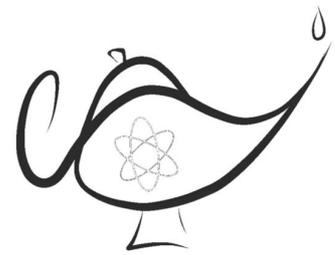


Projetar Enfermagem



ISSN 2184-4402

1

Destaque

Artigos de opinião

Luís Filipe Barreira | Katharine Kolcaba

Artigos de investigação

Variáveis que influenciam a satisfação dos clientes com a qualidade dos cuidados de saúde

Projetos de melhoria contínua da qualidade

Análise da estratégia para a redução da infeção por MRSA em internamento hospitalar

FICHA TÉCNICA

ISSN 2184-4402

Diretor

Júlio Belo Fernandes

Conselho Editorial

Júlio Belo Fernandes

Doutor em Ciências de Enfermagem

Doutor em *Intervención Psicológica en Educación, Salud y Calidad*

Mestre em Enfermagem

Sónia Belo Fernandes

Doutora em *Intervención Psicológica en Educación, Salud y Calidad*

Mestre em Saúde Pública

Diana Alves Vareta

Mestre em Enfermagem

Editora Gráfica

Ana Luísa da Silva Almeida

Designer

Carolina Vicente

Revisores

Alexandra Isabel Rebelo Figueira

Ana Luísa da Silva Almeida

Ana Rita Correia de Sousa

Ana Margarida Gonçalves Chalaça

Bernardete Sousa Sidrónio

Carla Margarida da Silva Almeida

Inês Rocha Pauleta

Isabel Cristina Reis Cordeiro

Katy Hughes

Liliana Henriques Susana Gouveia

Maria Isabel Sanches dos Santos

Matilde Lopes Sousa

Milene Cristina Chicharo Silvestre

Paulo Cesar Lopes Silva

Sandra Maria Monteiro Henriques

Susana Maria da Costa Cardoso

Tiago André de Sá Santos

ÍNDICE

Editorial – Génese	4
Júlio Belo Fernandes	
Enfermagem: Formação e desenvolvimento	5
Luís Filipe Barreira	
My Vision for Nursing	10
Katharine Kolcaba	
Variáveis que influenciam a satisfação dos clientes com a qualidade dos cuidados de saúde	14
Sónia Belo Fernandes, Júlio Belo Fernandes, Ana Luísa da Silva Almeida	
Análise da estratégia para a redução da infeção por MRSA em internamento hospitalar	27
Diana Alves Vareta, Ana Sofia Pratas Romão, Catarina Silva Ferreira, Sofia Anjos Melo Senhorinho, Cátia Sofia Ponte Marques	
A intervenção do gestor de caso na prevenção de recidivas na pessoa com doença mental	39
Júlio Belo Fernandes, Sónia Belo Fernandes, Ana Luísa da Silva Almeida	
O treino de marcha na promoção do autocuidado na reabilitação da pessoa com AVC: Revisão sistemática da literatura	50
Liliana Faria Roldão, Filipa Conceição	
Conforto nos diagnósticos de enfermagem - características definidoras de conforto prejudicado: Revisão integrativa da literatura	62
Ana Rita Correia de Sousa, Filipa Veludo	

Editorial

Génese

Júlio Belo Fernandes

Início este editorial parafraseando a estimada colega Lucília Nunes, grande teórica na área da enfermagem, quando referiu *“Partamos da ideia que o perito detém conhecimento profundo acerca de um dado domínio – e sabe quando, como, onde e porquê deve usar esse conhecimento”* (Nunes, 2010, p. 3). Subentendidos nesta reflexão estão os domínios do pensar a ação e da execução desse pensamento. A sua análise não se deve centrar unicamente numa execução prática, mas encarar esta ideia numa perspetiva global, e assumir que implícito nas funções de perito está o domínio da formação de pares. Assim, o saber quando, como, onde e porquê transformam-se nas interrogações de transmissão do seu saber, saber ser e saber fazer. É com base neste pressuposto de transmissão de saber que a *Projetar Enfermagem* tem a sua génese.

A *Projetar Enfermagem* apresenta-se como uma revista científica de acesso livre, cuja seleção de artigos é fundamentada por um sistema de arbitragem independente, que avalia a qualidade dos manuscritos através da revisão cega. Tem como objetivo divulgar o conhecimento científico produzido no campo específico da Ciência da Enfermagem, sob a forma de artigos de investigação originais, de revisão sistemática, integrativa e *scoping*, de opinião, ensaio e projetos de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem.

Para terminar este editorial deixo uma palavra de reconhecimento e de agradecimento a todos os colegas que colaboraram na edição desta revista, e a si, caro leitor, endereço-lhe o desafio de divulgar a revista e submeter artigos, de modo a que a transmissão do saber em enfermagem continue.

Referências bibliográficas

Nunes, L. (2010). Do perito e do conhecimento em enfermagem: uma exploração da natureza e atributos dos peritos e dos processos de conhecimento em enfermagem. *Percursos*, 17, 3-9. Recuperado de http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Percursos_n17.pdf

Artigo de opinião

Enfermagem: Formação e Desenvolvimento

Luís Filipe Barreira¹

1. Vice-Presidente do Conselho Diretivo da Ordem dos Enfermeiros.

Para falar do desenvolvimento da Enfermagem temos de obrigatoriamente falar da formação em Enfermagem, uma vez que esta é estruturante e encontra-se intrinsecamente ligada à sua evolução. É, pois, inevitável refletir sobre a formação em Enfermagem e os contributos ou constrangimentos para uma melhor e mais eficaz estratégia de desenvolvimento e suporte à profissão de enfermeiro em Portugal.

De entre as várias entidades que concorrem para a promoção do desenvolvimento da Enfermagem, encontra-se a Ordem dos Enfermeiros, que no âmbito das suas atribuições e competências, em particular no que reporta a *“fomentar o desenvolvimento da formação e da investigação em enfermagem e pronunciar-se sobre os modelos de formação e a estrutura geral dos cursos de enfermagem”*, olha para o ensino superior, especificamente da formação em Enfermagem, com real preocupação, pelo que tem vindo a realizar algumas diligências junto do Governo sobre a necessidade de, urgentemente, ponderar e alterar o

sistema da formação em Enfermagem enquanto disciplina e profissão.

A formação em Enfermagem está integrada no Sistema de Ensino Superior, que se caracteriza por ser um sistema binário que integra o subsistema universitário e o subsistema politécnico, com estruturas de organização e dimensão diversificadas.

O significativo desenvolvimento da Enfermagem em Portugal e a inegável qualidade da sua formação, internacionalmente reconhecida, justificam por si uma alteração no paradigma do ensino superior na Enfermagem em Portugal.

A Lei de Bases do Sistema Educativo, Lei nº 46/86, de 14 de outubro, na sua atual redação, refere que o ensino universitário é *“(...)orientado por uma constante perspectiva de promoção de investigação e de criação do saber, visa assegurar uma sólida preparação científica e cultural e proporcionar uma formação técnica que habilite para o exercício de actividades profissionais e culturais e fomenta o desenvolvimento das capacidades de concepção, de inovação e de análise crítica”*, esperando-se que este

subsistema tenha em si representadas todas as áreas científicas e que desenvolva de forma articulada os 1.º, 2.º e 3.º ciclos de formação e investigação que consolide e faça crescer o saber da respetiva área.

Com a publicação do Decreto-Lei, n.º 65/2018, de 16 de agosto, que aprova o regime jurídico dos graus académicos e diplomas do ensino superior, a exclusividade de atribuição do grau de doutor pelo ensino universitário é agora revogada, passando o ensino politécnico a poder atribuir o referido grau desde que as instituições do ensino superior cumpram com os requisitos dispostos no artigo 29.º.

Verifica-se hoje um aumento significativo de produção e divulgação do conhecimento e boas práticas em Enfermagem, com acentuado ênfase no quadro da formação académica integrado nos 2.º e 3.º ciclos, mestrado e doutoramento, sendo patente o contributo que tal representa para a evidência produzida, o que necessariamente se reflete na organização e prestação dos cuidados de saúde prestados no âmbito da profissão.

O desenvolvimento conseguido permite que nas mais variadas escolas de enfermagem/saúde – instituições de ensino superior politécnico – existam diversos mestrados de enfermagem em funcionamento.

Não obstante a existência desse sistema binário, a formação em Enfermagem constitui um caso, em meu entender, paradoxal, na medida em que, nos termos do Decreto-Lei n.º 353/99, de 3 de setembro, se permite o desenvolvimento do 2.º e 3.º ciclo de formação no âmbito do subsistema universitário, mas por força do disposto no Decreto-Lei n.º 480/88, de 23 de dezembro, se mantém a restrição do 1.º ciclo exclusivamente ao subsistema de ensino politécnico, ignorando-se o desenvolvimento da Enfermagem, nos mais variados domínios. Tal facto consubstancia uma situação única no quadro da formação e investigação em Portugal.

Assim, importa considerar um conjunto de razões que fundamentam a defesa de correção desta exclusividade.

A natureza da Enfermagem confere-lhe o seu enquadramento como *profissão* que, conforme a Classificação Nacional das Profissões, de 2008 e revista em 2010, se classifica no grupo 2, denominado *Especialistas das Profissões Intelectuais e Científicas*. Esta classificação surge na sequência de um longo percurso pelo desenvolvimento contínuo e pela aquisição de uma maturidade e de um estatuto que foi sistematicamente reconhecido e culminou com o reconhecimento à profissão da sua capacidade de autorregulação (Decreto-lei n.º 104/98, de 21 de abril). É este o diploma legal que cria a Ordem dos

Enfermeiros e no qual o Estado reconhece que os enfermeiros constituem um corpo institucional idóneo capaz de assumir a devolução dos poderes que a ele competem no que concerne à regulamentação e controlo do exercício profissional. Nele afirma-se que “os enfermeiros constituem, actualmente, uma comunidade profissional e científica da maior relevância no funcionamento do sistema de saúde e na garantia do acesso da população a cuidados de saúde de qualidade, em especial em cuidados de Enfermagem. A formação dos enfermeiros, integrada no sistema educativo nacional a nível do ensino superior desde 1988, permitiu o acesso aos diferentes graus académicos e a assunção das mais elevadas responsabilidades nas áreas da concepção, organização e prestação dos cuidados de saúde proporcionados à população. De igual modo, o desenvolvimento induzido pela investigação tem facilitado a delimitação de um corpo específico de conhecimentos e a afirmação da individualização e autonomia da enfermagem na prestação de cuidados de saúde (...)”.

Temos, assim, evidenciada a Enfermagem como uma *disciplina do conhecimento*, aceite pela Academia, e que tem como principal objetivo a produção de conhecimento, o que só será plenamente conseguido se a Enfermagem estiver integrada, também, no contexto

universitário. Por outro lado, a Enfermagem é reconhecida como profissão autónoma e de cariz científico que requer, “*uma sólida preparação científica e cultural e [...] uma formação técnica que habilite para o exercício de actividades profissionais e culturais e fomenta o desenvolvimento das capacidades de concepção, de inovação e de análise crítica*” (Lei n.º 49/2005, de 30 de agosto), tal como previsto na Lei de Bases do Sistema Educativo para o ensino universitário.

A formação em Enfermagem, embora tenha evoluído progressivamente, foi, durante muitas décadas, mantida à margem do sistema educativo nacional. Só em 1988, pelo Decreto-lei n.º 480/88, de 23 de dezembro, foi integrado no sistema educativo nacional, em exclusividade, a nível do ensino superior politécnico (nº 1, do Artigo 1.º). Esta integração exigiu às escolas e aos seus docentes uma adaptação, que não constituiu dificuldades nas dimensões pedagógicas, organizativas e científicas, mas veio evidenciar a necessidade de aquisição de graus académicos, conforme exigência do Estatuto da Carreira do Pessoal Docente do Ensino Superior Politécnico. Na verdade, os enfermeiros docentes faziam formação de cariz clínico, mas sem correspondência a grau académico. A resposta a esta exigência foi rapidamente conseguida, sendo hoje residual o número de docentes que não

tem o grau de mestre e crescente o número de docentes com o grau de doutor, atingindo já, em muitas instituições, percentagens sobreponíveis ao exigido.

Do resultado das avaliações constantes que a formação em Enfermagem tem vindo a ser sujeita, constata-se que tem havido um incremento contínuo da sua qualidade com impacto direto nas competências dos profissionais formados e, conseqüentemente, na qualidade em saúde.

Prova destas premissas são os factos de:

Serem atualmente, 46 os cursos de mestrado acreditados pela Agência de Avaliação e Acreditação do Ensino Superior (A3ES) que, em 2007, inicia a missão de (...) *garantir a qualidade do ensino superior em Portugal, através da avaliação e acreditação das instituições de ensino superior e dos seus ciclos de estudos, bem como no desempenho das funções inerentes à inserção de Portugal no sistema europeu de garantia da qualidade do ensino superior.*

O número de diplomados, só no ano letivo 2016/2017, ter atingido os 450 mestres e os 22 doutorados.

A particular situação da formação em Enfermagem carece de uma alteração que permita, não apenas uma maior coerência face à situação verificada, mas que igualmente potencie os resultados já alcançados.

Nestes termos, é imperativo que seja admitida a coexistência da formação em Enfermagem ao nível dos 3 ciclos (licenciatura, mestrado e doutoramento) nos dois subsistemas de ensino, permitindo aos candidatos à profissão, escolherem o que mais se adequa ao seu projeto pessoal.

Esta medida irá contribuir para uma maior coerência e centralidade no conhecimento, e por isso, suscetível de produzir e alimentar a evidência científica e as práticas clínicas, promovendo o desenvolvimento da Enfermagem enquanto disciplina e profissão e, conseqüentemente, a obtenção de ganhos em saúde da população.

Referências bibliográficas

Agência de Avaliação e Acreditação do Ensino Superior. <https://www.a3es.pt/pt/o-que-e-a3es/missao>. Acedido em 2019/01/08.

Assembleia da República. (1986). Lei n.º 46/86. **D. R. I Série.** 237 (14-10-1986). 3067-3081. Recuperado de <https://dre.pt/application/file/a/222361>

Assembleia da República. (2005). Lei n.º 49/2005. **D. R. I-A Série.** 166 (30-08-2005). 5122-5138. Recuperado de <https://data.dre.pt/eli/lei/49/2005/08/30/p/dre/pt/html>

Ministério da Educação. (1999). Decreto-Lei n.º 353/1999. **D. R. I-A Série.** 206 (03-09-1999). 6198-6201. Recuperado de [http](http://dre.pt/application/file/a/222361)

s://data.dre.pt/eli/dec-lei/353/1999/09/03/p
/dre/pt/html

Ministério da Saúde. (1988). Decreto-lei n.º 480/88. **D. R. I Série.** 295 (23-12-1988). 5070-5072. Recuperado de <https://dre.pt/application/conteudo/361157>
Ordem dos Enfermeiros. (1998). Estatuto da Ordem dos Enfermeiros. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Presidência do Conselho de Ministros. (2018). Decreto-Lei n.º 65/2018. **D. R. I Série.** 157 (16-8-2018). 4147-4182. Recuperado de <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/65/2018/08/16/p/dre/pt/html>

Artigo de opinião

My Vision for Nursing

Katharine Kolcaba¹

1. Ph.D. in Nursing, Associate Professor Emeritus in the University of Akron.

In 1965, she earned her Nursing diploma from St. Luke's Hospital School of Nursing, then earned her RN-MSN degree from the Frances Payne Bolton School of Nursing at Case Western Reserve University in 1987.

In 1997, Kolcaba earned her Ph.D. in Nursing at the same school, and received a Certificate of Authority as a Clinical Nursing Specialist.

Her education specialized in Gerontology, End of Life and Long Term Care Interventions, Comfort Studies, Instrument Development, Nursing Theory, and Nursing Research.

Dr. Kolcaba began developing her Comfort Theory in 1991. After more research and development, she published the Evolution of the Mid-Range Theory of Comfort for Outcomes Research in Nursing Outlook, 2001. This is a comprehensive guide of the evolution of the theory and the way it can be tested and adapted to various aspects of health care.

Introduction

When asked to write about “my vision for nursing,” I responded quickly and positively. “It’s my favorite topic and a vision that I have held for years.” It is articulated in the last chapter of my book published in 2003. This present format allows me to be more focused and succinct, always a good thing for a theorist!

So to start us off, I will say simply, that my vision is Comfort Care for All which includes patients (first and foremost), their families, staff, institutions including hospitals, nursing homes, and agencies, student nurses, and communities. I fervently believe that nurses WANT to

provide Comfort Care; it is THE reason we choose nursing as our life’s work.

Comfort Care is defined as a philosophy of health care that focuses on addressing comfort needs recipients in four contexts: physical (including homeostatic mechanisms as well as sensations related to medical problems), psychospiritual, sociocultural, and environmental. Comfort Care has three components: (a) and appropriate and timely intervention, (b) a mode of delivery that projects caring and empathy, and (c) the intent to enhance comfort (Kolcaba, 2003, p. 252). It is a pattern for holistic care, but is individualized for each recipient or group. Comfort is also a universal concept, meaning it is understood across most disciplines and cultures.

One can follow the pattern inherent in the comfort grid (see my homepage at TheComfortLine.com) for practice, research, and education. The grid is a 12-cell representation of a complex term or umbrella term under which pain (physical, relief) and anxiety (psychospiritual, relief) are only parts of the whole experience of comfort. The type of comfort named Relief refers to unmet comfort needs, usually of a severe nature. Ease emphasizes the importance of prevention of known risk factors that would keep a person from feeling comfortable. And transcendence addresses the most stubborn cases of persons unable to attain acceptable levels of comfort in any of the cells. The nurse continues to help the patient “rise above” or “bear with” the acute discomfort. The nurse never gives up, and provides hope - however hope is defined with the patient. In this model of care, administrators have a primary responsibility to provide the resources necessary for nurses to engage in comforting interventions. When the entire agency or institution is engaged in providing comfort care, patients will do better and the facility will benefit from increased patient satisfaction, cost savings, less staff turnover, etc. Please see the conceptual framework for three parts of comfort research on my home page.

Comfort Care can be applied in the community as in the research question, “What features are important in creating a comfortable community?” Comfort Care, whether explicit or implicit, is essential for end of life and palliative care. In mental health, a challenge for providers is to help patients develop healthy self-comforting strategies to take the place of addictive or self-destructive habits. For these patients, physical pain plays a very small part in their comfort status.

When I was a teen, I was moved by a simple poem by Emily Dickenson. I cut it out, framed it cheaply, and hung it in my room. It continued to speak to me as I applied to nursing school, began my practice years in a variety of settings, and settled on gerontology. It spoke to me as I taught students and as I interviewed research participants, all with the goal of promoting comfort in diverse places. And now it seems especially relevant as I volunteer at a homeless shelter, providing hope and friendship along with supplies. Again, physical pain has only a small role in my clients’ comfort status. Rather, they are seeking dignity, acceptance, compassion, strength along with the few supplies. The supplies are really a portal for me to address their other needs.

Dickenson's description of my vision for nursing, and the essence of Comfort Care follows:

If I can stop one heart from breaking,
I shall not live in vain;
If I can ease one life the aching,
Or cool one pain,
Or help one fainting robin
Unto his nest again,
I shall not live in vain.

Emily Dickenson (1830-1886)

Recipients of Comfort Care

Patients. I first articulated holistic comfort care for patients in a hospital setting, as described in my book. Most comfort studies being done today are with patients. But let's not forget...

