=4).



4. Discussão

O presente estudo, realizado numa amostra de 421 enfermeiros portugueses, referiram que as transferências inter-hospitalares urgentes são operacionalizadas muito frequentemente pelos elementos da equipa que estão de serviço (54,4%), com 15,9% a mencionarem que tal ocorre com frequência, com 11,3% a referir raramente. Dos enfermeiros que responderam “Muito frequente”, “Frequente”, “Ocasionalmente” e “Raramente”, a maioria (58,1%) referiram que todos os enfermeiros da equipa não realizam as transferências inter-hospitalares urgentes, tendo 41,9% admitido que sim. De acordo com os mesmos enfermeiros, a maioria refere que dentro da equipa não existem enfermeiros exclusivos que asseguram as transferências inter-hospitalares urgentes (82,3%). Em conformidade com 56,1% enfermeiros, nos últimos doze meses, a equipa ficou sempre com o número de enfermeiros mínimo a assegurar a prestação dos cuidados, enquanto 43,9% referiram que nem sempre, dos quais 13,1% relataram que o turno que é usual a equipa não ficar com o número mínimo de enfermeiros, a assegurar a prestação de cuidados, é o da noite, 9,5% referem o turno da manhã e 8,6% nos turnos da manhã, tarde, noite. Atualmente, em Portugal, o transporte inter-hospitalar da pessoa em situação crítica é assegurado pelos meios existentes nas unidades hospitalares ou pelos meios do Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM) em coordenação com as unidades de saúde de origem e destino da pessoa (Despacho n.º 5058-D/2016). Estudos revelam percentagens entre os 20% e os 79,8% de transportes inter-hospitalares realizados por equipas de unidades hospitalares onde os enfermeiros que faziam parte da equipa não eram exclusivos para assegurar essas transferências, resultando na ocorrência de eventos adversos, dos quais entre 4,2% e 8,9% foram eventos adversos graves requerendo intervenção terapêutica (Kwack et al., 2018). Sabendo-se que o mais certo é a incerteza e que os eventos adversos são devido a circunstâncias que podem ou não ser evitáveis, é necessário antecipar e acautelar os que podem ser evitáveis, com a presença de enfermeiros com competência para assegurar o transporte inter-hospitalar (Alabdali et al., 2017). Diariamente, os enfermeiros depararam-se com a necessidade de proceder ao transporte de pessoas em situação crítica, o que implica que os mesmos estejam preparados para o imprevisto e possuir capacidade de prever e atuar eficazmente e em tempo útil para a prevenção de complicações (Intensive Care of Society, ICS, 2019). Evidências científicas mostram que os eventos adversos, no transporte inter-hospitalar, podem estar associados às equipas, à organização, ao equipamento, com a pessoa em situação crítica e com o ambiente (Jones et al., 2016; Bergaman et al., 2017; Frost et al., 2019).

A maioria dos enfermeiros (80,0%) referiu que as transferências inter-hospitalares urgentes não são operacionalizadas por uma equipa do Hospital/Centro Hospitalar constituída exclusivamente para esse efeito. De acordo com a OM & SPCI (2008), os transportes inter-hospitalares devem ser realizados por profissionais devidamente treinados. O transporte da pessoa em situação crítica deve ser realizado “por equipas com competências, formação e treino direcionado, para além de experiência nesta área, devendo a pessoa em situação crítica ser acompanhada por um enfermeiro com conhecimentos e qualificação ao nível de cuidados intensivos e um médico” (Fernandes, 2019, p. 56). Ferreira et al. (2019) sublinham que transporte inter-hospitalar da pessoa em situação crítica exige do enfermeiro, no exercício da responsabilidade profissional, elevados níveis de conhecimento e confiança, promotores das escolhas mais adequadas à qualidade e eficiência dos cuidados prestados.

Os participantes apresentaram várias sugestões no sentido de melhorar a operacionalização no transporte inter-hospitalar da pessoa em situação crítica do seu serviço/instituição, tendo-se registado uma variedade de propostas, das quais as mais referenciadas foram: Equipa de Transporte Inter-Hospitalar em permanência, motivada, com formação avançada e com protocolos bem definidos (n=79), existência de uma checklist seria pertinente para uniformização de procedimentos, uniformização das malas de transferência e existir uma em cada serviço (n=18), ser respeitado o score de avaliação de risco (n=17), constituição de uma lista de verificação das transferências inter-hospitalares (n=10), ambulâncias mais seguras, devidamente equipadas (a maioria não tem segurança) (n=7), existência de um algoritmo padrão para realizar a transferência em segurança (n=6) e o rácio dos enfermeiros ser superior aos mínimos, para todos os elementos da equipa efetuarem transferências (n=4).

Conclusão

A realização deste trabalho permitiu constatar que a maioria dos enfermeiros inquiridos já realizou transferências inter-hospitalares urgentes da pessoa em situação crítica. Estas são maioritariamente operacionalizadas por elementos que já se encontram a prestar cuidados no serviço de origem, embora isso implique que, no caso de ser necessário realizarem-se transferências inter-hospitalares urgentes em 43,9% dos casos a prestação de cuidados nem sempre fique a ser assegurada pelo número mínimo de enfermeiros. Uma percentagem significativa dos participantes responderam que todos os enfermeiros da equipa realizam transferências inter-hospitalares, o que aliado às duas questões referidas anteriormente, indica que as unidades de saúde não adotam uma política clara e formal relativamente às competências que o enfermeiro que realiza as transferências inter-hospitalares deve possuir, nem podem garantir que os cuidados de enfermagem fiquem assegurados quando um elemento da equipa se ausenta para realizar uma transferência inter-hospitalar urgente. Conscientes deste risco e complexidade, 76,7% dos enfermeiros manifestam necessidade de formação especializada na área das transferências inter-hospitalares da pessoa em situação crítica, sobressaindo os que indicaram formação em transporte do doente crítico e em SAV. Por fim, referem-se algumas das sugestões mais reiteradas pelos participantes para melhorar a operacionalização no transporte inter-hospitalar da pessoa em situação crítica do seu serviço/instituição: Equipa de Transporte Inter-Hospitalar em permanência, motivada, com formação avançada e com protocolos bem definidos, existência de uma checklist seria pertinente para uniformização de procedimentos, ser respeitado o score de avaliação de risco e constituição de uma lista de verificação das transferências inter-hospitalares.

Face ao exposto, recomenda-se às unidades de saúde a formação de equipas de transferências inter-hospitalares, com critérios de inclusão bem definidos e que incluam a especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área da pessoa em situação crítica; Curso de Suporte Avançado de Vida e Transporte do Doente Crítico. Estas equipas deveriam dedicar-se à realização de instruções de trabalho relativas às transferências inter-hospitalares e implementação de programas de formação contínua que promovam a utilização das ferramentas ao dispor para garantir a qualidade, segurança e continuidade dos cuidados de enfermagem bem como promover a realização de auditorias internas.

Agradecimentos

Agradecem-se os contributos do Instituto Politécnico de Viseu, da Ordem dos Enfermeiros e de todos os Enfermeiros participantes no estudo.

