

PERCURSOS



janeiro – junho
2025

FICHA TÉCNICA

Publicação Periódica
com periodicidade Semestral
Ano 2025, Nº 57
ISSN 1646-5067

Editor
António Freitas
antonio.freitas@ess.ips.pt
Hugo Franco
hugo.franco@ess.ips.pt

Comissão Editorial
Edgar Canais
Fernanda G. da Costa Marques
Hugo Miguel Franco
Lucília Nunes

Os artigos, aprovados para esta edição
são da exclusiva responsabilidade dos
seus autores.

ÍNDICE

A Importância da Espiritualidade na Pessoa com Doença Oncológica durante o processo de Cuidados.....	1
--	---

Adriana Rodrigues; Andreia Cerqueira

Intervenção do(a) Enfermeiro(a) na Promoção da Autoestima da Pessoa com Cancro da Mama submetida a Quimioterapia.....	14
---	----

Mariana Charneca; Ana Filipa Poeira

Medidas de Conforto na Fase Agónica: Revisão Integrativa da Literatura.....	23
---	----

Nádia Gouveia; Paula Joaquim

Intervenções de Enfermagem na Redução das Readmissões no Serviço de Urgência em Pessoas com Insuficiência Cardíaca.....	36
---	----

Camila Loução; Vânia Teixeira

Barreiras à Comunicação Eficaz na Abordagem ao Doente Crítico em Contexto Hospitalar: Revisão Integrativa da Literatura.....	47
--	----

Marta Azevedo; Bruno Ferreira; Guida Amaral

Intervenções de Enfermagem para a Prevenção do Delirium na Pessoa em Situação Crítica.....	58
--	----

Teresa Patrício; Bruno Ferreira; Guida Amaral

O Impacto das Dotações Seguras na Segurança e Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, no Serviço de Urgência.....	66
---	----

Camila Loução; Hugo Franco

A Eficácia da Terapia de Espelho na Reabilitação da Pessoa Vítima de Acidente Vascular Cerebral.....	79
--	----

Iva Leitão; Hugo Franco

Intervenção do(a) Enfermeiro(a) na Prevenção de Úlceras por Pressão na Pessoa Submetida a Ventilação Não Invasiva.....	88
--	----

Mariana Charneca; Samuel Campina; Hugo Franco

A IMPORTÂNCIA DA ESPIRITUALIDADE NA PESSOA COM DOENÇA ONCOLÓGICA DURANTE O PROCESSO DE CUIDADOS

The importance of spirituality in people with oncological disease during the care process

Adriana Rodrigues¹, Andreia Cerqueira²

RESUMO

Introdução: O diagnóstico de uma doença oncológica e consequente tratamento tem elevado impacto multidimensional, com sofrimento físico, emocional e espiritual. A espiritualidade surge neste contexto, como uma estratégia de *coping* relevante com potencial para melhoria da qualidade de vida das pessoas com doença oncológica. **Objetivo:** Reunir evidência científica que permita compreender a importância da espiritualidade em pessoas com doença oncológica durante o processo de cuidados de saúde. **Metodologia:** Revisão Integrativa da Literatura, foi realizada pesquisa de evidência nas bases de dados PUBMED, CINHALL, MEDLINE e Google Académico. Foram incluídos estudos publicados entre 2019 e 2024 que reunissem evidência que desse resposta à questão de investigação estruturada. **Resultados:** Demonstra-se que a espiritualidade contribui para a redução de stress, ansiedade, depressão e sintomas físicos, como a dor e a fadiga. Promove a adesão ao regime terapêutico, maior resiliência emocional e melhoria na qualidade de vida, bem-estar e saúde espiritual. **Conclusão:** A espiritualidade tem um papel essencial na vida das pessoas com doença oncológica e a prestação de cuidados de enfermagem espirituais promovendo a humanização dos cuidados.

Palavras-chave: Espiritualidade; Doença oncológica; Bem-estar espiritual; Tratamento oncológico; Saúde espiritual.

ABSTRACT

Introduction: The diagnosis of an oncological disease and subsequent treatment has a high multidimensional impact, with physical, emotional and spiritual suffering. Spirituality emerges in this context as a relevant coping strategy with the potential to improve the quality of life of people with oncological disease. **Objective:** To gather scientific evidence that allows us to understand the importance of spirituality in people with cancer during the health care process. **Methods:** Integrative Literature Review, evidence research carried out in the PUBMED, CINHALL, MEDLINE and Google Scholar databases. Studies published between 2019 and 2024 that gathered evidence that answered the structured research question were included. **Results:** It is demonstrated that spirituality contributes to the reduction of stress, anxiety, depression and physical symptoms, such as pain and fatigue. It promotes adherence to the therapeutic regime, greater emotional resilience and improvements in quality of life, well-being and spiritual health. **Conclusions:** Spirituality plays an essential role in the lives of people with oncological disease and providing spiritual nursing care promoting the humanization of care.

Keywords: Spirituality; Oncological Disease; Spiritual well-being; Oncological treatment; Spiritual health.

¹ Estudante do 4º ano do 22º Curso de Licenciatura em Enfermagem da Escola Superior de Saúde, do Instituto Politécnico de Setúbal, Portugal

² Doutorada em Enfermagem. Professora Adjunta no Departamento de Enfermagem da Escola Superior de Saúde, do Instituto Politécnico de Setúbal

INTRODUÇÃO

A doença oncológica, é atualmente considerada uma doença crónica devido às suas características, condições, sintomas e limitações que necessitam de acompanhamento multidisciplinar a longo prazo. Esta doença tem elevado impacto na vida das pessoas e provoca inúmeros transtornos a nível físico, social e emocional. As limitações e alterações nas atividades de vida diárias podem agravar o sofrimento da pessoa que passa por este processo de saúde/doença (Cavalcanti, Costa, Soares, & Nogueira, 2023); (Oliveira, 2018).

O diagnóstico de uma doença oncológica, traz consigo inúmeras questões, levando as pessoas com este diagnóstico a questionarem o significado da sua vida, devido ao confronto com a possibilidade de um fim de vida (Oliveira, 2018); (Matos, 2016). Estas veem-se perante um aumento da vulnerabilidade, sofrimento físico e psicológico que ameaça a sua integridade. Como consequência desta vulnerabilidade, recorrem a estratégias, como a espiritualidade, para promover a sua adaptação à doença. Atualmente, considera-se que a espiritualidade é uma estratégia de *coping* relevante, com o potencial de diminuir o sofrimento e o desconforto emocional sentido (Oliveira, 2018).

A maioria dos autores considera que a espiritualidade e a religiosidade são consideradas conceitos sinónimos, no entanto estes conceitos são distintos, mas podem complementar-se. A religiosidade define-se como um sistema organizado de crenças, rituais e práticas religiosas (Batista, 2020). Por sua vez, a espiritualidade relaciona-se com a essência e existência do ser humano. Pode considerar-se como uma filosofia de vida, onde se produzem sentimentos de esperança, compaixão, bem-estar e estabilidade. Esta é vista como uma procura de significado e propósito para a vida e para a morte. A espiritualidade associa-se a uma conexão com um ser ou um elemento superior (Pallini, Ottati, Cremasco,

& Cunha, 2019); (Moosavi, Rohani, Borhani, & Akbari, 2019).

A prática de cuidados espirituais é uma vertente fulcral na prática dos cuidados de enfermagem. De forma, a prestar cuidados espiritualmente competentes, podemos recorrer à teórica de enfermagem Jean Watson com a Teoria do Cuidado Humano. Esta teoria envolve dimensões espirituais e éticas, sendo estas consideradas a base do cuidado humano, a espiritualidade é considerada como o meio orientador para a prática de enfermagem (Pessoa, 2020). Watson defende uma abordagem que envolva todas as dimensões da pessoa, abandonando os cuidados tradicionais centrados na dimensão física (Evangelista, Lopes, Nóbrega, Vasconcelos, & Viana, 2020). Jean Watson, destaca que para a prestação de um cuidado transpessoal é necessária sensibilidade, empatia, cultivo de próprias práticas espirituais e desenvolvimento de um ambiente terapêutico, de forma a atender às necessidades humanas básicas, à espiritualidade e dimensões existências da vida/morte, saúde/doença (Pessoa, 2020); (Saviato & Leão, 2016).

A Teoria do Cuidado Humano desenvolve três metaparadigmas da enfermagem, nomeadamente a saúde, enfermagem e a pessoa. Watson vê a saúde como uma harmonia entre o corpo, a mente e a alma. O enfermeiro neste contexto procura ajudar as pessoas na obtenção de um significado, mesmo perante situações de sofrimento e falta de esperança. A pessoa, por sua vez, é vista como um ser espiritual, como parte integrante da natureza e do mundo para além da matéria biológica e física. Esta teórica procura ajudar os enfermeiros a prestar cuidados holísticos, atendendo às diferentes dimensões das pessoas, incluindo dimensões espirituais e da alma (Evangelista, Lopes, Nóbrega, Vasconcelos, & Viana, 2020).

No contexto de prestação de cuidados a espiritualidade tem-se

demonstrado uma importante ferramenta de superação nas adversidades experienciadas pelas pessoas. No âmbito da presente revisão, a prestação de cuidados oncológicos é definida como conjunto de intervenções terapêuticas destinadas ao tratamento da doença oncológica. No conjunto destas intervenções terapêuticas destaca-se a administração de quimioterapia, que se caracteriza-se por um tratamento sistémico com a administração de substâncias citotóxicas com o objetivo de eliminar ou inibir a proliferação das células tumorais da neoplasia. Este tratamento tem um grande impacto nas vidas das pessoas devido aos efeitos secundários comuns, como as náuseas, vômitos, fadiga, anorexia, dor, alopecia, mucosite. Bem como, o desenvolvimento de ansiedade e depressão face aos tratamentos, entre outros sintomas. Estes efeitos secundários têm elevado impacto na forma como as pessoas enfrentam este processo de doença (AEOP, 2020). Destaca-se ainda a prestação de cuidados paliativos, neste contexto não existe finalidade curativa, mas sim um objetivo de promover o alívio dos sintomas e aumentar a qualidade de vida e sobrevida da pessoa com doença oncológica (AEOP, 2020). Inclui-se ainda outras intervenções terapêuticas como a hormonoterapia, onde se procura diminuir as hormonas responsáveis pelo crescimento do tumor ou bloquear os recetores das células tumorais. (AEOP, 2020).

A evidência científica tem atribuído reconhecimento e relevância à espiritualidade, no entanto, ainda existem algumas lacunas na sua integração na prática clínica e compreensão nos cuidados de saúde, principalmente na prestação de cuidados à pessoa com doença oncológica.

Assim, de forma a colmatar estas lacunas é relevante investigar esta dimensão dos cuidados, aumentando a sensibilização e integração da espiritualidade nos cuidados de enfermagem. Neste sentido, a problemática principal desta revisão

relaciona-se com a análise da evidência existente sobre a importância do recurso à espiritualidade em pessoas com doença oncológica durante o processo de cuidados. Esta abordagem, procura fortalecer a importância de desenvolver uma visão holística na prestação de cuidados de enfermagem, valorizando a pessoa em todas as suas vertentes.

Importa referir que durante o processo metodológico, os aspetos éticos da investigação em enfermagem, foram preservados (Nunes, 2020).

METODOLOGIA

Questão de investigação

Com o objetivo de desenvolver uma Revisão Integrativa da Literatura (RIL) que desse resposta à importância do recurso da espiritualidade como uma estratégia de *coping*, formulou-se a seguinte questão de investigação: “Qual a importância da espiritualidade nas pessoas com doença oncológica durante o processo de cuidados?”. Segundo o acrónimo PCC:

P (População) - Pessoa com doença oncológica;

C (Conceito) – Espiritualidade;

C (Contexto) – Prestação de cuidados oncológicos;

Critérios de inclusão e exclusão

Foram incluídos estudos que abordassem o tema da espiritualidade em pessoas adultas com doença oncológica durante o processo de cuidados.

Foram excluídos estudos com população pediátrica e com familiares das pessoas com doença oncológica. Foram ainda excluídos todos os estudos que abordassem a temática *Covid-19*, devido à especificidade do impacto pandémico que poderia introduzir vieses na análise da espiritualidade.

Estratégia de pesquisa

Com o objetivo de dar resposta à temática da presente revisão foi

desenvolvida a estratégia de pesquisa (disponível na tabela 1), onde inclui os descritores em cada componente do acrónimo PCC. Foram incluídos termos indexados e termos clínicos associados a operadores *booleanos* para orientar a pesquisa.

População	AND	Conceito	AND	Contexto
AB Cancer patients OR TI Cancer patients		MH Spirituality		AB Cancer therapy OR TI Cancer therapy
AB Oncology patients OR TI Oncology patients		AB Spirituality OR TI Spirituality		AB Oncology care OR TI Oncology care
AB Patients with cancer OR TI Patients with cancer		AB Spiritual well-being OR TI Spiritual well-being		AB Cancer treatment OR TI Cancer treatment
		AB Spiritual care OR TI Spiritual care		
		AB Spiritual health OR TI Spiritual health		

Tabela 1- Brainstorming

Posteriormente, procedeu-se à pesquisa avançada nas bases de dados Medline, Cinahl, Pubmed e Google Académico. De forma, a aprimorar as pesquisas foram aplicados limitadores nas bases de dados anteriormente referidas, entre os quais: ano de publicação entre 2019 e 2024; texto integral disponível; idioma em inglês, espanhol e português.

Seleção dos estudos

De forma a fazer uma triagem dos artigos selecionados mais sistematizada, foi realizada a importação dos artigos para a plataforma Covidence. Após os vários processos de triagem dos estudos, foram selecionados 4 artigos que responderam à questão de investigação, sendo assim incluídos na presente RIL.

No fluxograma (disponível em figura 1) é possível analisar o processo de seleção dos estudos.

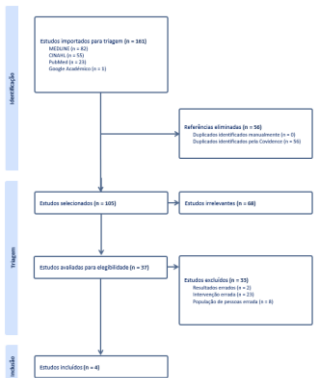


Figura 1 - Fluxograma

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Após a análises dos artigos incluídos na RIL, foi realizada a extração de dados dos mesmos. Na Tabela 2 é possível analisar a síntese da extração de dados realizada.

Artigo I Título: Benefits of Spiritual and Religious Support in the Pain Management of Cancer Patients: A Literature Scoping Review Autores: Cavalcanti, Costa, Soares, Nogueira Ano: 2023 Tipo de estudo e nível de evidência: Revisão Integrativa: Scoping review. Nível V. Objetivo: Sintetizar o conhecimento científico existente sobre os benefícios da espiritualidade na gestão da dor em pessoas com neoplasia, no âmbito dos cuidados paliativos. Resultados: Os resultados do estudo sugerem que a espiritualidade contribui para a redução da dor e do sofrimento das pessoas, melhorando a capacidade de os mesmos enfrentarem o seu processo de doença. Esta diminui ainda os níveis de ansiedade e depressão. O estudo demonstra que a espiritualidade ajuda as pessoas a reinterpretarem o sofrimento e procurarem um sentido para a doença.
Artigo II Título: Relationship between spirituality and depression among patients with malignant cancer at a selected tertiary care institute - A study from North India Autores: Haokip et al. Ano: 2021 Tipo de estudo e nível de evidência: Estudo transversal descritivo. Nível IV. Objetivo: Determinar a relação entre espiritualidade e depressão entre pessoas com neoplasia em tratamento de quimioterapia. Resultados: Este estudo demonstra uma correlação negativa fraca estatisticamente entre níveis de depressão e ansiedade, ou seja, quanto maior o nível de espiritualidade menor o nível de depressão.
Artigo III Título: A importância atribuída à Espiritualidade como estratégia de enfrentamento do tratamento oncológico. Autores: Meira, Biondo, Cunha, Nunes Ano: 2023 Tipo de estudo e nível de evidência: Estudo qualitativo, descritivo e exploratório. Nível IV. Objetivo: Compreender a importância e experiência espiritual de pessoa durante tratamento de quimioterapia. Resultados: O estudo demonstra que a espiritualidade fornece força, esperança e motivação aos utentes durante o tratamento oncológico. Refere ainda que as pessoas valorizam a abordagem, espiritual desenvolvida pelos profissionais de saúde.
Artigo IV Título: Impact of spiritual care on the spiritual and mental health and quality of life of patients with advanced cancer Autores: Sun, Liu, Zhang, Wang, Fun Ano: 2021 Tipo de estudo e nível de evidência: Estudo caso-controlo. Nível III. Objetivo: Desenvolver um plano de cuidados espiritual adequado a pessoas com cancro avançado, no contexto de tratamento de quimioterapia, radioterapia, hormonoterapia e cuidados paliativos. Resultados: Após intervenção espiritual no grupo experimental são obtidos resultados positivos no âmbito da melhoria da saúde espiritual, diminuição dos níveis de ansiedade e depressão e aumento da qualidade de vida, quando comparados com os dados do grupo de controlo onde não foi desenvolvida intervenção espiritual.

Tabela 2 -Extração de dados

O conceito de espiritualidade demonstra-se transversal em todos os artigos analisados, sendo destacada a sua importância e impacto na forma como as pessoas vivenciam o seu processo de doença e tratamento. Os estudos analisados demonstram que esta é importante em várias dimensões do ser humano, como na dimensão psicológica, emocional, física e comportamental.

Assim, a importância da espiritualidade pode ser estruturada nas várias vertentes em que esta tem uma influência positiva ou negativa, como por exemplo no stress, ansiedade, depressão, sintomas físicos, qualidade de vida, bem-estar, entre outros. Na figura 2 encontram-se explanadas todas as vertentes em que a espiritualidade se demonstra relevante.

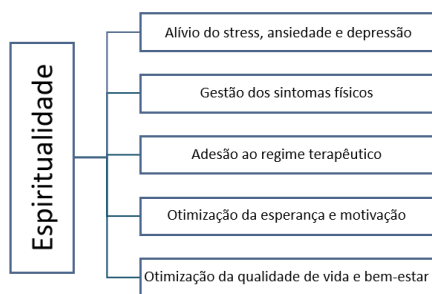


Figura 2- Síntese de dados

▪ Alívio do stress, ansiedade e depressão

A ansiedade, depressão e o stress são comuns em pessoas com diagnóstico de doença oncológica. Os sintomas destes distúrbios variam de acordo com o processo de tratamento e prognóstico da doença. No entanto, tem um grande impacto na qualidade de vida da pessoa (Machado, Guimarães, Leão, Silva, & Júnior, 2024). Os estudos analisados demonstram a importância que a espiritualidade tem no controlo dos níveis de ansiedade, depressão e stress sentidos por esta população.

Haokip, et al., 2021 no seu estudo, avaliaram os níveis de depressão e ansiedade na sua população, onde compreenderam que existe uma relação entre o aumento da espiritualidade e diminuição da depressão. Estes defendem que a espiritualidade é um fator protetor face ao desenvolvimento de depressão nas pessoas com doença oncológica. Estes referem que esta correlação é fraca e de difícil prova, no entanto consideram os dados estatisticamente significativos. Evidenciam a necessidade de desenvolver mais estudos que comprovem esta correlação.

Os restantes estudos analisados comprovam que existe relação entre a espiritualidade e a redução da ansiedade e depressão.

Cavalcanti, Costa, Soares & Nogueira, 2023 defendem que as pessoas que desenvolvem a sua espiritualidade têm maior capacidade de resiliência emocional. O aumento da resiliência, permite que os mesmos consigam encarar e integrar o seu

processo de doença e tratamento oncológico, reduzindo assim os níveis de ansiedade e depressão sentidos.

Sun, Liu, Zhang, Wang & Fan, 2021 no seu estudo caso-controlo, desenvolveram intervenções espirituais num grupo experimental. Os seus resultados demonstram que o grau de ansiedade e de depressão reduziram significativamente no grupo que obteve intervenção espiritual face ao grupo que não obteve intervenção espiritual. Havendo assim, uma relação entre o aumento da espiritualidade e a diminuição de distúrbios ansiosos e depressão.