Their families, who are often equally if not more stressed than their loved one in a health crisis. Nurses know there are many comforting interventions that are done for the families' benefit, such as comfortable lounge chairs for sleeping when the patient is able to doze. Helping with dietary needs, referrals to social service or a chaplain, explaining complicated procedures or diagnoses, active listening are just a few ways expert nurses address families' comfort.

Staff. In the latter part of my book, I began to consider the comfort of nurses and auxiliary staff members. Most health

care providers and support staff have chosen health care for their careers because they want to help people. They need support and recognition from administrators and mentors for their comforting efforts. Examples of necessary support are predictable hours, an atmosphere of teamwork, workable assignments, strong compensation, and fair benefits for all, predicated on their levels of education and responsibility.

Student Nurses.

Institutions including hospitals, nursing homes, and agencies.

End of Life. (hospice, critical care)

Psychiatric Care.

Communities.

References

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

Kolcaba, K. (2017). "The Theory of Comfort" in "The Nurse Theorists: Portraits of Excellence," Volume 3. A FITNE Production. Recuperado de https://www.fitne.net/nurse_theorists3.jsp

Kolcaba, K. (2018). *Kolcaba's Comfort Theory*. Recuperado de <https://nursology.net/nurse-theorists-and-their-work/kolcabas-comfort-theory>

Kolcaba, K.. www.TheComfortLine.com.
Acedido em 2018/10/10

Variáveis que influenciam a satisfação dos clientes com a qualidade dos cuidados de saúde

Variables that influence patients satisfaction with the quality of health care

Sónia Belo Fernandes¹, Júlio Belo Fernandes², Ana Luísa da Silva Almeida³

1. Doutora em *Intervención Psicológica en Educación, Salud y Calidad*; Mestre em Saúde Pública; Licenciada em Enfermagem.

2. Doutor em Ciências de Enfermagem; Doutor em *Intervención Psicológica en Educación, Salud y Calidad*; Mestre em Enfermagem; Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação.

3. Licenciada em Enfermagem.

Resumo

Enquadramento: A satisfação com a qualidade dos cuidados de saúde afeta o comportamento dos clientes, na medida em que os influencia na futura utilização dos serviços.

Objetivo: Identificar as variáveis que influenciam a satisfação dos clientes com a qualidade dos cuidados de saúde.

Metodologia: Estudo descritivo-correlacional, com aplicação de um questionário a uma amostra representativa da população constituída por 396 clientes, que recorreram a um dos quatro serviços de internamento de medicina interna ou cirurgia geral de um hospital.

Resultados: As variáveis que influenciam a satisfação dos clientes são o género dos inquiridos, o circuito de internamento, o serviço de internamento, a realização das expectativas, as amenidades, as capacidades técnica e interpessoal dos profissionais de saúde e o resultado final do internamento.

Conclusão: Os resultados desta investigação indicam que existem variáveis que influenciam a satisfação do cliente com a qualidade dos cuidados de saúde passíveis de serem alvo de intervenção. Este facto permitirá à instituição implementar dispositivos de análise e gestão que possibilitem melhorar a satisfação com a qualidade no sentido da excelência.

Palavras-chave: satisfação do cliente; qualidade dos cuidados de saúde; hospital

Abstract

Background: Patients satisfaction with the quality of health care affects their behaviour, as it influences them in the future use of services.

Objective: To identify the variables that influence patients satisfaction with the quality of health care.

Methodology: Descriptive-correlational study. A questionnaire was applied to a representative sample of the population consisting of 396 patients who had used one of the four inpatient wards of general medicine or general surgery of a hospital.

Results: The variables that influence patients satisfaction are their gender, hospitalisation circuit, inpatient unit, expectations fulfillment, amenities, health care professionals technical and interpersonal skills and the hospitalisation outcome.

Conclusion: The results of this research indicate that there are variables that influence patients satisfaction with the quality of health care that can be targeted for an action plan, which will allow the institution to implement analysis and management devices that can improve satisfaction with quality towards excellence.

Keywords: patient satisfaction; quality of health care; hospital

Introdução

A qualidade dos cuidados de saúde tende a deixar de ser um diferencial e tornar-se-á num pré-requisito para a seleção das diversas instituições de saúde.

Ao abordar o tema da qualidade em saúde, deve analisar-se com olhar crítico o nível de satisfação dos clientes em relação aos cuidados de saúde prestados, o número de reclamações existentes ou o tempo de espera, quer seja numa fila de atendimento ou no momento da alta. Todas as vertentes de uma instituição de saúde devem ser analisadas, assim como os prováveis impactos na credibilidade da mesma.

O conceito de satisfação do cliente é um termo sumário, que numa perspectiva teórica, se refere ao leque variado de reações da pessoa perante os cuidados de saúde. A avaliação do grau de satisfação com a qualidade dos cuidados de saúde afeta os seus comportamentos, na medida em que influencia a futura utilização dos serviços (MacAllister, Zimring, & Ryherd, 2016).

Ao identificar as variáveis que influenciam a satisfação dos clientes com a qualidade dos cuidados de saúde, pode realizar-se um diagnóstico de situação, que servirá de base para que a instituição implemente dispositivos de análise e gestão que permitam ultrapassar os fatores que geram a insatisfação.

Nesta perspectiva, acredita-se que ter em consideração a opinião dos clientes será um contributo fundamental para que a instituição se aproxime da qualidade de excelência pretendida.

Com base neste quadro problemático, realizou-se um estudo descritivo-correlacional com o objetivo de identificar as variáveis que influenciam a satisfação dos clientes com a qualidade dos cuidados de saúde.

Enquadramento teórico

A qualidade de cuidados foi definida por Lee e Jones em 1933, como a aplicação de todos os serviços da medicina científica moderna, às necessidades do cliente (Reerink, 1990). Ao longo do tempo a definição do conceito sofreu alterações e em 1980 surgiu uma mais completa desenvolvida por Donabedian, um dos grandes teóricos nesta área. De acordo com Donabedian (1980), os cuidados de saúde de qualidade são aqueles que visam a maximização do bem-estar da pessoa, tendo em consideração o balanço esperado de ganhos e perdas, referentes a todas as partes do processo de prestação de cuidados de saúde.

Nesta definição, são introduzidos no conceito de qualidade alguns fatores importantes, como a maximização do bem-estar do cliente. Desta forma, a qualidade passa a ter um carácter mais

abrangente e a dar resposta não só às necessidades do indivíduo, mas também perspectiva os benefícios, os riscos e os custos que possam advir. Com esta conceptualização, a opinião do cliente passou a ser considerada como um indicador relevante para a avaliação da qualidade dos cuidados de saúde, sendo cada vez mais respeitada e valorizada.

A satisfação do cliente com a qualidade dos cuidados de saúde é definida como a evolução subjetiva das reações cognitivas e emocionais, resultante da interação entre as expectativas quanto aos cuidados de saúde ideais e a perceção dos cuidados recebidos (MacAllister et al., 2016).

Segundo Campos, Borges e Portugal (2009) é um indicador importante na área da qualidade dos cuidados com repercussões para o planeamento e avaliação dos mesmos. Estes autores consideram que a satisfação é influenciada pela forma como os cuidados vão ao encontro das expectativas e necessidades do cliente, estando relacionadas com fatores pessoais, ambientais, contextuais e experiências passadas.

Quando se avalia a qualidade em saúde, na perspectiva do cliente, existem várias variáveis que podem influenciar a sua satisfação. Destacam-se as características inerentes ao cliente, a relação estabelecida com os profissionais, as experiências anteriores e as

expectativas em relação aos cuidados (Johansson, Oléni, & Fridlumd, 2002; MacAllister et al., 2016).

A nível da instituição prestadora de cuidados, devem ser considerados como elementos fundamentais o domínio técnico, interpessoal e as amenidades (Donabedian, 1980; Johansson et al., 2002; MacAllister et al., 2016). Segundo estes autores, o domínio técnico dos cuidados de saúde, consiste na aplicação prática das ciências da saúde aos problemas do cliente, de forma a maximizar os benefícios para a sua saúde, sem provocar o aumento dos riscos. Para Hughes (2008), embora os clientes admirem muito a importância deste domínio, principalmente perante situações em que a sua saúde e bem-estar possam estar ameaçados, possuem poucos conhecimentos para o avaliar.

O domínio interpessoal pode ser considerado como uma arte, envolve os aspetos sociais e psicológicos da interação entre o cliente e o profissional, representando a humanização dos cuidados de saúde. A gestão deste domínio deve consistir na definição de valores e normas que regem a interação dos indivíduos em geral e de situações particulares, que fazem parte da ética dos profissionais de saúde. Aqui enquadram-se as explicações fornecidas pelos profissionais de saúde relativas ao estado de saúde do cliente, à terapêutica prescrita e aos exames complementares

de diagnóstico (Donabedian, 1980; Johansson et al., 2002; MacAllister et al., 2016).

A qualidade de cuidados de saúde provém da qualidade da interação que o cliente estabelece com os profissionais. Estes ficam mais satisfeitos quando percebem que o profissional é sensível às suas necessidades. A forma como os profissionais comunicam com os clientes e lhes fornecem informações é um dos principais elementos de percepção da qualidade (Keller et al., 2014).

Em relação às amenidades, estas podem ser descritas como as características agradáveis dos cuidados de saúde, como por exemplo, ser observado numa sala com ambiente calmo e as instalações serem confortáveis e limpas (Donabedian, 1980; MacAllister et al., 2016).

A qualidade técnica pode ser influenciada pela natureza e estabilidade da relação interpessoal que o cliente desenvolve com o profissional de saúde, pelas amenidades que recebe e pela facilidade de acesso aos cuidados, quando deles necessita. Na maioria das vezes, este não tem conhecimentos nem competências suficientes para fazer a distinção entre os três domínios, uma vez que não possui informação suficiente que lhe permita efetuar uma apreciação correta e profunda sobre a competência técnica. Assim, os clientes acabam por avaliar esta competência com base na apreciação da componente interpessoal e

nas amenidades, componentes mais fáceis de ser avaliadas (Donabedian, 1980; Johansson et al., 2002; Keller et al., 2014; MacAllister et al., 2016).

Questão de investigação/Hipóteses

O presente estudo foi norteado pela seguinte questão de investigação: Quais são as variáveis que influenciam a satisfação dos clientes do hospital com a qualidade dos cuidados de saúde prestados?

Formularam-se as seguintes hipóteses:

H1 – Existe relação entre a satisfação dos clientes com a qualidade dos cuidados de saúde e o serviço de internamento.

H2 – Existe relação entre a satisfação dos clientes com a qualidade dos cuidados de saúde e as amenidades.

H3 – Existe relação entre a satisfação dos clientes com a qualidade dos cuidados de saúde e as competências interpessoais dos profissionais.

H4 – Existe relação entre a satisfação dos clientes com a qualidade dos cuidados de saúde e as competências técnicas dos profissionais.

H5 – Existe relação entre a satisfação dos clientes com a qualidade dos cuidados de saúde e a satisfação com o resultado final do internamento.

H6 – Existe relação entre a satisfação dos clientes com a qualidade dos cuidados de saúde e o tempo de internamento.

H7 – Existe relação entre a satisfação dos clientes com a qualidade dos cuidados de saúde e a idade dos inquiridos.

H8 – Existe relação entre a satisfação dos clientes com a qualidade dos cuidados de saúde e o género dos inquiridos.

H9 – Existe relação entre a satisfação dos clientes com a qualidade dos cuidados de saúde e as habilitações literárias dos inquiridos.

H10 – Existe relação entre a satisfação dos clientes com a qualidade dos cuidados de saúde e o sector profissional dos inquiridos.

H11 – Existe relação entre a satisfação dos clientes com a qualidade dos cuidados de saúde e a realização das expectativas iniciais.

H12 – Existe relação entre a satisfação dos clientes com a qualidade dos cuidados de saúde e o circuito de internamento.

H13 – Existe relação entre a satisfação dos clientes com a qualidade dos cuidados de saúde e a existência de internamento anterior.

Metodologia

A metodologia selecionada para a realização deste estudo foi uma abordagem quantitativa, descritivo-correlacional.

O método de amostragem selecionado foi a probabilística, aleatória estratificada. A população em estudo foi dividida em

subgrupos homogéneos, dos quais se retiraram aleatoriamente uma amostra de cada um dos estratos. O conjunto das amostras escolhidas constituiu a amostra final, cujos dados foram submetidos para análise. A estratificação foi realizada para as variáveis serviço de internamento e estação do ano em que foi internado.

Foram critérios de inclusão na amostra, ter mais de 18 anos de idade, saber ler e escrever em português e ter tempo de internamento superior a 48 horas. Este último critério prende-se com o facto de se considerar que com um tempo de internamento inferior, não é possível o cliente ter uma experiência que permita formular uma opinião fundamentada sobre os cuidados prestados.

A população alvo deste estudo foi constituída pelo universo dos clientes que recorreram ao internamento de um centro hospitalar.

A população em estudo foi constituída pelos clientes que recorreram a um dos quatro serviços de internamento de medicina interna ou cirurgia geral e tiveram alta, no espaço temporal entre 1 de janeiro e 31 de dezembro de 2017.

Foi realizado o cálculo para a dimensão da amostra e constatou-se que para um grau de confiança de 95%, com uma margem de erro de 5%, seriam necessários 395 inquiridos. Procedeu-se ao envio de 1000 questionários, após recolha dos dados obteve-se uma

amostra representativa da população constituída por 396 clientes.

Instrumento de colheita de dados

O instrumento de colheita de dados selecionado foi o questionário intitulado Avaliação da satisfação dos clientes com a qualidade dos cuidados de saúde, elaborado e validado para a população deste estudo por Fernandes (2011).

O questionário é constituído por vinte e uma questões, dividido em duas partes. Na primeira parte, são apresentadas onze questões de escolha múltipla e de resposta rápida, que têm como intuito a caracterização da amostra. Na segunda parte são colocadas dez questões, para avaliar a satisfação dos clientes no que respeita aos diversos itens relativos ao internamento no hospital, recorrendo à escala tipo *Likert* com quatro hipóteses de resposta.

Procedimento na recolha e análise dos dados

Para a aplicação do questionário foi selecionado como método de entrega, o correio postal. Uma semana após o envio dos questionários, foi realizado contacto telefónico para supervisionar a receção e reforçar a importância da colaboração no estudo.

A análise dos dados foi efetuada com recurso ao *software* IBM SPSS *Statistics*, versão 13.0.

Através do teste Shapiro-Wilk verificou-se que a amostra apresentava uma distribuição normal, pelo que se utilizou testes paramétricos para o estudo das hipóteses.

Procedimentos éticos

A recolha de dados foi realizada após a autorização do hospital onde o estudo foi efetuado. De modo a garantir o consentimento informado do inquirido, foi anexado ao questionário a informação acerca da finalidade do estudo, da voluntariedade da participação e da garantia da confidencialidade dos dados.

Resultados

Após tratamento estatístico dos dados, verificou-se que foram devolvidos em tempo útil 396 questionários. A maioria dos inquiridos eram mulheres (59,3%). Houve uma grande variabilidade de idades, com a idade mínima de 20 anos e a idade máxima de 80 anos. A média de idades dos inquiridos foi de 45,8 anos, sendo o desvio padrão de 17,2 anos e a moda ter 34 anos. Do total de inquiridos 74,7% eram profissionalmente ativos, 71,2% pertenciam ao sector terciário e 49% eram licenciados.

Em relação à análise da hipótese H1, efetuou-se o teste Anova ($F= 5,801$; $p= 0,000$), que demonstrou existir diferença significativa entre as variáveis satisfação dos clientes e serviço de internamento.

Para testar a hipótese H2 avaliou-se a intensidade da relação entre as variáveis satisfação dos clientes e amenidades. Foram consideradas amenidades as condições físicas da enfermaria/quarto (limpeza e higiene, conforto e comodidade, ruído, proteção e privacidade) e a alimentação (qualidade, variedade, quantidade e horários). Procedeu-se à realização do coeficiente de correlação r de Pearson ($r= 0,856$; $p= 0,01$) e aferiu-se a existência de uma correlação entre as duas variáveis, no sentido de que quanto maior a satisfação com as amenidades, maior a satisfação dos clientes com a qualidade dos cuidados de saúde.

De modo a avaliar a hipótese H3 foi medida a intensidade da relação entre as variáveis satisfação do cliente e competência interpessoal dos profissionais. Foram consideradas competências interpessoais as questões relativas ao acolhimento, à cortesia, à disponibilidade e à capacidade para fornecer informação acerca da realização de procedimentos, exames complementares de diagnóstico e informação para a alta. Realizou-se o coeficiente de correlação, r de Pearson ($r= 0,963$; $p= 0,01$) e verificou-se que existe uma correlação entre as duas variáveis, no sentido de que quanto maior a satisfação com as competências interpessoais, maior a satisfação com a qualidade dos cuidados de saúde.

Em relação à hipótese H4, foi considerada como competência técnica dos profissionais de saúde as questões relativas à capacidade e profissionalismo dos funcionários da equipa multiprofissional. Para testar esta hipótese aplicou-se o coeficiente de correlação, r de Pearson ($r= 0,944$; $p= 0,01$) e aferiu-se a existência de uma correlação, no sentido de que quanto maior a satisfação dos clientes com a competência técnica dos profissionais de saúde, maior a satisfação com a qualidade dos cuidados de saúde.

A hipótese H5 foi analisada através do teste Anova ($F= 5,485$; $p= 0,003$). Verificou-se que existe diferença significativa entre as duas variáveis, sendo que os clientes que referem maior satisfação com o resultado final do internamento, tendem a apresentar maior satisfação com a qualidade dos cuidados de saúde.

Para avaliar a hipótese H6 aplicou-se o coeficiente de correlação r de Pearson ($r= 0,011$; $p= 0,820$) e não se verificou correlação entre as variáveis satisfação dos clientes e o tempo de internamento.

A hipótese H7 foi testada através da realização do coeficiente de correlação r de Pearson ($r= 0,078$; $p= 0,121$) e não se identificou correlação entre as variáveis satisfação dos clientes e idade dos inquiridos.

De modo a verificar a hipótese H8 mediu-se a intensidade da relação entre as duas

variáveis utilizando o Teste t , que permitiu concluir que existe diferença significativa entre as variáveis ($t = -3,259$; $p = 0,001$), sendo que os homens apresentaram maior satisfação com a qualidade dos cuidados de saúde.

A análise da hipótese H9 efetuou-se com a aplicação do teste Anova ($F = 1,254$; $p = 0,359$) que não identificou diferença entre as variáveis satisfação dos clientes e habilitações literárias dos inquiridos.

Verificou-se a hipótese H10 recorrendo ao teste Anova ($F = 0,696$; $p = 0,789$). Os resultados obtidos mostraram que não existe diferença significativa entre as variáveis satisfação dos clientes e sector profissional dos inquiridos.

Para verificar a hipótese H11 efetuou-se o teste Anova ($F = 3,105$; $p = 0,026$) que demonstrou que existe diferença significativa entre as duas variáveis. Aferiu-se que os clientes mais satisfeitos com a realização das suas expectativas foram os que apresentaram maior tendência para estar satisfeitos com a qualidade dos cuidados.

A hipótese H12 foi avaliada através do Teste t ($t = 3,336$; $p = 0,001$) e verificou-se a existência de diferença significativa entre as variáveis satisfação dos clientes e circuito de internamento, sendo que os clientes seguidos em consulta médica no hospital apresentaram maior satisfação com a qualidade dos cuidados de saúde.

Por fim, para testar a hipótese H13 analisou-se a relação entre as variáveis

satisfação dos clientes e internamento anterior, recorrendo ao Teste t ($t = 0,132$; $p = 0,895$) que não identificou diferença entre as duas variáveis.