Referências bibliográficas

- Alabdali, A., Fisher, J. D., Trivedy, C., & Lilford, R. J. (2017). A systematic review of the prevalence and types of adverse events in Interfacility critical care transfers by paramedics. *Air medical journal*; 36(3), 116-121. Doi: <http://doi.org/10.1016/j.amj.2017.01.011>
- Alves, A.S.T.A. (2018). Transporte inter-hospitalar da Pessoa em Situação Crítica: Perceção de segurança dos enfermeiros da ULSNA. (Dissertação de Mestrado). Escola Superior de Saúde – Instituto Politécnico de Leiria.
- Alves, A.S.T.A. (2018). Transporte inter-hospitalar da Pessoa em Situação Crítica: Perceção de segurança dos enfermeiros da ULSNA. (Dissertação de Mestrado). Escola Superior de Saúde – Instituto Politécnico de Leiria.
- Bergman, L. M., Pettersson, M. E., Chaboyer, W. P., Carlström, E. D., & Ringdal, M. L. (2017). Safety hazards during intrahospital transport: a prospective observational study. *Critical care medicine*; 45(10), e1043-e1049. Doi: <http://doi.org/10.1097/CCM.0000000000002653>
- Dabija M., Aine M., Forsberg A. (2021). Caring for critically ill patients during interhospital transfers: A qualitative study. *Nursing in Critical Care*, 1–8. <https://doi.org/10.1111/nicc.12598>
- Despacho N.º 10109/2014 DE 6 de agosto do Ministério da Saúde- Gabinete do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde. *Diário da República*. II série, N.º 150. Acedido em <http://www.dre.pt>.
- Despacho n.º 5058-D/2016. 2.ª Série – n.º 72 (13-04-2016), 12164-(5). Acedido em: <https://dre.pt/home/-/dre/74146383/details/maximized?serie=II&dreId=74146379>
- Direção-Geral da Saúde (DGS). (2017). Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde. Norma n.º 001/2017. Lisboa. Acedido em <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normase-circulares-normativas/norma-n-0012017-de-08022017-pdf.aspx>



- Fernandes, A.F.D. (2019). Transporte Secundário da Pessoa em Situação Crítica: Uniformização de Procedimentos de Enfermagem num Serviço de Urgência. (Dissertação de Mestrado). Instituto Politécnico de Setúbal. Escola Superior de Saúde. URI: <http://hdl.handle.net/10400.26/29255>
- Ferreira, C., Lisboa, C., Moreira, D., Sousa, G., Teixeira, T., Príncipe, F., & Mota, L. (2019). Transporte inter-hospitalar do doente crítico: representação social dos enfermeiros. *Revista de Investigação & Inovação em Saúde*, 2(2), 29-38.
- Frost, E., Kihlgren, A., & Jaensson, M. (2019). Experience of physician and nurse specialists in Sweden undertaking long distance aeromedical transportation of critically ill patients: A qualitative study. *International emergency nursing*; 43, 79-83. Doi: <http://doi.org/10.1016/j.ienj.2018.11.004>
- Gonçalves, A.C.S. (2017). Competências do enfermeiro no transporte inter-hospitalar de doentes críticos. (Dissertação de Mestrado). Escola Superior de Saúde de Viana do Castelo. URI: <http://hdl.handle.net/20.500.11960/1862>
- Graça, A., Silva, N. A. P., & Correia, T. I. G. (2017). Transporte inter-hospitalar do doente crítico: a realidade de um hospital do nordeste de Portugal. *Dissertações de Mestrado Alunos. Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica. ESSa – Instituto Politécnico de Bragança*. URI: <http://hdl.handle.net/10198/14621>
- Graça, A., Silva, N. A. P., Correia, T. I. G. (2017). Transporte inter-hospitalar do doente crítico: a realidade de um hospital do nordeste de Portugal. *Dissertações de Mestrado Alunos. Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica. ESSa – Instituto Politécnico de Bragança*. URI: <http://hdl.handle.net/10198/14621>
- Graça, A., Silva, N., Correia, T.I.G., & Martins, M. (2018). Transporte inter-hospitalar do doente crítico: realidade dum hospital do Nordeste de Portugal. In *V Encontro de Investigadores do Instituto Politécnico de Bragança: livro de resumos*. Bragança: Instituto Politécnico. ISBN 978-972-745-235-4
- Intensive Care Society (2019). Guidance On: The Transfer Of the Critically Ill Adult. 1-40. Acedido em: https://www.ficm.ac.uk/sites/default/files/transfer_critically_ill_adult_2019.pdf
- Jones, H. M., Zychowicz, M. E., Champagne, M., & Thornlow, D. K. (2016). Intrahospital transport of the critically ill adult: A standardized evaluation plan. *Dimensions of Critical Care Nursing*; 35(3), 133-146. Doi: <http://doi.org/10.1097/DCC.0000000000000176>
- Melo, L. N., Freitas, V. L., & Pereira, E. (2020). Evaluation of critical transportation of patients: A systematic review *Avaliação do transporte crítico de pacientes: Uma revisão sistemática*. 637-647. Doi: <http://dx.doi.org/10.6018/eglobal.19.1.36810>
- Ordem dos Enfermeiros (2017). Parecer n.º 09, de 2017. Transporte da pessoa em situação crítica. Mesa do Colégio da Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Acedido em https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/Parecer_09_2017_MCEEMC_TransportePessoaSituacaCritica.pdf
- Ordem dos Médicos. (2008). Grupo de Trabalho (Comissão da Competência em Emergência Médica) e Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos. *Recomendações-Transporte de Doentes Críticos*, Acedido em <https://www.spci.pt/media/documentos/15827260365e567b9411425.pdf>
- Pedreira, L. C., Santos, I. D. M., Farias, M. A., Sampaio, E., Barros, C. S. M. A., & Coelho, A. C. C. (2014). Conhecimento da enfermeira sobre o transporte intrahospitalar do paciente crítico. *Revista Enfermagem. UERJ*; 22(4), 533-539.
- Pereira, S.B. (2018). O transporte inter-hospitalar do doente crítico: documentação e continuidade de cuidados. *Dissertação de Mestrado*. Universidade do Minho. URI: <http://hdl.handle.net/1822/56156>
- Pereira, V.C. (2020). Perfil de competências do enfermeiro ao doente crítico no transporte inter-hospitalar. (Dissertação de Mestrado). Instituto Politécnico de Bragança. URI: <http://hdl.handle.net/10198/23274>
- Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (SPCI, 2008). Transporte de Doentes Críticos *Recomendações*. Ordem dos Médicos (Comissão da Competência em Emergência Médica) e Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos. Centro Editor Livreiro da Ordem dos Médicos. Acedido em <https://www.spci.pt/media/documentos/15827260365e567b9411425.pdf>
- Valentin, A., & Schwebel, C. (2016). Into the out: safety issues in interhospital transport of the critically ill. *Intensive Care Med*; 42, 1267-1269. doi 10.1007/s00134-016-4386-4

ÍNDICE DE GRAVIDADE DE TRAUMA DAS VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA INTERPESSOAL ASSISTIDAS NO SERVIÇO DE URGÊNCIA

TRAUMA SEVERITY INDEX OF VICTIMS OF INTERPERSONAL VIOLENCE ASSISTED IN THE EMERGENCY DEPARTMENT

ÍNDICE DE GRAVEDAD DEL TRAUMA DE VÍCTIMAS DE VIOLENCIA INTERPERSONAL ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

Natália Almeida Lopes Figueiredo¹
Madalena Cunha²
Mauro Alexandre Coelho³

¹Centro Hospitalar Tondela Viseu, Viseu, Portugal (nataliafigueiredo@sapo.pt)

²Instituto Politécnico de Viseu, Escola Superior de Saúde, Viseu, Portugal | UICISA:E, ESEnfC, Coimbra / SIGMA – Phi Xi Chapter, ESEnfC, Coimbra, Portugal | CIEC- UM, Braga, Portugal (mnunes@essv.ipv.pt)
<https://orcid.org/0000-0003-0710-9220>

³Centro Hospitalar Tondela Viseu, Viseu, Portugal (maurocoelho23@hotmail.com)

Corresponding Author

Natália Almeida Lopes Figueiredo
Centro Hospitalar Tondela Viseu, EPE- Av. Rei D.
Duarte
3504-509 Viseu, Portugal
nataliafigueiredo@sapo.pt

RECEIVED: 30th June, 2022

ACCEPTED: 15th July, 2022

2022

Servir, 2(02), e27549

DOI:10.48492/servir0202.27549



RESUMO

Introdução: Conhecer o índice de gravidade de trauma das vítimas de violência interpessoal constitui um pressuposto para a prestação de cuidados de excelência assente no conhecimento do perfil destas vítimas.