Segundo Meira, Biondo, Cunha & Nunes, 2023, a espiritualidade pode ser praticada de várias formas, como técnicas de relaxamento que promovem uma integração do corpo e da alma aumentando a aceitação e integração da doença. A musicoterapia que é uma técnica multidimensional que permite retirar o foco da pessoa da doença, reduzindo assim, os níveis de ansiedade sentidos. A redução do stress é também referida por Haokip et. al, 2021 que defende que a prática de espiritualidade é um recurso para as pessoas lidarem de forma positiva com o stress sentido, devido ao diagnóstico de neoplasia, tratamento e efeitos adversos consequentes.

▪ Gestão dos sintomas físicos

Os sintomas físicos são comuns em pessoas com doença oncológica nomeadamente em tratamento de quimioterapia, onde se destaca a dor, fadiga, anorexia, náuseas e vômitos. Estes sintomas interferem diretamente nas capacidades das pessoas e na sua qualidade de vida (Silveira, et al., 2021). Os estudos analisados demonstram que a espiritualidade contribuiu para a redução de alguns destes sintomas.

Entre todos os sintomas analisados podemos destacar a dor como o sintoma mais referido.

Cavalcanti, Costa, Soares & Nogueira, 2023 defende o conceito de dor total

segundo o conceito de Cicely Saunders. Ou seja, a dor engloba a dimensão física, emocional, espiritual e social. É referido que as pessoas que incluem práticas espirituais na sua vida, demonstram maior conexão com a fé e com o seu propósito de vida, o que promove o seu desenvolvimento emocional. Este desenvolvimento contribui para uma maior tolerância à dor total sentida. Cavalcanti, Costa, Soares & Nogueira, 2023 referem que a espiritualidade é uma ferramenta essencial na diminuição da dor, através da gestão das dimensões emocionais e espirituais, que se incluem na dor total. Destaca-se que intervenções espirituais, como a oração e a meditação, auxiliam no controlo da dor. No entanto, é referido que esta estratégia deve ser complementada com intervenções integradas e multidisciplinares para controlo da dor.

Meira, Biondo, Cunha & Nunes, 2023 não desenvolvem o conceito de dor. No entanto, no seu estudo referem o recurso à musicoterapia, como uma estratégia espiritual, tem efeitos positivos na redução da perceção da dor sentida nas pessoas com doença oncológica, uma vez que o seu foco de atenção é transferido para a tarefa que estão a desenvolver.

Sun, Liu, Zhang, Wang & Fan, 2021 por sua vez, referem que muitos estudos dão ênfase à importância da espiritualidade na redução e gestão da dor. No entanto, no seu estudo, após a prestação de cuidados espirituais a diferença entre os grupos, face à redução da dor, não é estatisticamente significativa. Ou seja, este estudo defende que não é possível comprovar que a espiritualidade tem um efeito significativo na redução da dor. No entanto, referem que estes resultados podem estar relacionados com a curta duração da intervenção ou com os diferentes graus de dor avaliados, não sendo traduzidos para dados estatisticamente relevantes. Destacando-se assim a relevância da continuidade da investigação nesta área.

Para além da dor, Sun, Liu, Zhang, Wang & Fan, 2021 defendem que a

espiritualidade promove melhorias significativas em outros sintomas como a fadiga, as náuseas, os vômitos e a anorexia. Quando comparados os dados obtidos antes e após a intervenção espiritual, demonstra-se que os dados são estatisticamente relevantes face ao recurso da espiritualidade e consequente redução e gestão dos sintomas anteriormente referidos.

Foram ainda estudados os efeitos da espiritualidade na dispneia, insónia e obstipação. No entanto, nestes não foram demonstradas diferenças estatisticamente significativas após a intervenção espiritual. Destacam assim a necessidade do desenvolvimento de maior investigação neste âmbito.

▪ Adesão ao regime terapêutico

A adesão ao regime terapêutico implica a permanência das pessoas nas intervenções terapêuticas, como a administração de fármacos, comparência nas consultas e exames com constante deslocação a um serviço de saúde. Implica ainda a necessidade de mudança de estilos de vida como a adesão a hábitos de vida saudáveis e ainda a compreensão dos efeitos adversos dos tratamentos (Miranda & Piva, 2023).

A longa duração, que é característica dos cuidados oncológicos, por vezes, torna-se um desafio para a adesão ao regime terapêutico. Destaca-se que a aceitação e adaptação ao estado de saúde/doença e o desenvolvimento de hábitos de autocuidado, são essenciais para a adesão a este regime (Miranda & Piva, 2023).

Esta vertente é apenas referida no estudo de Cavalcanti, Costa, Soares & Nogueira, 2023. Defendem que a prática de intervenções espirituais promove a resiliência emocional e por sua vez o aumento da aceitação da doença. Segundo Cavalcanti, Costa, Soares & Nogueira, 2023, estas pessoas ao melhorarem a sua aceitação, através da espiritualidade, têm maior probabilidade de desenvolver uma correta

adesão ao regime terapêutico e ao processo de cuidados envolvido no diagnóstico de uma doença oncológica.

▪ **Otimização da esperança e motivação**

A esperança e a motivação foram os conceitos menos explorados nos estudos analisados. No entanto, Meira, Biondo, Cunha & Nunes, 2023 referem a importância da espiritualidade na esperança, motivação e força das pessoas com doença oncológica em processo de cuidados.

Este estudo, como visto anteriormente, defende que a espiritualidade pode ser exercida de várias formas. Acrescentam que o recurso à meditação, orações e celebrações religiosas podem também ser recursos para desenvolver esta estratégia de *coping*. A prática destas técnicas promove sentimentos de força, acreditando que vão superar a sua doença. Estes sentimentos, permitem que as pessoas tenham motivação para enfrentar todo o processo, desde o diagnóstico ao tratamento. Meira, Biondo, Cunha & Nunes, 2023 defende ainda, que existe um aumento da esperança face ao tratamento e confiança no processo de “cura”.

Este estudo relata testemunhos de pessoas em contexto de cuidados oncológico, que quando questionadas sobre a importância atribuída à espiritualidade referem: “*Dá muita força, porque eu preciso ser forte*”; “*A minha espiritualidade me dá ânimo, força (...)*”. Assim, estes autores defendem que a espiritualidade promove o aumento da esperança e motivação das pessoas com doença oncológica em processo de cuidados.

▪ **Otimização da qualidade de vida e bem-estar**

A qualidade de vida, segundo a Organização Mundial de Saúde, define-se como a percepção que a pessoa tem sobre o seu contexto e sistemas de valores em que vive, face às expectativas e objetivos que tem (Pereira, Pais-Ribeiro & Leal, 2020, cit.

WHOQOL Group, 1994). A qualidade de vida relaciona-se ainda com a forma como a pessoa pensa, se sente e como percebe a sua vida. As pessoas com doença oncológica podem apresentar diminuição da qualidade de vida devido a todos os distúrbios físicos e psicológicos e sensação de desamparo ou abandono (Gomes, Contim, Silva, Barros, & Rodrigues, 2019).

Como vimos anteriormente nos estudos de Cavalcanti, Costa, Soares & Nogueira, 2023 e Sun, Liu, Zhang, Wang & Fan, 2021, a prática da espiritualidade tem um efeito positivo na gestão de alguns sintomas físicos como a dor, fadiga, náuseas e vômitos. Esta gestão promove à pessoa um aumento da sensação de bem-estar físico e consequente aumento da qualidade de vida.

A maioria das pessoas com diagnóstico de doença oncológica em processo de cuidados, deparam-se com sentimentos de tristeza, medo, incerteza e ausência de esperança face ao tratamento, o que interferem diretamente na percepção que têm da vida levando a uma diminuição da sensação de bem-estar (Meira, Biondo, Cunha, & Nunes, 2023).

Em todos os artigos analisados, é possível compreender que a ansiedade e a depressão são também importantes preditores da qualidade de vida e sensação de bem-estar das pessoas com doença oncológica. É transversal a defesa da importância da espiritualidade na redução dos sentimentos de ansiedade e depressão. Os autores destacam que a saúde espiritual é um mecanismo fundamental de enfrentamento, capaz de proteger as pessoas de distúrbios psicológicos, frequentemente associados ao diagnóstico e tratamento oncológico.

Segundo Meira, Biondo, Cunha & Nunes, 2023 a manifestação da espiritualidade através da meditação, oração, prática de exercício físico, relaxamento e outras atividades de autocuidado promovem sensações de bem-estar às pessoas. A espiritualidade, como referido

anteriormente, promove ainda sentimentos de força e tranquilidade dando significado ao processo de saúde e doença.

Esta estratégia de *coping* permite ainda transformar o significado do sofrimento, capacitando as pessoas para uma reorganização do significado da sua vida e promover o conforto e dignidade dos mesmos (Cavalcanti, Costa, Soares, & Nogueira, 2023).

Assim, todos os estudos defendem que a prática da espiritualidade tem um importante papel na melhoria da qualidade de vida e bem-estar da pessoa com doença oncológica.

No contexto oncológico, a saúde espiritual é reconhecida como um padrão de qualidade nos cuidados prestados.

No estudo de Sun, Liu, Zhang, Wang & Fan, 2021 é referido que as intervenções espirituais contribuem significativamente para a melhoria da saúde espiritual das pessoas com doença oncológica e consequente aumento da sensação de bem-estar. Neste sentido, os autores destacam a necessidade iminente de formar equipas multidisciplinares na prestação de cuidados espirituais, de forma a fortalecer o cuidado espiritual prestado às pessoas com doença oncológica, promovendo sentimentos de bem-estar. Estas equipas são essenciais para promover a qualidade de vida e diminuir o sofrimento das pessoas diagnosticadas com doença oncológica.

Implicações para a prática de enfermagem

Dado que a espiritualidade tem um impacto significativo na vida das pessoas com doença oncológica é essencial explorar quais as suas implicações na prática dos cuidados de enfermagem.

A espiritualidade tem vindo a consolidar-se como um componente fundamental dos cuidados de enfermagem, especialmente em contextos marcados por grande sofrimento, como nos contextos de prestação de cuidados a pessoas com doença

oncológica. A espiritualidade deve ser reconhecida como parte integrante do cuidado holístico, uma vez que é essencial para responder às necessidades complexas das pessoas que passam por estes processos de saúde/doença. No âmbito dos cuidados de enfermagem, a espiritualidade abrange a procura de sentido, propósito e conexão, elementos particularmente importantes em situações de diagnósticos que desafiam a vida das pessoas. O enfermeiro desempenha um papel fulcral quando adota uma abordagem centrada na pessoa, criando um ambiente seguro onde a pessoa se sinta valorizada nas suas dimensões emocionais e espirituais. Este suporte pode auxiliar as pessoas a encontrar esperança, aceitação e serenidade neste processo, essenciais para promover a sua qualidade de vida e a sua resiliência face à doença (Silva, Ribeiro, Scorsolini-Comin, Okamura, & Martins, 2020).

Estudos sugerem que a não satisfação desta necessidade espiritual pode impactar negativamente nos resultados de saúde dos mesmos (Semerci, et al., 2021).

Apesar da importância da prestação de cuidados espirituais, estes enfrentam várias limitações, como a falta de conhecimento dos profissionais, inexperiência na prestação de cuidados oncológicos, elevada carga de trabalho, baixos rácios de enfermeiros, falta de disponibilidade, falta de privacidade e até mesmo desconforto em falar sobre esta temática (Jurado, et al., 2019). Moosavi, Rohani, Borhan, & Akbari (2019) referem que a solução deve passar pelo reforço da formação académica ou programas de formação contínua dos enfermeiros na área de cuidados espirituais, de forma, a promover a capacitação dos mesmos para responder às necessidades espirituais das pessoas em contextos de doença oncológica.

A integração da prática de cuidados espirituais fortalece a relação terapêutica e melhora a comunicação pessoa-enfermeiro, permitindo uma abordagem empática e

compreensiva dos sentimentos e vivências das pessoas com doença oncológica. No entanto, este cuidado exige competências comunicacionais como a escuta ativa, sensibilidade, presença genuína e interessada, que permita reconhecer e respeitar as crenças, valores e necessidades espirituais de cada pessoa, como um ser individual. É referido que atitudes como ouvir, conversar, disponibilizar trocas afetivas, no respeito pelos limites pessoais e oferecer apoio espiritual têm efeitos benéficos para a saúde espiritual da pessoa (Kano & Devezas, 2020).

O enfermeiro pode desenvolver intervenções autónomas como o incentivo da participação da família/rede de apoio da pessoa, estimulando os laços afetivos que fortalecem o suporte emocional e o conforto da mesma. Momentos de reconciliação podem contribuir para a diminuição do sofrimento emocional e melhoria da espiritualidade da pessoa. O recurso a terapias complementares, pode ainda ser uma estratégia para a diminuição do stress e angústia, como a musicoterapia, leitura, aromaterapia, reiki e mindfulness favorecendo o equilíbrio emocional e espiritual da pessoa com doença oncológica (Meira, Biondo, Cunha, & Nunes, 2023). Em estadios mais avançados da doença, no âmbito dos cuidados paliativos, o enfermeiro tem um importante papel na promoção da dignidade e conforto garantindo os desejos espirituais da pessoa (Sun, Liu, Zhang, Wang, & Fan, 2021).

Defende-se que as implicações da espiritualidade para a prática de enfermagem vão além do benefício direto para a pessoa, contribuindo também para o bem-estar emocional e autocuidado do enfermeiro. Esta promove a preservação da saúde mental e física dos enfermeiros que vivenciam diariamente situações complexas na prestação de cuidados oncológicos. A espiritualidade promove ainda o encontro de um propósito e significado no seu trabalho, através da humanização dos cuidados,

conferindo maior profundidade à sua prática profissional e prestação dos seus cuidados. (Tomaz, et al., 2024).

Assim, a espiritualidade surge como um recurso essencial na prestação de cuidados de enfermagem, beneficiando as pessoas com doença oncológica e os profissionais ao promover a humanização e eficácia dos cuidados prestados.

CONCLUSÃO

A presente Revisão Integrativa da Literatura evidência a importância da espiritualidade enquanto estratégia de *coping* para a pessoa com doença oncológica em processo de cuidados. Os resultados demonstram que a espiritualidade tem um impacto positivo em múltiplas dimensões. Nomeadamente, na redução do stress, ansiedade e depressão, contribuindo para o aumento da resiliência emocional e gestão de sintomas psicoemocionais. Além destes, a espiritualidade demonstra-se relevante na gestão de sintomas físicos, como a dor e fadiga, no aumento da esperança e motivação face à doença, aumento da adesão ao regime terapêutico e ainda promoção da saúde espiritual com aumento do bem-estar e qualidade de vida. Consolidando-se como um pilar na prestação de cuidados holísticos.

Contudo, a integração da prática da espiritualidade nos cuidados de enfermagem enfrenta alguns desafios, especialmente na capacitação profissional e implementação de intervenções baseadas em evidência atual.

Assim, é essencial investir na formação académica dos futuros profissionais de forma a assegurar a prestação de cuidados holísticos que atendam às necessidades espirituais das pessoas com doença oncológica.

Conclui-se que a espiritualidade deve ser reconhecida como uma dimensão essencial na prática de cuidados de enfermagem no âmbito da oncologia. A promoção da espiritualidade promove a saúde das pessoas, bem como fortalece a

humanização dos cuidados prestados pelos enfermeiros.

Assim, é necessário aprofundar os conhecimentos nesta área específica de cuidados, através de investigações futuras. Estas investigações devem procurar aprofundar e compreender as diferentes intervenções e estratégias espirituais utilizadas, com recurso a metodologias robustas de forma a promover práticas baseadas na evidência e cuidados holísticos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AEOP. (2020). *Noções Básicas de Oncologia para Jovens Enfermeiros*. Obtido de <https://www.aeop.pt/ficheiros/Noco esBasicasOncologia.pdf>
- Batista, L. (2020). *A relação entre religiosidade/espiritualidade e bem-estar: os mecanismos da relação*. Faculdade de Ciências Humanas. Universidade Católica Portuguesa. Obtido de <https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/33428/1/Leonel%20Vieira%20Batista.pdf>
- Cavalcanti, I., Costa, D., Soares, J., & Nogueira, M. (2023). Benefits of Spiritual and Religious Support in the Pain Management of Cancer Patients: A Literature Scoping Review. *Journal of Religion and Health*, pp. 1998–2032. doi:<https://doi.org/10.1007/s10943-022-01652-z>
- Evangelista, C., Lopes, M., Nóbrega, M., Vasconcelos, M., & Viana, A. (2020). Análise da teoria de Jean Watson de acordo com o modelo de Chinn e Kramer. *Revista de Enfermagem Referência*, pp. 1-6.
- Gomes, M., Contim, V., Silva, B., Barros, P., & Rodrigues, B. (2019). Qualidade de vida em pacientes oncológicos. *Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research*, pp. 61-65. Obtido de https://www.mastereditora.com.br/periodico/20191115_074102.pdf
- Haokip, H., Chauhan, H., Rawat, I., Mehra, J., Sharma, K., Jyoti, J., Xavier. (november de 2021). Relationship between spirituality and depression among patients with malignant cancer at a selected tertiary care Institute - A study from North India. *Journal of Psychosocial Oncology*, pp. 331-346. doi: <https://doi.org/10.1080/07347332.2021.1990184>
- Inteligência Artificial (ChatGPT). 2024. (recurso utilizado para sistematização de informação)
- Jurado, R., Bassler, T., Moreira, A., Silva, A., Dettmer, S., & Sanchez, A. (Abril de 2019). A espiritualidade e a enfermagem - uma importante dimensão do cuidar. *Revista Nursing*, pp. 3447- 3451.
- Kano, M., & Devezas, A. (2020). Ações de enfermagem na espiritualidade dos pacientes oncológicos adultos: pesquisa bibliográfica. *Arquivos Médicos*, pp. 1-6.
- Machado, L., Guimarães, I., Leão, L., Silva, G., & Júnior, E. (2024). Ansiedade e depressão em pacientes com cancro: associação com aspetos clínicos e adesão ao tratamento oncológico. *Cogitare Enfermagem*. Obtido de <https://www.scielo.br/j/cenf/a/DrpPbqZkRw8HBwz3wdQWvGx/?format=pdf&lang=pt>
- Matos, J. (2016). *A influência da espiritualidade nas doenças oncológicas*. Obtido de <https://estudogeral.uc.pt/bitstream/1>

- [0316/36927/1/A%20influ%C3%Aancia%20da%20espiritualidade%20nas%20doen%C3%A7as%20oncol%C3%B3gicas.pdf](https://periodicos.ufba.br/index.php/enfermagem)
- Meira, G., Biondo, C., Cunha, J., & Nunes, E. (2023). A importância atribuída à espiritualidade como estratégia de enfrentamento do tratamento oncológico. *Revista baiana enfermagem*, pp. 1-11. Obtido de <https://periodicos.ufba.br/index.php/enfermagem>
- Miranda, M., & Piva, M. (2023). Adesão ao tratamento oncológico: perscrutando sujeitos que vivenciam este processo. *Revista Psicologia e Saúde em Debate*, pp. 292-308. Obtido de <https://psicodebate.dpgpsifpm.com.br/index.php/periodico/article/view/932/581>
- Moosavi, S., Rohani, C., Borhani, F., & Akbari, M. (2019). Factors affecting spiritual care practices of oncology nurses: a qualitative study. *Supportive Care in Cancer*, pp. 901–909. Obtido de <https://doi.org/10.1007/s00520-018-4378-8>
- Nunes, L. (2020). *Aspectos éticos na investigação em enfermagem*. Obtido de https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/32782/1/ebook_aspetos%20eticos%20investigacao%20Enf_jun%202020.pdf
- Oliveira, S. (2018). *A dimensão da Espiritualidade do doente oncológico como estratégia de enfrentamento da doença*. Bragança. Obtido de https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/18925/1/Oliveira_Sandra.pdf
- Pallini, A., Ottati, F., Cremasco, G., & Cunha, F. (2019). Percepção de pacientes oncológicos sobre espiritualidade: um estudo qualitativo. *Revista Psicologia para America Latina*, pp. 169-179. Obtido de <https://pepsic.bvsalud.org/pdf/psilat/n32/a08n32.pdf>
- Pereira, S., Pais-Ribeiro, J., & Leal, I. (Fevereiro de 2020). Qualidade e propósito de vida. *13º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde*, pp. 663-669. Obtido de https://repositorio.ispa.pt/bitstream/10400.12/7586/1/13CongNacSaude_663.pdf
- Pessoa, J. (2020). *Espiritualidade e assistência em Enfermagem a pacientes em cuidados paliativos: estudo fundamentado na teoria de Jean Watson*. Obtido de https://repositorio.ufpb.br/jspui/bitstream/123456789/20465/1/CarlaBrazEvangelista_Tese.pdf
- Saviato, R., & Leão, E. (2016). Assistência em Enfermagem e Jean Watson: Uma reflexão sobre a empatia. *Escola Anna Nery*, pp. 198-202. Obtido de <https://www.scielo.br/j/ean/a/VpGzHsWDOFM4Jsg8sWfmwcy/?format=pdf&lang=pt>
- Semerci, R., Uysal, N., Bağcıvan, G., Dogan, N., Kostak, M., Tayaz, E., . . . Kunter, N. (March de 2021). Oncology Nurses' Spiritual Care Competence and Perspective About Spiritual Care Services. *Turkish Journal of Oncology*, pp. 222–230.
- Silva, S., Ribeiro, B., Scorsolini-Comin, F., Okamura, C., & Martins, E. (2020). Intervenções de profissionais de enfermagem para a assistência espiritual: uma revisão narrativa.