Discussão

Ao longo desta investigação procurou-se identificar a existência de relações estatisticamente significativas, entre a variável satisfação do cliente e as restantes variáveis. Não se verificou a existência de relação entre a variável satisfação dos clientes e as características sociodemográficas, idade, habilitações literárias e sector profissional.

Martins (2009) também não identificou relação entre a variável idade e a variável satisfação do cliente. Resultados contraditórios encontraram autores como Bleich, Özaltın e Murray (2009) e Schoenfelder, Klewer e Kugler (2011), que identificaram associação entre estas variáveis.

No que se refere às habilitações literárias, à semelhança deste estudo, Franco e Florentim (2006) também não encontraram associação entre esta variável e a variável satisfação dos clientes. Contudo, Millar (2001) verificou que os clientes com mais habilitações literárias tendem a ter uma atitude mais positiva acerca dos cuidados prestados do que os clientes com menor nível educacional. Bleich et al. (2009) e Martins (2009) concluíram exatamente o oposto,

pois aferiram que os que clientes com maior nível educacional propendem a apresentar um menor nível de satisfação.

Em relação ao setor profissional, e à semelhança dos resultados verificados neste estudo, Chan e Chau (2005) e Quintana et al. (2006) também não identificaram relação entre esta variável e a variável satisfação dos clientes com a qualidade dos cuidados de saúde. Todavia, Martins (2009) aferiu que os clientes profissionalmente ativos apresentaram maior nível de satisfação.

Quanto à variável serviço de internamento, foi identificada diferença entre esta variável e a satisfação dos clientes. Estes resultados são corroborados por Pena (2010) que verificou que diferentes serviços de internamento influenciaram a satisfação dos clientes.

Identificou-se uma correlação entre as variáveis amenidades e a satisfação dos clientes. Este resultado não surpreende, dado que vários autores identificaram resultados semelhantes. As características gerais de um hospital têm sido consideradas importantes na avaliação da satisfação dos clientes, existindo uma correlação positiva entre a agradabilidade com as características físicas de uma unidade de saúde e a satisfação dos clientes (Keller et al., 2014; Schoenfelder et al., 2011).

Foi igualmente identificada uma correlação entre as variáveis

competências interpessoais e a satisfação dos clientes. Em concordância com este resultado Schoenfelder et al. (2011) concluíram que quem relata maior índice de satisfação com a qualidade dos cuidados de saúde, tende a apresentar um nível mais elevado de atitudes positivas e tem melhor percepção da qualidade das relações interpessoais com os profissionais de saúde. Uma vez mais, considerando os autores citados ao longo deste estudo sobre esta componente dos cuidados, os resultados obtidos foram previsíveis. Existe unanimidade entre os mesmos, pois relatam a relação interpessoal como um dos fatores mais influentes na satisfação dos clientes (Johansson et al., 2002; MacAllister et al., 2016; Schoenfelder et al., 2011).

Relativamente à variável competências técnicas dos profissionais de saúde, aferiu-se uma correlação com a variável satisfação dos clientes. Tendo em consideração os resultados de outros estudos, os quais estão em consonância com os verificados, considera-se que este resultado era expectável (Berhane, & Enquesslassie, 2016; Schoenfelder et al., 2011).

No que concerne à variável satisfação com o resultado final do internamento, identificou-se uma correlação com a variável satisfação dos clientes. Este resultado está em concordância com o verificado por Berhane e Enquesslassie (2016) e Schoenfelder et al. (2011), que

concluíram que o resultado final de um episódio de saúde influencia o grau de satisfação dos clientes com a qualidade dos cuidados de saúde. Este facto faz todo o sentido, uma vez que o objetivo dos clientes é a cura da sua doença, ou pelo menos, a melhoria do seu estado de saúde. Logo é normal que sempre que estes resultados são obtidos a pessoa fique mais satisfeita com os cuidados de saúde prestados.

No que se refere à variável género, identificou-se relação com a variável satisfação dos clientes, sendo que os homens tendem a manifestar maior satisfação com a qualidade dos cuidados de saúde. Este dado é contrário ao identificado por Schoenfelder et al. (2011) que não identificaram relação entre esta variável e a variável satisfação dos clientes. No entanto, Quintana et al. (2006) aferiram resultados semelhantes aos verificados neste estudo, pois constataram que os homens apresentam maior propensão para demonstrar satisfação com a qualidade dos cuidados de saúde.

No contexto das características sociodemográficas dos clientes, constatou-se que quanto às variáveis que influenciam a satisfação dos clientes, os estudos efetuados não são unânimes, uma vez que existem investigações que demonstram a existência de uma relação entre a variável satisfação e algumas dessas variáveis, mas outras demonstram

que tal relação não existe. Os resultados parecem depender do tipo de cuidados prestados e do contexto em que o estudo é executado.

No que respeita à realização das expectativas verificou-se a existência de uma relação entre esta variável e a variável satisfação dos clientes, sendo que quem realiza as suas expectativas tende a ficar mais satisfeito com a qualidade dos cuidados. Estes resultados vão ao encontro dos referidos por Berhane e Enquesslassie (2016) que constataram que os clientes apresentam maior satisfação com os cuidados de saúde, quando os comportamentos dos profissionais de saúde correspondem às suas expectativas.

No que concerne ao circuito de internamento, verificou-se a existência de uma relação com a variável satisfação dos clientes. Os internamentos programados são precedidos de consultas, correspondendo a clientes que têm um seguimento por médicos da instituição e que, por algum motivo do foro médico ou cirúrgico, necessitam de internamento, ou seja, são indivíduos que já possuem um contato frequente com o hospital e alguns dos seus funcionários. Este resultado parece ter coerência, pois ao analisar as razões de escolha do hospital, constatou-se que uma das mais referidas foi ter confiança no médico. Reforçando esta ideia, Keller et al. (2014), verificaram que a qualidade de cuidados de saúde

depende, em grande medida, da qualidade da interação que se estabelece entre os profissionais e o cliente. Porém, não se pode deixar de salientar que existem estudos que mostram precisamente o contrário, referindo que o número de visitas ao profissional não influenciou a satisfação (Martins, 2009).

Relativamente à variável tempo de internamento, não foi evidenciada relação com a variável satisfação dos clientes. Estes resultados vão ao encontro dos aferidos por Martins (2009) que também não encontrou relação entre estas duas variáveis. No entanto, em contraste com estes resultados, Quintana et al. (2006) verificaram que o menor tempo de internamento tende a traduzir-se em maior satisfação com a qualidade dos cuidados de saúde.

É de salientar que, neste estudo, embora se evidencie que a existência de interação entre o cliente e o profissional de saúde antes do internamento se relacionou com a satisfação dos clientes, o tempo de interação com os profissionais de saúde durante o internamento não teve qualquer influência nessa mesma variável.

Da população inquirida, 10,6% referiram já ter estado internados no hospital, e deste total 53,8% manifestaram elevada satisfação com o internamento anterior. A variável internamento anterior, não se relaciona com a satisfação dos clientes, este dado é corroborado por Schoenfelder et al. (2011), que à semelhança deste

estudo não encontraram qualquer relação entre estas variáveis.

No que se refere às limitações do estudo, é importante realçar que a opção de recolher os dados no período de tempo de um ano, está relacionado com o número de clientes que recorrem ao hospital oscilar consoante o período do ano. Contudo, tem-se presente a noção de que é possível que esta opção conduza a um possível viés de memória.

Conclusão

A satisfação do cliente com a qualidade dos cuidados prestados é um indicador de seleção para a utilização das diversas instituições de saúde. Ao longo do tempo verificou-se uma tendência de evolução das organizações prestadoras de cuidados de saúde para valorizar a perspectiva do cliente acerca da satisfação com a qualidade dos cuidados. Este estudo pretendeu dar voz aos clientes da instituição, identificando as variáveis que influenciam a satisfação com a qualidade dos cuidados.

Os resultados deste estudo enaltecem a ideia de que é imprescindível monitorizar a satisfação, como medida de avaliação dos cuidados de saúde prestados nas instituições de saúde e como condição necessária para a qualidade dos cuidados.

Existem variáveis que influenciam a satisfação do cliente, sendo elas o género

dos inquiridos, o circuito de internamento, o serviço de internamento, a realização das expectativas, as amenidades, a capacidade técnica e interpessoal dos profissionais de saúde e o resultado final do internamento.

Quanto às características sociodemográficas dos clientes identificam-se várias conclusões, pois os resultados das investigações não são unânimes, parecendo depender do tipo de cuidados prestados e do contexto em que o estudo é realizado.

Para concluir, salienta-se que este estudo identificou variáveis que influenciam a satisfação dos clientes com a qualidade dos cuidados de saúde passíveis de serem alvo de intervenção, nomeadamente as amenidades, as competências interpessoais e técnicas dos profissionais de saúde, permitindo à instituição implementar mecanismos de análise e gestão que lhe possibilite melhorar a satisfação dos clientes e caminhar no sentido da excelência pretendida.

Referências bibliográficas

Berhane, A., & Enquasselassie, F. (2016). Patient expectations and their satisfaction in the context of public hospitals. *Patient Prefer Adherence*, 10, 1919–1928. DOI: 10.2147/PPA.S109982

Bleich, S. N., Özaltın, E., & Murray, C. J. L. (2009). How does satisfaction with the

health-care system relate to patient experience? *Bull World Health Organ*, 87(4), 271–278. DOI: 10.2471/blt.07.050401

Campos, L., Borges, M., & Portugal, R. (2009). *Governança dos Hospitais*. Lisboa: Casa das letras.

Chan, J. N. H., & Chau, J. (2005). Patient satisfaction with triage nursing care in Hong Kong. *Journal of Advanced Nursing*, 50(5), 498–507. DOI: 10.1111/j.1365-2648.2005.03428.x

Donabedian, A. (1980). *Explorations in quality assessment and monitoring - the definition of quality and approach to its assessment*. Ann Arbor: Health Administration Press.

Fernandes, S. I. B. A. (2011). *A satisfação dos utentes com a qualidade dos cuidados de saúde em contexto hospitalar - que sugestões para melhorar*. Tese de Doutoramento. Espanha: Universidade da Extremadura.

Franco, M. J. B., & Florentim, R. J. S. (2006). A satisfação dos utentes em serviços de saúde: um estudo exploratório sobre o Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental do Centro Hospitalar da Cova da Beira. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 24(1), 21-35.

Hughes, R. G. (2008). *Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses*. Rockville: Agency for Healthcare Research and Quality.

- Johansson, P., Oléni, M., & Fridlum, B. (2002). Patient satisfaction with nursing care in the context of health care: a literature study. *Scand J Caring SCI*, 16(4), 337-44. **DOI:** 10.1046/j.1471-6712.2002.00094.x
- Keller, A., Bergman, M., Heinzmann, C., Todorov, A., Weber, H. ... Heberer, M. (2014). The relationship between hospital patients' ratings of quality of care and communication. *International Journal for Quality in Health Care*, 26(1), 26–33. **DOI:** 10.1093/intqhc/mzt083
- MacAllister, L., Zimring, C., & Ryherd, E. (2016). Environmental Variables That Influence Patient Satisfaction. A Review of the Literature. *HERD: Health Environments Research & Design Journal*, 10(1), 155-169. **DOI:** 10.1177/1937586716660825
- Martins, J. C. A. (2009). Satisfação dos doentes oncológicos com os cuidados recebidos durante o internamento: contributo para a validação e utilização de EORTC in PATSAT 32, na população portuguesa. *Referência*. 9, 41-49. Recuperado de https://web.esenfc.pt/v02/pa/conteudos/downloadArtigo.php?id_ficheiro=260&codigo=
- Millar, M. (2001). Patient satisfaction with general practice in Ireland. *Irish Medical Journal*, 94(4), 108-109. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11440044>
- Pena, M. M. (2010). *Análise do Grau de Satisfação de Usuários de um Hospital Universitário Privado: Uma Abordagem Multissetorial*. Tese de Mestrado em Ciências. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.
- Quintana, J. M., González, N., Bilbao, A., Aizpuru, F., Escobar, A., Esteban, C. ... Thompson, A. (2006). Predictors of patient satisfaction with hospital health care. *BMC Health Services Research*, 16(6), 1-9. **DOI:** 10.1186/1472-6963-6-102
- Reerink, E. (1990). Defining Quality of Care: Mission Impossible? *International Journal Quality Assurance in Health Care*, 2(3), 197-202. **DOI:** 10.1093/intqhc/2.3-4.197
- Schoenfelder, T., Klewer, J., & Kugler, J. (2011). Determinants of patient satisfaction: a study among 39 hospitals in an in-patient setting in Germany. *International Journal for Quality in Health Care*, 23(5), 503–509. **DOI:** 10.1093/intqhc/mzr038

Análise da estratégia para a redução da infeção por MRSA em internamento hospitalar

Analysis of the strategy to reduce MRSA infection in hospitalised patients

Diana Alves Vareta¹, Ana Sofia Pratas Romão², Catarina Silva Ferreira², Sofia Anjos Melo Senhorinho², Cátia Sofia Ponte Marques²

1. Mestre em Enfermagem; Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

2. Licenciada em Enfermagem.

Resumo

Enquadramento: As infeções associadas aos cuidados de saúde são um problema de saúde pública atual, com forte impacto na qualidade dos cuidados prestados e nos custos em saúde.

Em 2012, os enfermeiros dinamizadores do grupo coordenador local de controlo de infeção e prevenção de resistências aos antimicrobianos de um centro hospitalar reconheceram esta problemática, identificaram o *Staphylococcus aureus Resistente à Meticilina* como o microrganismo com maior prevalência e criaram o projeto “Vigilância Ativa no Controlo do MRSA”.

Objetivo: Reduzir a taxa de infeção por *Staphylococcus aureus Resistente à Meticilina* nos clientes internados no serviço de medicina interna.

Metodologia: Implementação de uma estratégia multimodal baseada no rastreio ativo de uma população selecionada, na formação da equipa multiprofissional, na padronização de procedimentos, na auditoria de práticas e na vigilância epidemiológica segundo critérios de risco.

Resultados: No período de 5 anos a taxa de infeção por *Staphylococcus aureus Resistente à Meticilina* diminuiu de 2,7% para 1,1%.

Conclusão: Com a implementação da estratégia delineada verificou-se uma redução na taxa de infeção por *Staphylococcus aureus Resistente à Meticilina*, o que sustenta a necessidade de manutenção da estratégia.

Palavras-chave: controlo de infeção; *Staphylococcus aureus Resistente à Meticilina*; vigilância em saúde

Abstract

Background: Healthcare-associated infections are a current problem, with a strong impact on the quality of care and healthcare costs.

In 2012, the local nurse group responsible for infection prevention and control of antimicrobial resistance in a hospital recognised this problem, identifying Methicillin-Resistant *Staphylococcus aureus* as the most prevalent and created the project "Active Surveillance in MRSA".

Objective: To reduce the Methicillin-Resistant *Staphylococcus aureus* infection rate in hospitalized patients.

Methodology: Implementation of a multimodal strategy based on the active screening of a selected population, accompanied by multiprofessional team training, procedures standardisation, practice audits and epidemiological surveillance according to risk criteria.

Results: In a 5-year period the rate of Methicillin-Resistant *Staphylococcus aureus* infection decreased from 2.7% to 1.1%.

Conclusion: With the implementation of this strategy there was a reduction of Methicillin-Resistant *Staphylococcus aureus* infection rate, which supports the need to maintain this strategy.

Keywords: infection control; Methicillin-Resistant *Staphylococcus aureus*; public health surveillance

Introdução

As infeções associadas aos cuidados de saúde (IACS) caracterizam-se por não estarem presentes ou em incubação no momento da admissão hospitalar e distinguem-se por serem adquiridas em contexto de prestação de cuidados de saúde, independentemente do nível de cuidados (World Health Organization [WHO], 2011). É considerado o evento adverso mais frequente associado à prestação de cuidados de saúde em todo o mundo (WHO, 2010).

Concomitante com o aumento da morbidade e da mortalidade, as IACS incrementam o consumo de recursos hospitalares e comunitários, e são responsáveis por sofrimento humano (Direção-Geral da Saúde [DGS], 2017). O seu tratamento é cada vez mais complexo pela crescente resistência aos antimicrobianos (European Centre for Disease Prevention and Control [ECDC], 2015).

A prescrição inadequada e/ou exagerada de antimicrobianos, a utilização de técnicas invasivas de diagnóstico e tratamento, associadas ao envelhecimento da população e ao crescente número de comorbilidades, constituem-se como fatores responsáveis por este aumento (Lecour, 2010). Para além dos fatores associados à resistência aos antimicrobianos, existem fatores de risco intrínsecos e extrínsecos que

potenciam a suscetibilidade da pessoa à infeção (Khan, Baig, & Mehboob, 2017; Pina, Ferreira, Marques, & Matos, 2010).

As IACS são um problema de saúde pública com forte impacto em Portugal e na Europa. Perante esta problemática, mostrou-se necessário reforçar a resposta do governo numa nova ambição da saúde pública, em consonância com a política de saúde “Saúde 2020” da Organização Mundial da Saúde e da União Europeia. Em 2013 a DGS cria o Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos. Este programa foi considerado de carácter prioritário e recomenda a prevenção e controlo da infeção, a prevenção de resistências e o uso racional de antimicrobianos como medidas-chave na prestação de cuidados de saúde. Tem como objetivo a redução da taxa de IACS e da taxa de microrganismos com resistência aos antimicrobianos (Ministério da Saúde, 2015).

Tendo em conta que aproximadamente 30% das IACS são evitáveis (Ministério da Saúde, 2015), os profissionais de saúde desempenham uma função de destaque na quebra da cadeia de transmissão de microrganismos nos diferentes contextos dos cuidados de saúde, sendo essencial apostar na sua formação e responsabilização (Pina et al., 2010).

O número de IACS numa unidade prestadora de cuidados é um indicador de qualidade e de segurança em saúde. Para

monitorizar este indicador deve ser desenvolvido um processo de supervisão contínua de forma a identificar problemas, estabelecer prioridades e avaliar a eficácia da estratégia utilizada. É essencial conhecer os riscos ao nível de cada instituição, de modo a instituir as medidas necessárias para os minimizar (Pina et al., 2010).

Na procura da melhoria contínua dos cuidados de enfermagem e em parceria com a Ordem dos Enfermeiros, os enfermeiros dinamizadores do grupo coordenador local de controlo de infeção e prevenção de resistências aos antimicrobianos (GCLCIPRA) do serviço de medicina interna (SMI) de um centro hospitalar participaram no programa Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, identificando as IACS como um problema emergente, passível de intervenção e que condiciona a qualidade e segurança dos cuidados prestados.

O SMI recebe uma população maioritariamente idosa, portadora de múltiplos fatores de risco e, conseqüentemente, com elevada suscetibilidade à infeção. Pela pertinência da intervenção neste contexto específico foi implementado o projeto “Vigilância Ativa no Controlo do MRSA”, com o objetivo de reduzir a infeção por *Staphylococcus aureus* Resistente à *Meticilina* (MRSA) nos clientes internados no SMI, garantindo a segurança dos clientes, familiares/visitantes e

profissionais no âmbito da prestação de cuidados de saúde.

Enquadramento

As IACS constituem uma ameaça à segurança do cliente, sendo responsáveis por agravar o prognóstico da doença de base, prolongar o tempo de internamento, aumentar a resistência a antimicrobianos, criar incapacidade a longo prazo e incrementar o encargo financeiro para os sistemas de saúde (WHO, 2011). Na Europa as IACS assumem uma prevalência de 6,1%, sendo estimado que cerca de 4 milhões de pessoas são afetadas em cada ano (ECDC, 2013).

O microrganismo mais identificado nas IACS é o MRSA, sendo uma prioridade de saúde pública na Europa (ECDC, 2015).