Objetivo: Determinar o índice de gravidade de trauma das vítimas de violência interpessoal assistidas no serviço de urgência.

Métodos: Estudo observacional, com coorte transversal e foco retrospectivo, com 211 vítimas de violência interpessoal admitidas no serviço de urgência de um centro hospitalar da região centro de Portugal, de 1 janeiro a 31 de dezembro de 2020. Os dados foram colhidos do sistema de informação Alert®.

Resultados: Predomínio no género masculino (63.0%) com média de idades de 45.36 anos, admitidos no período da tarde (46.8%), ao domingo (22.2%), com prioridade urgente (67.5%) e discriminador “dor moderada” (50.0%), prevalecendo a violência de natureza física (99,1%), com origem nos familiares/ parceiros íntimos (18.0%) no género feminino e violência na comunidade (14.2%) no género masculino. O estudo foi tradutor de baixo índice de gravidade de trauma.

Conclusão: Na gestão adequada da assistência à pessoa vítima de violência interpessoal deve considerar-se a gravidade das lesões, dando especial atenção às vítimas mais jovens e idosas, vítimas de violência na comunidade, uma vez que o estudo revelou serem as que registam maior índice de gravidade de trauma.

Palavras-chave: violência interpessoal; índice de gravidade de trauma; serviço de urgência

ABSTRACT

Introduction: Knowing the trauma severity index of victims of interpersonal violence is a prerequisite for providing excellent care based on knowledge of the profile of these victims.

Objective: To determine the trauma severity index of victims of interpersonal violence assisted in the emergency department.

Methods: Observational study, with a cross-sectional cohort and retrospective focus, with 211 victims of interpersonal violence admitted to the emergency department of a hospital in the central region of Portugal, from January 1 to December 31, 2020. Data were collected from the system of Alert® information.

Results: Predominance in males (63.0%) with a mean age of 45.36 years, admitted in the afternoon (46.8%), on Sundays (22.2%), with urgent priority (67.5%) and discriminator “moderate pain” (50.0 %), prevailing physical violence (99.1%), originating from family members/intimate partners (18.0%) in the female gender and violence in the community (14.2%) in the male gender. The study was translated from a low trauma severity index.

Conclusion: In the proper management of assistance to the person victim of interpersonal violence, the severity of the injuries must be considered, giving special attention to younger and older victims, victims of violence in the community, since the study revealed that they are the ones with the highest rate. of trauma severity.

Keywords: interpersonal violence; trauma severity index; emergency service

RESUMEN

Introducción: Conocer el índice de gravedad del trauma de las víctimas de violencia interpersonal es un requisito previo para brindar una atención de excelencia basada en el conocimiento del perfil de estas víctimas.

Objetivo: Determinar el índice de gravedad del trauma de las víctimas de violencia interpersonal atendidas en el servicio de urgencias.

Métodos: Estudio observacional, con cohorte transversal y enfoque retrospectivo, con 211 víctimas de violencia interpersonal ingresadas en el servicio de urgencias de un hospital en la región central de Portugal, del 1 de enero al 31 de diciembre de 2020. Los datos fueron recolectados del sistema de información Alert®.

Resultados: Predominio del sexo masculino (63,0 %) con edad media de 45,36 años, ingresados por la tarde (46,8 %), los domingos (22,2 %), con prioridad urgente (67,5 %) y discriminador “dolor moderado” (50,0%), prevaleciendo la violencia física (99,1%), proveniente de familiares/compañeros íntimos (18,0%) en el género femenino y la violencia en la comunidad (14,2%) en el género masculino. El estudio se tradujo a partir de un índice de gravedad del trauma bajo.

Conclusión: En la adecuada gestión de la atención a la persona víctima de violencia interpersonal, se debe considerar la gravedad de las lesiones, prestando especial atención a las víctimas más jóvenes y mayores, víctimas de violencia en la comunidad, ya que el estudio reveló que son ellos con la tasa más alta de gravedad del trauma.

Palabras Clave: violencia interpersonal; índice de gravedad del trauma; servicio de emergencia

Introdução

A violência interpessoal é um problema de saúde pública amplamente debatido a nível mundial, pelo que os serviços hospitalares devem adaptar-se a esta problemática de forma a dar resposta adequada às necessidades da vítima. A violência tem vindo a aumentar com impacto não só ao nível físico, mas também na saúde mental das vítimas (Walker, Dekker, Hampton, Akhetuamhen, & Moore, 2020).

Conceptualmente, a violência é considerada todo o ato intencional de força física ou poder, real ou com ameaça contra si próprio, ou contra outra pessoa, grupo ou comunidade, que resulte ou tenha grande probabilidade de resultar em ferimentos, morte, danos psicológicos, desenvolvimento prejudicado ou privação (Olive, Hives, Wilson, Nowland, & Clegg, 2020).

A organização Mundial da Saúde (OMS) define violência interpessoal como todo o tipo de violência que ocorre entre membros de uma família, parceiros íntimos, amigos, conhecidos e desconhecidos, incluindo os maus-tratos contra crianças, mulheres e idosos (OMS, 2014).

A Direção Geral de Saúde (DGS) estabelece três tipos de violência: a violência autodirigida (contra si mesmo), a violência interpessoal e a violência coletiva e subdivide a violência interpessoal em *violência familiar /parceiros íntimos* e em violência na comunidade (DGS, 2016).

A violência familiar/ parceiros íntimos, engloba todo o tipo de maus-tratos a crianças, jovens, violência entre parceiros íntimos e contra pessoas idosas. Assumindo por violência entre parceiros íntimos, todas as situações de violência nas relações de intimidade e/ou conjugalidade e violência no namoro, ou seja, todo o tipo de violência que ocorre entre parceiros íntimos e/ou membros da família que coabitam no mesmo agregado familiar (DGS 2016).

A violência na comunidade é considerada todo o tipo de violência que ocorre no ambiente social em geral, entre conhecidos ou desconhecidos, situações de violência perpetrada no círculo de pessoas próximas de quem é maltratado, como a que ocorre fora dele, assim como, violência juvenil, atos variados de violência, assédio, abuso sexual ou violação por estranhos, violência no contexto laboral, estabelecimentos prisionais, lares de acolhimento enquanto estratégias de coação psicológica (DGS, 2016).

Pode ser classificada por violência física, sexual, psicológica, de privação e por negligência (Olive, Hives, Wilson, Nowland, & Clegg, 2020), de acordo com a sua natureza.