Revista Eletrônica Acervo Saúde,
pp. 1-7. doi:
[https://doi.org/10.25248/reas.e3788](https://doi.org/10.25248/reas.e3788.2020)
.2020

- Silveira, F., Wysocki, A., Mendez, R., Pena, S., Santos, E., Malaguti-Toffano, S., Santos, M. (2021). Impacto do tratamento quimioterápico na qualidade de vida de pacientes oncológicos. *Acta Paul Enfermagem*, pp. 1-9.
- Sun, X.-H., Liu, X., Zhang, B., Wang, Y.-M., & Fan, L. (August de 2021). Impact of spiritual care on the spiritual and mental health and quality of life of patients with advanced cancer. *World Journal of Psychiatry*, pp. 449-462. doi:10.5498/wjp.v11.i8.449
- Sunga, P., Knighten, M., Tarver, C., & Brant, J. (December de 2022). Implementation of an Educational Toolkit to Increase Nurse Competence in Spirituality and Spiritual Care of Oncology Patients. *Journal of Holistic Nursing*, pp. 394-402.
- Tomaz, A., Antunes, R., Dib, R., Ramos, R., Nascimento, F., Sousa, K., & Zeitoune, R. (2024). O uso da espiritualidade/religiosidade por enfermeiros residentes em oncologia na assistência de enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, pp. 1-7. Obtido de <https://www.scielo.br/j/reben/a/4JY3bb3Mdr5Vc6PjtRqPC9J/?format=pdf&lang=pt>

INTERVENÇÃO DO(A) ENFERMEIRO(A) NA PROMOÇÃO DA AUTOESTIMA DA PESSOA COM CANCRO DA MAMA SUBMETIDA A QUIMIOTERAPIA

Nurse's Intervention in Promoting the Self-Esteem of Individuals with Breast Cancer Undergoing Chemotherapy

Mariana Charneca¹, Ana Filipa Poeira²

Resumo

Enquadramento: A prática de Enfermagem na Oncologia exige uma abordagem individualizada, devido à complexidade da doença e do tratamento. Na pessoa com cancro da mama submetida a quimioterapia, o fortalecimento da autoestima torna-se essencial para promover a adaptação.

Objetivos: Identificar estratégias utilizadas pelos enfermeiros para promover a autoestima nas pessoas com cancro da mama submetidas a quimioterapia; e, analisar o impacto das intervenções de enfermagem na autoestima das pessoas com cancro da mama submetidas a quimioterapia.

Metodologia: Foi realizada uma Revisão Integrativa da Literatura (RIL) com base na questão de investigação: “Qual a Intervenção do(a) Enfermeiro(a) na Promoção da Autoestima da Pessoa com Cancro da Mama submetida a Quimioterapia?”. Foram incluídos estudos com o texto integral disponível, entre 2019 e 2024, das bases de dados selecionadas, que abordassem intervenções para promoção da autoestima na pessoa com cancro da mama submetida a quimioterapia.

Resultados: Foram selecionados 5 artigos que apresentaram intervenções de enfermagem para promoção da autoestima da pessoa com cancro da mama submetida a quimioterapia, de acordo com os critérios de inclusão e exclusão estabelecidos. **Discussão e Conclusões:** A partir dos estudos incluídos, demonstrou-se que a experiência do cancro da mama vai além dos desafios físicos, abrangendo aspetos emocionais e sociais. Áreas prioritárias para a intervenção do enfermeiro incluem a promoção da autocompaixão, a adaptação positiva, o cuidado empático e a abordagem de necessidades negligenciadas, como a sexualidade.

Palavras-Chave: Cancro da Mama; Quimioterapia; Autoestima; Adaptação; Qualidade de Vida.

Abstract

Background: Nursing practice in oncology requires an individualized approach due to the complexity of the disease and its treatment. For individuals with breast cancer undergoing chemotherapy, strengthening self-esteem is essential to promote adaptation. **Objectives:** To identify strategies used by nurses to promote self-esteem in individuals with breast cancer undergoing chemotherapy and analyze the impact of nursing interventions on their self-esteem.

Methodology: An Integrative Literature Review was conducted, based on the research question: “What is the Nurse’s Role in Promoting Self-Esteem in Individuals with Breast Cancer Undergoing Chemotherapy?” Studies with full-text availability from 2019 to 2024 were included from selected databases, focusing on interventions to promote self-esteem in individuals with breast cancer undergoing chemotherapy. **Results:** Five articles were selected, highlighting nursing interventions aimed at promoting self-esteem in individuals with breast cancer undergoing chemotherapy, in accordance with the inclusion and exclusion criteria. **Discussion and Conclusions:** The studies demonstrated that the experience of breast cancer extends beyond physical challenges, encompassing emotional, social, and psychosocial aspects. Priority areas for nursing intervention include fostering self-compassion, positive adaptation, empathetic care, and addressing neglected needs, such as sexuality.

Keywords: Breast Cancer; Chemotherapy; Self-Esteem; Adaptation; Quality of Life.

¹ Estudante de 4º ano do Curso de Licenciatura em Enfermagem, Escola Superior de Saúde, Instituto Politécnico de Setúbal.

² Professora Adjunta, Escola Superior de Saúde, Instituto Politécnico de Setúbal. ana.poeira@ess.ips.pt

Introdução

A **Oncologia** é uma área de cuidado na enfermagem altamente especializada, complexa e desafiadora, que requer uma abordagem abrangente e individualizada. Cuidar de pessoas diagnosticadas com cancro e as suas redes de apoio, como familiares e amigos, é um desafio constante que se estende por todas as fases da doença, desde a prevenção e diagnóstico até ao tratamento e, se necessário, aos cuidados em fim de vida. Assim sendo, nenhum enfermeiro reúne todas as competências necessárias para atender a todos os tipos de cancro, dado que a complexidade das doenças, os tratamentos associados e as necessidades das pessoas decorrentes destas condições são vastas e exigentes (Domingues et al., 2020).

A pessoa com **Doença Oncológica** vivencia uma condição crónica, frequentemente incurável, que pode gerar intenso sofrimento psicológico. Este sofrimento pode estar relacionado com a dor, mudanças na autoimagem e/ou ao confronto com a finitude. Nesse contexto, as necessidades psicológicas da pessoa emergem à medida que a sua consciência sobre a doença se aprofunda, tornando-se relevante reforçar a importância de expressar emoções e preocupações (Rodrigues, 2015).

O **Cancro da Mama** é a neoplasia mais prevalente entre as mulheres, trazendo consigo desafios significativos do ponto de vista físico, psicológico e social. No entanto, com menor frequência, o cancro da mama também pode afetar a população masculina, implicando os mesmos desafios para além do confronto com uma doença muitas vezes considerada “feminina”. As mudanças decorrentes do tratamento exigem que as pessoas desenvolvam processos de adaptação complexos. Nesse contexto, torna-se uma prioridade identificar as intervenções fundamentais de enfermagem que promovam a adaptação ao cancro da mama, para a sua aplicação efetiva na prática clínica (Silva et al., 2018).

O tratamento da doença oncológica pode ser classificado em local ou sistémico, como no caso da abordagem pela **Quimioterapia**. Segundo a *American Society of Clinical Oncology*, a quimioterapia utiliza substâncias químicas capazes de destruir células malignas, seja

impedindo a sua divisão celular ou ativando mecanismos apoptóticos. No entanto, devido à natureza geralmente inespecífica dos fármacos utilizados, que afetam tanto células malignas quanto saudáveis, a quimioterapia frequentemente resulta em diversos efeitos colaterais e toxicidades (Cardeira et al., 2023).

O tratamento contra o cancro é um dos mais desgastantes, provocando mudanças drásticas não apenas no organismo, mas também na aparência de quem o enfrenta. Alterações na pele, unhas, queda de cabelo, presença de cicatrizes e astenia são consequências frequentes, resultando em alterações permanentes com um impacto significativo na **Autoimagem** corporal. Esse conceito, embora complexo, refere-se à percepção mental que a pessoa tem do próprio corpo. No caso do tratamento instituído, como a quimioterapia, os seus efeitos colaterais podem ser compreendidos de forma traumática, prejudicando tanto a qualidade de vida quanto a percepção corporal da pessoa (Lins et al., 2020).

O cancro da mama está profundamente relacionado com a sexualização e a identidade do corpo feminino, e, por isso, o impacto sobre a **Autoestima** é bastante significativo. É essencial refletir sobre o que pode ser feito para minimizar esses danos, que envolvem tanto aspetos físicos quanto psicológicos. A falta de autoestima é caracterizada pela ausência de afeto ou de uma imagem positiva de si mesmo. Durante o tratamento, podem ocorrer mudanças na aparência física, como a remoção da mama, ganho/perda de peso e queda de cabelo, o que torna ainda mais desafiador lidar com os efeitos colaterais. Estas alterações impactam diretamente a autoestima da pessoa, uma vez que a sua imagem corporal se transforma de forma significativa (Andrade et al., 2022).

Dito isto, a **Equipa de Enfermagem** deve estabelecer uma comunicação terapêutica com a pessoa, promovendo uma relação efetiva e consciente que a ajude a confrontar a tensão, interagir com outras pessoas e adaptar-se às situações irreversíveis. Na prática, esta abordagem pode levar à implementação de propostas de enfermagem, como a formação de grupos focados na manutenção da autoestima elevada e no suporte às pessoas

com necessidades ainda não atendidas. Este é um foco essencial, considerando que a reabilitação física e psicossocial vai muito além do término dos tratamentos por quimioterapia (Gomes & Silva, 2013).

O **Modelo de Adaptação**, desenvolvido por **Callista Roy**, destaca que as pessoas que se deparam com uma situação de saúde complexa podem gerar respostas adaptativas ou não adaptativas a partir de estímulos, sendo que o processo de adaptação é incentivado por intervenções apropriadas. Nesse contexto, o enfermeiro desempenha o papel de mediador, ajudando as pessoas a desenvolverem mecanismos de adaptação eficazes. O modelo abrange quatro elementos principais: a *Pessoa*, como um sistema holístico em constante mudança; o *Ambiente*, que influencia o comportamento humano; a *Saúde*, como um estado contínuo; e, as *Metas de Enfermagem*, voltadas para promover respostas adaptativas nos modos fisiológico, autoconceito, função de papel e interdependência (Silva *et al.*, 2020).

Metodologia

O principal objetivo desta RIL encontra-se centrado na análise de evidências disponíveis sobre estratégias utilizadas pelos enfermeiros para fortalecer a autoestima das pessoas que foram submetidas a quimioterapia durante o diagnóstico de cancro da mama. Para isso, elaborou-se a seguinte questão de investigação: “Qual a Intervenção do(a) Enfermeiro(a) na Promoção da Autoestima da Pessoa com Cancro da Mama submetida a Quimioterapia?”. A pesquisa foi estruturada com base no acrónimo: **P** (População) – Pessoa com Cancro da Mama submetida a Quimioterapia; **I** (Intervenção) – Intervenção do(a) Enfermeiro(a); **C** (Comparação) – Não aplicável; **O** (Outcome) – Promoção da Autoestima.

Durante a formulação da questão, com o objetivo de tornar o processo de pesquisa e colheita de dados mais eficiente, foram definidos os seguintes critérios de inclusão: **Tipos de Participantes** – Pessoas do sexo feminino e/ou masculino, com idade superior a 18 anos, submetidas a quimioterapia enquanto diagnosticadas com cancro da mama; **Tipos de Intervenção** – Estudos que identifiquem intervenções do enfermeiro que promovam a autoestima da

pessoa com cancro da mama submetida a quimioterapia e, se for o caso, a outros tratamentos oncológicos para além de quimioterapia; **Tipos de Resultados** – Estudos cujas intervenções de enfermagem tenham impacto na autoestima destes participantes, de forma positiva; **Tipos de Estudos** – Estudos quantitativos, qualitativos e Revisões Sistemáticas da Literatura.

De acordo com os critérios de exclusão, esta RIL desconsiderou estudos que incluíssem participantes menores de 18 anos, que evidenciassem outra tipologia de cancro e/ou considerassem apenas outros tratamentos oncológicos, não mencionando o tratamento por quimioterapia.

A estratégia de pesquisa determinou o método de colheita e análise dos dados por meio da identificação dos documentos pertinentes para o tema em estudo. Para isso, foram utilizadas as bases de dados disponíveis, aplicando os termos de indexação definidos durante uma sessão de *Brainstorming*, conforme apresentado na **Tabela 1**.

POPULAÇÃO	INTERVENÇÃO	RESULTADO/OUTCOME
AB Breast Cancer* OR TI Breast Cancer*	AB Oncol* Nurs* OR TI Oncol* Nurs*	AB Self-esteem OR TI Self-esteem
AB Mammary Cancer* OR TI Mammary Cancer*	AB Cancer* Nurs* OR TI Cancer* Nurs*	AB Body Image OR TI Body Image
AB Chemotherap* OR TI Chemotherap*	AB Cancer* Car* Nurs* OR TI Cancer* Car* Nurs*	AB Self Concept OR TI Self Concept
		AB Self Perception OR TI Self Perception

Tabela 1 - Estratégia de Pesquisa [Brainstorming]

A utilização dos termos de busca para conduzir a pesquisa dos estudos, foi realizado nas bases de dados: *ACADEMIC SEARCH COMPLETE*, *CINAHL*; *MEDLINE*; *PUBMED*.

Para aprimorar os resultados, foram aplicados limitadores, como a disponibilidade de texto integral e a restrição ao período de publicação dos últimos cinco anos, garantindo a qualidade das evidências obtidas.

No decorrer da pesquisa, verificou-se se os princípios éticos abrangeram todas as etapas do processo de investigação dos artigos selecionados, dando especial foco no consentimento informado dos participantes e na aprovação por um Comitê de Ética, para garantir a integridade da presente RIL.

Resultados

A pesquisa identificou 32 artigos, dos quais 21 permaneceram após a remoção de duplicados provenientes das diferentes bases de dados. Em seguida, foi realizada uma análise criteriosa, considerando a questão de investigação e a avaliação do título e resumo dos documentos. Como resultado, 11 artigos foram selecionados para posterior análise, segundo o seu texto integral. Feita uma última análise, foram selecionados 5 artigos para discussão dos seus resultados, que se encontram, de seguida, apresentados na **Tabela 2**.

	Título	Autores e Ano	Tipo de estudo	Nível de Evidência ^a
E1	"The mediating Effect of coping styles between self-compassion and body image disturbance in young breast cancer survivors: a cross-sectional study"	Zhu et al., 2023	Estudo Transversal.	Nível VI
E2	"Psychological and sexual problems of cancer survivors"	Tisnasari et al., 2023	Estudo Qualitativo Fenomenológico	Nível VI
E3	"Consumer experiences of shame in clinical encounters for breast cancer treatment. "Who do you think you are – Angelina Jolie?""	Brennan et al., 2023	Estudo Qualitativo	Nível VI
E4	"Recovery in early stage breast cancer – An Australian longitudinal study"	Edward et al., 2019	Estudo de Coorte Longitudinal	Nível II
E5	"Body image, illness uncertainty and symptom clusters in surgically treated breast cancer survivors: An exploratory factor analysis and correlational study"	Redondo-Sáenz et al., 2024	Estudo Transversal Correlacional e Descritivo.	Nível VI

Tabela 2 - Tabela-Resumo dos Artigos Selecionados

Terminada esta fase de seleção dos artigos mais relevantes para a RIL, as principais características de cada um foram organizadas em tabelas, segundo as seguintes categorias: autores e ano de publicação; tipo de estudo; objetivos; população/amostra; conceitos; intervenção do(a) enfermeiro(a); conclusões dos autores.

Para possibilitar uma análise resumida e abrangente dos aspetos abordados nos estudos selecionados e apresentados, na **Tabela 3** encontram-se os domínios de intervenção do(a) enfermeiro(a) para a promoção da autoestima da pessoa diagnosticada com cancro da mama submetida a quimioterapia.

Domínios de Intervenção do(a) Enfermeiro(a) na Promoção da Autoestima						
	Mecanismos de adaptação	Gestão emocional	Apoio familiar	Promoção do conhecimento	Medidas Práticas	Capacitação do(a) Enfermeiro(a)
E1	X	X		X		
E2	X	X		X	X	X
E3	X		X	X	X	X
E4	X	X				
E5				X	X	

Tabela 3 - Síntese de Dados dos Artigos Selecionados

Discussão

A análise dos estudos revela um panorama multidimensional das experiências psicológicas, emocionais e sociais vivenciadas por pessoas, maioritariamente mulheres, com diagnóstico

ou histórico de cancro da mama. Cada estudo traz contribuições relevantes que se interconectam para ampliar a compreensão do impacto desta neoplasia.

A partir destes estudos, torna-se evidente que a experiência do cancro da mama não se limita a questões físicas, mas abrange desafios emocionais, sociais e psicossociais. A autocompaixão, a adaptação positiva, a abordagem de necessidades negligenciadas como a sexualidade, e o cuidado empático e respeitoso emergem como áreas prioritárias na intervenção do enfermeiro (Zhu *et al.*, 2023; Tisnasari *et al.*, 2023; Brennan *et al.*, 2023). Paralelamente, a consideração de fatores psicossociais e a mitigação da incerteza sobre a doença são essenciais para promover a resiliência e o bem-estar das pessoas (Edward *et al.*, 2019; Redondo-Sáenz *et al.*, 2024).

A análise das populações e amostras dos cinco estudos destaca a diversidade de contextos e características dos participantes, o que enriquece a compreensão do impacto do cancro da mama e dos seus tratamentos, como a quimioterapia, em diferentes dimensões da vida. Embora as amostras variem em tamanho e composição, todas elas refletem a complexidade das experiências destas pessoas, desde o tratamento ativo até à sobrevivência. Os estudos abordam não apenas a autoestima, mas também necessidades específicas, vivências emocionais, impacto a longo prazo, e, sintomas persistentes (Edward *et al.*, 2019; Zhu *et al.*, 2023; Tisnasari *et al.*, 2023; Brennan *et al.*, 2023; Redondo-Sáenz *et al.*, 2024). Apesar das limitações verificadas na generalização, a diversidade de participantes nos estudos amplia a compreensão dos desafios vivenciados pelos mesmos.

A interseção dos conceitos evidencia que a autoestima e a imagem corporal não são apenas componentes isolados, mas sim fatores centrais interligados com outros aspetos do bem-estar emocional e social das pessoas sobreviventes ao cancro da mama. Para atender a essas necessidades complexas, torna-se essencial desenvolver intervenções integrativas, que incluam educação, suporte psicológico, recursos para a adaptação e abordagens culturalmente sensíveis. Além disso, o reconhecimento da vergonha como

uma emoção que perpetua o sofrimento e o foco nas primeiras etapas de recuperação, podem oferecer novas oportunidades para reduzir o impacto inicial do diagnóstico na autoestima e promover maior resiliência (Edward *et al.*, 2019).