O MRSA desenvolve-se quando o *Staphylococcus aureus* se torna resistente à Meticilina, o que significa que existe um reduzido espectro de antibióticos para o tratar. É um coco gram positivo que coloniza a pele de cerca de 30% da população. No entanto, é um microrganismo oportunista e pode provocar infeção grave em hospedeiros suscetíveis (ECDC, 2015).

A transmissão ocorre por contato direto através de mãos contaminadas e de portas de entrada para a corrente sanguínea como feridas, dispositivos médicos ou procedimentos invasivos (Khan et al., 2017).

A maioria das pessoas que adquire MRSA está colonizado, ou seja, o microrganismo está presente na superfície corporal sem invasão tecidual ou reação imunológica. Todavia, a colonização está associada a uma possibilidade de infeção 4 vezes superior (Safdar, & Bradley, 2008). Assim, o controlo da transmissão de microrganismos deve ter em consideração não só a prevenção da infeção, mas também a prevenção da colonização.

A implementação de programas de prevenção e controlo da infeção permite diminuir a transmissão e a incidência da infeção, reduzindo a necessidade de prescrição e consumo de antibióticos e consequentemente, o desenvolvimento de resistências (DGS, 2017).

A redução das IACS é um objetivo passível de alcançar, contudo é necessária uma mudança de comportamentos. Os profissionais de saúde assumem um papel determinante na quebra da cadeia de transmissão de microrganismos multirresistentes (MMR), sendo cada profissional responsável por adquirir conhecimento e integrá-lo na prática (Nathwani, 2016).

Fatores de risco

A sensibilidade do hospedeiro depende de fatores que alteram o risco de contrair infeção, nomeadamente a suscetibilidade e as condições intrínsecas do cliente, o ambiente em que os cuidados são prestados e a falta de sensibilização dos

profissionais e prestadores de cuidados de saúde para a problemática (Khan et al., 2017).

Os fatores de risco intrínsecos como a idade, o estado nutricional e a presença de comorbilidades condicionam a resposta imunitária do hospedeiro, alterando a sua suscetibilidade à infeção. No inquérito de prevalência de IACS realizado em 2012 é referido que nos grupos etários superiores a 65 anos a taxa de IACS foi superior à média, tanto a nível nacional como europeu (DGS, 2013).

Os fatores de risco extrínsecos englobam a dotação de profissionais de saúde, as condições estruturais, a atuação da equipa multiprofissional, a aplicação de protocolos de boas práticas, a execução de procedimentos invasivos, a presença de dispositivos invasivos e o recurso a antibioterapia (Pina et al., 2010).

Epidemiologia

Segundo o ECDC (2013), na Europa em 2012 a taxa de prevalência de IACS por MMR situava-se nos 6,1%. No mesmo ano, em Portugal, a DGS revelou uma prevalência de 10,6%, dos quais 7,8% correspondem a MRSA (DGS, 2013).

No SMI, em 2012, a taxa de prevalência de IACS por MMR era de 7,2%, sendo que 6,2% são referentes a MRSA (Ribeiro, & Barroso, 2013).

Objetivo

Foi delineado como objetivo deste projeto reduzir a taxa de infeção por MRSA nos clientes internados no serviço de medicina interna.

Metodologia

A colonização/infeção por MRSA assumiu principal destaque no SMI em 2012, quando num período de uma semana, foi identificada colonização por MRSA em 33% dos clientes internados.

Em maio desse ano foi desenvolvido o projeto “Vigilância Ativa no Controlo do MRSA”, de acordo com os critérios de risco definidos na norma 029/2012 da DGS, com o intuito de reduzir o risco de colonização/infeção por MRSA através da vigilância e da implementação de estratégias de intervenção.

A implementação deste projeto permitiu o desenvolvimento de uma estratégia multimodal, de forma faseada, e contemplou intervenções junto dos diferentes grupos profissionais. A primeira fase baseou-se na perceção, identificação e análise do problema, que conduziu ao desenvolvimento do projeto.

Posteriormente, foi realizada auditoria observacional de práticas e análise dos resultados obtidos, com base nos quais foi definida e planeada a estratégia de intervenção. Seguiu-se a fase de implementação, com a realização de

ações de formação e treino, e reestruturação da informação disponível para profissionais e clientes. As ações de formação referidas foram inicialmente dirigidas para a campanha de higienização das mãos e posteriormente, para a campanha de precauções básicas de controlo de infeção. A última fase englobou a monitorização e auditoria de práticas, com partilha dos resultados com a equipa e ajuste da estratégia em função dos resultados e das necessidades identificadas.

O plano de ação é atualizado anualmente e baseia-se nas seguintes medidas:

- Aplicação da campanha de precauções básicas de controlo de infeção;
- Realização de rastreio ativo de pesquisa de portadores de MRSA, efetuado por zaragatoa nasal, com base nos critérios de risco definidos pelas normas 029/2012 e 018/2014 da DGS;
- Adesão ao sistema de vigilância epidemiológica, que consiste na cooperação entre o laboratório de microbiologia e o GCLCIPRA na partilha de informação e mecanismos de alerta na identificação de casos de MMR;
- Aplicação do protocolo de descontaminação de clientes colonizados por MRSA;

- Auditorias às práticas dos profissionais e posterior partilha de resultados;
- Formação contínua dirigida à equipa multiprofissional.

Estratégia de prevenção

A primeira estratégia adotada para a mudança de comportamento dos profissionais foi a adesão à Campanha de Higienização das Mãos, promovida pela DGS em articulação com a World Alliance for Patient Safety. A higienização das mãos é a ação com maior repercussão no controlo da transmissão cruzada de IACS (WHO, 2009). Esta medida foi implementada no SMI e tem sido auditada anualmente pelos enfermeiros do GCLCIPRA. A realização de auditorias faz parte do processo de melhoria da qualidade, e os seus resultados permitem implementar mudanças a nível individual, da equipa e do serviço (Fernandes, & Almeida, 2017). A sua monitorização permite avaliar a qualidade dos cuidados e a efetividade da estratégia utilizada.

A formação dos profissionais no SMI tem sido contínua desde 2012, organizada em módulos e utilizando uma metodologia teórico-prática dirigida a todos os grupos profissionais. Inicialmente foi focada a importância dos princípios de controlo de infeção na prestação de cuidados de saúde, a campanha de higienização das mãos e a implementação das normas da DGS sobre precauções de isolamento e

vigilância epidemiológica. Em 2014, a campanha de higienização das mãos foi integrada na campanha de precauções básicas de controlo de infeção, que estendeu o seu âmbito para a etiqueta respiratória, o equipamento de proteção individual e o controlo ambiental. As ações de formação realizadas nesse ano acompanharam a evolução da campanha e incluíram a partilha dos resultados das auditorias dos anos anteriores.

Fez igualmente parte da estratégia o desenvolvimento de meios de partilha de informação, com a realização de folhetos informativos dirigidos aos visitantes, a colocação de *wallpapers* com informação de sensibilização no ambiente de trabalho dos computadores do serviço e a elaboração de um póster científico, com o intuito de divulgar o projeto a todos os profissionais do centro hospitalar.

A vigilância epidemiológica constitui uma medida fundamental na prevenção e controlo de infeção, dado permitir a avaliação contínua e sistemática da taxa de infeção e possibilitar a deteção precoce de surtos de infeção (DGS, 2008). O método de vigilância epidemiológica instituído centra-se na pesquisa de MRSA nos casos de maior risco, seguindo as orientações da DGS para os critérios de risco. Foi estabelecida uma articulação entre os profissionais do SMI, do laboratório de microbiologia e do GCLCIPRA para garantir a eficácia deste processo.

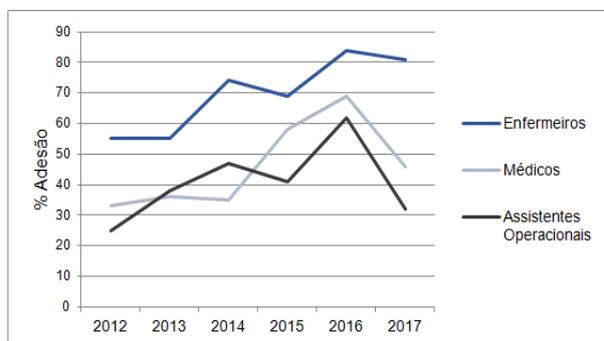
Avaliação

Da estratégia implementada, são apresentados os dados de monitorização quantificáveis que influenciam a prevenção e o controlo da transmissão de MMR.

A intervenção que tem sido constante desde o início do projeto é a campanha de higienização das mãos. No gráfico 1 é apresentada a taxa de adesão à higienização das mãos por grupo profissional no total das oportunidades existentes.

Desde a implementação da estratégia até 2016 houve uma evolução positiva na taxa de adesão à higienização das mãos por todos os grupos profissionais. Em 2017, verificou-se um decréscimo, embora com menor evidência na equipa de enfermagem.

Gráfico 1 - Taxa de adesão à higienização das mãos por grupo profissional



No SMI, a formação em serviço sobre o controlo de infeção decorre anualmente. A taxa de adesão dos enfermeiros deste serviço às ações de formação

contempladas no plano de formação foi de 68% em 2012, aumentando até 100% em 2014 e 2016. Tanto em 2015 como em 2017, apenas foi considerada a formação aos enfermeiros que integraram a equipa durante esse ano.

No que concerne aos médicos não foi possível contabilizar a taxa de formação efetiva, devido à rotatividade de elementos ao longo do ano. No entanto, desde 2014 que todos os estudantes de medicina recebem formação de carácter obrigatório nesta área, no programa de integração ao serviço.

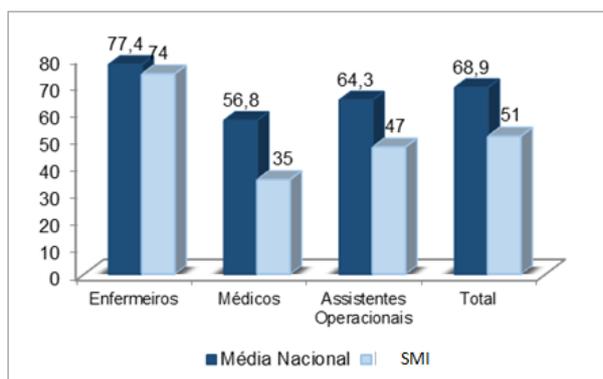
Os assistentes operacionais foram alvo da formação em serviço realizada em 2012, sendo a taxa de adesão de 44%. Nos anos seguintes somente os novos elementos que integraram a equipa receberam a formação.

Os melhores resultados na taxa de adesão à higienização das mãos por parte dos enfermeiros e dos assistentes operacionais foram constatados em 2014 e, posteriormente, em 2016. Nesses anos foi realizada formação a 100% da equipa de enfermagem, verificando-se um crescimento paralelo na taxa de adesão nos assistentes operacionais. Apesar de nesses anos não terem recebido formação dirigida, pensasse que a partilha de informação e a supervisão dos comportamentos por parte dos enfermeiros poderá ter contribuído para o resultado positivo nos assistentes

operacionais. Da mesma forma a tendência acompanha a menor adesão. Em 2014, a equipa médica apresentou a menor taxa de adesão à higienização das mãos. Neste sentido, a estratégia foi orientada para o reforço da formação a este grupo. No ano seguinte houve uma melhoria dos resultados, evoluindo de 35% para 58%.

Comparando a taxa de adesão à higienização das mãos do SMI no ano de 2014, com a média nacional de contextos com as mesmas características e através da análise do gráfico 2, constata-se que no SMI a taxa é inferior à média nacional em todos os grupos profissionais, sendo os enfermeiros os que mais se aproximam. Apenas foi possível realizar a comparação com os dados de 2014, pois são os únicos dados disponibilizados pela DGS. Nesse ano a taxa global nacional de adesão à higienização das mãos foi de 68,9% (DGS, 2016), 18% superior à taxa de adesão no SMI.

Gráfico 2 - Comparação da taxa de adesão à higienização das mãos por grupo profissional em 2014



Para compreender a evolução da taxa de MMR no SMI, em particular por MRSA, apresenta-se o gráfico 3.

O rastreio ativo de MRSA foi implementado em maio de 2012, pelo que os resultados desse ano não refletem a totalidade dos casos identificados.

Em 2013, verificou-se uma taxa de prevalência de IACS por MMR de 16,8%. No entanto, foi um ano atípico em infeções por microrganismos pouco frequentes no serviço.

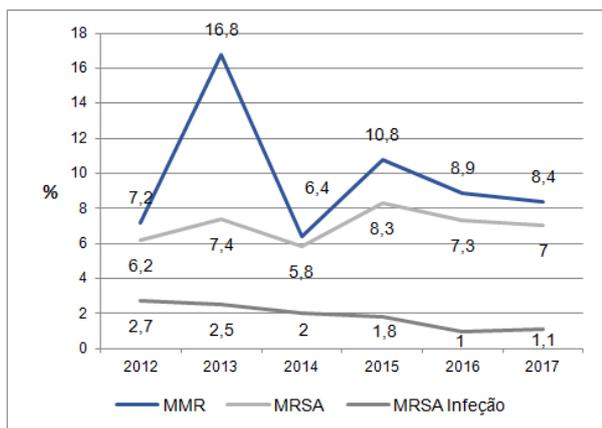
No período analisado, a taxa de prevalência de IACS por MMR aquando da admissão no SMI aumentou de 7,2% em 2012 para 8,4% em 2017. Verificou-se a mesma tendência na taxa de prevalência por MRSA, evoluindo de 6,2% em 2012, para 6,9% em 2017. De destacar a tendência decrescente da taxa de infeção por MRSA, a qual passou de 2,7% em 2012 para 1,1% em 2017. De referir que para a taxa de infeção por MRSA foram consideradas as amostras do tipo invasivo (sangue, secreções brônquicas e exsudado de feridas).

Sendo que o objetivo delineado para este projeto foi reduzir a taxa de infeção por MRSA nos clientes internados no serviço de medicina interna, com base nos dados acima referidos, pode-se afirmar que este foi alcançado.

Desde 2014 que se verifica uma tendência crescente na taxa de prevalência de IACS por MRSA. Este facto poderá estar relacionado com a

reformulação dos critérios de risco definidos pela DGS, o que alargou o espectro de clientes alvo de colheita.

Gráfico 3 - Taxa de microrganismos no SMI



Conclusão

A realização deste projeto possibilitou conhecer a prevalência de MMR no SMI e constatar o impacto da estratégia implementada entre 2012 e 2017.

As auditorias executadas, para além de fornecerem dados comparáveis, promoveram a reflexão da equipa multiprofissional sobre as práticas e conduziram à sua reestruturação, potenciando melhorias ao nível da eficácia e eficiência, tanto no SMI como no centro hospitalar.

No âmbito da estratégia, demonstrou-se fundamental a execução de um plano de intervenção anual adaptado aos resultados dos diferentes alvos da ação.

No que respeita à adesão à campanha de higienização das mãos, constatou-se que

apesar da adesão a este comportamento ser transversal a todos os grupos profissionais, mantem-se inferior à média nacional, pelo que deve permanecer como um dos focos de atenção do projeto.

O conhecimento constitui-se como um pilar decisivo para a mudança de comportamento, pelo que a formação obrigatória para todos os grupos profissionais poderá ser uma medida para melhorar os resultados obtidos.

Após a implementação de uma estratégia multimodal baseada no rastreio ativo de uma população selecionada verificou-se, num período de cinco anos, uma redução superior a 50% na taxa de infeção por MRSA, pelo que se considera cumprido o objetivo do projeto. O decréscimo progressivo desta taxa sustenta a necessidade de manutenção da estratégia. Esta não pode permanecer estática, pois é necessário atualizar e renovar a mensagem periodicamente, e utilizar as metodologias de ação mais adequadas.

O rastreio por zaragatoa nasal é realizado no momento da admissão no serviço e não na admissão hospitalar. Seria pertinente realizar a colheita na admissão hospitalar e comparar os resultados da aplicação do protocolo com os obtidos no SMI, conhecer as taxas de reinternamento, o tempo de permanência no serviço de urgência ou a permanência em outras unidades de saúde na procura de estabelecer alguma relação.

Para além das medidas de controlo de infeção, não podemos esquecer as medidas de prevenção de resistências aos antimicrobianos, que cada vez mais assumem maior responsabilidade no controlo deste tipo de infeções.

A maioria das medidas preventivas e de controlo, como manter a higiene das mãos e assegurar a assépsia durante os procedimentos invasivos, são medidas simples e que não envolvem custos extra, requerem apenas mudança comportamental entre os profissionais de saúde.

Futuramente, o projeto “Vigilância Ativa no Controlo do MRSA” deverá manter a estratégia de vigilância epidemiológica do agente, monitorizar a aplicação das normas, auditar as práticas e divulgar os resultados aos profissionais de saúde. A inclusão do cliente e família na promoção de comportamentos de prevenção de infeção e na tomada de decisões informadas sobre a sua própria saúde é fundamental, sendo necessário melhorar os níveis de literacia sobre o tema para todos os intervenientes.

Agradecimentos

Agradecemos a colaboração à Sr.^a Enfermeira Chefe-Maria Violante Nunes e aos elementos do GCLCIPRA pela disponibilidade e empenho na execução deste projeto.

Referências bibliográficas

Direção-Geral da Saúde. (2008). *Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção Associada Aos Cuidados de Saúde - Manual de Operacionalização*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde. Recuperado de http://www1.ar.slv.t.min-saude.pt/SiteCollectionDocuments/SPublica/Controlo%20Infeccao/SP_ManualdeOperacionalizacao.pdf

Direção-Geral da Saúde. (2012). *Precauções Básicas do Controlo da Infeção (PBCI)*. Norma n.º 029/2012. (28-12-2012 atualizada a 31-10-2013).

Direção-Geral da Saúde. (2013). *Prevalência de infeção adquirida no hospital e do uso de antimicrobianos nos hospitais portugueses - Inquérito 2012*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde. Recuperado de <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i019020.pdf>

Direção-Geral da Saúde. (2014). *Prevenção e Controlo de Colonização e Infeção por Staphylococcus aureus Resistente à Meticilina (MRSA) nos Hospitais e Unidades de Internamento de Cuidados Continuados Integrados*. Norma n.º 018/2014. (09-12-2014 atualizada a 27-04-2015).