Estudos divulgam que, uma em cada três mulheres foi vítima de violência por parceiro íntimo e um em cada quatro adultos foi abusado fisicamente em criança (Olive, Hives, Wilson, Nowland, & Clegg, 2020).

Em Portugal, no ano de 2019, verificou-se um aumento de 40% do crime de violência interpessoal, sendo 79% por violência doméstica, afetando maioritariamente o género feminino, entre os 25 e os 54 anos (APAV, 2020). Em 2020, registaram-se 298 797 casos de crime (29% da taxa de criminalidade por mil habitantes), sendo 77 243 por crime contra as pessoas, 48 903 contra a integridade física e 23 439 de violência contra cônjuge ou análogos (INE, 2020).

Face ao aumento da procura dos serviços de urgência por violência física, sendo o trauma por violência uma realidade (Lippus et al., 2020), constitui-se um problema atual que carece de análise mais aprofundada.

O tipo de violência, a sua natureza, a localização da lesão, o tempo de permanência no serviço de urgência, o número de idas ao serviço de urgência por agressão pode comprometer o índice de gravidade de trauma da pessoa vítima de violência interpessoal.

O índice de prognóstico avaliado pelo Revised Trauma Score (RTS), que integra um sistema de classificação fisiológica (Lima, 2021), englobando parâmetros vitais tais como, a Escala de Coma de Glasgow (ECG), avaliação hemodinâmica



pela pressão arterial sistólica (PAS) e a frequência respiratória (FR), permite avaliar o índice de gravidade de trauma da vítima de violência interpessoal, pelo que foi escolhida para a realização deste estudo.

Na busca de novos conhecimentos sobre esta problemática, surgiu a seguinte questão de investigação: *Qual o índice de gravidade de trauma das vítimas de violência interpessoal assistidas no serviço de urgência?*

Definiu-se assim, como objetivo, determinar o índice de gravidade de trauma da vítima de violência interpessoal assistida no serviço de urgência.

1. Métodos

Estudo observacional com análise quantitativa, coorte transversal e foco retrospectivo, através de recolha de dados clínicos com o objetivo de identificar o perfil das vítimas de violência interpessoal assistidas no serviço de urgência numa região do centro de Portugal. A população centra-se em indivíduos adultos com idade igual ou superior a 18 anos.

1.1. Amostra

A amostra é do tipo não probabilística por conveniência, integrando 211 vítimas que foram admitidas no serviço de urgência polivalente, no ano de 2020, no período de 1 de janeiro a 31 de dezembro. Considerou-se como critério de inclusão todas as pessoas admitidas no serviço de urgência polivalente, com idade igual ou superior a 18 anos, vítimas de violência interpessoal, no período de 01 de janeiro a 31 de dezembro de 2020, triados pelo fluxograma de triagem de Manchester – “agressão”.

1.2. Instrumentos de recolha de dados

A Grelha de recolha de dados construída por Figueiredo & Cunha (2021), é constituída por itens referentes às variáveis sociodemográficas (idade; género; nacionalidade; estado civil; local de residência; distrito da residência), variáveis de contexto da agressão (data de admissão; dia da semana, número de idas ao serviço de urgência por agressão e transporte), variáveis de contexto clínico (fluxograma de triagem Manchester; discriminador; prioridade atribuída; parâmetros vitais tais como, dor, escala de coma de Glasgow (ECG), tensão arterial (TA), frequência cardíaca (FC), saturação periférica de oxigénio (SpO₂), agente de agressão, localização da lesão, alterações emocionais, psicológicas e comportamentais, tipologia e natureza da agressão, tempo de permanência no serviço de urgência, lesão, exames complementares de diagnóstico (ECD), encaminhamentos, destino e antecedentes pessoais (patologia psiquiátrica, consumo de substâncias, consumo de fármacos e história prévia de violência).

Para a análise do índice de gravidade de trauma pretendia-se aplicar a escala RTS, no entanto, uma das limitações encontradas foi a falta de registo da frequência respiratória (FR), pelo que a escala RTS utilizada foi adaptada.

A escala RTS analisa valores absolutos de cada parâmetro vital, sendo convertido em valores de zero a quatro, conforme o intervalo correspondente, capaz de avaliar a morbimortalidade da pessoa com trauma. Os valores das variáveis devem ser ponderados e somados, mediante a fórmula $RTS = 0,9368 \times ECG_v + 0,7326 \times PAS_v + 0,2908 \times FR_v$, onde v é o valor (de 0 a 4) correspondente às variáveis na admissão do doente. O resultado da escala RTS, possibilita estimar a probabilidade de sobrevivência da vítima de trauma, variando de 0 a 8, sendo que, quanto maior for o valor final, melhor será o prognóstico da vítima.

Na operacionalização da variável índice de gravidade de trauma, foi necessário considerar a saturação periférica de oxigénio (SpO₂) e proceder à atribuição de um score correspondente.

De acordo com o manual de triagem de Manchester, uma saturação de oxigénio é considerada baixa quando < 95% com ar atmosférico e muito baixa quando < 95% com oxigénio suplementar e/ou com saturação < 90% em ar atmosférico (GPT, 2010). A frequência respiratória (FR) é considerada normal entre 12 e 20 c/m, bradipneia quando < 12 c/m e taquipneia quando > 20 c/m (OE, 2018), assim, considerando estes valores de referência, a operacionalização do terceiro

item da escala de RTS passou a ser a SpO2 tal como descrito na tabela 1.

O instrumento de colheita de dados obteve parecer favorável (nº 07/14/05/2021) da Comissão de Ética para a Saúde da Instituição.

Tabela 1 – Operacionalização do índice de gravidade de trauma - escala RST adaptada

Escala RTS adaptada - Figueiredo e Cunha (2021)			Probabilidade de sobrevivência (%)	
Parâmetros vitais		score		
ECG	13-15	4	8	98,8 %
	9 – 12	3	7	96,9 %
	6 – 8	2	6	91,9%
	4 – 5	1	5	80,7%
	3	0	4	60,5%
PAS	> 89	4	3	30,1%
	76 – 89	3	2	17,2%
	50 – 75	2	1	7,1%
	1 – 49	1	0	2,7%
	0	0		
SpO2	≥ 95	2		
	90-94	1		
	≤ 89	0		

1.3 Procedimentos

O estudo integra-se no Projeto de investigação “Evidências para Não arriscar Vidas: do pré-hospitalar ao serviço de urgência e à alta”, realizado em parceria com a Unidade de Investigação em Ciências da Saúde e da Educação (Unicise), da Escola Superior de Saúde de Viseu (ESSV) do Instituto Politécnico de Viseu e Centro Hospitalar Tondela-Viseu (CHTV). Obteve autorização do Conselho de Administração do CHTV, com parecer favorável da Comissão de Ética da instituição, com a referência 07/14/05/2021, emitido a 14 de maio de 2021. Toda a informação recolhida foi sujeita a pseudoanonimização, não dispondo de elementos de identificação pessoal, sendo assegurado o tratamento confidencial dos dados. Para a análise dos dados recorreu-se à estatística descritiva e à análise inferencial, sendo o tratamento estatístico processado através do programa SPSS 26.0 (Statistical Package for the Social Sciences) para Windows, utilizaram-se o nível de significância de 5%.

2. Resultados

A amostra contém 211 vítimas, com idade mínima de 18 anos e máxima de 88 anos, com uma média de idades de 45.36 anos (dp = ± 17,01 anos). Distribui-se em 133 vítimas do género masculino (63.0%) e 78 vítimas do género feminino (37.0%).