Os estudos destacam o papel central dos enfermeiros oncológicos na promoção da autoestima, do bem-estar e da qualidade de vida das pessoas com cancro da mama, enfatizando intervenções personalizadas, empáticas e multidimensionais. Promover a autocompaixão e utilizar mecanismos adaptativos são estratégias eficazes para fortalecer a autoestima e a autocapacitação. Além disso, é essencial adotar cuidados holísticos que incluam apoio à sexualidade e programas direcionados para o desenvolvimento espiritual. Paralelamente, a redução da vergonha deve ser abordada por meio de estratégias que preservem a dignidade e reforcem a confiança. A gestão dos impactos psicológicos é facilitada por meio de avaliações regulares, fortalecimento da resiliência e valorização dos pontos fortes das pessoas. Destaca-se, também, a importância de intervenções multidimensionais que abordem de forma integrada as necessidades físicas e emocionais, especialmente as alterações na imagem corporal e as incertezas relacionadas com a doença, que afetam a autoestima. Estas intervenções sublinham o impacto transformador da enfermagem oncológica, evidenciando a importância de abordagens sensíveis e adaptadas às diferentes dimensões do cuidado (Edward *et al.*, 2019; Zhu *et al.*, 2023; Tisnasari *et al.*, 2023; Brennan *et al.*, 2023; Redondo-Sáenz *et al.*, 2024).

Os resultados dos estudos analisados destacam a importância de intervenções adaptadas e multidimensionais para promover a autoestima e melhorar o bem-estar das pessoas diagnosticadas ou sobreviventes ao cancro da mama. Os estilos de adaptação, especialmente a adaptação por meio do confronto, desempenham um papel mediador na relação entre a autocompaixão e o Distúrbio da Imagem Corporal (BID). Nesse contexto, enfermeiros oncológicos devem priorizar estratégias adaptativas que combatam o BID e fortaleçam a autoestima. Sobreviventes ao cancro da mama vivenciam desafios significativos, como

fadiga, medo de recidiva e dificuldades nos relacionamentos, além de frequentemente carecerem de informações claras sobre a doença. Isso ressalta a importância de promover a autoestima como ferramenta para superar esses obstáculos e melhorar a qualidade de vida (Zhu *et al.*, 2023; Tisnasari *et al.*, 2023).

Encontros clínicos podem provocar sentimentos de vergonha e impactar negativamente a autoestima. Para mitigar esse efeito, práticas como o uso de aventais adequados e uma abordagem empática são essenciais para criar um ambiente acolhedor (Brennan *et al.*, 2023).

Mulheres mais velhas demonstram maior adaptação psicológica e autoestima em comparação às mais jovens. Por esse motivo, torna-se necessário implementar intervenções personalizadas que considerem a faixa etária, especialmente nos primeiros meses após o diagnóstico (Edward *et al.*, 2019).

Por fim, a ligação entre a incerteza da doença e a imagem corporal mostra que sintomas como ansiedade e linfedema influenciam diretamente a autoestima. Isso destaca a relevância de abordagens que reconheçam a multidimensionalidade desses sintomas e ofereçam suporte integrado às pessoas (Redondo-Sáenz *et al.*, 2024).

Dito isto, verificou-se que os estudos analisados reforçam a importância dos enfermeiros na adoção de práticas que integrem o cuidado holístico, ao considerar-se as necessidades individuais das pessoas com cancro da mama submetidas a quimioterapia, para promover a sua autoestima e, consequentemente, o seu bem-estar geral.

Contudo, verificou-se que estes estudos apresentaram limitações relevantes, como: amostras restritas que comprometem a representatividade; a subjetividade em métodos qualitativos; e, vieses em narrativas autorrelatadas. Ter em consideração estas limitações foi fundamental para avaliar criticamente os resultados e a sua aplicabilidade em contextos mais amplos.

Durante o processo de discussão dos estudos, foi possível averiguar diversas barreiras práticas para a implementação das intervenções acima propostas, uma vez que, alguns dos estudos foram realizados em países considerados em desenvolvimento,

como a Indonésia e a China. Assim sendo, alguns exemplos de barreiras identificados foram: falta de infraestruturas; formação insuficiente dos enfermeiros; desafios culturais; suporte psicológico inadequado; e, dificuldades em integrar intervenções multidimensionais, como no caso de jovens mulheres e sintomas complexos.

Implicações para a Enfermagem

O cancro da mama, sendo uma das neoplasias mais comuns, exige intervenções de enfermagem estruturadas para promover a adaptação e a autoestima, por meio de cuidados sistematizados que capacitem para o autocuidado e favoreçam uma autoimagem positiva (Silva et al., 2018).

A autoestima é essencial para a resiliência, confiança e satisfação com a vida. Esta é fundamental para promover uma autoimagem positiva em pessoas com cancro da mama submetidas a quimioterapia, por meio de práticas de enfermagem focadas nas potencialidades destas pessoas e na melhoria da sua aparência física, fortalecendo a autoestima (Ferreira, 2015).

Desenvolver um programa de intervenções de enfermagem para apoiar a adaptação das pessoas com cancro da mama, é fundamental para melhorar a sua qualidade de vida e bem-estar. Este tema ganha relevância devido à elevada prevalência da doença e ao impacto emocional dos tratamentos, que afetam a autoestima, a imagem corporal, as relações interpessoais e a rotina. Por esse motivo, os cuidados especializados tornam-se indispensáveis para facilitar essa adaptação (Veloso, 2013).

As implicações para a prática de enfermagem destacam a importância de um cuidado holístico e personalizado para pessoas com cancro da mama submetidas a quimioterapia. O papel do enfermeiro é central na promoção da autoestima e do bem-estar emocional, ao exigir intervenções que integrem dimensões físicas, emocionais, sociais e culturais, adaptadas às necessidades individuais e valorizando características únicas, como a autocompaixão enquanto recurso essencial para confrontar as transformações do tratamento por quimioterapia.

Além disso, destaca-se a necessidade de implementar estratégias que fortaleçam os mecanismos de adaptação e a

resiliência das pessoas. Os enfermeiros têm a oportunidade de oferecer suporte emocional por meio de grupos terapêuticos, sessões de aconselhamento e atividades que incentivem a expressão de emoções, auxiliando na adaptação aos desafios impostos pelo cancro da mama. Essa abordagem contribui para a redução do impacto de distúrbios da imagem corporal, frequentemente associados às mudanças físicas ocasionadas pela quimioterapia, promovendo uma recuperação mais equilibrada da autoestima.

Com base no Modelo de Adaptação de *Callista Roy*, destacam-se os diagnósticos de enfermagem “*Autoestima Baixa*”, associada ao impacto emocional do cancro da mama, e, “*Imagem Corporal Comprometida*”, decorrente das alterações físicas causadas pela quimioterapia. As intervenções incluem: promover estratégias de adaptação, como escrita terapêutica; oferecer suporte emocional por meio de grupos terapêuticos e aconselhamento que incentivem a expressão de sentimentos; apoiar a imagem corporal com medidas de privacidade e uso de recursos como perucas e cosméticos. Além disso, é essencial fornecer educação clara sobre a doença, reduzir a incerteza e adotar uma abordagem holística e espiritual, para fortalecer a resiliência.

Conclusão

A presente RIL contribuiu para a prática de Enfermagem ao explorar as intervenções dos enfermeiros na promoção da autoestima de pessoas com cancro da mama submetidas a quimioterapia.

A partir da questão de investigação inicialmente formulada – “*Qual a Intervenção do(a) Enfermeiro(a) na Promoção da Autoestima da Pessoa com Cancro da Mama submetida a Quimioterapia?*” – foi possível identificar e analisar estratégias de cuidado que não só melhoram a autoestima, mas que também contribuem para o bem-estar emocional e a qualidade de vida dessas pessoas. Este estudo revelou que as intervenções dos enfermeiros desempenham um papel essencial na adaptação das alterações alusivas à autoimagem e no apoio aos desafios emocionais impostos pelo tratamento por quimioterapia.

A elaboração desta RIL permitiu demonstrar a importância do papel do enfermeiro na adaptação e superação dos impactos psicossociais do cancro da mama, inerentes à autoestima, promovendo práticas de enfermagem baseadas em evidências.

Uma das principais limitações desta RIL, ocorreu devido à escassez de artigos que abordassem a promoção da autoestima em pessoas com cancro da mama, especificamente, submetidas a tratamento por quimioterapia. A maioria dos estudos encontrados referia-se de forma geral a diversos tratamentos, sem focar nas adversidades particulares vivenciadas por estas pessoas no contexto do tratamento por quimioterapia e o seu impacto na autoestima. Assim sendo, um dos maiores desafios sentidos foi a seleção de estudos diretamente relacionados com o tema, o que exigiu um rigoroso processo de seleção e análise das fontes disponíveis.

Em suma, este estudo apresenta não só um contributo para a prática de Enfermagem, como também reforça a necessidade de maior investigação sobre a temática, com o objetivo de desenvolver novas estratégias que garantam um cuidado ainda mais efetivo e humanizado. Este estudo destaca o potencial da prática baseada em evidências como um guia para intervenções que promovam a autoestima e o bem-estar, beneficiando tanto as pessoas com cancro da mama submetidas a quimioterapia quanto os profissionais de saúde envolvidos na prestação de cuidados.

Referências Bibliográficas

- Andrade, M. A., Souza, S. S., Santos, E. S., Sales, A. S., Jesus, A. S., Santos, L. S., Silva, R. M., & Gondim, T. S. (2022). A Autoestima da Mulher com Câncer de Mama: Orientações da Enfermagem: Uma Revisão. *Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação – REASE*, 8(4), 1416-1426.
<https://periodicorease.pro.br/rease/article/view/5143/1976>
- Brennan, M. E., Bell, K., Hamid, G., Gilchrist, J., & Gillingham, J. (2023). Consumer experiences of shame in clinical encounters for breast cancer treatment. “Who do you think you are – Angelina Jolie?”. *Breast*, 72, 1-6.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37812962/>
- Cardeira, A. C., Amorim, A. P., Silva, C. R., Valério, E. M., & Penaforte, M. H. (2023). *Guia Orientador de Boas Práticas na Administração de Terapêuticas Antineoplásicas Sistêmicas à Pessoa com Doença Oncológica*. (1.^a Ed.). Ordem dos Enfermeiros.
https://www.ordemenfermeiros.pt/media/29937/gobp_doncologica_ok.pdf
- Domingues, B., Cardoso, F., Araújo, J., Frade, I., Ferreira, M., Costa, S., Parreira, S. T., & Dias, M. J. (2020, setembro). *Noções Básicas de Oncologia para Jovens Enfermeiros*. Associação de Enfermagem Oncológica Portuguesa (AEOP).
<https://www.aeop.pt/ficheiros/NocoesBasicasOncologia.pdf>
- Edward, K., Chipman, M., Stephenson, J., Robinson, K., Giandinoto, J., & Trisno, R. (2019). Recovery in early stage breast cancer – An Australian longitudinal study. *International Journal of Nursing Practice*, 25(4), 1-7.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31168880/>
- Ferreira, L. M. (2015). *Terapêuticas de Enfermagem Promotoras da Adaptação em Mulheres com Cancro da Mama* [Tese de Doutoramento, Universidade Católica Portuguesa]. Veriati - Repositório Institucional da Universidade Católica Portuguesa.
<https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/35894/1/101408218.pdf>
- Gomes, N. S., & Silva, S. R. (2013). Avaliação da Autoestima de Mulheres submetidas à Cirurgia Oncológica Mamária. *Texto & Contexto Enfermagem*, 22(2), 509-516.
<https://www.scielo.br/j/tce/a/TP7Gcn9FKH7Yhf4VyFGdxhN/?format=pdf&lang=pt>
- Lins, F. G., Nascimento, H. B., Sória, D. A., & Souza, S. R. (2020). Autoimagem e Resiliência de Pacientes Oncológicos. *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online*, 12, 492-498.
<https://seer.unirio.br/index.php/cuida>

- Redondo-Sáenz, D., Solano-López, A. L., & Vilchez-Barboza, V. (2024). Body image, illness uncertainty and symptom clusters in surgically treated breast cancer survivors: An exploratory factor analysis and correlational study. *European Journal of Oncology Nursing*, 72, 1-7. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1462388924001601>
- Rodrigues, S. I. (2015). “Cuidados de enfermagem à pessoa com doença oncológica em fim de vida, valorizando a comunicação e o controlo de sintomas na promoção do conforto” [Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa]. Repositório Comum. <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/16428/1/Relat%c3%b3rio%20S%c3%b3nia%20Isabel%20Correia%20Rodrigues.pdf>
- Silva, C. O., Rufino, C. G., Souza, P., Pinheiro, P. M., & Rodrigues, A. O. (2020). Sistematização da Assistência de Enfermagem com Paciente Oncológico em Cuidados Paliativos: sob um Olhar Referencial na Teoria da adaptação de Callista Roy. *Revista Científica de Enfermagem*, 10(31), 155-164. <https://www.recien.com.br/index.php/Recien/article/view/300/304>
- Silva, R. G., Ferreira, L. M., & Pereira, F. (2018). Intervenções de Enfermagem Promotoras da Adaptação da Mulher ao Cancro da Mama. *Onco.News*, 36, 26-35. <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/36380/1/F.Pereira-03.pdf>
- Tisnasari, I. A., Nuraini, T., Afiyanti, Y., Rudi, R., & Maria, R. (2023). Psychological and sexual problems of cancer survivors. *Archivio Italiano di Urologia e Andrologia*, 95(2), 98-107. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37254933/>
- Veloso, M. C. (2013). *Contributo para a Elaboração de um Programa de Intervenção de Enfermagem Promotor da Adaptação à Doença*
- Oncológica Mamária [Dissertação de Página 17 de 31]
- Mestrado, Escola Superior de Enfermagem do Porto]. Repositório Comum. <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/9426/1/TESE%20MEMC%20-%20CONTRIBUTO%20PARA%20A%20ELABORA%C3%87%C3%83O%20DE%20UM%20PROGRAMA%20DE%20INTERVEN%C3%87%C3%83O%20DE%20ENFERMAGEM%20PROMOTOR%20DA%20.pdf>
- Zhu, F., Liu, C., Zhang, W., Qiang, W., Yin, X., & Lu, Q. (2023). The mediating effect of coping styles between self-compassion and body image disturbance in young breast cancer survivors: a cross-sectional study. *BMC Nursing*, 22(1), 1-9. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37221483/>

MEDIDAS DE CONFORTO NA FASE AGÓNICA: REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

Comfort measures in the agonal phase: Integrative Literature Review

Nádia Gouveia¹, Paula Joaquim²

RESUMO

Enquadramento: A fase agónica, definida como os últimos dias ou horas de vida, exige intervenções que priorizem o conforto e a dignidade da pessoa em processo de fim de vida. Assim, os Cuidados Paliativos visam aliviar o sofrimento e melhorar a qualidade de vida através de uma abordagem holística e multidimensional.

Objetivos: Identificar as medidas de conforto utilizadas para pessoas em fase agónica em contexto de CP e avaliar se, nos últimos cinco anos, surgiram novas intervenções.

Metodologia: A questão de investigação foi estruturada segundo o acrónimo PICO e a pesquisa realizada nas bases de dados MEDLINE, CINAHL e B-On. Esta revisão inclui estudos primários e secundários, publicados entre 2019 e 2024, que descrevam as medidas de conforto utilizadas em pessoas em fase agónica com idade superior a 18 anos e em contexto de CP.

Resultados: Da estratégia de pesquisa, triagem e leitura integral dos artigos selecionados resultaram 6 artigos. Entre as medidas de conforto identificadas, destacam-se o controlo de sintomas, o apoio emocional e espiritual, e o envolvimento da família no cuidado.

Discussão e Conclusões: A promoção do conforto na fase agónica exige uma abordagem multidimensional, através da implementação de medidas farmacológicas e não farmacológicas. Para as realizar de forma segura e eficaz, os enfermeiros devem deter conhecimentos e competências baseados na evidência científica mais recente.

Palavras-Chave: Conforto; Medidas de conforto; Fase agónica; Cuidados paliativos

ABSTRACT

Introduction: The agonal phase, defined as the last days or hours of life, requires interventions that prioritize the comfort and dignity of the person at the end of life. Thus, Palliative Care aims to alleviate suffering and improve quality of life through a holistic and multidimensional approach.

Objective: To identify the comfort measures used for individuals in the dying phase within the context of Palliative Care and assess whether new interventions have emerged over the past five years.

Methods: The research question was structured using the PICO framework, and the search was conducted in the MEDLINE, CINAHL, and B-On databases. This review includes primary and secondary studies published between 2019 and 2024, describing the comfort measures used for individuals in the agonal phase, aged over 18, and within the context of palliative care.

Results: From the search strategy, screening, and full-text analysis of selected articles, 6 studies were included. Among the identified comfort measures are symptom control, emotional and spiritual support, promotion of a calm and welcoming environment, respect for cultural and religious beliefs, and family involvement in care.

Discussion and Conclusions: Ensuring comfort in the agonal phase requires a multidimensional approach through the implementation of pharmacological and non-pharmacological measures. To carry them out safely and effectively, nurses must possess knowledge and skills based on the most scientific evidence.

Key-Words: Comfort; Comfort measures; Agonal phase; Palliative care

¹ Estudante de Enfermagem do 4º ano do 22º Curso de Licenciatura em Enfermagem, Escola Superior de Saúde, Instituto Politécnico de Setúbal

² Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal e Docente Orientadora da Revisão Integrativa da Literatura

INTRODUÇÃO

A fase agónica, definida como os últimos dias ou horas de vida, é caracterizada por uma deterioração progressiva ou súbita, mas irreversível, das funções vitais, resultando no aparecimento de novos sintomas e/ou no agravamento dos já existentes e resultantes de uma doença irreversível e avançada, como o aumento das secreções orofaríngeas, dispneia, respiração de Cheyne-Stokes, agitação psicomotora ou Delirium terminal, alterações do estado de consciência e dor (Alves, Braga, Neto, & Rodrigues, 2017). Assim, tendo em conta que todas as possíveis causas reversíveis da deterioração clínica foram ponderadas e que esta fase representa um período de elevada vulnerabilidade tanto para a pessoa em processo de fim de vida, como para os seus familiares e entes queridos, os objetivos dos cuidados devem ser reajustados, dando prioridade aos cuidados e medidas que promovam o conforto e dignidade da pessoa (Carvalho, & Pais, 2019).

Nesse contexto, os cuidados paliativos (CP) desempenham um papel preponderante durante a fase agónica. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), estes cuidados visam afirmar a vida e aceitar a morte como algo natural e inerente ao ciclo vital, sem procurar antecipá-la ou adiá-la, mas sim melhorar a qualidade de vida das pessoas que enfrentam doenças graves e avançadas, cujo tratamento curativo já não é possível ou desejado. Independentemente do contexto em que são prestados, os CP têm como principal objetivo promover a qualidade de vida, bem-estar e dignidade da pessoa, respetiva família e/ou cuidadores, através do alívio de sintomas, apoio psicológico e emocional e facilitação do processo de luto pelo utente e respetiva família. Desta forma, os CP procuram abordar, de forma holística, as dimensões física, psicológica, social e espiritual da pessoa em fim de vida (Alves, et al., 2017; Cruz, Magalhães, & Pinto, 2023; Luís, 2016).

Assim sendo, o conforto emerge como o principal conceito e objetivo dos CP, guiando as intervenções de forma a responder às necessidades da pessoa e promover uma morte digna.