Direção-Geral da Saúde. (2016). *Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos em Números – 2015. Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos*. Lisboa: Direção-

- Geral da Saúde. Recuperado de <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/03/Relat%C3%B3rio.pdf>
- Direção-Geral da Saúde. (2017). *Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos 2017*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
- European Centre for Disease Prevention and Control. (2013). *Point prevalence survey of healthcare associated infections and antimicrobial use in European acute care hospitals 2011–2012*. Stockholm. **DOI:** 10.2900/86011
- European Centre for Disease Prevention and Control. (2015). *Antimicrobial resistance surveillance in Europe 2014 - Annual report of the European Antimicrobial Resistance Surveillance Network*. Stockholm. **DOI:** 10.2900/23549
- Fernandes, J. B., & Almeida, A. S. (2017). *Prevenção de Quedas no Hospital. A aplicação da teoria das consequências funcionais*. Berlin: NEA.
- Khan, H., Baig, F., & Mehboob, R. (2017). Nosocomial infections: Epidemiology, prevention, control and surveillance. *Asian Pacific Journal of Tropical Biomedicine*, 7(5), 478–482. **DOI:** 1016/j.apjtb.2017.01.019
- Lecour, H. (2010). Infecção em cuidados de saúde – Perspectiva actual. *Cadernos de Saúde*, 8(3), 17-23. Recuperado de http://www.cadernosdesaude.org/menu/docs/C_Saude_3_Especial_Infeccao.pdf
- Ministério da Saúde. (2015). Despacho n.º 1400-A/2015. **D. R. II Série**. 28 (10-02-2015). 3882-(2)-3882-(10). Recuperado de <https://dre.pt/application/file/66457154>
- Nathwani, D. (2016). *Healthcare-Associated Infections Are Considered To Be Preventable By Intensive Hygiene And Control Programmes*. Em: *Infecções associadas aos cuidados de saúde: o contributo dos diagnósticos in vitro*. Lisboa 28 de junho de 2016, Apifarma, Lisboa. 8-11. Recuperado de https://www.apifarma.pt/Documentos%20ENews/Diagnosticar_BrochuraA4_web_final.pdf
- Pina, E., Ferreira, E., Marques, A., & Matos, B. (2010). Infecções associadas aos cuidados de saúde e segurança do doente. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 10, 27-39. Recuperado de <http://www.ensp.unl.pt/dispositivos-de-apoio/cdi/cdi/sector-de-publicacoes/revista/2010/pdf/volume-tematico-seguranca-do-doente/4-Infecoes%20associadas%20aos%20cuidados%20de%20saude%20e%20>
- Ribeiro, R., & Barroso, F. (2013). Relatório - Inquérito de Prevalência de Infecção HSB -2012.
- Safdar, N., & Bradley, A. (2008). The risk of infection after nasal colonization with *Staphylococcus aureus*. *The American Journal Of Medicine*, 121(4), 310-315. **DOI:** 10.1016/j.amjmed.2007.07.034
- World Health Organization. (2009). *WHO Guidelines on Hand Hygiene in Health Care: a Summary*. Geneva. Recuperado

de http://www.who.int/gpsc/5may/tools/who_guidelines-handhygiene_summary.pdf
World Health Organization. (2010). *The Burden of Health Care-Associated Infection Worldwide A Summary*. Geneva. Recuperado de http://www.who.int/gpsc/country_work/summary_20100430_en.pdf
World Health Organization. (2011). *Report on the Burden of Endemic Health Care-Associated Infection Worldwide Clean Care is Safer Care*. Geneva. Recuperado de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/80135/1/9789241501507_eng.pdf?ua=1

A intervenção do gestor de caso na prevenção de recaídas na pessoa com doença mental

Case manager intervention in order to prevent relapses in mental disorder patients

Júlio Belo Fernandes¹, Sónia Belo Fernandes², Ana Luísa da Silva Almeida³

1. Doutor em Ciências de Enfermagem; Doutor em *Intervención Psicológica en Educación, Salud y Calidad*; Mestre em Enfermagem; Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação.

2. Doutora em *Intervención Psicológica en Educación, Salud y Calidad*; Mestre em Saúde Pública; Licenciada em Enfermagem.

3. Licenciada em Enfermagem.

Resumo

Enquadramento: A ocorrência de recaídas na pessoa com doença mental acarreta consequências para a pessoa e família, com repercussões a nível da qualidade de vida, e no sistema de saúde, com impacto económico.

Objetivo: Capacitar a pessoa com doença mental para o processo de reabilitação e reinserção na comunidade.

Metodologia: O gestor de caso realizou o seguimento de 83 pessoas com doença mental, com história de baixa adesão ao tratamento e internamentos hospitalares recorrentes.

Resultados: Verificou-se um aumento na taxa de efetividade na prevenção de recaídas com necessidade de internamento, de 40% para 90%. Ocorreu um aumento na taxa de prevalência de adesão ao plano terapêutico, de 53,3% para 87,5%. A nível da taxa de potencial para o desenvolvimento do conhecimento para a adesão ao plano terapêutico, também se verificou evolução, aumentando de 53,3% para 82,5%. Existiu ainda um aumento, apesar de menos significativo, na taxa de prevalência de aceitação do estado de saúde, que se situava nos 30% e evoluiu para 47,5%. A taxa de prevalência de recaídas com necessidade de internamento diminuiu de 60% para 10%.

Conclusão: A intervenção do gestor de caso contribuiu para capacitar a pessoa no processo de reabilitação e facilitar a sua reinserção na comunidade.

Palavras-Chave: gestão de caso; doença mental; cooperação e adesão ao tratamento

Abstract

Background: The relapses in mental disorder patients has consequences for them and their families, with repercussions in the quality of life and economic impact in the health system.

Objective: To empower mental disorder patients in the process of rehabilitation and reintegration into the community.

Methodology: The case manager followed 83 patients with mental disorders, with a history of poor treatment adherence and recurrent hospitalizations.

Results: There was an increase in the effectiveness rate in preventing relapses requiring hospitalisation, from 40% to 90%. There was also an increase in the adherence rate to the therapeutic plan, from 53.3% to 87.5%. The potential to develop knowledge for adherence to a therapeutic plan increased from 53.3% to 82.5%. There was an increase although less significant in the health status acceptance rate, rising from 30% to 47.5%. The rate of relapses requiring hospitalisation decreased from 60% to 10%.

Conclusion: The case manager intervention contributed to empower patients in the rehabilitation and reintegration into the community.

Keywords: case management; mental disorder patients; treatment adherence and compliance

Introdução

As perturbações psiquiátricas e de saúde mental são a maior causa de incapacidade e uma das principais causas de morbidade na sociedade atual, apesar dos cuidados à pessoa com doença mental terem evoluído. O foco deixou de ser a formulação de um diagnóstico psiquiátrico e a redução da sintomatologia, para ser a pessoa com doença mental, objetivando a sua reabilitação psicossocial (Ministério da Saúde, 2008).

A realização deste projeto surgiu perante a dificuldade em responder às necessidades da população na área da saúde mental. Foi desenvolvido num centro hospitalar em parceria com um agrupamento de centros de saúde, sendo que a sua implementação permitiu estruturar uma abordagem comunitária na prestação de cuidados à pessoa com doença mental, através do recurso a uma metodologia de gestão de caso.

Este projeto teve como principal objetivo capacitar a pessoa com doença mental para o processo de reabilitação e reinserção na comunidade.

Acredita-se que a implementação deste método de trabalho promove mudanças, na medida em que permite a prestação de cuidados dirigida para a reabilitação e reinserção da pessoa na comunidade, conduzindo à redução do número de recidivas e, conseqüentemente,

minimizando o fenómeno da porta giratória, com internamentos recorrentes.

Enquadramento

Desde os anos 90 que o conhecimento disponível sobre a magnitude, prevalência e impacto das doenças mentais, juntamente com a evidência acerca da dimensão do *treatment gap* destas doenças, enfatiza a urgência em colocar a saúde mental entre as prioridades da agenda de saúde pública, quer a nível nacional como internacional (Almeida, & Xavier, 2013).

Apesar dos tratamentos disponíveis, estes não estão acessíveis para um número significativo de pessoas com problemas de saúde mental (Gago, 2012). Almeida (2011) evidenciou que apenas 38,9% das pessoas com doença mental têm acesso a serviços especializados, e que existem problemas na acessibilidade e na continuidade dos cuidados. Para além dos problemas de acessibilidade, a continuidade do tratamento é também um dos grandes problemas identificados, sendo que as taxas de recaída variam entre estudos. Simhandl, König e Amann (2014) verificaram numa investigação ao longo de um período de quatro anos, que a taxa de recaída com necessidade de reinternamento após alta hospitalar foi de 68%, mostrando estudos anteriores taxas de recaída superiores.

A não adesão ao tratamento é uma das causas de recaída nas doenças mentais e acarreta custos quer para a pessoa e família, quer para a sociedade em geral, através do consumo de recursos do sistema de saúde, na medida em que quando existe um maior número de reinternamentos, piora o prognóstico e a qualidade de vida (Vanelli, Chendo, Góis, Santos, & Levy, 2011).

Numa perspetiva económica, Munro et al. (2011) realizaram um estudo no Reino Unido, onde analisaram os custos económicos para o sistema de saúde relacionados com os reinternamentos hospitalares por recidiva da doença mental, tendo constatado uma variação entre as 1.270£ e 120.000£, sendo o custo médio por pessoa internada de 25.852£.

Para o tratamento e reabilitação destas pessoas são necessárias diferentes unidades e intervenções diferenciadas. A nível nacional continua a existir uma elevada concentração de recursos em contexto hospitalar, enquanto os recursos disponíveis a nível de estruturas e de cuidados prestados na comunidade continuam a ser muito escassos (Gago, 2012).

Em relação ao método de implementação das intervenções, Stanhope e Lancaster (2011) consideram a gestão de caso como um método que irá influenciar positivamente os indicadores na área da saúde. Neste sentido, Llewellyn e Leonard

(2009) referem que a gestão de caso é uma abordagem dinâmica e sistemática de coordenação e implementação de cuidados de saúde a uma população definida. É um processo participativo que permite identificar e facilitar as opções de tratamento, de acordo com as necessidades individuais de saúde da pessoa, diminuindo a fragmentação e duplicação de cuidados, o que possibilita ao mesmo tempo aumentar a qualidade dos mesmos.

Em Portugal, a gestão de caso está contemplada a nível do Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016, o qual refere que devem ser desenvolvidos programas integrados para pessoas com doença mental, aplicados por gestores de caso (Ministério da Saúde, 2008).

No âmbito do Plano Nacional de Saúde 2012-2016, a gestão de caso é igualmente mencionada, considerando que o profissional de saúde deve assegurar na sua prática a procura de uma visão da qualidade em saúde, promovendo e assumindo práticas e competências de melhoria contínua (Direção-Geral da Saúde, 2012).

Em busca da melhoria no tratamento da pessoa com doença mental, Fernandes (2011) refere que a aplicação de intervenções que a evidência demonstrou serem eficazes no tratamento é uma dificuldade que se verifica nos serviços de saúde. Um dos desafios dos serviços de psiquiatria e saúde mental consiste em

implementar as intervenções e os modelos baseados na evidência, bem como ultrapassar as respectivas barreiras e adaptar essas intervenções às várias realidades, culturas e recursos.

O tratamento não se pode resumir apenas a uma intervenção farmacológica, isolada dos aspetos relacionados com o meio familiar e social (Drake, & Latimer, 2012). O plano de tratamento deve ser estruturado, englobando a combinação de intervenções farmacológicas e psicossociais disponíveis, tendo como um dos pontos fundamentais o envolvimento da rede de suporte familiar e comunitária (Fernandes, 2011).

Gaebel, Riesbeck e Wobrock (2011) realizaram um estudo que avaliou as orientações efetivas para o tratamento das doenças mentais, através da análise das recomendações formuladas pela *National Institute for Clinical Excellence, Schizophrenia Patient Outcomes Research Team, American Psychiatric Association, Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists e German Association for Psychiatry, Psychotherapy and Psychosomatics*. Em comum, estas cinco organizações recomendam com base na evidência científica, para além do tratamento farmacológico, as intervenções psicossociais. Esta atuação inclui como abordagem as intervenções familiares, a terapia cognitivo-comportamental, a reabilitação vocacional e as intervenções

de base comunitária, adaptadas às condições e características do respetivo sistema de saúde.

Objetivos

Como objetivo principal foi definido capacitar a pessoa com doença mental para o processo de reabilitação e reinserção na comunidade.

De modo a atingir este objetivo, delinearam-se objetivos específicos, que foram avaliados tendo por base os indicadores sugeridos pela Ordem dos Enfermeiros para o Resumo Mínimo de Dados e Core de Indicadores de Enfermagem para o Repositório Central de Dados da Saúde (Ordem dos Enfermeiros, 2007).

Como objetivos específicos foram definidos:

- Apresentar uma taxa de efetividade na prevenção de recaídas com necessidade de internamento superior a 80%;
- Alcançar uma taxa de prevalência de recaídas com necessidade de internamento inferior a 20%;
- Evidenciar uma taxa de potencial para o desenvolvimento do conhecimento para a adesão ao plano terapêutico superior a 80%;
- Apresentar uma taxa de prevalência de adesão ao plano terapêutico superior a 80%;

- Alcançar uma taxa de prevalência de aceitação do estado de saúde superior a 50%.

Metodologia

O projeto foi desenvolvido num centro hospitalar em parceria com um agrupamento de centros de saúde. Implicou a integração de um enfermeiro da unidade de ambulatório na equipa comunitária de saúde mental do departamento de psiquiatria e saúde mental. Esta equipa era inicialmente constituída por um psiquiatra e um assistente social. O enfermeiro, que atua como gestor de caso, realizou o seguimento de pessoas com diagnóstico de doença mental.

A equipa comunitária de saúde mental realiza consulta três dias por semana, em três centros de saúde distintos, pertencentes ao mesmo agrupamento de centros de saúde. Durante o dia de atendimento a equipa tem horário flexível, mediante as solicitações dos clientes, sendo a prática mais recorrente das 9h00 às 19h00.

A referenciação da pessoa para o gestor de caso é efetuada pela equipa multiprofissional do departamento de psiquiatria e saúde mental, tendo em consideração os critérios de inclusão: ter diagnóstico de doença mental, esquizofrenia ou doença bipolar; história de baixa adesão ao tratamento e

internamentos recorrentes na unidade de internamento.

Antecedendo a alta clínica hospitalar a pessoa é referenciada, o mais precocemente possível para a equipa comunitária de saúde mental, através da elaboração de uma nota de alta multiprofissional. A referenciação é efetuada na semana anterior à efetivação da alta, de modo a facilitar e garantir a continuidade dos cuidados, na transição da unidade de internamento para a equipa comunitária de saúde mental.

Na semana seguinte após a alta clínica, é marcada a primeira consulta com a equipa comunitária de saúde mental, onde existe o primeiro contato da pessoa com o gestor de caso. Dependendo da avaliação dos problemas e necessidades identificadas, é proposta uma sequência de sessões a realizar durante o período de um ano, que podem ser semanais ou quinzenais. Esta sequência é reajustada de acordo com as características da pessoa, a evolução da sua situação clínica e da adesão ao plano de tratamento.

O gestor de caso assumiu as funções sugeridas pela Ordem dos Enfermeiros (2010) para os enfermeiros das equipas de saúde mental comunitária.

As funções específicas incluem:

- Avaliar as respostas humanas às situações de saúde e doença mental da pessoa e família, em função do seu projeto de vida e tendo em vista a

promoção da autonomia da pessoa e a sua recuperação funcional;

- Promover a adesão ao tratamento, supervisionar o seu cumprimento e gerir o regime terapêutico;
- Intervir no sentido de procurar criar as condições para a manutenção das pessoas com doença mental no seu ambiente, administrando terapêutica e gerindo os meios e recursos disponíveis para o seu acompanhamento em domicílio, na garantia de prestação dos cuidados necessários, com qualidade e em segurança;
- Atuar em situações de crise e urgência.

As funções partilhadas englobam:

- Desempenhar a função de gestor de caso, conforme os procedimentos definidos;
- Contribuir para a gestão do conjunto dos casos da equipa, e para a monitorização da continuidade e qualidade dos cuidados;
- Assegurar o apoio e suporte emocional às famílias e/ou cuidadores, proporcionando-lhes as informações necessárias;
- Participar em diversos tipos de intervenções psicoterapêuticas e psicossociais;
- Realizar visitas domiciliárias para monitorização da situação de saúde da pessoa doente e dos seus cuidadores, segundo as necessidades emergentes;

- Desenvolver contactos com pessoas e estruturas próximas do contexto da pessoa doente e dos seus cuidadores, tendo em vista o alargamento da rede social de apoio;
- Desenvolver atividades de articulação com os cuidados de saúde primários, cuidados diferenciados, cuidados continuados e outras estruturas da comunidade.

Face às limitações de recursos humanos, apenas foram realizadas visitas domiciliárias em contexto de intervenção na crise.

Como modelo de intervenção definiu-se o modelo clínico de gestão de caso de Kanter (2010), que estrutura as atividades do gestor de caso em treze componentes, agrupadas em quatro fases. A fase inicial, consiste em iniciar uma relação de colaboração e confiança com a pessoa doente, efetuar uma avaliação biopsicossocial e elaborar um plano de intervenção. Na segunda fase o foco assenta no ambiente, com ligação aos recursos existentes na comunidade, envolvimento com os familiares e outros prestadores de cuidados informais, expansão da rede de suporte social e, articulação com os profissionais e instituições de saúde. Na terceira fase o foco incide na pessoa doente, com a abordagem psicoterapêutica, intervenção psicoeducativa e treino de aptidões para uma vida independente. Segue-se o foco

na díade pessoa doente-ambiente, onde se desenvolve a intervenção na crise e prevenção de recaídas, com a monitorização e reavaliação contínuas.

As técnicas de intervenção desenvolvidas pelo gestor de caso, foram definidas de acordo com a evidência. As recomendações para o tratamento de doenças mentais são, para além do tratamento farmacológico, as intervenções psicossociais, sendo indicadas as seguintes abordagens: intervenções familiares, terapia cognitivo-comportamental, psicoeducação, reabilitação vocacional, treino de aptidões sociais, intervenção na crise e prevenção de recaídas.

Estas atividades foram implementadas em articulação com a equipa comunitária de saúde mental, num contexto de trabalho de equipa.

Avaliação

Durante o período de desenvolvimento deste projeto, o gestor de caso realizou o seguimento de 83 pessoas com doença mental, dos quais 67 foram diagnosticados com esquizofrenia e 16 com doença bipolar.

O objetivo apresentar uma taxa de efetividade na prevenção de recaídas com necessidade de internamento superior a 80% foi atingido, como se pode verificar pela análise da tabela 1. Considerando o ano zero como o ano que antecede a

implementação do projeto, a taxa inicial de efetividade na prevenção de recaídas foi de 40%, tendo ocorrido um aumento significativo com a implementação deste projeto, situando-se ao fim de três anos nos 90%.

Tabela 1 - Taxa de efetividade na prevenção de recaídas

Ano	Taxa de Efetividade
0	40%
1	43,3%
2	86,7%
3	90%

Em relação ao objetivo mostrar uma taxa de prevalência de recaídas com necessidade de internamento inferior a 20%, verifica-se com base na análise da tabela 2, que a taxa inicial de prevalência foi de 60% e após a implementação deste projeto evoluiu para 10%, pelo que se considerou que o objetivo proposto foi igualmente atingido.

Tabela 2 - Taxa de prevalência de recaídas com necessidade de internamento

Ano	Taxa de Prevalência
0	60%
1	56,7%
2	13,3%
3	10%

Quanto ao objetivo apresentar uma taxa de prevalência de adesão ao plano terapêutico superior a 80%, é possível

aferir com base na análise da tabela 3, que a taxa de adesão ao plano terapêutico inicial era de 53,3%, tendo ocorrido um aumento significativo durante a implementação deste projeto, situando-se nos 87,5%. Desta forma pode-se afirmar que o objetivo foi alcançado.

De referir que apenas se obtiveram dados acerca da adesão ao plano terapêutico a partir da primeira consulta, pelo que se considerou essa avaliação como o valor de referência.

Tabela 3 - Taxa de prevalência de adesão ao plano terapêutico

Ano	Taxa de Prevalência
1	53,3%
2	86,7%
3	87,5%

Em relação à avaliação do objetivo evidenciar uma taxa de potencial para o desenvolvimento do conhecimento para a adesão ao plano terapêutico superior a 80%, importa referir que apenas se obtiveram dados acerca do potencial para o desenvolvimento do conhecimento para a adesão ao plano terapêutico a partir da primeira consulta, pelo que se encarou a primeira avaliação como o valor de referência. Considerou-se este objetivo como alcançado, pois pela análise da tabela 4 constata-se que a taxa inicial foi de 53,3%, e após a implementação deste projeto existiu uma evolução para 82,5%.