Prevalecem as vítimas com idade entre os 18 anos e os 49 anos (58.8%), sendo o género masculino mais representativo (40.3%) em relação ao género feminino (18.5%).

As vítimas residem maioritariamente em meio rural (56.4%), sendo 37.9% do género masculino e 18.5% do género feminino e no distrito de Viseu (93.8%), com nacionalidade portuguesa (98.6%), com distribuição idêntica entre géneros.

O estado civil, após recodificação da variável constitui dois grupos: sem companheiro (engloba os solteiros, divorciados e viúvos) e com companheiro (anexa os casados e os que coabitam em união de facto). Verifica-se que 66.7% coabitam com companheiro, sendo que, no género feminino prevalecem as vítimas que coabitam com companheiro (54.2%) e no



género masculino predominam os que vivem sem companheiro (29.2%), com diferenças estatisticamente significativas ($p=0,001$), tal como se pode verificar na tabela 2.

Tabela 2 – Caracterização das variáveis sociodemográficas em função do género

Variáveis	Feminino		Masculino		Total		Residuais		X ²	P
	N (78)	% (37.0)	N (133)	% (63.0)	N (211)	% (100.0)	1	2		
Grupo etário										
<35 anos	17	8.1	45	21.3	62	29.4	-1.9	1.9	6.725	0.081
35-49 anos	22	10.4	40	19.0	62	29.4	-0.3	0.3		
50-64 anos	24	11.4	36	17.1	60	28.4	0.6	-0.6		
>65 anos	15	7.1	12	5.7	27	12.8	2.1	-2.1		
Residência										
Urbano	39	18.5	53	25.1	92	43.6	1.4	-1.4	2.060	0.151
Rural	39	18.5	80	37.9	119	56.4	-1.4	1.4		
Distrito										
Viseu	70	33.2	128	60.7	198	93.8	-1.9	1.9	3.590	0.058
outro	8	3.8	5	6.2	13	6.2	1.9	-1.9		
Nacionalidade										
Portuguesa	77	36.5	131	62.1	208	98.6	0.1	-0.1	0.017	0.896
Outra	1	0.5	2	0.9	3	1.4	1.4	-1.4		
Estado Civil										
Sem companheiro	1	4.2	7	29.2	8	33.3	-3.2	3.2	10.371	0.001
Com companheiro	13	54.2	3	12.5	16	66.7	3.2	-3.2		

Pela análise da tabela 3, apuramos que o turno da tarde foi o mais registado na admissão ao SU com 114 vítimas (54.0%), sendo 34.6 % do género masculino e 19.4 % do género feminino. O domingo foi o dia mais representativo com 39 vítimas admitidas (18.5 %), prevalecendo o género masculino (13.3 %), seguido do sábado (17.5 %) e quinta-feira (16.6 %). O registo de um episódio único de admissão foi o mais prevalente (92.9%) em ambos os géneros, no entanto, quando existe mais do que um episódio de admissão, o género masculino (4.3 %) prevalece sobre o género feminino (2.8%). O transporte por meios INEM/ Ambulância foram os mais utilizados (63.5 %), seguido do transporte próprio (32.2 %).

O fluxograma mais atribuído foi o da agressão (82.5 %), no entanto, verificou-se que 17.5 % das vítimas foram triadas por outros fluxogramas tais com: cefaleia, dor cervical, dor lombar, dor torácica, feridas, grande traumatismo, mordeduras e picadas, queda, TCE, estado de inconsciência/síncope, problemas nos membros, problemas faciais, problemas oftalmológicos, problemas nos ouvidos, por não terem especificado no momento de triagem terem sido vítimas de agressão.

A dor moderada foi o discriminador mais atribuído (47.4 %), com maior prevalência na prioridade urgente (77.7 %) em ambos os géneros, assim como a dor moderada (75.8 %) e o índice de reatividade de Glasgow sem alterações (98.6 %), ou seja, com um score na escala de coma de Glasgow (ECG) de 15.

A maioria das vítimas não realizou colheita para determinação da taxa de alcoolémia (69.7 %), no entanto, das que a realizou, destacou-se o género masculino com valores de alcoolémia superior ou igual a 0.5 g/l em 18.5 %.

Predominou a violência física (99.5%) e a violência não específica (49.3%) por falta de registos que possibilitassem a categorização do tipo de violência. Das vítimas em que foi possível classificar o tipo de violência sofrida, observa-se maior prevalência da violência na comunidade (25.6%), de igual modo para o género masculino (14.2%). Já para o género feminino predomina a violência familiar/ parceiros íntimos (18.0%).

Apuramos que a patologia psiquiátrica em 16.6% das vítimas foi mais representativa no género feminino (9.5%) do que no género masculino (7.1%) e que o consumo de substâncias (droga e álcool) registados em 17.1% das vítimas foi mais prevalente no género masculino (15.2%) do que no género feminino (1.8%), sendo mais representativo o consumo de álcool do que o consumo de droga (10.0% VS 0.9%) no género masculino. O consumo de fármacos (psicofármacos e outros fármacos) em 12.3% das vítimas foi mais prevalente no género feminino (8.6%) do que no género masculino (3.7%) e o registo de história prévia de violência observado em 9.0% das vítimas, pontuou mais no género masculino (5.2%) do que no género feminino (3.8%).

Tabela 3 – Variáveis de contexto clínico em função do género

Variáveis	Género	Feminino		Masculino		Total		Residuais		X ²	p
		N (78)	% (37.0)	N (133)	% (63.0)	N (211)	% (100.0)	1	2		
Turno de entrada	Noite	13	6.2	41	19.4	54	25.6	-2.3	2.3	10.456	0.005
	Manhã	24	11.4	19	9.0	43	20.4	2.9	-2.9		
	Tarde	41	19.4	73	34.6	114	54.0	-0.3	0.3		
Dia da semana	Domingo	11	5.2	28	13.3	39	18.5	-1.3	1.3	11.024	0.088
	2ª feira	15	7.1	12	5.7	27	12.8	2.1	-2.1		
	3ª feira	10	4.7	15	7.1	25	11.8	0.3	-0.3		
	4ª feira	3	1.4	14	6.6	17	8.1	-1.7	1.7		
	5ª feira	17	8.1	18	8.5	35	16.6	1.6	-1.6		
	6ª feira	9	4.3	22	10.4	31	14.7	-1.0	1.0		
	Sábado	13	6.2	24	11.4	37	17.5	-0.3	0.3		
Idas ao SU	Uma	72	34.1	124	58.8	196	92.9	-0.3	0.3	0.064	0.801
	Duas ou mais	6	2.8	9	4.3	15	7.1	0.3	-0.3		
Transporte	INEM /Ambulância	50	23.7	84	39.8	134	63.5	0.1	-0.1	0.059	0.971
	Próprio	25	11.8	13	20.4	68	32.2	0.0	0.0		
	Outro	3	1.4	6	2.8	9	4.3	-0.2	0.2		
Fluxograma	Agressão	65	30.8	109	51.7	174	82.5	0.3	-0.3	0.065	0.799
	Outros	13	6.2	24	11.4	37	17.5	-0.3	0.3		
Discriminador	Dor ligeira	11	5.2	13	6.2	24	11.4	1.0	-1.0	13.823	0.032
	Dor moderada	44	20.9	56	26.5	100	47.4	2.0	-2.0		
	Dor severa	3	1.4	1	0.5	4	1.9	1.6	-1.6		
	Hist. Perda consciência	3	1.4	5	2.4	8	3.8	1.6	-1.6		
	P/G hemorragia	8	3.8	39	18.5	47	22.3	-3.2	3.2		
	Problemas Recentes	1	0.5	3	1.4	4	1.9	-0.5	0.5		
	Outro	8	3.8	16	7.6	24	11.4	0.4	0.4		