Derivado do latim “*confortare*”, que significa fortificar, aliviar e consolar, o

conforto, de acordo com Katharine Kolcaba (2003) e a sua Teoria do Conforto, é uma experiência subjetiva, complexa e multidimensional que resulta da satisfação das necessidades físicas, espirituais, sociais e emocionais e que pode ser vivenciado por meio do alívio de desconfortos, da satisfação das necessidades e da transcendência em momentos de vulnerabilidade. De acordo com Kolcaba, esta abrange as quatro dimensões da experiência humana: física, relacionado às sensações do corpo, como o alívio da dor e de outros sintomas físicos que provocam desconforto e mal-estar; psicoespiritual, referente à consciência interna de si mesmo e que engloba o autoconceito, autoestima, significado atribuído à vida e relação que a pessoa estabelece consigo mesmo, com outros e com uma entidade superior; social, que envolve as relações interpessoais, das quais o suporte familiar e social; e ambiental, associado a condições externas, como temperatura, acesso à natureza, luz e ruído e que podem influenciar diretamente a sensação de conforto (Borges, Jaramillo, & Souza, 2020; Encarnação, Lourenço, & Lumini, 2021).

Posto isto, intervenções como o controlo de sintomas físicos, apoio à pessoa e família no processo de luto, diminuição da ansiedade, estabelecer de um ambiente calmo e familiar, apoio religioso, utilização de objetos pessoais e diminuição do ruído, demonstram-se essenciais para satisfazer cada uma das dimensões e necessidades físicas e, assim, promover o conforto, bem-estar e dignidade da pessoa em processo de morte iminente (E6).

Assim, a presente Revisão Integrativa da Literatura pretende identificar as estratégias de cuidados utilizadas para promover o conforto e a dignidade das pessoas em fase agónica nos diversos contextos de prestação de CP, avaliando também se, nos últimos 5 anos, surgiram novas abordagens ou intervenções

METODOLOGIA

Questão de Investigação

De forma a identificar as estratégias utilizadas para promover o conforto das pessoas em fase agónica nos diversos contextos de prestação de CP, para a presente Revisão Integrativa da Literatura

formulou-se a seguinte questão de investigação: “*Quais as medidas de conforto utilizadas para pessoas em fase agónica no contexto de cuidados paliativos?*”, de acordo com o acrónimo PICO:

P [População]: Pessoas em fase agónica
I [Fenómeno de Interesse]: Medidas de Conforto
Co [Contexto]: Cuidados Paliativos
Importa ainda referir que no decorrer da elaboração da presente RIL procurou-se cumprir e respeitar os aspetos éticos da Investigação em Enfermagem.

Critérios de Inclusão e Exclusão

Após a formulação da questão de investigação e com base no acrónimo PICO, foram estabelecidos os seguintes critérios de inclusão:

Tipo de participantes: pessoas em fase agónica com idade superior a 18 anos e em contexto de cuidados paliativos, independentemente do local de prestação de cuidados (domicílio, meio hospitalar, Estrutura Residencial para Pessoas Idosas (ERPI), por exemplo);

Tipo de intervenção/ fenómeno de interesse: estudos que abordassem as medidas ou estratégias de conforto passíveis de ser aplicadas na fase agónica;

Tipos de estudos: foram incluídos estudos quantitativos, qualitativos, revisões sistemáticas da literatura, revisões scoping e meta-análises, publicados entre 2019 e 2024, em português ou inglês;

No que diz respeito aos critérios de exclusão, foram definidos:

- Estudos direcionados a populações pediátricas (idade inferior a 18 anos);
- Estudos que não descrevam de forma clara a população ou as intervenções;
- Estudos focados exclusivamente em aspetos organizacionais ou administrativos, sem qualquer tipo de relação com o conforto da pessoa em fase agónica;
- Pessoas que não se encontram em fase agónica, como em estádios iniciais de cuidados paliativos ou doenças crónicas sem prognóstico terminal;
- Estudos cujo texto integral não estivesse disponível.

Estratégia de Pesquisa

Após a formulação da questão de investigação, de forma a avaliar a

pertinência da mesma e verificar se já existiam estudos recentes que abordassem a temática, realizou-se uma pesquisa inicial exploratória nas bases de dados MEDLINE e CINAHL. De seguida, procedeu-se à definição dos critérios de inclusão e exclusão e ao desenvolvimento da estratégia de pesquisa. Assim, numa primeira fase, foram identificados descritores de pesquisa de acordo com os diferentes componentes do acrónimo PICO e, através desses mesmos termos e respetivos operadores booleanos OR e AND, procedeu-se à elaboração de uma tabela de brainstorming.

P [População]	I [Fenómeno de Interesse]	Co [Contexto]
Agonal phase patients	Comfort measures	Palliative Care unit
Dying patients	Comfort care	Terminal Care unit
End-of-life patients	Comfort interventions	End-of-life care
Active dying patients	Symptom management	Hospice care
Imminently dying patients		
Final hours patients		

Tabela 1: Brainstorming para fórmula de pesquisa

Posteriormente realizou-se a pesquisa nas bases de dados previamente selecionadas, nomeadamente MEDLINE, CINAHL e B-On, tendo em conta os critérios de inclusão e exclusão definidos anteriormente e utilizando uma fórmula de pesquisa específica.

Durante esta fase, de forma a melhorar e direcionar ainda mais os resultados obtidos, foram aplicados os seguintes limitadores: texto integral, ano de publicação 2019-2024, pessoas com mais de 18 anos e idiomas inglês e português.

S	Descritores
S1	AB Agonal phase patients OR AB Dying patients OR AB End-of-life patients OR AB Active dying patients OR AB Imminently dying patients OR AB Final hours patients
S2	TI Agonal phase patients OR TI Dying patients OR TI End-of-life patients OR TI Active dying patients OR TI Imminently dying patients OR TI Final hours patients
S3	AB Comfort measures OR AB Comfort care OR AB Comfort interventions OR AB Symptom management
S4	TI Comfort measures OR TI Comfort care OR TI Comfort interventions OR TI Symptom management
S5	AB Palliative Care unit OR AB Terminal Care unit OR AB End-of-life care OR AB Hospice care
S6	TI Palliative Care unit OR TI Terminal Care unit OR TI End-of-life care OR TI Hospice care
S7	S1 OR S2
S8	S3 OR S4
S9	S5 OR S6
S10	S7 AND S8 AND S9
S11	Texto Integral AND Data de Publicação: 2019-2024 AND Idade: 18 a 80+ AND português ou inglês

Tabela 2: Fórmula de pesquisa nas bases de dados

Após a pesquisa, através da plataforma *Covidence* (<https://www.covidence.org/>), realizou-se a triagem e avaliação da elegibilidade dos estudos encontrados, resultando na inclusão de seis artigos na presente RIL.

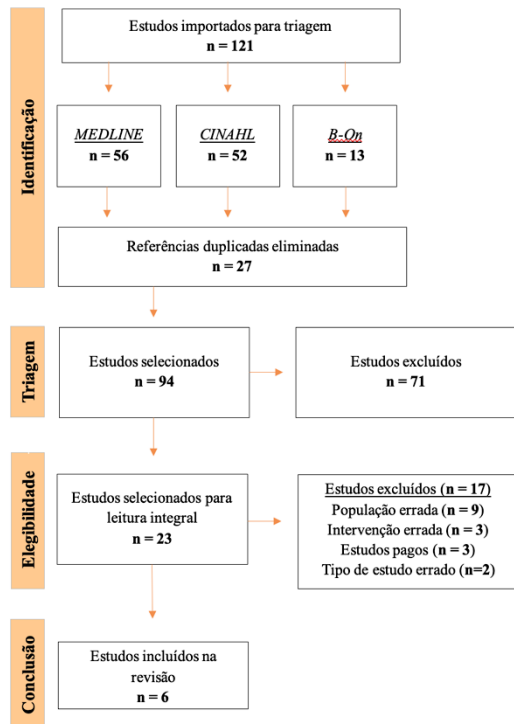


Figura 1: Fluxograma

Extração e Síntese de Dados

Após a leitura integral e análise dos seis artigos, procedeu-se à extração dos resultados e à elaboração de tabelas com as informações obtidas através de cada estudo (Apêndice I). De forma a sintetizar esses mesmos dados, foi elaborada uma única tabela com os parâmetros considerados mais relevantes tendo em conta a questão de investigação.

Artigo	Objetivo	Tipo de Estudo	Nível de Evidência	Medidas de Conforto
E1 Título: Nurses' perception of thirst in patients within palliative home care: a qualitative study Ano: 2024 Autor: Lythell, C., Schaller, A., Juarez, T., & Friedlmeier, M.	Descobrir as experiências e pontos de vista dos enfermeiros em relação à sensação de sede em pessoas em cuidados de fim de vida hospitalizadas em unidades de cuidados paliativos	Estudo qualitativo	Nível IV	Hidratar a mucosa oral através de esponjas humedecidas, óleos e sprays que estimulem a produção de saliva; oferecer cubos de gelo; envolver a família na identificação das necessidades e no apoio aos cuidados orais; promover um ambiente calmo, explicar os malefícios da hidratação intravenosa na fase agônica à família
E2 Título: Oral symptoms in dying nursing home patients. Results from the prospective REDIC study Ano: 2024 Autor: Sandvik, R., Haubo, B., Selvaag, G., Strand, G., Patena, M., Mustafa, M., & Bergh, S.	Avaliar os sintomas orais em pacientes em fase agônica com ou sem demência, e descrever a gravidade dos sintomas e a intensidade dos cuidados prestados no dia da morte	Estudo de Coorte	Nível III	Hidratar a cavidade oral através de humidificadores e lubrificantes; realizar a higiene oral frequentemente; oferecer pequenas quantidades de água; posicionar a pessoa; avaliar os sintomas orais; envolver a família na identificação das necessidades do utente e nos cuidados orais
E3 Título: Quality of dying in hospital general wards: a cross-sectional study about the end-of-life care Ano: 2021 Autor: Rinda, F., Clari, M., Nicolò, G., Garibazzi, S., Sappa, B., Basso, P., & Lacintana, D.	Descobrir o processo de morte de pessoas adultas hospitalizadas em unidades de medicina e cirurgia, em relação à gravidade dos sintomas e de acordo com a expectativa da morte	Estudo Transversal	Nível IV	Prestar cuidados de higiene corporal e oral; utilização de colchão de pressão alternada; administrar terapêutica analgésica e anti-inflamatória; oferecer suporte emocional e transmitir informações aos familiares
E4 Título: Evaluating the Pharmacological Management of Terminal Delirium in Intensely Dying Patients With and Without the Comfort Measure Order Set Ano: 2019 Autor: Sutherland, M., & Sillos, K.	Avaliar a eficácia do Comfort Measure Order Set na gestão farmacológica do delírium terminal em pessoas em fase agônica hospitalizadas e identificar se a sua utilização influencia o conforto e diminui a necessidade de ajustes no plano terapêutico	Estudo retrospectivo	Nível IV	Administrar terapêutica antipsicótica (haloperidol, levomepromazine) e ansiolítica (lorazepam); promover um ambiente calmo e tranquilo, com luz baixa; oferecer suporte familiar; providenciar música calma; permanecer junto da pessoa; realizar massagens; providenciar toque reconfortante

E5	Título: Pharmacological Treatment for Terminal Agitation, Delirium and Anxiety in Palliative Patients Ano: 2024 Autor: Jones, D., Bishop, T., De Roo, M., Smets, T., & Noorgate, N.	Identificar intervenções farmacológicas utilizadas no tratamento de agitação, delírium e ansiedade nos últimos dias de vida de idosos com síndrome de fragilidade	Revisão sistemática da literatura de métodos mistos	Nível III	Administrar terapêutica antipsicótica (haloperidol, levomepromazine) e sedativa (midazolam, lorazepam)
E6	Título: Cuidados de enfermagem na promoção do conforto para a pessoa em situação paliativa: scoping review Ano: 2024 Autor: Moura, O., Sá, J., Figuerola, M., Gomes, J., Augusto, M., & Gomes, M.	Identificar os cuidados de enfermagem que promovem o conforto em pessoas em fase agônica e eventuais lacunas na prática clínica	Revisão scoping	Nível III	Dimensão física: administrar terapêutica analgésica, sedativa e antiemética; posicionar a pessoa; prestar cuidados de higiene e conforto; realizar musicoterapia e técnicas de relaxamento; Dimensão psicossocial: prestar apoio emocional e espiritual; comunicar de forma aberta; promover o apoio religioso; respeitar os desejos do utente; permitir presença de familiares; apoiar família no luto; Dimensão ambiental: diminuir ruídos; promover uma temperatura agradável; promover a privacidade; proporcionar um ambiente acolhedor e familiar; Dimensão sociocultural: respeitar as crenças culturais e religiosas; incentivar presença e participação da família nos cuidados.

Tabela 3: Resumo da extração de dados dos artigos incluídos na RIL

Posteriormente, com o objetivo de sintetizar toda a informação recolhida, foi realizado um esquema com as medidas de conforto identificadas em cada um dos artigos. Estas foram agrupadas em três categorias: alívio de sintomas, apoio emocional e espiritual, e apoio à família.



Figura 5: Síntese de Dados - Medidas de conforto na fase agônica

DISCUSSÃO

Alívio de sintomas

Foram diversos os artigos que abordaram e analisaram esta dimensão do conforto (E4, E5, E6). Os sintomas mencionados foram o *delirium* terminal, a agitação terminal, a ansiedade, a sede, a xerostomia e a dor.

Delirium terminal, agitação terminal e ansiedade

O *delirium* terminal, presente em cerca de 88% das pessoas em fase agônica, é uma síndrome neurocognitiva caracterizada por alterações do estado de consciência e cognição, acompanhadas de agitação psicomotora, desorientação e inquietação. A agitação terminal, por sua vez, surge muitas das vezes associada ao *delirium*, e manifesta-se como um estado de inquietação severa. Já a ansiedade no último estágio de vida encontra-se normalmente associada à presença de outros sintomas, das quais a

dispneia, o medo da morte ou a antecipação de sofrimento nos últimos dias e horas de vida (E4; E5).

Dada a complexidade destes sintomas e o impacto que têm no conforto e bem-estar da pessoa, o seu tratamento exige uma abordagem multidimensional, através de uma combinação de estratégias farmacológicas e não-farmacológicas, ajustadas à gravidade dos sintomas, potenciais efeitos secundários, necessidades individuais e condição clínica da pessoa.

No que diz respeito às medidas farmacológicas, os antipsicóticos são, na grande maioria das vezes, a terapêutica de primeira linha no tratamento do *delirium* e agitação terminal. Entre os antipsicóticos típicos, o *haloperidol*, devido à sua eficácia comprovada na diminuição da agitação psicomotora e desorientação, é um dos fármacos mais utilizados, especialmente em contexto de *delirium* hiperativo (E4). No entanto, os estudos sobre a sua utilização apresentam resultados contraditórios, havendo estudos que comprovam a eficácia do *haloperidol* na diminuição da severidade do *delirium* e agitação, enquanto outros sugerem que este pode comprometer o conforto da pessoa e aumentar a mortalidade na fase agónica (Amonoo, et al., 2022).

Por outro lado, tanto E4, como E5, defendem que os antipsicóticos atípicos, como a *quetiapina* e *olanzapina*, podem apresentar vantagens em relação ao *haloperidol* no que diz respeito à menor incidência de efeitos secundários, sendo mais bem tolerados em populações mais vulneráveis e apresentado uma eficácia semelhante e com menos riscos de efeitos extrapiramidais ou prolongamento do intervalo QT. Em contrapartida, a *risperidona* demonstrou-se menos eficaz neste tipo de população, estando associada a uma maior necessidade de doses de resgate para o controlo dos sintomas (Amonoo, et al., 2022).

Para além dos antipsicóticos, devido às suas propriedades ansiolíticas e sedativas, as benzodiazepinas, como o *midazolam* e o *lorazepam*, são administradas de forma a diminuir a agitação psicomotora e a ansiedade características da fase agónica. E4 e E5, à semelhança de Amonoo, et al., (2022), sugerem que a combinação de um antipsicótico com uma benzodiazepina pode potenciar o efeito terapêutico de ambos,

proporcionando assim um melhor controlo sintomático. Apesar de eficazes na sedação rápida, quando utilizados de forma isolada, estes fármacos podem prolongar a sedação, agravar o estado confusional e o *delirium*, encontrando-se, por isso, indicados apenas em casos de agitação refratária ou quando os antipsicóticos estão contraindicados (Amonoo, et al., 2022; E4).

Independentemente da abordagem farmacológica utilizada, esta deve ser sempre complementada com estratégias não farmacológicas. Estas medidas, como a diminuição de estímulos sensoriais e ambientais, a promoção de um ambiente calmo e familiar, e a presença de pessoas significativas, também abordadas no apoio emocional e espiritual, potenciam o efeito da terapêutica farmacológica e contribuem para a diminuição da ansiedade e para a promoção do conforto, dignidade e bem-estar da pessoa nos últimos dias e horas de vida (E6).

Para além disso, de acordo com E4, a implementação de protocolos como o *Comfort Measure Order Set* (CMOS), permitem uniformizar a abordagem e tratamento do *delirium* e agitação terminal, bem como identificar lacunas no conhecimento e práticas dos profissionais de saúde, promovendo assim uma melhor gestão dos sintomas e uma administração de terapêutica mais segura. Este protocolo, desenvolvido para pessoas em fase agónica com uma expectativa de vida de 72 horas, baseia-se na ferramenta CARES de Freeman e inclui diretrizes para a avaliação e gestão dos diversos sintomas característicos deste período, fornecendo orientações sobre a gestão da via aérea, conforto, agitação e *delirium*, autocuidado, e apoio emocional e espiritual. Na população de estudo onde este protocolo foi aplicado, 88% das pessoas referiram sentirem-se confortáveis, comparativamente a 44% no grupo de controlo. Para além disso, no grupo de CMOS, foram necessários menos ajustes de terapêutica para controlo de sintomas quando comparado com o grupo sem o protocolo, o que sugere que os fármacos e dosagens inicialmente prescritos no primeiro grupo foram mais adequados. No entanto, em 34% dos casos, os profissionais de enfermagem não administraram a terapêutica prescrita em SOS, o que resultou

num maior desconforto no grupo de pessoas que não recebeu o protocolo CMOS (85,7%) em comparação com o grupo do CMOS (66,7%). Assim sendo, demonstra-se de extrema importância instruir e capacitar os profissionais de enfermagem em relação à identificação e gestão de sintomas em contexto de fim de vida (E4).

Sede e Xerostomia

A sede e a xerostomia são os sintomas orais mais frequentemente relatados entre as pessoas em fase agônica, sendo a xerostomia definida como a sensação subjetiva de boca seca, geralmente associada a uma diminuição da produção de saliva, e a sede como uma necessidade de ingestão de líquidos que surge como resposta do organismo para restabelecer o equilíbrio hídrico (E1; E2).

De acordo com E1 e Dhaliwal, et al. (2020), estes sintomas podem estar associados a diversos fatores, como a respiração oral e administração de terapêutica com efeitos anticolinérgicos, e podem levar à diminuição da ingestão oral, dificuldade na comunicação, dor, lesões e infecções orais, diminuição da autoestima e isolamento social, apresentando assim um impacto significativo na qualidade de vida, bem-estar e conforto da pessoa em fim de vida.

No que diz respeito às estratégias para o alívio da sede e xerostomia, a evidência defende sobretudo a utilização de medidas não farmacológicas. Segundo os artigos consultados, a prestação de cuidados de higiene à cavidade oral é uma das intervenções mais eficazes no alívio e prevenção da xerostomia, pelo que estes devem ser realizados, idealmente, a cada 30 minutos, e até um intervalo máximo de 3 horas. Durante estes cuidados, os profissionais de enfermagem podem recorrer à utilização de enxaguantes bucais sem álcool, compressas humedecidas, soluções lubrificantes, rebuçados de xilitol e saliva artificial. Por outro lado, a aplicação de hidratantes labiais e a utilização de humidificadores podem diminuir o desconforto provocado pela presença de lesões ou fissuras labiais, frequentemente associadas à secura da cavidade oral (E1; E2).

No caso da sede, ainda que se demonstre um tema controverso entre profissionais de

saúde, com alguns enfermeiros a afirmar que a sensação de sede, à semelhança da fome, tende a diminuir à medida que a morte se aproxima, enquanto outros defendem que muitas pessoas continuam a apresentar sede e desconforto associado à secura da cavidade oral, E2, sugere a administração de pequenas quantidades de água em utentes conscientes e capazes de deglutir e o humedecer da cavidade oral através de compressas nas restantes pessoas (E1).