Tabela 4 - Taxa de potencial para o desenvolvimento do conhecimento para a adesão ao plano terapêutico

Ano	Taxa de Potencial
1	53,3%
2	86,7%
3	82,5%

No que se refere ao objetivo alcançar uma taxa de prevalência de aceitação do estado de saúde superior a 50%, considerou-se com base nos resultados evidenciados na tabela 5, que este objetivo não foi alcançado. Ocorreu efetivamente um aumento na taxa de prevalência de aceitação do estado de saúde, dado que inicialmente a prevalência foi de 30% e após três anos situa-se nos 47,5%, todavia não atingiu os 50% como foi estabelecido.

Existem pessoas que embora possuam um nível baixo de *insight* para a sua doença, mas aderem ao plano terapêutico. As pessoas que englobaram este projeto apresentavam um nível baixo de *insight* para a sua doença e necessidade de tratamento. Contudo, a intervenção deste projeto não foi estruturada para incidir sobre o *insight* da doença, mas sobre a importância de reconhecer a necessidade de encontrar estratégias que a ajudem a lidar com a sua situação de saúde e mobilizar os recursos internos de modo a existir um maior envolvimento no processo terapêutico. Para a equipa de saúde, mais

importante do que a pessoa aceitar a doença é aceitar a necessidade de tratamento e compreender a sua influência na melhoria da sua qualidade de vida.

De referir que tal como no objetivo anterior, apenas se obtiveram dados acerca da aceitação do estado de saúde da pessoa doente a partir da primeira consulta, pelo que se encarou a primeira avaliação como o valor de referência.

Tabela 5 - Taxa de prevalência de aceitação do estado de saúde

Ano	Taxa de Prevalência
1	30%
2	46,7%
3	47,5%

Conclusão

Melhorar a oferta de tratamento à pessoa com doença mental é uma preocupação cada vez mais emergente nas organizações de saúde. Porém, a nível nacional continua a verificar-se que a centralização dos recursos é realizada a nível hospitalar.

A ocorrência de recaídas acarreta consequências danosas para a pessoa, família e instituições de saúde. Piora o prognóstico da doença e a qualidade de vida da pessoa, conduzindo ao aumento do número de reinternamentos, com conseqüente aumento da sobrecarga

familiar e dos custos económicos para o sistema de saúde.

O desenvolvimento deste projeto é um passo no sentido de dirigir as práticas de cuidados para um foco comunitário, que possibilitem o tratamento e recuperação da pessoa inserida na sua comunidade, num processo de colaboração entre diferentes unidades de saúde. A sua implementação permitiu a estruturação de uma abordagem com a pessoa doente, baseada na evidência, o que contribuiu para a capacitar no processo de reabilitação e reinserção na comunidade. Durante o período de tempo em que o projeto foi desenvolvido identificou-se aumentos significativos nas taxas de efetividade na prevenção de recaídas com necessidade de internamento, na taxa de prevalência de adesão ao plano terapêutico e na taxa de potencial para o desenvolvimento do conhecimento para a adesão ao plano terapêutico. Verificámos igualmente um aumento, embora menos significativo, da taxa de prevalência de aceitação do estado de saúde e uma diminuição significativa na taxa de prevalência de recaídas com necessidade de internamento.

Este projeto de intervenção não deve ser entendido como algo finalizado, mas sim como um sistema em evolução que carece de avaliação sistemática e reformulação, com vista à análise do impacto das medidas implementadas e ao sucesso dos resultados obtidos.

Referências bibliográficas

- Almeida, J. M. C., & Xavier, M. (2013). *Estudo Epidemiológico Nacional de Saúde Mental*. Lisboa: Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Nova de Lisboa.
- Almeida, J. M. C. (2011). *Melhorar os Serviços de Saúde Mental - O Que Falta Fazer? Mind Faces, As Diferentes Faces da Saúde Mental*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Direção-Geral da Saúde. (2012). *Plano Nacional de Saúde 2012-2016*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
- Drake, R. E., & Latimer, E. (2012). Lessons learned in developing community mental health care in North America. *World Psychiatry*, 11(1), 47–51. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3266763/>
- Fernandes, J. A. B. A. (2011). *Resiliencia y vulnerabilidad en familias de personas con esquizofrenia*. Tese de Doutoramento. Espanha: Universidade de Extremadura.
- Gaebel, W., Riesbeck, M., & Wobrock, T. (2011). Schizophrenia guidelines across the world: a selective review and comparison. *International Review of Psychiatry*, 23(4), 379-387. DOI: 10.3109/09540261.2011.606801
- Gago, J. F. C. S. (2012). *Programas de cuidados integrados para pessoas com esquizofrenia ou perturbação esquizoafetiva: estudo sobre a exequibilidade, implementação e resultados de um programa de cuidados integrados para pessoas com esquizofrenia ou perturbação esquizoafetiva em Portugal*. Tese de Doutoramento em Medicina. Lisboa: Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Nova de Lisboa. Recuperado de <http://hdl.handle.net/10362/11462>
- Llewellyn, A., & Leonard, M. (2009). *Nursing case management review and resource manual*. (3rd ed.). Silver Spring: American Nurses Credentialing Center.
- Kanter, J. (2010). Clinical Case Management. In *Theory and Practice of Clinical Social Work*. (2nd ed.). 461–462. New York: Columbia University Press. Recuperado de http://www.clinicalcasemanagement.com/uploads/4/9/5/8/49588888/clinical_cm_brandell_final2.pdf
- Ministério da Saúde. (2008). *Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016, Resumo executivo*. Lisboa: Coordenação Nacional para a Saúde Mental. Recuperado de <http://adeb.pt/ficheiros/uploads/02a75f2c0346f49717d171c23b7f56a2.pdf>
- Munro, J., Osborne, S., Dearden, L., Pascoe, K., Gauthier, A. ... Price, M. (2011). Hospital treatment and management in relapse of schizophrenia in the UK: associated costs. *The Psychiatrist*, 35(3), 95–100. DOI: 10.1192/pb.bp.109.027714

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

Ordem dos Enfermeiros. (2010). *Parecer 01/2010 da Mesa do Colégio de Especialidade de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica*. Recuperado de http://www.ordemenfermeiros.pt/documentos/Documents/Parecer01_2010_MCEESM.pdf

Simhandl, C. König, B., & Amann, B. L. (2014). A prospective 4-year naturalistic follow-up of treatment and outcome of 300 bipolar I and II patients. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 75(3), 254-262. DOI: 10.4088/JCP.13m08601.

Stanhope, M., & Lancaster, J. (2011). *Enfermagem de Saúde Pública. Cuidados de Saúde na Comunidade Centrados na População*. (7ª ed.). Lisboa: Lusodidacta.

Vanelli, I., Chendo, I., Góis, C., Santos, J., & Levy, P. (2011). Adaptação e validação da versão Portuguesa da escala de adesão à terapêutica. *Acta Medica Portuguesa*, 24(1), 17-20. Recuperado de <http://www.actamedicaportuguesa.com/pdf/2011-24/1/017-020.pdf>

O treino de marcha na promoção do autocuidado na reabilitação da pessoa com AVC: Revisão sistemática da literatura

Gait training in promotion of self-care in the rehabilitation of a stroke patient: Systematic literature review

Liliana Faria Roldão¹, Filipa Conceição²

1. Mestre em Enfermagem Avançada; Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação.

2. Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação.

Resumo

Introdução: O acidente vascular cerebral é uma das principais causas de morte em Portugal, sendo incapacitante principalmente a nível sensitivo e motor.

Objetivo: Analisar e sintetizar a eficácia do treino de marcha na promoção do autocuidado na reabilitação da pessoa com acidente vascular cerebral.

Metodologia: Revisão sistemática da literatura segundo o modelo do Joanna Briggs Institute. Foram selecionados sete estudos a partir da pesquisa em bases de dados eletrónicas através dos motores de busca EBSCO e BIREME, publicados em texto integral, no período compreendido entre fevereiro de 2011 e janeiro de 2018.

Resultados: Existe evidência de que na pessoa com acidente vascular cerebral, o treino de marcha em associação com outras técnicas de reabilitação promove melhorias significativas na aquisição de habilidades para a transferência e marcha. Consequentemente verificou-se o desenvolvimento de capacidades que permitem a independência na realização do autocuidado. Os resultados demonstram que os ganhos em saúde são diretamente proporcionais à intervenção precoce, à duração e intensidade do treino.

Conclusões: O treino de marcha é eficaz na promoção do autocuidado na pessoa com acidente vascular cerebral.

Palavras Chave: acidente vascular cerebral; treino de marcha; enfermagem; reabilitação

Abstract

Background: Stroke is one of the main causes of death in Portugal and is responsible for sensory and motor disabilities.

Objective: To analyse and synthesise the efficacy of gait training in stroke patients self-care promotion.

Methods: Systematic review of the literature, following the Joanna Briggs Institute methodology. Seven studies were selected from the research in electronic databases through EBSCO and BIREME, published in full text from February 2011 to January 2018.

Results: There is evidence that gait training, in association with other rehabilitation techniques, promotes significant improvements in the acquisition of transfer and gait skills. As a consequence, it has been observed the development of capacities that allow independence in the execution of self-care. The results show that the health gains are directly proportional to the early intervention, the duration and intensity of the training.

Conclusions: Gait training plays an important role in self-care promotion in stroke patients.

Keywords: stroke; gait training; nursing; rehabilitation

Introdução

A evolução demográfica em Portugal tem sido caracterizada pelo aumento da esperança média de vida associado à diminuição da taxa de natalidade, refletindo-se num gradual aumento dos grupos etários seniores e uma redução da população jovem (Carneiro, Chau, Soares, Fialho, & Sacadura, 2012). Para a Ordem dos Enfermeiros (2015) este fenómeno traduz-se num maior número de pessoas com problemas de saúde, com consequente repercussão na qualidade de vida.

Do ponto de vista demográfico, a presença de uma população cada vez mais idosa leva ao aumento da probabilidade de ocorrência de incapacidades e prevalência de doenças crónicas, conduzindo a situações de perda de autonomia e de independência (Fernandes, & Almeida, 2017).

O acidente vascular cerebral (AVC) consiste no desenvolvimento de sinais clínicos, manifestados por distúrbios focais ou globais da função cerebral, com sintomas que perduram por um período superior a 24 horas ou conduzem à morte, sem outra causa aparente que a de origem vascular. Caracteriza-se por uma interrupção no aporte de sangue ao cérebro e ocorre quando uma artéria que fornece sangue a uma região cerebral fica bloqueada ou se rompe (Organização Mundial da Saúde, 2009).

É uma das principais causas de mortalidade e morbidade em Portugal, sendo responsável por mais de 25.000 episódios de internamento em 2016, dos quais aproximadamente 50% morre (Direção-Geral da Saúde, 2017).

De acordo com a Sociedade Portuguesa do Acidente Vascular Cerebral (2016) esta doença revela ser altamente incapacitante provocando alterações e implicações na vida da pessoa que sofreu um AVC. Um ano após o episódio de doença a prevalência da incapacidade funcional é de 41%, pelo que é imperativo iniciar o programa de reabilitação o mais precocemente possível, logo que a pessoa esteja hemodinamicamente estável e as lesões sejam identificadas. Contudo, o início do programa de reabilitação ainda não se encontra claramente definido.

Os profissionais de saúde da área de reabilitação devem estar presentes ao longo de todo o processo de reabilitação, promovendo a participação ativa da pessoa e da sua família, favorecendo a parceria e a continuidade dos cuidados. Os resultados do programa de reabilitação não dependem apenas de um conjunto de técnicas, mas da continuidade, coordenação e inter-relação do trabalho desenvolvido por toda a equipa multiprofissional (Fernandes, & Almeida, 2017; Menoita, 2012).

O sucesso de um programa de reabilitação em pessoas com AVC

depende de uma série de rotinas de exercícios, que devem ser implementadas de forma progressiva, tendo em consideração as capacidades individuais da pessoa (Branco, 2010; Ramas, Courbon, Roche, Bethoux, & Calmels, 2007).

As sequelas mais evidentes do AVC são os défices físicos e cognitivos, que levam à perda da mobilidade e das habilidades para realizar as atividades básicas e instrumentais de vida diária. De modo a eliminar ou minimizar o seu efeito devem ser desenvolvidos programas de reabilitação com foco a nível motor, sensitivo, cognitivo e da comunicação (Ramas et al., 2007). Dos défices físicos, a hemiplegia e a hemiparesia são as alterações que mais limitam a pessoa, comprometendo a realização do autocuidado de forma independente (Hoeman, 2000). O autocuidado entende-se como uma atividade executada pelo próprio, onde assume as tarefas necessárias para se manter operacional e lidar com as necessidades individuais básicas e as atividades de vida diária (International Council of Nurses, 2013).

Para Fernandes e Almeida (2017) a alteração da marcha é um dos principais obstáculos à realização do autocuidado de forma independente, pelo que as intervenções dos profissionais de saúde devem incidir sobre esta limitação. Assim, capacitar a pessoa com AVC para realizar a marcha é um passo fundamental para a

realização do autocuidado de forma independente e em segurança. Esta perspectiva é corroborada por Hoeman (2000) que refere que os programas de reabilitação ao permitirem o desenvolvimento físico promovem o autocuidado na pessoa com AVC.

Tendo em conta a necessidade de sistematização da evidência científica existente acerca desta problemática procedeu-se à realização desta revisão sistemática da literatura, que tem como objetivo analisar e sintetizar a eficácia do treino de marcha na promoção do autocuidado na reabilitação da pessoa com AVC.

Metodologia

No sentido de detalhar as etapas metodológicas a percorrer, foi desenvolvido um protocolo de pesquisa, tendo por base as orientações do Joanna Briggs Institute (2014), para a elaboração de revisões sistemáticas da literatura. A questão de investigação foi elaborada recorrendo ao formato PICO. Qual é a eficácia do treino de marcha (I) na promoção do autocuidado (O) na reabilitação da pessoa com AVC (P)?

A pesquisa, seleção e extração dos dados foi efetuada por dois investigadores de forma independente.

Realizou-se a pesquisa bibliográfica em bases de dados eletrónica através do motor de busca EBSCO (CINAHL Plus

with Full Text; MEDLINE with Full Text; COCHRANE Database of Systematic Reviews), tendo em conta artigos científicos publicados em Texto Integral (Full Text), em idioma português, inglês, francês e espanhol, publicados de fevereiro de 2011 a janeiro de 2018, no período compreendido entre 07 de fevereiro e 05 de março de 2018.

Os descritores utilizados nestas bases de dados foram: (stroke OR cerebral stroke OR CVA OR cerebrovascular stroke) AND

(rehabilitation mobili* OR walk* OR gait training OR march) AND (self care OR autonom* OR independ*).

Realizou-se, igualmente, uma pesquisa bibliográfica na base de dados BIREME com os seguintes descritores: (AVC OR acidente vascular cerebral) AND reabilitação AND (marcha OR locomoção).

Os critérios de inclusão e de exclusão são apresentados no quadro 1.

Quadro 1 – Critérios de inclusão e exclusão

Critérios de Seleção	Critérios de Inclusão	Critérios de Exclusão
Participantes (P)	Pessoa adulta (idade igual ou superior a 18 anos) com AVC.	Pessoa com idade inferior a 18 anos; Todas as pessoas com outras patologias que não AVC que provoquem incapacidades funcionais motoras.
Intervenção (I)	Estudos que descrevam a importância do treino de marcha, na reabilitação da pessoa com AVC.	Estudos que não incluam o efeito do treino de marcha na pessoa com AVC; Estudos que incluam o uso de equipamentos robóticos.
Resultados (O)	Estudos que demonstrem a eficácia do treino de marcha na promoção do autocuidado na pessoa com AVC.	Estudos que revelem outros fatores na promoção do autocuidado que não o treino de marcha.
Desenho	Estudos de abordagem qualitativa, quantitativa e mistos.	Todos os achados que não apresentem metodologia científica.

A seleção dos artigos realizou-se em três fases. Na primeira fase recorreu-se à análise do título, seguindo-se a análise do resumo e, por último, procedeu-se à leitura integral dos artigos selecionados.

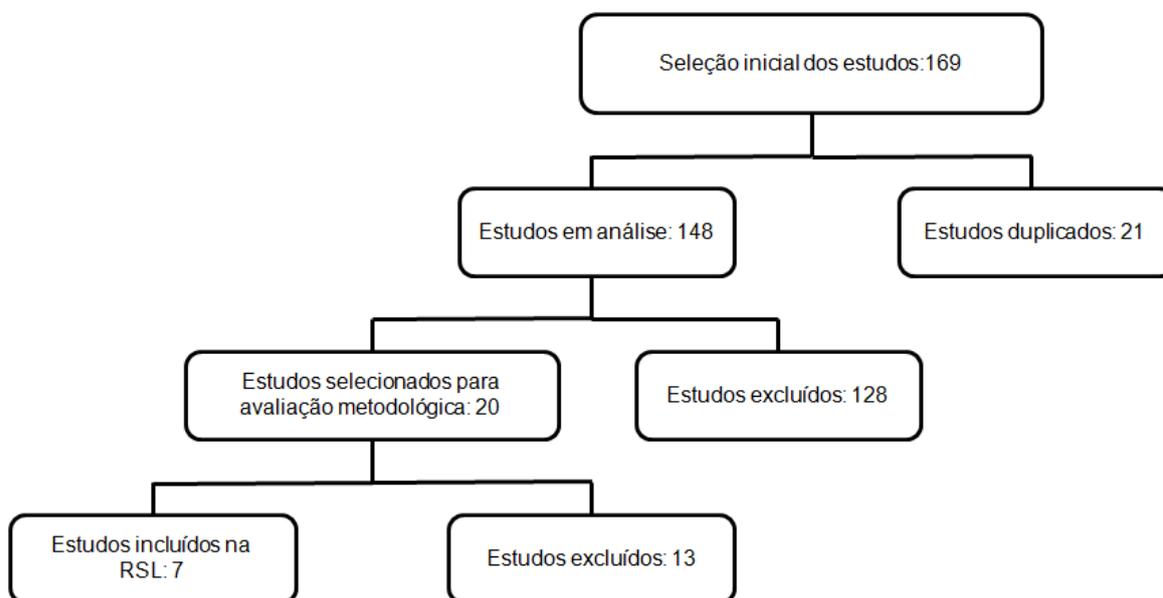
A avaliação da qualidade metodológica dos estudos foi realizada de forma separada pelos dois investigadores, recorrendo aos instrumentos *Critical Appraisal Tools* disponibilizados pelo

Joanna Briggs Institute. Previamente à extração dos dados foi construído um formulário de colheita de dados e uma tabela de registo para garantir a reprodutibilidade desta investigação. Os instrumentos utilizados foram testados tendo em conta a questão de investigação, de modo a determinar a sua exequibilidade. Ambos os investigadores realizaram um pré-teste com a aplicação destes instrumentos a um estudo aleatório.

Resultados

Considerando os procedimentos definidos, os resultados da pesquisa foram apurados em função dos critérios delineados. Na figura 1 apresenta-se o fluxograma do processo de seleção dos artigos, descrevendo cada uma das etapas. Da sua análise pode constatar-se que foram identificados 169 artigos nas diferentes bases de dados. Foram eliminados 21 por repetição e 128 após a leitura do título e resumo, tendo sido obtidos 20 artigos para leitura integral dos quais 7 foram incluídos nesta revisão, após avaliação metodológica.

Figura 1 – Fluxograma do processo de seleção dos artigos



De forma a organizar os resultados da análise desta revisão construiu-se o quadro 2 com referência ao título do estudo, ano de publicação, autores,

objetivos, métodos, participantes, intervenções, resultados e o nível de evidência de cada artigo.