Variáveis	Género	Feminino		Masculino		Total		Residuais		X ²	p
		N (78)	% (37.0)	N (133)	% (63.0)	N (211)	% (100.0)	1	2		
Prioridade											
	Sem prioridade	2	0.9	1	0.5	3	1.4	1.1	-1.1	5.428	0.365
	Não urgente	2	0.9	0	0.0	2	0.9	1.9	-1.9		
	Pouco urgente	11	5.2	18	8.5	29	13.7	0.1	-0.1		
	urgente	58	27.5	106	50.2	164	77.7	-0.9	0.9		
	Muito urgente	5	2.4	7	3.3	12	5.7	0.3	-0.3		
	Emergente	0	0.0	1	0.5	1	0.5	-0.8	0.8		
Dor											
	Sem dor (0)	1	0.5	2	0.9	3	1.4	-0.1	0.1	1.380	0.710
	Dor ligeira (1-4)	14	6.6	27	12.8	41	19.4	0.4	0.4		
	Dor moderada 5-7)	59	28.0	101	47.9	160	75.8	0.0	0.0		
	Dor severa (8-10)	4	1.9	3	1.4	7	3.3	1.1	-1.1		
ECG											
	Sem alteração (GCS=15)	77	36.5	131	62.1	208	98.6	0.1	-0.1	0.017	0.896
	Alt. Significativa (GCS<13)	1	0.5	2	0.9	3	1.4	-0.1	0.1		
Alcoolémia											
	Sem análise	70	33.2	77	36.5	147	69.7	4.9	-4.9	26.445	0.000
	Sem alcoolémia	6	2.8	17	8.1	23	10.9	-1.1	1.1		
	Com alcoolémia	2	0.9	39	18.5	41	19.4	-4.7	4.7		
Tipo de violência											
	Violência familiar/ parc. Íntimo	38	18.0	15	7.1	53	25.1	6.1	-6.1	49.522	0.000
	Violência na comunidade	24	11.4	30	14.2	54	25.6	1.3	-1.3		
	Não específica	16	7.6	88	41.7	104	49.3	-6.4	6.4		
Natureza violência											
	Física	77	36.7	132	62.9	209	99.5	-1.3	1.3	1.700	0.192
	Psicológica	1	0.5	0	0.0	1	0.5	1.3	-1.3		
Antecedentes pessoais											
	Psiquiátricos	20	9.5	15	7.1	35	16.6	2.7	-2.7	7.330	0.007
	Substâncias (droga)	2	0.9	11	5.2	13	6.2	-1.7	1.7		
	Substâncias (álcool)	2	0.9	21	10.0	23	10.9	-3.0	3.0	8.854	0.003
	Fármacos (psicofármacos)	17	8.1	6	2.8	23	10.9	3.9	-3.9		
	Fármacos (outros)	1	0.5	2	0.9	3	1.4	-0.1	0.1	0.017	0.896
	História prévia de violência	8	3.8	11	5.2	19	9.0	0.5	-0.5	0.237	0.627

O agente da agressão contundente predominou quer na globalidade da amostra (93.0%) quer em ambos os géneros. As lesões com maior registo, em ambos os géneros, foram a ferida não suturada (28.4%), a ferida suturada (27.0%), o hematoma (25.1%), o edema (17.0%) e a fratura (16.1%).

O crânio (50.4%), a face (46.6%) e os membros superiores (30.8%) foram as localizações de agressão com maior predomínio. Os exames complementares de diagnóstico mais utilizados foram a radiografia (79.1%), a TAC (66.8%) e as análises (18.9%).

As vítimas foram maioritariamente encaminhadas para a consulta de medicina geral e familiar (31.3%), ORL (5.7%), maxilofacial e ortopedia em 3.8%. A consulta de enfermagem foi também a que apresentou maior registo (27.0%), por necessidade de continuidade de medidas terapêuticas.

A maioria das vítimas teve alta para o domicílio (88.6%), 4.7% tiveram necessidade de internamento pela gravidade das lesões e estado clínico da vítima e 5.2 % abandonaram o serviço contra parecer médico.

Índice de gravidade de trauma

Apuramos que, o índice de gravidade de trauma avaliado pela aplicação da escala RTS adaptada variou entre um mínimo de 4.91 e um máximo de 7.84, com uma média de 7.81. Prevaleceu o score de 7.84 pontos em 96.2% das vítimas, com uma distribuição igual entre géneros, o que significa uma probabilidade de sobrevida entre 96.9% e 98.8%, no entanto, não pontua com diferenças significativas face ao género (Fisher=2.534; p=0.539), situação também constatada pela distribuição dos valores residuais.

Tabela 4 – Índice de gravidade de trauma em função do género

Variáveis	Género		Masculino		Total		Residuais		X ²	p
	N (78)	% (37.0)	N (133)	% (63.0)	N (211)	% (100.0)	1	2		
Índice de gravidade de trauma (RTS)										
4.91	1	0.47	-	0.0	1	0.5	n.a.	n.a.	Fisher 2.534	0.481
7.26	1	0.47	1	0.5	2	0.9	n.a.	n.a.		
7.55	1	0.47	4	1.9	5	2.4	n.a.	n.a.		
7.84	75	35.5	128	60.7	203	96.2	0.0	0.0		

Apesar dos resultados serem estatisticamente não significativos, verificou-se que a influencia da idade sobre o índice de gravidade de trauma é mais elevada para as vítimas com idade \geq a 65 anos e \leq a 34 anos, maior prevalência no género masculino, sem companheiro, maior prevalência nas vítimas residentes em meio rural fora do distrito de Viseu, com um único episódio de urgência, sendo a violência na comunidade o tipo de violência predominante. A permanência no SU por tempo prolongado (> 360 minutos) tem maior índice de gravidade de trauma em comparação com os restantes tempos de permanência, não sendo, no entanto, estatisticamente significativo (cf. tabela 5).

Tabela 5 – Influência das variáveis sobre o índice de gravidade de trauma

Variáveis	Índice de Gravidade trauma Ordenação média	Teste	p
Idade			
< 34 anos	106,59	Kruskal-Wallis 1.538	0.674
35-49 anos	104,97		
50-64 anos	104,66		
> 65 anos	110,00		
Género			
Feminino	M = 7,7920; DP=0,33854	Test t student -0.918	0.361
Masculino	M=7,8277; DP =0,7037		
Estado civil			
Sem companheiro	13,0	U Mann-Whitney -0.707	0.480
Com companheiro	12,25		



Variáveis	Índice de Gravidade trauma Ordenação média	Teste	p
Residência			
Urbano	M=7,7963; DP=0,313	Test t student	0.334
Rural	M=7,8286; DP=0,70	-0.971	
Distrito			
Viseu	105,74	U Mann-Whitney	0.461
Outro	110,00	-0.737	
N.º de idas ao SU			
Uma	106,22	U Mann-Whitney	0.560
2 ou mais	103,07	-0.584	
Tipo de violência			
Familiar/ parceiro íntimo	53,00	U Mann-Whitney	0.408
Comunidade	54,98	-0.828	
Tempo no SU			
<120min	105,67	Kruskal-Wallis 2.765	0.429
121-240min	106,22		
241-360min	102,68		
>360min	108,58		

Foi aplicada uma análise de regressão linear, utilizando o método Enter, com o intuito de apurar as variáveis predictoras do índice de gravidade de trauma. As variáveis que entraram neste modelo de regressão foram: idade, género (como variável muda), o tempo de permanência no SU, o número de idas ao serviço de urgência, a prioridade e a dor.