Para além das medidas convencionais, alguns estudos (Porto, 2022) sugerem a utilização de estimulantes da secreção salivar, como a pilocarpina, de forma a diminuir a xerostomia. No entanto, ainda que eficazes, a utilização deste tipo de terapêutica em contexto de fim de vida ainda é controversa, pois a sua administração poderá levar a sudorese excessiva, alterações visuais e desconforto gastrointestinal.

Assim sendo, de forma a promover o conforto e bem-estar nos últimos dias e horas de vida, demonstra-se de extrema importância que os profissionais de saúde sejam capazes de identificar e tratar precocemente os sintomas orais, como a xerostomia, sede e disfagia. No entanto, de acordo com E1, a escassez de evidência científica sobre os cuidados à cavidade oral no período de fim de vida tem contribuído para divergências nas perceções entre enfermeiros e para a desvalorização desta dimensão dos cuidados, o que, em alguns casos, resulta numa menor priorização ou mesmo na sua negligência, comprometendo assim o conforto, bem-estar e dignidade da pessoa nos seus últimos dias de vida.

Dor

Enquanto um dos sintomas mais frequentemente presentes na fase agônica e um dos mais incapacitantes, uma gestão inadequada da dor pode levar a um sofrimento desnecessário, comprometendo o conforto, bem-estar, qualidade de vida e dignidade da pessoa nos seus últimos dias e horas de vida. Assim sendo, o alívio e controlo eficaz deste sintoma surge como uma das prioridades durante a prestação de cuidados à pessoa em fim de vida, exigindo uma abordagem individualizada, segundo o tipo de dor, localização, intensidade, duração e eventuais fatores psicológicos e emocionais que possam estar relacionados

com a mesma (Durnev, Kartalov, Kuzmanovska, & Sholjakova, 2018; Elgán, Munkombwe, & Petersson, 2020).

Tal como os restantes sintomas até agora mencionados, no tratamento da dor podem ser utilizadas estratégias farmacológicas e não farmacológicas. No entanto, a administração de terapêutica, nomeadamente de Opióides como a *morfina*, uma classe de fármacos utilizada no tratamento de dor moderada a severa, constitui a principal abordagem utilizada.

De acordo com E3, ainda que tenha sido administrado opiáceos a todos os utentes oncológicos incluídos no seu estudo, o alívio da dor nem sempre foi alcançado. Por outro lado, 25 a 40% das pessoas sem patologia oncológica não receberam tratamento adequado para a dor nas últimas 48 horas de vida. Segundo Elgán, et al. (2021), tal poderá estar relacionado com a variação da resposta da pessoa aos analgésicos administrados, a titulação inadequada das doses, a falta de conhecimento e medo dos efeitos secundários por parte dos médicos responsáveis. Assim sendo, de forma a garantir o controlo eficaz da dor nos últimos dias e horas de vida, demonstra-se de extrema importância que os médicos recorram a ferramentas e escalas de avaliação da dor, que não se baseiem apenas na opinião e juízo clínico do profissional, mas que também incluam comportamentos observáveis. Para além disso, estes devem se encontrar familiarizados com os fármacos e preparados para ajustar e administrar doses repetidas de opioides e outros fármacos analgésicos, de modo a atingir o efeito analgésico desejado e, assim, controlar eficazmente a dor dos utentes em fim de vida (E3).

No que diz respeito às medidas não farmacológicas, E6 e Elgán, et al. (2021) identificam a aplicação de calor ou frio no local, o reposicionamento frequente, as técnicas de relaxamento e a massagem. Ainda que importantes no alívio e controlo da dor, a sua implementação encontra-se condicionada por fatores como a ausência de diretrizes sobre a utilização de terapias complementares, a sobrecarga de trabalho e ausência de tempo disponível por parte da equipa de enfermagem, a falta de formação dos profissionais e a escassez de recursos

para a sua implementação (Durnev, et al., 2018; Elgán, et al., 2021).

Apoio emocional e espiritual

A importância do apoio emocional e espiritual foi reconhecida em vários artigos (E3, E4, E6).

A fase agónica representa um período de grande vulnerabilidade para a pessoa e respetiva família, demonstrando-se assim de extrema importância que os cuidados prestados pelos profissionais de saúde não se limitem apenas ao alívio dos sintomas físicos, mas que integrem também estratégias de apoio espiritual e emocional, de forma a diminuir o sofrimento, auxiliar na procura de significado e promover o conforto e a dignidade da pessoa nos seus últimos dias e horas de vida (Arriera, et al., 2018).

De acordo com E4, a implementação de estratégias não-farmacológicas, como a criação de um ambiente calmo, através da diminuição das luzes e ruído da unidade, utilização de música suave, realização de massagens e a disponibilização do toque terapêutico, voz reconfortante e presença física do enfermeiro junto do utente, podem contribuir significativamente para a diminuição da ansiedade, agitação e *delirium* terminal e, consequentemente, para uma maior sensação de conforto e bem-estar por parte da pessoa em fim de vida. E6, acrescenta ainda que a flexibilização das normas organizacionais, de forma a permitir a presença de familiares e pessoas significativas junto da pessoa em fase agónica, bem como a utilização de objetos pessoais ou música familiar, permite tornar o ambiente hospitalar mais acolhedor e familiar, promovendo assim uma sensação de maior segurança e tranquilidade, e contribuindo para a humanização dos cuidados. No entanto, apesar da presença de familiares e pessoas significativas ser considerada de extrema importância em contexto de cuidados paliativos, no estudo E3, a permissão de visitas e permanência das mesmas junto da pessoa em fim de vida varia consoante a previsibilidade da morte, sendo que, em casos onde esta era altamente expectável, 69,6% das pessoas faleceram com familiares ao seu lado, comparativamente a apenas 8,3% dos casos em que o óbito não era esperado. Assim, estes dados sugerem que a implementação

desta medida pode estar condicionada por barreiras institucionais e falta de sensibilização por parte de alguns profissionais em relação à importância da presença das pessoas significativas junto da pessoa em fase agónica (Arrieira, et al., 2018; E3).

Para além da criação de um ambiente calmo e a presença de familiares, a transmissão de informação de forma simples e clara sobre o estado de saúde e prognóstico do utente permite não só que a pessoa e respetiva família possam se preparar emocionalmente para o momento da morte, como também contribui para um processo de morte e vivência de luto mais tranquilo, diminuindo assim a ansiedade e sofrimento associados à incerteza e separação iminente (E3; E6).

Apoio à família

O apoio à família foi explorado em múltiplos artigos (E1, E4), demonstrando-se como uma dimensão de extrema importância nos cuidados em fim de vida.

A fase agónica é um período de grande sofrimento não só para a pessoa em fim de vida, como também para a sua família e pessoas significativas, que, muitas das vezes, experienciam sentimentos de angústia e impotência ao testemunharem o sofrimento do seu ente querido sem conseguirem intervir para o minimizar. Assim sendo, para além do controlo sintomático e do apoio espiritual e emocional à pessoa em fim de vida, os cuidados de Enfermagem prestados neste contexto devem também incluir estratégias que promovam o bem-estar da família, ajudando-a a lidar com a perda iminente e a preparar-se para o processo de luto (E1).

Segundo E1 e E4, a transmissão de informação de forma simples, clara e objetiva sobre a condição clínica da pessoa em fase agónica por parte da equipa multidisciplinar, realizada de forma empática e de acordo com as necessidades individuais de cada família, permite diminuir a sua ansiedade e incerteza em relação ao prognóstico, ajudar a compreender melhor a situação e facilitar a sua aceitação da condição da pessoa. Esta pode ser realizada através da conferência familiar, um instrumento de apoio à família que permite transmitir informação, esclarecer dúvidas, avaliar necessidades,

planear cuidados, clarificar objetivos terapêuticos e proceder a tomadas de decisão, recorrendo a técnicas como a reformulação, a escuta ativa, a compreensão empática e a negociação para facilitar a comunicação e compreensão (Girão, 2022). Caso sejam identificadas necessidades emocionais e espirituais durante esta reunião, cabe ao profissional de Enfermagem disponibilizar apoio ou encaminhar para serviços e profissionais especializados. Este acompanhamento pode ser determinante na forma como os familiares vivenciam o processo de luto e perda, promovendo assim uma maior aceitação e diminuindo o risco de complicações associadas à morte de um ente querido, como o luto patológico (E4; Rosário, 2020).

Para além da comunicação e transmissão de informação, a presença da família junto da pessoa nos seus últimos dias e horas de vida, sem restrições de tempo e através da flexibilização das normas institucionais, não só proporciona uma maior sensação de conforto e segurança para a pessoa em fim de vida, como também permite que os familiares se sintam mais próximos do seu ente querido, ajudando-os a enfrentar a despedida (E4). No entanto, tal como referido anteriormente e segundo E1, as perceções sobre a presença da família variam entre os profissionais de saúde, pelo que, em alguns casos, a sua permanência prolongada pode não ser possível em determinados contextos de prestação de cuidados.

IMPLICAÇÕES DE ENFERMAGEM

Para a promover o conforto, bem-estar e dignidade da pessoa em fase agónica, a prestação de cuidados neste contexto deve ser individualizada e holística, e envolver tanto o controlo sintomático, como o apoio emocional, espiritual e familiar.

A administração de terapêutica é uma das responsabilidades dos enfermeiros e, por isso, estes devem ser detentores de conhecimentos sobre os diversos fármacos utilizados no controlo e alívio sintomático, bem como os seus eventuais efeitos secundários e orientações de administração (E4; E5). No entanto, de acordo com a evidência científica (E4), muitas das vezes, há hesitação na administração de fármacos

prescritos em SOS, por receio dos efeitos secundários, insegurança na decisão ou ausência de protocolos, o que pode provocar sofrimento desnecessário e, consequentemente, comprometer o conforto e bem-estar destas pessoas. Assim, demonstra-se necessário capacitar os enfermeiros para tomar decisões informadas, baseadas na evidência científica mais recente, instruir os mesmos sobre a administração de terapêutica em contexto de cuidados paliativos, bem como implementar protocolos, como o CMOS, que indiquem qual o fármaco e dosagem mais indicada face à avaliação realizada (E4; E5; E6).

No que diz respeito às estratégias não farmacológicas, como a diminuição do ruído e luminosidade, prestação de cuidados de higiene à cavidade oral, reposicionamento frequente, presença dos familiares e técnicas de relaxamento, enquanto intervenções de enfermagem de carácter autónomo que potencializam o efeito das medidas farmacológicas, estas devem integrar os cuidados de enfermagem prestados diariamente. No entanto, tendo em conta que devido a barreiras institucionais, sobrecarga de trabalho ou desconsideração da sua importância, muitas das vezes, estas medidas acabam por não ser implementadas, demonstra-se importante que as instituições criem condições que permitam a sua implementação e promovam ações de formação e sensibilização de forma a enfatizar a sua importância e, assim, incentivar os enfermeiros a integrar estas práticas durante a sua rotina de prestação de cuidados (E3; E4; E6). Para além disso, o desenvolvimento de escalas específicas, que permitam avaliar a sede e xerostomia de forma objetiva, pode contribuir para uma melhor identificação e abordagem destes sintomas que, por vezes, são desvalorizados por parte dos enfermeiros (E1; E2).

Em relação ao apoio emocional, espiritual e familiar, os enfermeiros devem estar preparados para fornecer informação simples, clara e objetiva, esclarecer dúvidas, antecipar alterações do estado de saúde da pessoa, facilitar a realização de conferências familiares com a restante equipa multidisciplinar e implementar intervenções como a escuta ativa, o toque terapêutico e a comunicação empática (E1; E4; Girão, 2022). Nesse sentido, as instituições devem

procurar realizar formações em comunicação e apoio emocional, para que os enfermeiros se sintam preparados para lidar com situações emocionalmente exigentes e oferecer apoio adequado à pessoa em fim de vida e respetivos familiares. Por outro lado, o acompanhamento da família deve prolongar-se para além do falecimento do seu ente querido, de forma a identificar necessidades de apoio, encaminhar os familiares para apoio especializado e, consequentemente, diminuir o risco de luto complicado (Rosário, 2020). Apesar de ser considerado um aspeto de extrema importância durante este período de alta vulnerabilidade, a evidência (E3) demonstrou que a presença de familiares nos últimos momentos de vida da pessoa em fase agónica nem sempre é garantida, sendo, muitas das vezes, condicionada por normas institucionais. Assim, neste tipo de situações, as políticas e normas institucionais devem ser ajustadas, permitindo, sempre que possível, a presença dos familiares junto da pessoa (E3).

Por fim, tendo em conta a carga emocional associada à prestação de cuidados de fim de vida, de forma a promover o bem-estar dos enfermeiros e prevenir o stress e *burnout*, devem ser implementados programas de formação e suporte psicológico, que promovam momentos de partilha e reflexão entre os membros da equipa e que dotem os profissionais de estratégias para lidar com os desafios do fim de vida.

CONCLUSÃO

A presente Revisão Integrativa da Literatura permitiu identificar e sintetizar as principais medidas de conforto utilizadas para promover o conforto das pessoas em fase agónica no contexto de cuidados paliativos, destacando-se o alívio sintomático, o apoio emocional e espiritual e o suporte à família. Os artigos analisados evidenciam que o alívio de sintomas como o *delirium* terminal, a agitação, a ansiedade, a sede, a xerostomia e a dor, exige uma abordagem multidimensional, através da utilização de estratégias farmacológicas e não farmacológicas. No entanto, existem barreiras à sua implementação, como a hesitação na administração de terapêutica em SOS, a variabilidade na abordagem utilizada entre os diversos profissionais e a

desvalorização de sintomas como a sede e xerostomia.

O apoio emocional e espiritual, através da promoção de um ambiente calmo, da presença da família junto da pessoa em fase agônica e da utilização de técnicas como o toque terapêutico, escuta ativa e compreensão empática, demonstrou-se eficaz na diminuição da incerteza e ansiedade características deste período. Ainda assim, a implementação deste tipo de estratégias pode se encontrar condicionada por normas institucionais e falta de formação dos profissionais de saúde para lidar com a componente emocional e espiritual do período de fim de vida.

Já o apoio à família disponibilizado pelos enfermeiros permitiu que os familiares compreendessem melhor o estado de saúde e prognóstico do seu ente querido e se preparassem emocionalmente para o luto. Por outro lado, ainda que dependente de políticas institucionais e diferentes percepções por parte dos profissionais de saúde, a presença da família nos últimos dias e horas de vida levou a uma sensação de maior segurança e tranquilidade por parte da pessoa em fase agônica e respetivos familiares.

Posto isto, esta RIL evidencia a necessidade de uma abordagem individualizada e holística, de acordo com as necessidades e preferências da pessoa em fase agônica e da sua família, demonstrando-se essencial que os enfermeiros se encontrem capacitados para aplicar medidas e estratégias com base na evidência científica. Para que tal seja possível, as instituições devem realizar formações sobre a prestação de cuidados em contexto de cuidados paliativos, desenvolver protocolos que orientem a tomada de decisão e promover um ambiente de prestação de cuidados que permita aplicar essas mesmas estratégias e protocolos.

Por fim, tendo em conta que, nos últimos cinco anos não surgiram novas intervenções, mas sim o aperfeiçoamento e sistematização das já existentes, os resultados obtidos na presente revisão destacam a necessidade de aprofundar a eficácia das diferentes medidas de conforto existentes, de identificar e explorar novas estratégias e de identificar barreiras à sua implementação através da realização de novos estudos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alves, M., Braga, B., Neto, I., & Rodrigues, J. (2017). Guia Prático da Abordagem da Agonia. *Revista da Sociedade Portuguesa da Medicina Interna*, 24(1), 48-55. Disponível em: <https://revista.spmi.pt/index.php/rpmi/article/view/578>
- Augusto, M., Figuerola, M., Gomes, J., Gomes, M., Ramos, O., & Sá, J. (2024). Cuidados de enfermagem na promoção do conforto para a pessoa em situação paliativa: scoping review. *Aquichan*, 24(3), 1-21. Disponível em: <https://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/22305>
- Amonoo, H., Arnim, C., Celano, C., Duque, L., Huffman, J., Madva, E., Sadlonova, M., Smith, D., Staton, S., & Vogelsang, J. (2022). Pharmacologic treatment of delirium symptoms: A systematic review. *General Hospital Psychiatry*, 79, 60-75. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0163834322001244>
- Arrieira, I., Jacondino, M., Martins, C., Moura, P., Porto, A., & Thofehr, M. (2018). Espiritualidade nos cuidados paliativos: experiência vivida de uma equipe interdisciplinar. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 52, 1-8. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reecusp/a/rRzH3886NYD5SThYX3pdLfR/?lang=pt>
- Bergh, S., Husebo, B., Mustafa, M., Patrascu, M., Sandvik, R., Selbaek, G., & Strand, G. (2024). Oral symptoms in dying nursing home patients. Results from the prospective REDIC study. *BMC Oral Health*, 24 (129), 1-9. Disponível em: <https://bmcoralhealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12903-024-03901-x>

- Biesbrouck, T., Jennes, D., Noortgate, N., Roo, M., & Smets, T. (2024). Pharmacological Treatment for Terminal Agitation, Delirium and Anxiety in Frail Older Patients. *Geriatrics*, 9 (2), 1-20. Disponível em: <https://www.mdpi.com/2308-3417/9/2/51>
- Binda, F., Bosco, P., Clari, M., Gambazza, S., Laquintana, D., Nicolò, G., & Sappa, B. (2021). Quality of dying in hospital general wards: a cross-sectional study about the end-of-life care. *BMC Palliative Care*, 20 (153), 1-9. Disponível em: <https://bmcpalliativecare.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12904-021-00862-8>
- Borges, M., Jaramillo, R., & Souza, M. (2020). Conforto de pacientes em cuidados paliativos: revisão integrativa. *Enfermería Global*, 20 (1), 420-465. Disponível em: <https://revistas.um.es/eglobal/article/view/420751>
- Carvalho, S., & Pais, C. (2019). Uma Boa Morte: Reconhecer a Agonia a Tempo. *Revista da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna*, 26(3), 238-246. Disponível em: <https://revista.spmi.pt/index.php/rpmi/article/view/417>
- Cruz, J., Magalhães, C., & Pinto, M. (2023). O doente terminal em fase agónica. *Enfermagem: Autonomia e processo de cuidar*, 3 (6), 65-75. Disponível em: <https://bibliotecadigital.ipb.pt/handle/10198/28508>
- Dhaliwal, J., Murang, Z., Ramasamy, D., & Venkatasalu, M. (2020). Oral health problems among palliative and terminally ill patients: an integrated systematic review. *BMC Oral Health*, 20 (79), 1-11. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32188452/>
- Durnev, V., Kartalov, A., Kuzmanovska, B., & Sholjakova, M. (2018). Pain Relief as an Integral Part of the Palliative Care. *Macedonian Journal of Medical Sciences*, 6 (4), 739-741. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5927513/>
- Elgán, C., Munkombwe, W., & Petersson, K. (2020). Nurses' experiences of providing nonpharmacological pain management in palliative care: A qualitative study. *Journal of Clinical Nursing*, 29, 1643-1652. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jocn.15232>
- Encarnação, P., Lourenço, M., & Lumini, M. (2021). Cuidados paliativos, conforto e espiritualidade. *Escola Superior de Enfermagem do Porto, Autocuidado: um foco central da enfermagem*, 85-98. Disponível em: <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/39538>
- Friedrichsen, M., Jaarsma, T., Lythell, C., & Schaller, A. (2024). Nurses' perception of thirst in patients within palliative home care: a qualitative study. *BMC Nursing*, 23 (516), 1-10. Disponível em: <https://bmcnurs.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12912-024-01985-y#citeas>
- Girão, A. (2022). A importância da implementação da conferência familiar como instrumento de apoio à família em cuidados paliativos: revisão sistemática. *Egitania Scientia*, 143-164. Disponível em: <https://egitaniascientia.ipg.pt/index.php/revista-egitaniascientia/article/view/61>
- Luís, A. (2016). *Intervenção de Enfermagem à Pessoa com Doença Oncológica, em fase agónica, no internamento hospitalar de cirurgia* [Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa]. Disponível em: <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/17177>
- Porto, V. (2022). *Medidas farmacológicas e não farmacológicas na abordagem da hipossalivação e xerostomia em pacientes com síndrome de Sjögren: uma revisão sistemática de ensaios clínicos randomizados* [Dissertação de Mestrado, Universidade de Cuiabá]. Disponível em: <https://bdtd.ibict.br/vufind/Record/>

[Krot_08c3313fe85c838576c28d117271dd3e](https://repositorio.ual.pt/server/api/core/bitstreams/3a1e9bc9-0260-4220-ab7e-c1814a45cc1c/content)

- Rosário, R. (2020). *As Técnicas de Comunicação em Cuidados Paliativos: Na relação entre a civilidade e o coping* [Dissertação de Mestrado, Universidade Autónoma de Lisboa]. Disponível em: <https://repositorio.ual.pt/server/api/core/bitstreams/3a1e9bc9-0260-4220-ab7e-c1814a45cc1c/content>
- Stilos, K., & Sutherland, M. (2019). Evaluating the Pharmacological Management of Terminal Delirium in Imminently Dying Patients With and Without the Comfort Measure Order Set. *Journal of Hospice and Palliative Nursing*, 21 (5), 430-437. Disponível em: https://journals.lww.com/jhpn/abstract/2019/10000/evaluating_the_pharmacological_management_of.13.aspx

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM NA REDUÇÃO DAS READMISSÕES NO SERVIÇO DE URGÊNCIA EM PESSOAS COM INSUFICIÊNCIA CARDÍACA

Nursing interventions to reduce emergency department readmissions in patients with heart failure

Camila Loução¹, Vânia Teixeira²

Resumo

Enquadramento: A insuficiência cardíaca constitui um importante problema de saúde pública em Portugal, associando-se a elevados índices de utilização dos serviços de saúde, nomeadamente a frequência de readmissões no serviço de urgência. A redução da sua prevalência, gravidade e agudizações representa uma prioridade, exigindo intervenções centradas na prevenção, monitorização e gestão da doença. **Objetivo:** Identificar intervenções de enfermagem que contribuam para a redução das readmissões no serviço de urgência em pessoas com insuficiência cardíaca. **Metodologia:** Desenvolveu-se uma revisão integrativa da literatura, incluindo estudos publicados entre 2019 e 2024 nas bases de dados seleccionadas. A questão de investigação orientadora foi: “Quais as intervenções de enfermagem que reduzem as readmissões da pessoa com insuficiência cardíaca no serviço de urgência?”. Incluíram-se estudos que analisassem intervenções de enfermagem eficazes na diminuição das readmissões neste contexto.