Os 7 estudos selecionados são provenientes da Finlândia (N=1), dos Estados Unidos da América (N=3), da China (N=1), da Noruega (N=1) e da Holanda (N=1), atribuindo alguma diversidade cultural.

Pela análise do quadro 2 verifica-se que Combs-Miller et al. (2014) e Høyer, Jahnsen, Stanghelle e Strand (2012) aferiram que na pessoa com AVC, o treino de marcha tradicional, em piso fixo, e o treino de marcha em passadeira estão associados a melhorias significativas na aquisição de habilidades na transferência e na marcha. Apesar de aferirem a eficácia do treino de marcha Høyer et al. (2012) não identificaram diferenças entre as duas técnicas, enquanto que os resultados obtidos por Combs-Miller et al. (2014) revelaram que o treino de marcha tradicional foi mais eficaz na melhoria da velocidade da marcha.

No estudo realizado por Tang et al. (2014), foi efetuada a comparação entre a abordagem clássica de Bobath (CBA) e a mesma conjugada com as técnicas de equilíbrio, na posição sentado e de pé, e treino de marcha (ECBA) em pessoas com défices motores após o AVC. Este tratamento foi desenvolvido em sessões de 50 minutos, 5 vezes por semana, com avaliação à quarta e oitava semana. Concluiu-se que a ECBA é mais eficaz que a CBA no aumento do desempenho dos membros inferiores, na mobilidade e no equilíbrio. Não se verificou alteração a

nível da mobilidade dos membros superiores.

Pundik, Holcomb, McCabe e Daly (2012) avaliaram o impacto que o treino de marcha tem sobre a independência e a qualidade de vida nas pessoas 6 meses após a ocorrência do AVC. O treino incluiu exercícios de suporte no tapete rolante, exercícios de equilíbrio nas barras paralelas e electroestimulação, durante 90 minutos, 4 dias por semana ao longo de 12 semanas. Os resultados deste estudo permitiram concluir que as pessoas submetidas à prática deste protocolo obtiveram resultados significativos no desenvolvimento da independência nas atividades de vida diárias, ao contrário da técnica de electroestimulação que não produziu efeito adicional. No mesmo sentido, DeJong et al. (2011) encontraram uma relação positiva entre o treino de marcha e a melhoria da capacidade funcional para realizar as atividades de vida diárias.

Pundik et al. (2012) e Peurala, Karttunen, Sjögren, Paltamaa e Heinonen (2014) concluíram que o treino de marcha tradicional associado a outras técnicas, como o treino cognitivo e muscular, tem mais eficácia no desenvolvimento das capacidades funcionais, comparativamente com o treino de marcha tradicional. O estudo desenvolveu-se na correlação de três fases de AVC: agudo, subagudo e crónico, tendo verificado que quanto mais

precoce for iniciado o programa de reabilitação, isto é, na fase aguda, melhor e mais rápida é a recuperação dos défices. Os resultados desta investigação demonstram que a duração de cada sessão deverá ser entre 20 e 60 minutos, com frequência de 3 a 5 vezes por semana, numa média de 24 sessões de forma a produzir resultados específicos na mobilidade e, conseqüentemente, no autocuidado. Corroborando com estes

resultados Huijben-Schoenmakers, Rademaker e Scherder (2013) concluíram que o acréscimo das atividades terapêuticas por dia, de 103.5 minutos/ pessoa para 156.5 minutos/ pessoa, conduziu a melhorias na capacidade para realizar o autocuidado. Estes autores sugerem ainda que nos primeiros 6 meses após AVC o tempo mínimo de reabilitação não deverá ser inferior a 16 horas semanais.

Quadro 2 – Resumo da evidência recolhida

Título	Body weight supported treadmill training versus overground walking training for persons with chronic stroke: a pilot randomized controlled trial
Data	2014
Autores	Combs-Miller et al.
Objetivos	Comparar os efeitos do treino de marcha em tapete rolante e em piso fixo, em pessoas com AVC.
Métodos	Estudo randomizado.
Participantes	20 pessoas, capazes de andar de forma independente 6 meses após AVC.
Intervenções	Marcha de 30 minutos, 5 vezes por semana durante 2 semanas em piso fixo <i>versus</i> passadeira rolante.
Resultados	Ambos os grupos demonstraram melhorias. O treino de marcha em piso fixo foi mais eficaz do que o treino de marcha em passadeira rolante.
Nível de evidência	Nível I
Título	Early sitting, standing, and walking in conjunction with Contemporary Bobath Approach for stroke patients with severe motor deficit
Data	2014
Autores	Tang et al.
Objetivos	Investigar se o levante precoce, permanecer em pé e o andar, conjugado com CBA melhora a mobilidade e equilíbrio em pessoas com défices motores severos após AVC.
Métodos	Estudo randomizado.
Participantes	48 pessoas, com idades entre 60 e 74 anos, com défices motores severos após AVC.
Intervenções	Terapia ECBA e CBA.
Resultados	Os resultados das escalas STREAM e da Berg Balance indicam que o ECBA é mais eficiente que a intervenção CBA, produzindo melhorias na mobilidade dos membros inferiores, na mobilidade básica e no equilíbrio.
Nível de evidência	Nível I

Título	Evidence for the effectiveness of walking training on walking and self-care after stroke: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials
Data	2014
Autores	Peurala, Karttunen, Sjögren, Paltamaa e Heinonen
Objetivos	Analisar o efeito do treino de marcha, a nível da marcha e do autocuidado nas pessoas com AVC.
Métodos	Meta-análise de estudos randomizados.
Participantes	38 estudos cuja população englobou pessoas com AVC, com idade superior a 18 anos.
Intervenções	Treino de marcha específico dirigido à limitação da pessoa <i>versus</i> treino de marcha tradicional.
Resultados	O treino de marcha específico dirigido à limitação da pessoa demonstrou ser mais eficaz do que o treino de marcha tradicional na fase sub-aguda do AVC. Verificou-se evidência de que o treino de marcha melhora a capacidade de andar e, conseqüentemente, a capacidade para realizar o autocuidado.
Nível de evidência	Nível I
Título	Can practice undertaken by patients be increased simply through implementing agreed national guidelines?
Data	2013
Autores	Huijben-Schoenmakers, Rademaker e Scherder
Objetivos	Aumentar o tempo de exercício autónomo em pessoas com AVC, numa unidade de reabilitação.
Métodos	Estudo observacional.
Participantes	34 pessoas com AVC.
Intervenções	Treino de força muscular, equilíbrio e treino de marcha tradicional.
Resultados	Foram identificados ganhos na capacidade para realizar o autocuidado e a redução no nível de dependência da pessoa, com monitorização pela escala de Barthel.
Nível de evidência	Nível II
Título	Enhanced life-role participation in response to comprehensive gait training in chronic stroke survivors
Data	2012
Autores	Pundik, Holcomb, McCabe e Daly
Objetivos	Avaliar a influência do treino de marcha intensivo na capacidade de realizar as atividades de vida diárias na pessoa com AVC.
Métodos	Análise quantitativa. Estudo prospetivo de coorte.
Participantes	44 pessoas com AVC.
Intervenções	Treino durante 1,5h por dia, 4 dias por semana durante 12 semanas. Um grupo foi sujeito a um protocolo de exercícios de coordenação, treino de passadeira e marcha em piso fixo. O segundo grupo realizou exercícios de equilíbrio dinâmico em pé com apoio de barras paralelas.
Resultados	Não se identificou diferenças na eficácia das intervenções, sendo que ambas influenciaram de forma significativa as capacidades dos sujeitos para realizar as atividades de vida diária.
Nível de evidência	Nível II

Título	Body weight supported treadmill training versus traditional training in patients dependent on walking assistance after stroke: a randomized controlled trial
Data	2012
Autores	Høyer, Jahnsen, Stanghelle e Strand
Objetivos	Avaliar os efeitos do treino de marcha em passadeira <i>versus</i> treino de marcha tradicional a nível da marcha e transferência na pessoa com AVC.
Métodos	Estudo randomizado.
Participantes	60 pessoas com AVC.
Intervenções	Treino diário de 1 hora. Um grupo efetuou 30 sessões de treino em passadeira durante 30 minutos e 30 minutos de terapia tradicional. O segundo grupo realizou treino de marcha intensiva de 30 minutos e 30 minutos de treino funcional.
Resultados	Ambas as intervenções foram eficazes na melhoria da marcha e da capacidade para realizar a transferência. Comparativamente não se verificou diferença estatisticamente significativa.
Nível de evidência	Nível I
Título	Physical therapy activities in stroke, knee arthroplasty, and traumatic brain injury rehabilitation: their variation, similarities, and association with functional outcomes
Data	2011
Autores	DeJong, Ching-Hui, Putman, Smout, Horn e Wenqiang
Objetivos	Analisar semelhanças e diferenças entre atividades terapêuticas, e avaliar se as atividades terapêuticas estão associadas à melhoria funcional.
Métodos	Análise quantitativa. Estudo prospetivo observacional de coorte.
Participantes	433 pessoas com AVC, 429 pessoas com prótese total do joelho e 207 pessoas com traumatismo crânio-encefálico.
Intervenções	Foram considerados quaisquer exercícios de reabilitação executados por profissionais de saúde.
Resultados	Apenas os exercícios de treino de marcha e de mobilização foram associados a melhorias funcionais.
Nível de evidência	Nível II

Conclusão

Após a análise dos artigos selecionados conclui-se que o treino de marcha é importante na promoção do autocuidado na pessoa com AVC. Os resultados da evidência encontrada durante a realização desta revisão prendem-se com a melhoria dos défices motores e, conseqüentemente, com a promoção do

autocuidado motivada pela aquisição de habilidades, através da técnica do treino de marcha, como parte integrante do processo de reabilitação.

Existem diversas variáveis a ter em conta para maximizar o potencial funcional e a independência da pessoa com AVC, nomeadamente o tipo de técnicas utilizadas em cada treino, a duração de cada sessão e a frequência de sessões. O

início precoce do processo de reabilitação, assim como mais tempo de sessão, e maior frequência das mesmas, traduz-se em maiores ganhos em saúde.

Os profissionais de saúde que intervêm na área da reabilitação desempenham uma função fundamental neste âmbito, pois têm como missão a promoção do bem-estar e do autocuidado, na readaptação e na reeducação funcional.

Capacitar a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania, e maximizar a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa, fazem parte das competências específicas definidas pelo Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação. No entanto verificou-se que o número de estudos referentes à temática em questão é diminuto no âmbito específico da Enfermagem de Reabilitação, contrariamente a outros profissionais de saúde. Este dado permite constatar o carácter urgente da necessidade de produção científica sobre as intervenções destes profissionais na promoção da autonomia e independência da pessoa com AVC.

A realização desta investigação apresenta limitações, pois a restrição das bases de dados utilizadas, assim como os limites temporais impostos e a exclusão de literatura cinzenta podem ter influência nos resultados obtidos. Por outro lado, o facto desta pesquisa ter identificado

poucos estudos, que por sua vez apresentam diferenças metodológicas, dificulta a comparação entre resultados.

Referências Bibliográficas

Branco, T. (2010). *Reabilitação da Pessoa com AVC*. Coimbra: Formasau.

Carneiro, R., Chau, F., Soares, C., Fialho, J., & Sacadura, M. (2012). *Envelhecimento da população: Dependência, Activação e Qualidade - Relatório final do centro de estudos dos povos e culturas de expressão portuguesa*. Lisboa: Faculdade Ciências Humanas, Universidade Católica Portuguesa.

Combs-Miller, S., Parameswaran, A., Colburn, D., Ertel, T., Harmeyer, A., Tucker, L. ... Schmid, A. (2014). Body weight-supported treadmill training vs. overground walking training for persons with chronic stroke: a pilot randomized controlled trial. *Clinical Rehabilitation*, 28(9), 873-884. DOI: 10.1177/0269215514520773

DeJong, G., Ching-Hui, H., Putman, K., Smout, R., Horn, S., & Wenqiang, T. (2011). Physical Therapy Activities in Stroke, Knee Arthroplasty, and Traumatic Brain Injury Rehabilitation: Their Variation, Similarities, and Association With Functional Outcomes. *Physical Therapy*, 91(12), 1826-1837. DOI: 10.2522/ptj.20100424

- Direção-Geral da Saúde. (2017). *Programa Nacional para as Doenças Cerebro-Cardiovasculares*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
- Fernandes, J. B., & Almeida, A. S. (2017). *Prevenção de Quedas no Hospital. A aplicação da teoria das consequências funcionais*. Berlin: NEA.
- Hoeman, S. P. (2000). *Enfermagem de Reabilitação - Aplicação e processo*. (2ª edição). Loures: Lusociência.
- Høyer, E., Jahnsen, R., Stanghelle, J., & Strand, L. (2012). Body weight supported treadmill training versus traditional training in patients dependent on walking assistance after stroke: a randomized controlled trial. *Disability And Rehabilitation*, 34(3), 210-219. DOI: 10.3109/09638288.2011.593681
- Huijben-Schoenmakers, M., Rademaker, A., & Scherder, E. (2013). 'Can practice undertaken by patients be increased simply through implementing agreed national guidelines?' An observational study. *Clinical*, 27(6), 513-520. DOI: 10.1177/0269215512469119
- International Council of Nurses. (2013). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem – Versão 2013*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Joanna Briggs Institute (2014). *The Joanna Briggs Institute Reviewers Manual 2014 edition*. Australia: The Joanna Briggs Institute.
- Menoita, E. (2012). *Reabilitar a Pessoa Idosa com AVC. Contributos para um Envelhecer Resiliente*. Loures: Lusociência.
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de reabilitação*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Organização Mundial da Saúde. (2009). *Manual STEPS de Acidentes Vasculares Cerebrais da OMS: enfoque passo a passo para a vigilância de acidentes vasculares cerebrais*. Genebra: Organização Mundial da Saúde.
- Peurala, S., Karttunen, A., Sjögren, T., Paltamaa, J., & Heinonen, A. (2014). Evidence for the effectiveness of walking training on walking and self-care after stroke: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 46(5), 387-399. DOI: 10.2340/16501977-1805
- Pundik, S., Holcomb, J., McCabe, J., & Daly, J. (2012). Enhanced life-role participation in response to comprehensive gait training in chronic stroke survivors. *Disability And Rehabilitation*, 34(26), 2264-2271. DOI: 10.3109/09638288.2012.696875
- Ramas, J., Courbon, A., Roche, F., Bethoux, F., & Calmels, P. (2007). Effect of training programs and exercise in adult

stroke patients: literature review. *Annales de réadaptation et de médecine physique*, 50(6), 438-444. **DOI:** 10.1016/j.annrmp.2007.04.006

Sociedade Portuguesa do Acidente Vascular Cerebral. (2016). Tudo o que precisa de saber sobre acidente vascular cerebral. Lisboa: Raio X produção de conteúdos.

Tang, Q., Tan, L., Li, B., Huang, X., Ouyang, C., Zhan. ... Wu, L. (2014). Early sitting, standing, and walking in conjunction with contemporary Bobath approach for stroke patients with severe motor deficit. *Topics In Stroke Rehabilitation*, 21(2), 120-127. **DOI:** 10.1310/tsr2102-120

Conforto nos diagnósticos de enfermagem - características definidoras de conforto prejudicado: Revisão integrativa da literatura

Comfort in nursing diagnosis - defining characteristics of impaired comfort: Integrative literature review

Ana Rita Correia de Sousa¹, Filipa Veludo¹

1. Mestre em Enfermagem; Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

Resumo

Enquadramento: O conforto tem sido considerado um conceito importante, fundamental e intimamente ligado à prática de enfermagem, assumindo-se como um resultado desejado para a prestação de cuidados.

Objetivo: Identificar, sintetizar e analisar o conhecimento existente acerca das características associadas ao conforto prejudicado.

Metodologia: Revisão integrativa da literatura assente na metodologia PICo. A pesquisa foi realizada no motor de busca EBSCO, no Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal e nas bases de dados SciELO e SciELO Portugal, com o friso temporal de 2009 a 2017.

Resultados: Foram selecionados quatro artigos que envolveram pessoas e familiares a quem foram prestados cuidados de enfermagem. Os resultados evidenciaram como características de conforto prejudicado a dor, a privação do sono, o medo, o cansaço, a sede, a fome, a anorexia, a astenia, a ansiedade, a incerteza da recuperação, o défice de confiança nos profissionais, a prática religiosa diminuída, as mudanças no ambiente familiar, social e profissional, a dependência nas atividades de vida diária e a presença de dispositivos médicos invasivos e não invasivos.

Conclusão: Comparativamente com as características que definem o diagnóstico de conforto prejudicado da classificação NANDA, existem outras expressas na literatura que não são incluídas nesta nomenclatura.

Palavras-chave: conforto; pessoa doente; cuidados de enfermagem; diagnósticos de enfermagem

Abstract

Background: Comfort has been considered an important concept, fundamental and closely linked to nursing practice, assuming itself as a care desired result.

Objective: To identify, synthesise and analyse existing knowledge about the characteristics associated with impaired comfort.

Methodology: Integrative literature review based on PICo methodology. The research was carried out in EBSCO search engine, Portugal Open Access Scientific Repository, SciELO and SciELO Portugal databases, from 2009 to 2017.

Results: Four articles that involved people and families who received nursing care were selected. The results showed as impaired comfort characteristics, pain, sleep deprivation, fear, fatigue, thirst, hunger, anorexia, asthenia, anxiety, recovery uncertainty, confidence deficit in professionals, reduced religious practice, changes in family, social and professional environment, daily living activities dependence, and the presence of invasive and non-invasive medical devices.

Conclusion: Compared with the characteristics that define the NANDA impaired comfort diagnosis, there are other characteristics expressed in the literature that are not included in this nomenclature.

Keywords: comfort; patient; nursing care; nursing diagnosis

Introdução

O conforto tem sido considerado um conceito importante, fundamental e intimamente ligado à prática de enfermagem, assumindo-se como um resultado desejado para a prestação de cuidados (Pinto, Fumincelli, Mazzo, Caldeira, & Martins, 2017).

Apesar da frequência e importância da utilização do termo conforto em enfermagem, só em 1991, com os trabalhos de Katharine Kolcaba, se iniciou o seu processo de definição teórica e operacionalização para a ciência de enfermagem (Kolcaba, 1992). Para a autora (Kolcaba, 2003) os cuidados de enfermagem têm como objetivo a promoção do conforto, devendo este conceito ser compreendido no contexto multidimensional do processo de cuidar. O conforto é considerado não apenas um conceito, mas também um resultado imediato e desejável da prática de enfermagem; um estado onde estão satisfeitas as necessidades básicas de conforto com o intuito de alcançar um nível de alívio, tranquilidade e transcendência. Os significados teóricos do conforto interligam-se com o contexto físico, psicoespiritual, ambiental e sociocultural da pessoa. Deste modo, o conforto é intencional, positivo, holístico, multidimensional, intersubjetivo, teoricamente definível e operacionalizável. As intervenções de enfermagem foram

definidas como cuidados dirigidos à satisfação de necessidades específicas de conforto, sendo que quando estas não estão satisfeitas, o enfermeiro deve focar a sua atuação no sentido de o maximizar.

A prática clínica de enfermagem é sustentada pelo processo de enfermagem, que consiste num referencial metodológico que orienta o trabalho permitindo sistematizar as suas ações em etapas que vão sendo operacionalizadas simultaneamente (Barros, 2009; Fontes, & Cruz, 2007). A fase do diagnóstico de enfermagem exige a aplicação de raciocínio clínico na identificação de problemas, que devem ser solucionados à luz dos referenciais teóricos que suportam as intervenções de enfermagem (Barros, 2009).