Os resultados obtidos, indicam que todos os rácios críticos não são estatisticamente significativos, o que leva a afirmar que nenhuma das variáveis utilizadas no modelo proposto se manifesta como predictor (cf. Figura 1).

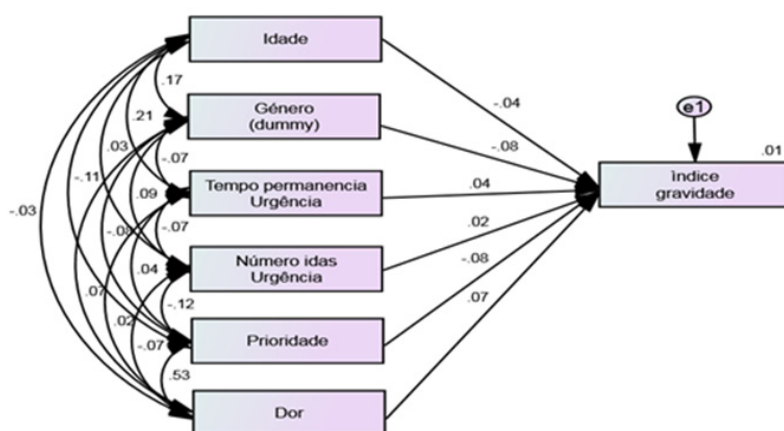


Figura 1 – Output gráfico do modelo inicial do índice de gravidade de trauma

3. Discussão

Os resultados permitem traçar o perfil das vítimas de violência interpessoal (n=211) admitidas no serviço de urgência polivalente, no ano 2020, num Centro Hospitalar da zona centro de Portugal, correspondendo a 0.33% da população assistida.

A amostra é maioritariamente do género masculino, com uma média de idades de 45.36 anos, residentes no distrito de Viseu em meio rural e com companheiro. Este perfil é consistente com os dados apontados pelos estudos de Sheikh et al., (2020) e Silva et al., (2021), sobre vítimas de violência interpessoal admitidas no serviço de urgência.

Constatou-se maior número de admissões no período da tarde, ao domingo, com um único episódio, sendo transportados maioritariamente pelos meios INEM/ ambulância, o que corrobora com os resultados de Peixoto et al., (2019), que apurou maior prevalência de admissões ao serviço de urgência ao domingo e no período da tarde.

Verificou-se o predomínio do consumo de substâncias (droga e álcool), seguido de patologia psiquiátrica, consumo de fármacos e história prévia de violência quando analisamos os antecedentes pessoais destas vítimas. Salienta-se que, o consumo de álcool pontuou mais em comparação com o consumo de droga e a história de violência prévia no género masculino foi mais representativa. Sheikh et al., (2020), infere que o abuso do álcool está fortemente associado a um risco aumentado de agressão. Como antecedentes pessoais inferiu-se maior prevalência de patologia psiquiatria e dependência de fármacos no género feminino e de abuso de substâncias e história prévia de violência no género masculino.

As vítimas foram triadas maioritariamente pelo fluxograma “agressão”, com maior atribuição do discriminador “dor moderada”, com prioridade urgente, verificando-se um tempo de permanência no SU superior a 360 minutos, provavelmente pela gravidade das lesões manifestadas com necessidade de medidas terapêuticas diferenciadas.

Apesar da escassez de registo quanto ao tipo de violência sofrida pela vítima, apuramos uma distribuição idêntica para ambos os géneros quer para a violência familiar/parceiro íntimo, quer para a violência na comunidade. No entanto, predomina a violência na comunidade no género masculino e a violência familiar/parceiro íntimo no género feminino, com diferenças estatísticas significativas ($p= 0.000$). Estes dados vão de encontro aos da APAV (2021), que descreve um aumento do crime contra pessoas no ano 2020, prevalecendo o crime de violência doméstica no género feminino. Afirma ainda que, para além das relações de intimidade (cônjuge, companheiro, ex-companheiro, ex-namorado e namorado), existe um aumento do registo de violência nas relações de consanguinidade, tais como, casos em que o autor da agressão é o filho/a ou pai/mãe da vítima, o que vai de encontro aos dados obtidos neste estudo. A violência intrafamiliar é intensificada pelas diferenças culturais e comportamentais, a visão do papel da mulher na sociedade, o desemprego, a destruturação da figura masculina, o consumo de álcool e de substâncias ilícitas que potenciam o comportamento agressivo.

O contexto social com saídas noturnas para bares e festas, com o consumo exagerado de álcool, pode justificar os resultados deste estudo relativamente à violência na comunidade que pontuou mais no género masculino. O consumo de álcool é considerado um fator desencadeador de atos de violência (Loutroukis et al., 2020) e consequentemente de casos de agressão (Queiroz et al., 2021).

O predomínio da violência física era expectável pela necessidade de a vítima procurar o serviço de urgência para o tratamento das suas lesões, o que vai de encontro a outros estudos onde este tipo de violência tem maior registo (Peixoto et al., 2019).

O agente da agressão predominante foi o contundente, causado por objeto rombo, ou força, nomeadamente, soco, chuto e cabeçadas (Grego & Douglas, 2019), com consequentes lesões, nomeadamente, hematomas, feridas não suturadas e não suturadas, fraturas e edemas, o que revela a brutalidade a agressão sofrida.

Apuramos que o crânio, a face e os membros superiores foram as localizações anatómicas de agressão mais registadas em ambos os géneros. Cabral et al., (2020), apurou que os traumatismos faciais são os mais prevalentes nos serviços de urgência, sendo o trauma da face predominante no género masculino, provavelmente pelo facto de serem mais aventureiros, abusarem do consumo de álcool e/ou substâncias ilícitas. Pereira et al., (2020), inferiu que as vítimas de violência doméstica, do género feminino, apresentam predominantemente lesões na face, cabeça e pescoço



(estrangulamento), elevando o risco de desenvolver lesões cerebrais. À semelhança destes estudos, obtivemos resultados idênticos diferindo apenas na diferenciação entre gêneros.

A maioria das vítimas tiveram alta para o domicílio, com registo de internamentos pela gravidade das lesões e ainda alguma desistência por parte da vítima de observação médica ou abandono contra parecer médico.

Inferiu-se neste estudo uma probabilidade de sobrevivência da vítima elevada, com uma distribuição idêntica em ambos os gêneros, o que significa, um baixo índice de gravidade de trauma.

Apesar de estatisticamente não significativo, apurou-se que as vítimas do género masculino, sem companheiro, com idade ≤ 34 anos e ≥ 65 anos, residentes em meio rural e fora do distrito de Viseu, pontuaram com maior índice de gravidade de trauma, assim como, as vítimas com um único episódio de urgência, vítimas de violência na comunidade e com tempo de permanência no SU > 360 minutos.

Não foi possível apurar variáveis preditoras do índice de gravidade de trauma, possivelmente pela amostra ser reduzida no que concerne a esta problemática em estudo.