Resultados: A estratégia de pesquisa permitiu identificar 590 artigos, posteriormente importados para o software Covidence; após aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, 10 estudos foram considerados para análise final. **Discussão e Conclusões:** A revisão destaca o contributo central do enfermeiro na redução das readmissões no serviço de urgência em pessoas com insuficiência cardíaca, através de intervenções como educação para a saúde, promoção da transição e continuidade de cuidados, intervenções comunitárias, identificação precoce de grupos de risco e cuidados paliativos orientados para a estabilidade clínica. **Palavras-chave:** Intervenções de Enfermagem; Insuficiência Cardíaca; Readmissões; Serviço de Urgência.

Abstract

Background: Heart failure represents a major public health problem in Portugal and is associated with high levels of healthcare utilization, particularly frequent readmissions to the emergency department. Reducing its prevalence, severity, and acute decompensations is a priority, requiring interventions focused on prevention, monitoring, and disease management. **Objective:** To identify nursing interventions that contribute to reducing emergency department readmissions among patients with heart failure. **Methodology:** An integrative literature review was conducted, including studies published between 2019 and 2024 in selected databases. The guiding research question was: “Which nursing interventions reduce emergency department readmissions in patients with heart failure?” Studies analyzing nursing interventions effective in reducing readmissions in this context were included. **Results:** The search strategy identified 590 articles, which were imported into Covidence software. After applying the inclusion and exclusion criteria, 10 studies were eligible for the final analysis. **Discussion and Conclusions:** The review highlights the central role of nurses in reducing emergency department readmissions among patients with heart failure through interventions such as health education, promotion of care transition and continuity, community-based interventions, early identification of high-risk groups, and palliative care aimed at clinical stabilization. **Keywords:** Nursing Interventions; Heart Failure; Readmissions; Emergency Department.

¹ Estudante de Enfermagem do 4º ano do 22º Curso de Licenciatura em Enfermagem, Instituto Politécnico de Setúbal, Escola Superior de Saúde, Setúbal, Portugal.

² Instituto Politécnico de Setúbal, Escola Superior de Saúde, Campus do IPS—Estefanilha, 2910-470 Setúbal, Portugal; vania.teixeira@ess.ips.pt.

Enquadramento

A insuficiência cardíaca (IC) pode ser definida como uma patologia cardiovascular “*crónica, progressiva, grave e complexa*”, decorrente de uma disfunção cardíaca que compromete a capacidade do coração para bombear sangue de forma eficaz, prejudicando a resposta às necessidades funcionais e metabólicas dos diferentes órgãos (Mendes, 2023, p. 13; Teixeira & Tavares, 2007). Trata-se de uma doença crónica e multifatorial, cujo tratamento se centra no controlo sintomático e na prevenção da sua progressão, exigindo acompanhamento contínuo e cuidados de saúde regulares. Atendendo ao carácter progressivo da sintomatologia, a pessoa com IC apresenta uma diminuição significativa da qualidade de vida, resultante das limitações crescentes ao nível das atividades físicas e sociais. Estas limitações resultam do conjunto de sinais e sintomas associados à IC que, embora variem consoante a gravidade e tipologia da doença, incluem dispneia, fadiga, edema dos membros inferiores, pés e tornozelos, dor torácica, perda de apetite e aumento ponderal (Mendes, 2023). Esta sintomatologia deve ser monitorizada, uma vez que pode antecipar “*a exacerbação iminente e/ou agravamento da doença basal*” (Mendes, 2023, p. 15). Acresce que a mitigação e/ou eliminação de determinados fatores de risco, através de modificações comportamentais, pode reduzir significativamente o risco de agudização da IC crónica (Mendes, 2023).

A gestão da IC constitui, assim, uma tarefa complexa e exigente, tanto para a pessoa que a vivencia como para o enfermeiro e a restante equipa multidisciplinar (Mendes, 2023). De acordo com a Ordem dos Enfermeiros (2022), compete à equipa de enfermagem “*capacitar o utente para a aceitação do seu estado de saúde, assim como para a consciencialização da relação entre o estilo de vida e a progressão da sua doença cardiovascular, assegurando um adequado processo de transição saúde-doença do utente e da sua família*” (p. 3). Neste sentido, cuidados centrados na pessoa possibilitam uma atuação diferenciada e individualizada, orientada para a resposta às necessidades alteradas (Finkler & Vivian, 2018).

O diagnóstico e/ou a agudização da IC coloca a pessoa num processo de transição saúde-doença frequentemente desafiante, exigindo uma intervenção de enfermagem orientada pelos pressupostos da Teoria das Transições de Afaf Meleis. Segundo a autora, “*as transições são períodos de vulnerabilidade, durante os quais os indivíduos necessitam de apoio, avaliação e intervenções que facilitem processos e resultados de saúde positivos*” (Meleis, 2010, p. 69). Compete, por isso, ao enfermeiro identificar vulnerabilidades, necessidades emergentes e fatores que possam comprometer a adaptação da pessoa com IC, atuando como agente facilitador da transição. A sua intervenção deve promover a autogestão da doença, a educação para a saúde e a modificação comportamental, contribuindo para a estabilização da condição crónica, para a melhoria da qualidade de vida e para a prevenção de agudizações.

A IC é descrita por Oliveira (2021) como um “*problema grave de saúde pública*” em Portugal, representando 12,5% da mortalidade intra-hospitalar e mais de 50.000 dias de internamento, afetando cerca de 397.805 pessoas. Adicionalmente, a descompensação da IC está associada, segundo a Sociedade Portuguesa de Cardiologia (2016), a um aumento da taxa de readmissões no serviço de urgência (SU), sobretudo entre 30 e 90 dias após a alta hospitalar. Sabe-se ainda que, aos 90 dias da alta, a taxa de mortalidade é de aproximadamente 10%, enquanto a taxa de readmissão no SU se aproxima dos 25%, o que corresponde a cerca de 18 588 pessoas. As idas ao SU por descompensação da IC representam cerca de 60% dos custos totais relacionados com o tratamento desta condição, traduzindo-se num valor estimado de 24 milhões de euros (Mangini et al., 2013; Oliveira, 2021; Sociedade Portuguesa de Cardiologia, 2016; Sousa, 2019). Deste modo, “*reduzir a prevalência e a gravidade*” da IC constitui uma prioridade, visando a prevenção do seu aparecimento, evolução e consequente agudização (Oliveira, 2021, p. 18).

Neste contexto, torna-se essencial reunir a evidência científica mais atualizada, contribuindo para o desenvolvimento da investigação em enfermagem através da

análise, síntese e identificação de intervenções específicas. Tal permitirá melhorar a qualidade dos cuidados prestados e, simultaneamente, reduzir as taxas de readmissão no SU em pessoas com IC.

Metodologia

Questão de Investigação

Foi realizada uma Revisão Integrativa da Literatura (RIL) com o objetivo de responder à questão de investigação: “Quais as intervenções de enfermagem que reduzem as readmissões da pessoa com IC no SU?”. A formulação da questão seguiu o acrónimo PCC: **P–População:** pessoas com IC; **C–Conceito:** intervenções de enfermagem que reduzam as readmissões hospitalares; **C–Contexto:** SU.

Estratégia de Pesquisa

Numa primeira fase, foram identificados os descritores de pesquisa através de um exercício de brainstorming, utilizando os operadores booleanos AND e OR, em articulação com os elementos do acrónimo PCC - figura 1.

POPULAÇÃO	FENÓMENO DE INTERESSE	CONTEXTO
AB Patient OR TI Patient	AB Nurs* Strategies OR TI Nurs* Strategies	AB Hospital Emergency Department OR TI Hospital Emergency Department
AB Person OR TI Person	AB Nurs* Interventions OR TI Nurs* Interventions	AB Emergency Hospital Service OR TI Emergency Hospital Service
AB Heart Failure OR TI Heart Failure	AB Readmission OR TI Readmission	AB Hospital Service Emergency OR TI Hospital Service Emergency
AB Congestive Heart Failure OR TI Congestive Heart Failure	AB Hospital Readmission OR TI Hospital Readmission	AB Hospital Service Emergencies OR TI Hospital Service Emergencies
AB Diastolic Heart Failure OR TI Diastolic Heart Failure	AB Admission OR TI Admission	AB Serviço de Urgência OR TI Serviço de Urgência
AB Systolic Heart Failure OR TI Systolic Heart Failure	AB Hospital Admission OR TI Hospital Admission	AB Departamento de emergência OR TI Departamento de emergência
AB Cardiac Failure OR TI Cardiac Failure	AB Rehospitalization OR TI Rehospitalization	
AB Heart Failure Decompensation OR TI Heart Failure Decompensation	AB Unplanned Hospital Readmission OR TI Unplanned Hospital Readmission	
AB Right-Sided Heart Failure OR TI Right-Sided Heart Failure	AB Unplanned Readmission OR TI Unplanned Readmission	
AB Left-Sided Heart Failure OR TI Left-Sided Heart Failure	AB Intervenções de Enfermagem OR TI Intervenções de Enfermagem	
AB Myocardial Failure OR TI Myocardial Failure	AB Readmissão OR TI Readmissão	
AB Pessoa OR TI Pessoa	AB Readmissão Hospitalar OR TI Readmissão Hospitalar	
AB Insuficiência Cardíaca OR TI Insuficiência Cardíaca	AB Admissão OR TI Admissão	
AB Insuficiência Cardíaca Congestiva OR TI Insuficiência Cardíaca Congestiva	AB Admissão Hospitalar OR TI Admissão Hospitalar	
AB Insuficiência Cardíaca Diastólica OR TI Insuficiência Cardíaca Diastólica		
AB Insuficiência Cardíaca Sistólica OR TI Insuficiência Cardíaca Sistólica		
AB Agudização da Insuficiência Cardíaca OR TI Agudização da Insuficiência Cardíaca		
AB Descompensação da Insuficiência Cardíaca OR TI Descompensação da Insuficiência Cardíaca		
AB Insuficiência Cardíaca Esquerda OR TI Insuficiência Cardíaca Esquerda		
AB Insuficiência Cardíaca Direita OR TI Insuficiência Cardíaca Direita		

Figura 1: Descritores de pesquisa

Posteriormente, para assegurar a adequação da pesquisa à questão de investigação, foram definidos critérios de inclusão: **Participantes:** pessoas com IC com idade igual ou superior a 18 anos; **Tipo de estudos:** estudos qualitativos, estudos quantitativos, revisões sistemáticas da

literatura e revisões integrativas da literatura; **Tipo de intervenção/resultado:** estudos que descrevam e/ou analisem intervenções de enfermagem que reduzam as readmissões no SU.

Foram ainda aplicados os seguintes limitadores: artigos publicados entre 1 de janeiro de 2019 e 6 de dezembro de 2024, disponíveis em texto integral, acesso livre, e redigidos em português, inglês ou espanhol. A pesquisa foi realizada nas bases de dados PubMed, MEDLINE, CINAHL Plus with Full Text e Scopus, utilizando os descritores previamente definidos. Para complementar o processo, recorreu-se também ao Google Scholar. Seguidamente, procedeu-se ao refinamento da pesquisa nas cinco bases de dados, aplicando-se os critérios de inclusão e limitadores previamente estabelecidos. No caso específico da base de dados Scopus, foram selecionadas a área Nursing e o tipo de documento Final.

Após a implementação da estratégia de pesquisa, foram identificados 590 artigos — PubMed (n=11), MEDLINE (n=241), CINAHL Plus with Full Text (n=118), Scopus (n=216) e Google Scholar (n=4) — os quais foram importados para o software Covidence. A plataforma eliminou automaticamente 87 registos duplicados, resultando em 503 artigos para triagem do título e resumo. Após esta etapa, 25 artigos foram selecionados para leitura integral. Nesta fase, foram excluídos 15 artigos, por serem pagos, por analisarem patologias e/ou intervenções inadequadas, por apresentarem resultados que não respondiam diretamente à questão de investigação e/ou por incluírem intervenções realizadas por profissionais que não enfermeiros. Assim, 10 artigos foram incluídos na fase de extração de dados.

A figura 2 apresenta o fluxograma do processo de seleção, gerado pelo software Covidence, desde a importação dos documentos até à inclusão final dos estudos.

Extração de Dados

Nesta fase, foi construída uma tabela de extração de dados com o objetivo de identificar, organizar e analisar os principais resultados de cada estudo incluído, reunindo a informação necessária para as etapas subsequentes da revisão. A figura 3 identifica os artigos selecionados.

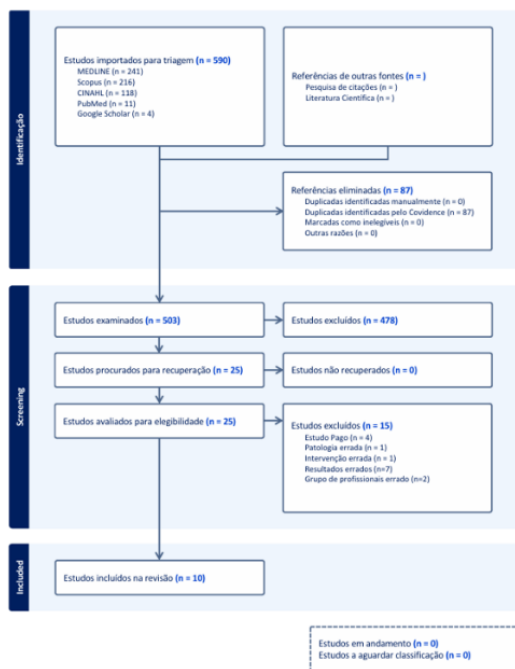


Figura 2: Fluxograma gerado pelo software Covidence

TÍTULO DO ARTIGO	BASE DE DADOS	AUTORES	ANO	PAIS	TIPO DE ESTUDO	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM
Artigo 1: Association Between Nurse-Led Multidisciplinary Education and Cardiac Events in Patients With Heart Failure	PubMed	Son & Lee	2024	Coreia do Sul	Retrospectivo e descritivo	Educação multidisciplinar; Realização cardíaca
Artigo 2: Effectiveness of Transitional Care Program among High-Risk Discharged Patients	PubMed	Heo et al.	2023	EUA	Quase-experimental	Programa de cuidados de transição
Artigo 3: Perceived Discharge Quality and Associations With Readmissions	PubMed	Perera et al.	2022	Canadá	Coorte prospectivo	Transição de cuidados
Artigo 4: Educational Nursing Intervention in Reducing Hospital Readmission and Mortality	Google Scholar	Marques et al.	2022	Brasil	Revisão sistemática e meta-análise	Intervenções educativas
Artigo 5: Association of Palliative Care Intervention With Health Care Use	PubMed	Magwood et al.	2021	EUA	Observacional	Cuidados Palliativos
Artigo 6: The Impact of Nurse-Led Community-Based Models of Care	Google Scholar	Ledwith & Lorent	2021	EUA	Revisão Integrativa	Comunitárias; visitas domiciliares
Artigo 7: Associations Between Continuity of Care and Hospital Use	CINAHL	Jones et al.	2020	Canadá	Observacional	Continuidade de cuidados
Artigo 8: The Effect of Tele nursing on Preventing Re-admission	PubMed	Pisceniana & Afrizani	2020	Indonésia	Revisão da literatura	Tele nursing
Artigo 9: Influence of Risk on Reduction of Readmission	Google Scholar	Huyh et al.	2019	Austrália	Observacional	Gestão da doença
Artigo 10: Home Care Program Increases Engagement in Patients With Heart Failure	PubMed	Lay et al.	2019	EUA	Quase-experimental	Cuidados domiciliares; Teach-back

Figura 3: Extração de dados

Nível de Evidência dos Estudos

Para determinar o nível de evidência dos estudos incluídos, utilizou-se a Hierarquia de Evidência de Melnyk e Fineout-Overholt (2019). A classificação foi a seguinte: nível I: artigos 5, 7 e 10; nível II: artigo 8; nível III: artigo 4; nível IV: artigos 1, 3 e 6; nível V: artigo 9; nível VI: artigo 2.

Discussão dos Resultados

A análise dos estudos identificou várias intervenções de enfermagem com impacto na redução das readmissões no SU: Educação para a Saúde; Continuidade e Transição dos Cuidados; Intervenções comunitárias; Identificação de Grupos de Risco e Intervenções paliativas.

Educação para a Saúde (EpS)

A EpS constitui um processo contínuo, dinâmico e individualizado, no qual o enfermeiro procura promover alterações comportamentais que favoreçam a manutenção da saúde e a autogestão da doença, através de uma parceria terapêutica que potencia o empoderamento da pessoa (Ferreira et al., 2022). Trata-se de um percurso faseado de diagnóstico e intervenção, definido com a pessoa e orientado pelas suas necessidades e motivação (Machado, 2013).

Son & Lee (2024) analisam o contributo da EpS para a redução das readmissões no SU através de dois componentes principais: a educação multidisciplinar liderada por enfermeiros e a reabilitação cardíaca. A educação multidisciplinar corresponde a uma intervenção estruturada que envolve a identificação das necessidades individuais, a discussão da condição clínica e a definição de um plano terapêutico personalizado, visando otimizar as decisões clínicas e melhorar os resultados em saúde. Por sua vez, a reabilitação cardíaca integra EpS, exercício físico e avaliação cardíaca, operacionalizados por enfermeiros, fisioterapeutas e médicos, respetivamente. Ambas as intervenções contemplam temáticas fundamentais, como autogestão da doença, adesão terapêutica, autocuidado, controlo sintomático, identificação de sinais de alarme, alimentação e atividade física. Os resultados evidenciaram que a educação multidisciplinar liderada por enfermeiros reduz os eventos cardíacos e as readmissões no SU. Contudo, a reabilitação cardíaca não demonstrou impacto significativo, facto que os autores atribuem ao número limitado de sessões e à ausência de continuidade após a alta hospitalar.