Os diagnósticos de enfermagem foram desenvolvidos para fornecer uma linguagem internacional que descreva o problema identificado de uma forma concisa, conduzindo à intervenção e ao resultado (Herdman, 2011). A elaboração do diagnóstico passa pela identificação de um conjunto de sinais e sintomas que clarifiquem o fenómeno em investigação, designados de características definidoras e de fatores relacionados que se constituem como circunstâncias ou causas possíveis para os problemas ocorrerem (NANDA International, 2009). A definição destas características deve ser clara e baseada em resultados da evidência científica (Herdman, 2011). Na

prática clínica cabe ao enfermeiro identificar essas características, associá-las ao diagnóstico que traduza a situação e implementar intervenções com vista à resolução ou minimização da situação problemática (Barros, 2009).

A evidência científica deve sustentar as decisões clínicas do enfermeiro na elaboração do diagnóstico e das intervenções (Cruz, & Pimenta, 2005).

Reconhecendo a importância da evidência científica na prática, a subjetividade inerente ao conceito de conforto e da importância de objetivar as características definidoras de um diagnóstico para uma prática clínica centrada nas necessidades da pessoa, procedeu-se a uma pesquisa exploratória com o intuito de identificar os indicadores clínicos do diagnóstico de conforto prejudicado. Esta pesquisa revelou que não existem estudos que respondam a esta problemática, pelo que, de modo a realizar a síntese de conhecimento e a incorporação da aplicabilidade de resultados de estudos significativos na prática, desenvolvemos esta revisão integrativa da literatura. Tem como objetivos identificar, sintetizar e analisar o conhecimento existente acerca das características associadas ao conforto prejudicado.

Metodologia

A realização desta revisão integrativa da literatura teve em consideração as

orientações do Joanna Briggs Institute (2014). A questão de investigação que orientou a pesquisa foi elaborada através do formato PICo onde cada dimensão equivale aos seguintes elementos: Quais são as características definidoras do diagnóstico de conforto prejudicado (I), em pessoas adultas (P) que recebem cuidados de enfermagem (Co)?

Como critérios de inclusão e exclusão delimitou-se: artigos disponíveis em formato completo, redigidos em inglês, francês, espanhol e português, estudos de investigação em enfermagem com uma abordagem qualitativa e quantitativa, publicados entre janeiro de 2009 e dezembro 2017.

Efetuiu-se a pesquisa em bases de dados bibliográficas *online* nacionais e internacionais, durante o mês de março de 2018, conjugando os seguintes descritores: *patient comfort*, *patients*, *nursing care*. Como descritor booleano foi utilizado o termo AND.

A pesquisa foi realizada no motor de busca EBSCO (Academic Search Complete; CINAHL Plus with Full Text; MEDLINE with Full Text; Cochrane Central Register of Controlled Trials; Cochrane Database of Systematic Reviews; Cochrane Methodology Register; Library, Information Science & Technology Abstracts; MedicLatina), no Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal e nas bases de dados SciELO e SciELO Portugal.

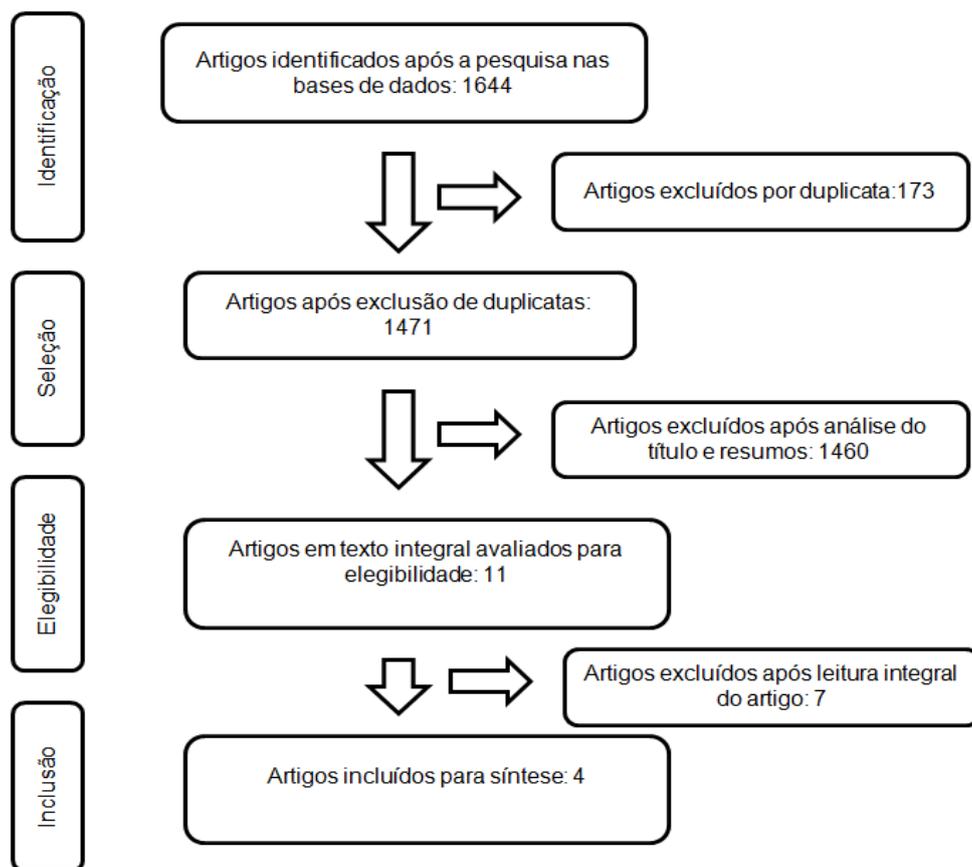
O processo de identificação e seleção dos artigos efetuou-se em três etapas. Na primeira etapa procedeu-se à leitura dos títulos dos artigos identificados na pesquisa. Posteriormente, a seleção foi realizada com base na leitura e análise do resumo. Por último foram analisados na íntegra os artigos cuja informação no resumo era suficiente e obedecia aos critérios de seleção, e aqueles em que o resumo suscitava dúvidas ou era incompleto. Este processo de análise e seleção foi realizado por dois investigadores, de forma independente. A extração e síntese da informação foram

suportadas por uma tabela e o investigador principal procedeu à extração dos dados enquanto o outro confirmou a sua autenticidade.

Resultados e Discussão

Com a realização da pesquisa foram analisados e selecionados artigos (figura 1), apurando-se um total de 1644 publicações em formato de texto completo, dos quais se excluíram 1460 pela leitura do título e do resumo, finalizando num total de 11 artigos para análise, apurando-se 4 artigos.

Figura 1 – Fluxograma das etapas metodológicas utilizadas na revisão integrativa da literatura



Os quatro artigos científicos analisados atenderam aos critérios de inclusão estabelecidos previamente. Para facilitar a análise e apresentação dos resultados, elaborou-se o quadro 1 com dados sobre o autor, ano, tipo de estudo, amostra, objetivos e resultados de cada estudo.

Da análise crítica dos artigos selecionados, verificou-se que estes estão incluídos no friso temporal de 2009-2017, estudando populações do Irão, França, Brasil e Portugal. Quanto aos aspetos metodológicos observou-se destaque da utilização da abordagem qualitativa. Em relação ao tipo de estudos eles são fenomenológicos (Yousefi, Abedi, Yarmohammadian, & Elliott, 2009) e descritivos (Freitas, Mussi, & Menezes, 2012; Pinto, Caldeira, Martins, & Rodgers, 2017). Um dos estudos emprega metodologia quantitativa, nomeadamente, um estudo de coorte (Kalfon et al., 2010). A pesquisa revela a existência de uma amostra heterogénea, constituída por 899 clientes e 9 familiares. Os quatro artigos em análise referem-se ao contexto hospitalar, sendo dois deles referentes a unidades de cuidados intensivos (Freitas et al., 2012; Kalfon et al., 2010) e os restantes a internamento médico-cirúrgico (Yousefi et al., 2009; Pinto, Caldeira, Martins, & Rodgers, 2017).

Os artigos selecionados apresentam resultados que ajudam a responder à questão de investigação, evidenciando de

forma objetiva as características que definem o conforto para os participantes.

Kalfon et al. (2010) identificaram como características de conforto prejudicado a privação do sono, a presença de dispositivos médicos invasivos e não invasivos, a dor, a sede e fome, a ansiedade e o ruído. Pinto, Caldeira, Martins e Rodgers (2017) acrescentam como características físicas os sintomas de dor, cansaço, anorexia e astenia, e como psicológicas a insegurança, o medo, a vulnerabilidade, a incerteza, a culpa e o desespero. Yousefi et al. (2009) aferiram que ter a perceção de que os profissionais de saúde reconhecem as suas necessidades é uma característica do conforto. Estes autores também identificaram características ambientais que influenciam o conforto, nomeadamente, ter espaço para estar com membros da família e para a prática religiosa.

Por outro lado, Freitas et al. (2012) estudaram o fenómeno do conforto na perspectiva do familiar da pessoa internada na unidade de cuidados intensivos, tendo verificado que para estes o conforto prejudicado da pessoa internada seria representado pela incerteza da recuperação e medo da morte, incapacidade para se autocuidar, alteração na rotina de vida e na relação interpessoal e profissional.

Quadro 1 – Síntese dos artigos selecionados

Autor/Ano/Tipo	Amostra	Objetivos	Resultados
Yousefi, Abedi, Yarmohammadian, & Elliott (2009) (Qualitativo-Fenomenológico)	Pessoas internadas (N=16)	Explorar as experiências de conforto de pessoas hospitalizadas durante a permanência num serviço de internamento.	Foram identificadas como características de conforto: a presença de profissionais de saúde despertados para as suas necessidades, de um ambiente adequado para cerimónias religiosas e de um espaço para estar com os membros da família.
Kalfon et al. (2010) (Quantitativo-Estudo de coorte)	Pessoas internadas em unidade de cuidados intensivos (N=868)	Desenvolver e validar um questionário de avaliação de conforto na pessoa internada na unidade de cuidados intensivos	Foram identificadas como características associadas ao conforto prejudicado: privação de sono, presença de dispositivos médicos invasivos e não invasivos, dor, sede e fome, ansiedade e ruído.
Freitas, Mussi, & Menezes (2012) (Qualitativo-exploratório)	Familiares de pessoas internadas na unidade de cuidados intensivos (N=9)	Conhecer a representação de conforto para a pessoa internada na unidade de cuidados intensivos na perspectiva da família.	Foram identificadas como características associadas ao conforto prejudicado: incerteza da recuperação e medo da morte, incapacidade para se autocuidar, alteração na rotina de vida e na relação interpessoal e profissional.
Pinto, Caldeira, Martins, & Rodgers (2017) (Estudo Qualitativo)	Pessoas adultas em programa de cuidados paliativos (N=15)	Analisar as experiências de conforto da pessoa internada em unidade de cuidados paliativos.	Foram identificadas como características associadas ao conforto prejudicado: sintomas físicos de dor, cansaço, anorexia, e astenia, e psicológicos de insegurança, medo, vulnerabilidade, incerteza, culpa e desespero.

Com a intenção de enriquecer a discussão dos resultados foram introduzidos outros estudos pertinentes para esta temática, mas que não obedeciam aos critérios de inclusão e exclusão definidos para a elaboração desta revisão.

Na investigação de Pinto, Fumincelli, Mazzo et al. (2017) encontramos similaridades aos pressupostos defendidos por Kolcaba (1994) ao referirem que o processo de conforto é individual e subjetivo, de caráter intencional, centrado nas necessidades de cada ser. Kolcaba (1994) considera que os recetores das medidas de conforto devem ser todos aqueles que apresentam um défice real ou potencial em qualquer contexto, devendo ser incluída a família e ou cuidador.

Quanto às características de conforto prejudicado, os resultados desta investigação corroboram as dimensões defendidas por Kolcaba e Fisher (1996): (i) Dimensão física: sendo evidenciada pela presença de anorexia, xerostomia, disfagia, dor, dispneia, náuseas, obstipação, sede, fome, privação do sono, desconforto relacionado com a ventilação mecânica, limitação do movimento devido à monitorização e administração de terapêutica. (ii) Dimensão psico-espiritual: associada às questões da falta de segurança, medo, angústia, ansiedade, incerteza face à situação atual e futura, culpa, desespero e sensação de

vulnerabilidade reforçada pela ausência ou défice de informação. (iii) Dimensão sociocultural: associada ao isolamento e afastamento das pessoas significativas e vida social. (iv) Dimensão ambiental: relaciona-se com o ruído, luminosidade excessiva e falta de privacidade.

Vaz (2009) identificou como características definidoras de conforto prejudicado a dor, calor, sede, higiene inadequada, barulho, fadiga e náusea. Outros estudos realizados sobre os principais fatores de *stress* ambiental na unidade de cuidados intensivos e as principais causas de insatisfação da pessoa em situação de doença crítica também suportam os resultados da investigação, concluindo que o ruído, a perturbação do sono, a imobilidade, a solidão, as alterações na comunicação aquando da ventilação invasiva, a luz constante, a dor e as oscilações de temperatura foram referidos como os principais desconfortos (Gadalean, Cheptea, & Constatin, 2011; Tastan, Ünver, İyigün, & İyisoy, 2010; Yava, Tosun, Ünver, & Çiçek, 2011).

Na lógica da prática de um cuidado de conforto individual e centrado nas necessidades da pessoa, torna-se premente continuar a investigar os significados que cada um atribui ao conceito e as características que definem o diagnóstico de conforto prejudicado. Este conhecimento assume uma importância crucial na fase de diagnóstico

e planeamento das intervenções, sendo pertinente integrar a família em todo o processo de cuidar e que este não se restrinja unicamente à pessoa.

No que diz respeito às principais fragilidades desta investigação é de referir a limitação das bases de dados, assim como a limitação temporal e exclusão de literatura cinzenta, que foi intencional dos autores em pesquisar apenas artigos científicos dos últimos 10 anos, procurando um olhar atualizado sobre o fenómeno. De referir também a limitação da análise de textos redigidos apenas em inglês, francês, espanhol e português.

Conclusão

A clarificação das características dos fenómenos associados aos diagnósticos de enfermagem constitui um processo facilitador da comunicação e informação entre a classe profissional, permitindo maior eficiência no cuidar e assegurar a continuidade dos cuidados.

Os resultados desta revisão evidenciam características definidoras de conforto prejudicado, assim como fatores que o influenciam.

Dos artigos incluídos nesta revisão, são destacadas as seguintes características de conforto prejudicado: a dor, a privação do sono, o medo, o cansaço, a sede, a fome, a anorexia, a astenia, a ansiedade, a incerteza da recuperação, o défice de confiança nos profissionais, a prática

religiosa diminuída, as mudanças no ambiente familiar, social e profissional, a dependência nas atividades de vida diárias e a presença de dispositivos médicos invasivos e não invasivos.

Da análise dos resultados desta investigação, podemos concluir que comparativamente com as características que definem o diagnóstico de conforto prejudicado da classificação NANDA, existem outras expressas na literatura que não são incluídas nesta nomenclatura, mas que são valorizadas pela pessoa que recebe cuidados de enfermagem, o que nos remete para a necessidade de investigação sobre o fenómeno.

Referências bibliográficas

- Barros, A. (2009). Classificações de diagnóstico e intervenção de enfermagem: NANDA-NIC. *Acta Paulista de Enfermagem*, 22, 864-867. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/ape/v22nspe/03.pdf>
- Cruz, D., & Pimenta, C. (2005). Prática baseada em evidências, aplicada ao raciocínio diagnóstico. *Rev Latino-americana de Enfermagem*, 13(3), 415-422. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n3/v13n3a17.pdf>
- Fontes, C., & Cruz, D. (2007). Diagnósticos de enfermagem documentados para pacientes de clínica médica. *Rev Esc Enferm USP*, 4. 395-

402. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v41n3/08.pdf>.
- Freitas, K., Mussi, F., & Menezes, I. (2012). Desconfortos vividos no cotidiano de familiares de pessoas internadas na UTI. *Esc Anna Nery*, 16, 704–711. **DOI:** 10.1590/S1414-81452012000400009
- Gadalean, J., Cheptea, M., & Constatin, I. (2011). Evaluation of Patient Satisfaction. *Applied Medical Informatics*, 29(4), 41-47. Recuperado de <http://ami.info.umfcluj.ro/index.php/AMI/article/view/361>
- Herdman, T. (2011). Qual o conhecimento de enfermagem necessário para desenvolver a prática de enfermagem? *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 13(2), 161-162. **DOI:** 10.5216/ree.v13i2.14773
- Joanna Briggs Institute. (2014). *The Joanna Briggs Institute Reviewers Manual 2014 edition*. Australia: The Joanna Briggs Institute.
- Kalfon, P., Mimos, O., Auquier, P., Loundou, A., Gauzit, R., Lepape, A., ... Mallédant, Y. (2010). Development and validation of a questionnaire for quantitative assessment of perceived discomforts in critically ill patients. *Intensive Care Med*, 36(10), 1751–1758. **DOI:** 10.1007/s00134-010-1902-9
- Kolcaba, K., & Fisher, E. M. (1996). A holistic perspective on comfort care as an advance directive. *Critical Care Nursing Quarterly*, 18, 66-76. Recuperado de <https://journals.lww.com/ccnq/pages/results.aspx?txtKeywords=holistic+perspective+on+comfort+care+as+an+advance+directive>.
- Kolcaba, K.Y. (1992). Holistic comfort: operationalizing the construct as a nurse-sensitive outcome. *Advances in Nursing Science*, 15(1), 1-10. Recuperado de https://journals.lww.com/advancesinnursingscience/Abstract/1992/09000/Holistic_comfort__Operationalizing_the_construct.3.aspx
- Kolcaba, K.Y. (1994). A theory of holistic comfort for nursing. *Advances in Nursing Science*, 19, 1178-1184. **DOI:** 10.1111/j.1365-2648.1994.tb01202.x
- Kolcaba, K.Y. (2003). *Comfort theory and practice. A vision for holistic health care and research*. New York: Springer.
- NANDA International. (2009). *Diagnósticos de Enfermagem da Nanda: Definições e Classificação 2012-2014*. São Paulo: Artmed Editora.
- Pinto, S., Fumincelli, L., Mazzo, A., Caldeira, S., & Martins, J. (2017). Comfort, well-being and quality of life: Discussion of the differences and similarities among the concepts. *Porto Biomedical Journal*, 2(1), 6-12. **DOI:** 10.1016/j.pbj.2016.11.003
- Pinto, S., Caldeira, S., Martins, J. C., & Rodgers, B. (2017). Evolutionary Analysis of the Concept of Comfort. *Holist Nurs Pract*, 31(4), 243-252. **DOI:** 10.1097/HNP.0000000000000217
- Tastan, S., Ünver, V., İyigün, E., & İyisoğlu, A. (2010). Study on the effects of intensive care environment on sleep state of

patients. *Anatolian Journal of Clinical Investigation*, 4(1), 5-10.

Vaz, C. (2009). *Dor aguda e conforto prejudicado em Parturientes: uma Revisão integrativa*. Porto Alegre. Tese de Graduação. Escola de enfermagem da Universidade Federal de Rio Grande do Sul. Recuperado de <http://hdl.handle.net/10183/24333>

Yava, A., Tosun, N., Ünver, V., & Çiçek, H. (2011). Patient and Nurse Perception of stressors in the Intensive Care Unit. *Stress and Health*, 27, 36-47. **DOI:** 10.1002/smi.1333

Yousefi, H., Abedi, H., Yarmohammadian, M., & Elliott, D. (2009). Comfort as a basic need in hospitalized patients in Iran: a hermeneutic phenomenology study. *Journal of Advanced Nursing*, 65, 1891-1998. **DOI:** 10.1111/j.1365-2648.2009.05026