Conclusão

O índice de gravidade de trauma foi tradutor de elevada probabilidade de sobrevivência (96.9 – 98.8%), logo baixo índice de gravidade de trauma. No entanto, não foi possível apurar variáveis preditoras do índice de gravidade de trauma.

A avaliação do índice de gravidade de trauma das vítimas de violência interpessoal no serviço de urgência, permite reorganizar as dinâmicas e potenciar as estruturas de forma a garantir a melhor assistência destas vítimas.

Dadas as limitações deste estudo, recomenda-se realizar novas investigações, com amostras mais significativas, em outros serviços de urgência de outras regiões de Portugal, que contribuam para aprofundar esta temática.

Pelos dados obtidos, devemos dar especial atenção às vítimas mais jovens e mais idosas, assim como às vítimas de violência na comunidade, uma vez que o estudo revelou serem as que registam maior índice de gravidade de trauma.

Agradecimentos

Agradecem-se os contributos do Instituto Politécnico de Viseu, do Centro Hospitalar Tondela Viseu, e da Equipa de Prevenção de Violência do Adulto (EPVA) do CHTV.

Fonte de financiamento

Projeto de investigação “Evidências para Não arriscar Vidas: do pré-hospitalar ao serviço de urgência e à alta”, realizado em parceria com a Unidade de Investigação em Ciências da saúde e da educação (UniCise), da Escola Superior de Saúde de Viseu (ESSV) do Instituto politécnico de Viseu.

Referências bibliográficas

- Associação Portuguesa de Apoio à Vítima. (março de 2021). Estatísticas APAV - Relatório Anual 2020. Obtido de www.apav.pt/estatisticas
- Cabral, C. de L., Lima, M. O. de., & Oliveira, S. M. L. de. (2021). Facial injuries caused by physical aggression: a bibliographic review. *Research, Society and Development*, 10(1), e14110111616. <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i1.11616>
- Centro de Estudos Judiciários (CEJ). (2021). Violência Doméstica e Violência na Intimidade. Acedido por http://www.cej.mj.pt/cej/recursos/ebooks/penal/eb_VD_VI_04.pdf
- Direção-Geral da Saúde (DGS). (2016). Violência Interpessoal- Abordagem, Diagnóstico e Intervenção nos Serviços de Saúde. 2ª ed. Acedido por https://www.dgs.pt/accao-de-saude-para-criancas-e-jovens-em-risco/ficheiros-externos/violencia_interpessoal-pdf.aspx

- Grego, R. & Douglas, W. (2019). *Medicina Legal – À Luz do Direito e do Direito Processual Penal*. 12ª ed. Impetus. Acedido por Medicina Legal- Rogério Greco- Impetus Costa, F. A. D. D. (2021). *Triagem de manchester: intervenção dos Enfermeiros*. (Master's thesis).
- Instituto Nacional de Estatística, I.P. (INE). (2020). *Crimes*. Acedido por https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&userLoadSave=Load&userTableOrder=10769&tipoSelecao=0&contexto=pq&selTab=tab1&submitLoad=true
- Instituto Nacional de Estatística, I.P. (INE). (2021). *Conceito de Idoso*. Acedido por Sistema Integrado de Metainformação - conceitos (ine.pt)
- Lippus, H., Soo, K., Laanpere, M., Yount, K. M., Part, K., Ringmets, I., ... & Karro, H. (2020). The prevalence and patterns of exposure to interpersonal violence among men and women in Estonia. *PloS one*, 15(8), e0237562.
- Loutroukis, T., Loutrouki, E., Klukowska-Rötzler, J., Koba, S., Schlittler, F., Schaller, B., Exadaktylos, A. K., Doulberis, M., Srivastava, D. S., Papoutsis, S., & Burkhard, J. (2020). Violence as the Most Frequent Cause of Oral and Maxillofacial Injuries among the Patients from Low- and Middle-Income Countries-A Retrospective Study at a Level I Trauma University Emergency Department in Switzerland. *International journal of environmental research and public health*, 17(13), 4906. <https://doi.org/10.3390/ijerph17134906>
- Olive, P., Hives, L., Wilson, N., Nowland, R., & Clegg, A. (2020). Health and well-being harms experienced by adult victims of interpersonal violence: a scoping review protocol. *JB I evidence synthesis*, Publish Ahead of Print, 10.11124/JBIES-20-00015. Advance online publication. <https://doi.org/10.11124/JBIES-20-00015>
- Organização Mundial de Saúde. (2014). *Relatório Mundial Sobre Prevenção da Violência*. Obtido de <https://nev.prp.usp.br/wp-content/uploads/2015/11/1579-VIP-Main-report-Pt-Br-26-10-2015.pdf>
- Peixoto, G. S., Inácio, Q. L., & Gadelha, L. M. U. (2019). Ansiedade e depressão em pacientes internados vítimas de acidentes e violência física interpessoal. *CEP*, 62010, 660.
- Pereira de Sousa, M. E., Rodrigues de Santana, M., Monte da Cunha, G. I., da Silva Sousa, M. R., do Nascimento Silva, I. M., & Ramos Gonçalves, F. (2020). Traumas em mulheres vítimas de violência: uma análise em Recife-PE. *Nursing (São Paulo)*, 23(269), 4703–4710. <https://doi.org/10.36489/nursing.2020v23i269p4703-4710>
- Queiroz, D.R., Barros, M. V. G., Aguiar, J. A., Soares, F. C., Tassitano, R. M., Bezerra, J., & Silva, L. M. P. (2021). Consumo de álcool e drogas ilícitas e envolvimento de adolescentes em violência física em Pernambuco, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 37(4), 1-10.
- Sebastião, S. M. F. D. A. (2019). *Marcadores de risco dos clientes admitidos no serviço de urgência* (Doctoral dissertation)
- Sheikh, S., Chokotho, L., Mulwafu, W., Nyirenda, M., Le, G., Mbomuwa, F., Pandit, H., & Lavy, C. (2020). Characteristics of interpersonal violence in adult victims at the Adult Emergency Trauma Centre (AETC) of Queen Elizabeth Central Hospital. *Malawi medical journal: the journal of Medical Association of Malawi*, 32(1), 24–30. <https://doi.org/10.4314/mmj.v32i1.6>
- Walker, G. N., Dekker, A. M., Hampton, D. A., Akhetuamhen, A., & Moore, P. Q. (2020). A Case for Risk Stratification in Survivors of Firearm and Interpersonal Violence in the Urban Environment. *The Western Journal of Emergency Medicine*, 21(6), 132–140. <https://doi.org/10.5811/westjem.2020.8.45041>

UNIDADES TÉCNICAS | TECHNICAL UNITS | UNIDADES TÉCNICAS

Unidade Técnica de Redação, Edição e Documentação
Redaction Technical Unit, Publishing and Documentation
Unidad Técnica de Redacción, Publicaciones y Documentación
Ângelo Fonseca

Edição Internet- Desenvolvimento e manutenção da plataforma da Revista
Internet Edition- Development and magazine platform maintenance
Edición Internet- Desarrollo y mantenimiento de la plataforma de la revista
Ângelo Fonseca

Apoio Técnico, Redação e Edição de Texto
Technical Support, Redaction and Text Edition
Soporte Técnico, Redacción y Edición de Texto
Cristina Lima

Composição e Conceção Gráfica
Composition and Graphic Design
Composición y Diseño Gráfico
Cristina Lima





2022
série • série 2 | número • number 2
quadrimestral • quarterly

ACEPS
Associação Católica de Enfermeiros e Profissionais de Saúde