A EpS na pessoa com doença crónica exige reensino e reforço contínuo, assegurando a compreensão da informação transmitida (Machado, 2013). Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2005), é responsabilidade do enfermeiro garantir que a informação é compreensível, clarificar dúvidas e reformular conteúdos quando necessário. O recurso a materiais didáticos facilita este processo, permitindo consulta autónoma, tomada de decisão informada e maior capacitação para a autogestão (Silva et al., 2019).

Neste âmbito, Lay et al. (2019) avaliou o impacto da disponibilização de materiais didáticos associados à metodologia *teach-back*. Os materiais incluíam informação escrita clara, linguagem acessível e elementos visuais. A metodologia *teach-back* consiste na repetição, pela pessoa, da informação recebida, permitindo verificar o grau de compreensão. A combinação destas estratégias aumentou significativamente o conhecimento e a autogestão da IC, contribuindo para a redução das readmissões no SU.

A evidência analisada reforça que a EpS deve assentar numa abordagem estruturada e multimodal, integrando três dimensões fundamentais: (1) autogestão da doença e adesão terapêutica, através de programas educativos como a educação multidisciplinar liderada por enfermeiros e a reabilitação cardíaca; (2) disponibilização de materiais didáticos que permitam reforço autónomo da informação; (3) garantia da compreensão, mediante estratégias como o *teach-back*. A conjugação destas intervenções mostra impacto consistente na capacitação da pessoa com IC e na melhoria dos resultados em saúde, contribuindo para a redução das readmissões no SU.

Continuidade e Transição dos Cuidados

A continuidade de cuidados implica a articulação eficaz entre profissionais e serviços, assegurando um percurso assistencial integrado e coerente que responda às necessidades da pessoa ao longo do tempo, mesmo quando ocorrem transições entre diferentes níveis de cuidados (Mendes et al., 2017). Neste domínio, Jones et al. (2020) investigaram a associação entre a continuidade de cuidados primários especializados e as visitas ao SU em idosos com IC e necessidades complexas. Os autores destacam três dimensões da continuidade: informacional, de gestão e relacional, sendo esta última o foco do estudo. A continuidade relacional — sustentada por um vínculo interpessoal estável entre utente e profissional de saúde — favorece a confiança, a adesão terapêutica, a comunicação e a satisfação, traduzindo-se em menos idas ao SU, redução de internamentos subsequentes e menor mortalidade. Aliada à continuidade longitudinal, esta dimensão reforça a

necessidade de priorizar relações terapêuticas consistentes nos cuidados de saúde primários.

Complementarmente, a transição de cuidados implica a transferência estruturada de informação e responsabilidade para assegurar continuidade e segurança assistencial (Castro et al., 2022), permitindo acompanhar o utente após a alta e responder eficazmente às suas necessidades até à estabilização clínica (Silva, 2019).

Heo et al. (2023) avaliaram a eficácia de um programa de cuidados de transição dirigido a pessoas com elevado risco de readmissão, incluindo as com IC, bem como o impacto nos custos em saúde. O programa envolveu uma equipa multidisciplinar e visitas frequentes após a alta, abordando gestão terapêutica e EpS sobre a condição crónica. Os resultados mostraram redução significativa das readmissões aos 30 e 90 dias, associada à melhoria da autogestão, do autocuidado e da confiança da pessoa.

Perera et al. (2022) complementam estes achados ao aplicar o instrumento *Care Transitions Measure* à pessoa com IC, evidenciando que transições de cuidados de elevada qualidade reduzem a probabilidade de readmissão ao promover capacitação, reconhecimento de sinais de alerta e atuação adequada.

De forma convergente, Huynh et al. (2019) avaliaram um programa de gestão da doença, composto por EpS durante o internamento, orientações individualizadas, vigilância domiciliária e contactos telefónicos de seguimento. Estes programas, baseados em diretrizes, incluem planos de alta estruturados, materiais educativos e monitorização precoce, promovendo autocuidado, identificação atempada de exacerbadores e comunicação eficaz com cuidados primários. Os resultados demonstraram menor risco de readmissão aos 30 e 90 dias, aumento do tempo até à primeira readmissão e redução da mortalidade.

Em síntese, os estudos analisados convergem na importância da continuidade relacional e da articulação com os cuidados primários para prevenir readmissões. Destacam igualmente a relevância de programas estruturados de transição e gestão da doença que acompanham o utente desde o internamento até ao domicílio, garantindo

vigilância, apoio educativo e resposta precoce a sinais de instabilidade. A evidência reafirma, assim, que a EpS constitui um elemento central para a excelência da continuidade e transição dos cuidados, sustentando a capacitação da pessoa com IC e reduzindo a necessidade de recorrer ao SU.

Intervenções comunitárias

As intervenções comunitárias lideradas por enfermeiros são descritas por Ledwin & Lorenz (2021) como estratégias centradas na pessoa, que combinam monitorização, acompanhamento próximo e EpS. O estudo analisou duas intervenções principais: telemonitorização e visitas domiciliárias. A telemonitorização envolve a avaliação remota de parâmetros como pressão arterial, frequência cardíaca, peso e pulso, enquanto as visitas domiciliárias permitem uma avaliação presencial, suporte individualizado e reforço educativo. Em alguns casos, estas intervenções foram complementadas por chamadas telefónicas de acompanhamento, coordenação de cuidados e telemedicina. Os resultados evidenciaram que a combinação destas estratégias, implementadas de forma continuada durante pelo menos um ano, reduz significativamente as readmissões no SU.

Marques et al. (2022) avaliaram uma intervenção educacional combinando visitas domiciliárias, realizadas entre 7 e 14 dias após a alta hospitalar, com contacto telefónico subsequente. Esta abordagem melhorou a adesão terapêutica, o autocuidado e a qualidade de vida, traduzindo-se em menor readmissão hospitalar. Os autores atribuem estes resultados ao reforço educativo sobre alimentação, regime terapêutico e mudanças comportamentais.

Piscesiana & Afriyani (2020) investigaram o impacto da *telenursing*, definido como prestação de cuidados de enfermagem à distância através da monitorização de parâmetros clínicos e acompanhamento telefónico entre 3 e 5 dias após a alta, complementado por visitas domiciliárias quando necessário. Esta intervenção apoia a adaptação ao domicílio, permite identificar dificuldades precoces e promove a autogestão. Os resultados

demonstraram eficácia na prevenção de agudizações, na melhoria da qualidade de vida e na redução das readmissões após 12 meses.

Em síntese, os estudos analisados reforçam a importância das intervenções comunitárias na redução das readmissões. Estas estratégias promovem continuidade e transição de cuidados, reforçam a EpS, aumentam a proximidade assistencial e fortalecem a capacidade de autocuidado da pessoa com IC, permitindo uma atuação mais precoce e eficaz na prevenção de agudizações.

Identificação de Grupos de Risco

A identificação de grupos de risco constitui um processo complexo que requer a avaliação integrada da classe NYHA, história clínica, comorbilidades, parâmetros clínicos e laboratoriais, marcadores bioquímicos e adesão terapêutica (Mendes, 2023). Esta etapa é fundamental para orientar decisões terapêuticas individualizadas e prevenir complicações, incluindo readmissões no SU.

No que respeita aos fatores de risco, Son e Lee (2024) identificam níveis elevados de NT-proBNP, idade avançada, alterações analíticas e comorbilidades como doença pulmonar obstrutiva crónica e fibrilhação auricular como preditores de exacerbação e consequentes readmissões. Perera et al. (2022) demonstram que a presença simultânea de múltiplas comorbilidades compromete a qualidade da transição de cuidados percebida pelo utente, aumentando a probabilidade de readmissão. Adicionalmente, Lay et al. (2019) sublinham o impacto de fatores psicossociais — incluindo ansiedade, angústia, depressão e raiva — na adesão terapêutica e no risco de recurso ao SU.

Assim, a identificação precoce destes grupos de risco permite orientar intervenções de enfermagem mais precisas e individualizadas, com enfoque na mitigação dos fatores identificados. Esta abordagem possibilita ainda ajustar a continuidade e a transição dos cuidados e mobilizar intervenções comunitárias sempre que adequado, contribuindo para a redução das readmissões.

Intervenções paliativas

De acordo com Silva et al. (2019), quando a IC evolui para uma condição incurável ou de prognóstico limitado, com elevado sofrimento associado, torna-se benéfica a integração de cuidados paliativos.

Maqsood et al. (2021) avaliaram a eficácia de intervenções paliativas na qualidade de vida, carga sintomática e redução das readmissões no SU em pessoas com IC. Os autores demonstram que os cuidados paliativos, centrados na gestão de sintomas, EpS e identificação precoce de exacerbações, melhoram significativamente os resultados em saúde e reduzem admissões hospitalares. Defendem, por isso, a necessidade de facilitar o acesso a cuidados paliativos desde a alta hospitalar, promovendo intervenções sistemáticas e individualizadas.

Apresenta-se a síntese das principais intervenções de enfermagem identificadas – figura 4.

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM QUE REDUZEM READMISSÕES DA PESSOA COM INSUFICIÊNCIA CARDÍACA NO SERVIÇO DE URGÊNCIA
Educação para a saúde centrada em: <ul style="list-style-type: none">regime terapêutico, autogestão da doença e comportamento de autocuidado;controlo sintomático e reconhecimento precoce de sinais e sintomas de alerta;hábitos alimentares e atividade física. Estas intervenções podem ser operacionalizadas, através de: <ul style="list-style-type: none">educação multidisciplinar liderada por enfermeiros;programas de reabilitação cardíaca.
Identificação precoce de grupos de risco, considerando: <ul style="list-style-type: none">biomarcadores, como o NT-proBNP;presença de múltiplas comorbilidades;fatores psicossociais, incluindo angústia, ansiedade, depressão e raiva.
Estratégias educativas estruturadas, nomeadamente: <ul style="list-style-type: none">disponibilização de materiais didáticos;utilização da metodologia <i>teach-back</i> (programas de cuidados domiciliários).
Promoção da continuidade e transição de cuidados, através de: <ul style="list-style-type: none">programas de cuidados de transição;programas de gestão da doença;reforço da compreensão da informação transmitida aquando da alta hospitalar.
Intervenção Paliativa e/ou encaminhamento para as equipas especializadas.

Figura 4: Síntese dos dados da discussão dos resultados

Aspetos Éticos

A investigação científica desempenha um papel fundamental no desenvolvimento do conhecimento, através da análise rigorosa, sistemática e crítica da evidência disponível. Este processo deve sempre respeitar os princípios de viabilidade e integridade ética dos estudos (Nené & Sequeira, 2022). A RIL, ao permitir a “*síntese de conhecimento e a incorporação dos resultados de estudos significativos na prática*”, constitui uma

vertente essencial da investigação em enfermagem, devendo observar um conjunto de princípios éticos, entre os quais beneficência, não maleficência, fidelidade, justiça, veracidade e confidencialidade, ao longo de todas as suas etapas (Nunes, 2020; Sousa et al., 2017). No contexto da presente revisão, todos os princípios éticos foram plenamente assegurados em cada fase do processo.

Implicações para a Enfermagem

A investigação constitui um pilar fundamental das disciplinas científicas e, em particular, da enfermagem, ao fornecer as “melhores evidências científicas para a tomada de decisão”, sustentadas por diagnósticos rigorosos e intervenções eficazes (Nené & Sequeira, 2022, p. 17). É através da investigação que se questiona, analisa e produz conhecimento orientado para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados (Baptista, 2023). Neste sentido, a investigação em enfermagem sustenta a adoção de uma Prática Baseada na Evidência (PBE), integrando a evidência mais atualizada na decisão clínica e contribuindo para a otimização dos cuidados e dos resultados em saúde.

A presente RIL reforça esse propósito ao identificar intervenções de enfermagem com eficácia comprovada na redução das readmissões no SU em pessoas com IC. Compete, assim, ao enfermeiro fundamentar as suas decisões na evidência disponível, orientando a prática para estratégias que promovam de forma efetiva a autogestão da doença.

A EpS deve integrar conteúdos essenciais — regime terapêutico, controlo sintomático, alimentação e atividade física — podendo ser operacionalizada através de programas estruturados, como a educação multidisciplinar liderada por enfermeiros e a reabilitação cardíaca. Esta intervenção pode ser reforçada com materiais didáticos e metodologias que garantam a compreensão, nomeadamente o *teach-back*.

Paralelamente, torna-se crucial assegurar a transição e continuidade dos cuidados, através de programas de cuidados de transição e de gestão da doença, promovendo acompanhamento próximo após a alta, prevenção de agudizações e capacitação da pessoa com IC. As

intervenções comunitárias reforçam esta continuidade, facilitam a autogestão e integram a EpS como componente central. Durante a implementação destas intervenções, o enfermeiro deve identificar precocemente grupos de risco, ajustando a prática para mitigar fatores clínicos, biológicos ou psicossociais que aumentem a probabilidade de readmissão. Quando a gravidade da IC limita a eficácia destas estratégias, deve ser considerada a intervenção paliativa ou o encaminhamento para equipas de cuidados paliativos, assegurando controlo sintomático, melhoria da qualidade de vida e redução das idas ao SU por agudização da doença.

Conclusão

A presente RIL permitiu reunir e sintetizar evidência científica atualizada e fiável, passível de ser integrada na prática clínica de diferentes contextos de cuidados, visando a redução das readmissões no SU em pessoas com IC. Contudo, identificam-se limitações, nomeadamente: ausência de estudos realizados em Portugal; predominância de artigos em língua inglesa, potencialmente condicionando a interpretação; e inclusão de estudos com níveis de evidência mais baixos.

Embora esta revisão ofereça uma base sólida para investigação futura, persistem desafios, como a escassez de profissionais necessários para implementar as intervenções identificadas e a necessidade de reorganizar serviços para modelos de cuidados mais preventivos, centrados na identificação precoce de exacerbações e na redução das readmissões no SU.

Referências Bibliográficas

Baptista, G. (2023). Investigação em enfermagem e evolução dos cuidados. *Revista Multidisciplinar*, 2, 197–200. <http://hdl.handle.net/10198/28566>

Castro, C., Marques, M., & Vaz, C. (2022). Comunicação na transição de cuidados de enfermagem em um serviço de emergência de Portugal. *Cogitare Enfermagem*, 27, 1–12. <https://www.scielo.br/j/cenf/a/H3n7RKgFT5cHgTdVqQVY3rS/?format=pdf&lang=pt>

European Society of Cardiology. (2023). Orientações de Práticas Clínicas da

SEC para a gestão da insuficiência cardíaca crónica e aguda: O que os doentes devem saber. https://cdn-endpoint-hfm.azureedge.net/heartfailurematters/2024/04/1167029_ESC_heart_failure_patient_guidelines_Update_Portuguese.pdf

Ferreira, P., Porto, I., Santo, F., Figueiredo, N., Enders, B., Cameron, L., & Araújo, S. (2022). Educação para a saúde do paciente hospitalizado na assistência de enfermagem: Uma análise conceitual. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 75(2), 1–10. <https://www.scielo.br/j/reben/a/Bzg5z66zcVz7fqYmCKNxMpy/?format=pdf&lang=pt>

Heo, M., Taaffe, K., Ghadshi, A., Teague, L. D., Watts, J., Lopes, S. S., Tilkemeier, P., & Litwin, A. H. (2023). Effectiveness of transitional care program among high-risk discharged patients: A quasi-experimental study on saving costs, post-discharge readmissions and emergency department visits. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(23), 7136. <https://doi.org/10.3390/ijerph20237136>

Huynh, Q. L., Whitmore, K., Negishi, K., & Marwick, T. H. (2019). Influence of risk on reduction of readmission and death by disease-management programs in heart failure. *Journal of Cardiac Failure*, 25(5), 333–342. <https://doi.org/10.1016/j.cardfail.2019.01.015>

Jones, A., Bronskill, S. E., Seow, H., Junek, M., Feeny, D., & Costa, A. P. (2020). Associations between continuity of primary and specialty physician care and use of hospital-based care among community-dwelling older adults with complex care needs. *PLoS One*, 15(6), e0234205. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0234205>

Lay, S., Moody, N., Johnsen, S., Petersen, D., & Radovich, P. (2019). Home care program increases the engagement in patients with heart failure. *Home Health Care Management & Practice*, 31(2), 99–106.

- <https://doi.org/10.1177/1084822318815439>
- Ledwin, K. M., & Lorenz, R. (2021). The impact of nurse-led community-based models of care on hospital admission rates in heart failure patients: An integrative review. *Heart & Lung*, 50(5), 685-692. <https://doi.org/10.1016/j.hrtlng.2021.03.079>
- Machado, C. (2013). Contributo do enfermeiro na promoção e educação para a saúde no serviço de urgência geral [Dissertação de mestrado, Universidade Técnica de Lisboa – Faculdade de Motricidade Humana]. Repositório da Universidade de Lisboa. <https://repositorio.ulisboa.pt/bitstream/10400.5/6986/1/Disserta%c3%a7%c3%a3o.pdf>
- Maqsood, M. H., Khan, M. S., & Warraich, H. J. (2021). Association of palliative care intervention with health care use, symptom burden and advance care planning in adults with heart failure and other noncancer chronic illness. *Journal of Pain and Symptom Management*, 62(4), 828-841. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2021.02.017>
- Marques, C. R. d. G., de Menezes, A. F., Ferrari, Y. A. C., Oliveira, A. S., Tavares, A. C. M., Barreto, A. S., Vieira, R. d. C. A., da Fonseca, C. D., & Santana-Santos, E. (2022). Educational nursing intervention in reducing hospital readmission and the mortality of patients with heart failure: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Cardiovascular Development and Disease*, 9(12), 420. <https://doi.org/10.3390/jcdd9120420>
- Meleis, A. I. (2010). *Transitions theory: Middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice*. Springer Publishing Company.
- Mendes, A. C. (2023). Explorar a utilização de aplicações móveis na autogestão de sintomas da pessoa com insuficiência cardíaca: Uma scoping review [Dissertação de mestrado, Escola Superior de Enfermagem do Porto]. Repositórios Científicos Abertos de Portugal. https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/50016/1/Dissertac%cc%a7a%c%83o%20de%20mestrado_Ana%20Cl%c3%a1udia%20Mendes.pdf
- Mendes, F. R. P., Gemito, M. L. G., Caldeira, E. C., Serra, I. C., & Casas-Novas, M. V. (2017). A continuidade de cuidados de saúde na perspetiva dos utentes. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22(3), 841-853. <https://doi.org/10.1590/1413-81232017223.26292015>
- Mendes, M. (2023). Avaliação de risco em insuficiência cardíaca: Abrangente é sempre melhor! *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 120(1), 1-2. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10789193/pdf/0066-782X-abc-120-11-e20230760.pdf>
- Mangini, S., Pires, P., Braga, F., & Bacal, F. (2013). Insuficiência cardíaca descompensada. *Einstein*, 11(3), 383-391. <https://www.scielo.br/j/eins/a/ZvGPtMqfJMNhYjvwH7szxSm/?format=pdf&lang=pt>
- Nené, M., & Sequeira, C. (2022). *Investigação em enfermagem: Teoria e prática* (1.^a ed.). Lidel.
- Nunes, L. (2020). *Aspetos éticos na investigação de enfermagem*. Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal. https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/32782/1/ebook_aspetos%20eticos%20investigacao%20Enf_jun%202020.pdf
- Oliveira, F. (2021). *Reabilitação na pessoa com insuficiência cardíaca descompensada – Intervenção do enfermeiro de reabilitação* [Dissertação de mestrado, Escola Superior de Saúde de Santa Maria]. Repositórios Científicos Abertos de Portugal. https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/48049/1/20180065_DM_FDB_O.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2005). *Código deontológico do enfermeiro – Dos comentários à análise dos casos*. Edição da Ordem dos Enfermeiros.

- Ordem dos Enfermeiros. (2022). Manual de apoio à consulta de enfermagem ao utente com patologia cardiovascular. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/26447/manual-apoio-enfermagem-patologia-cardiovascular.pdf>
- Perera, T., Grewal, E., Ghali, W. A., & Tang, K. L. (2022). Perceived discharge quality and associations with hospital readmissions and emergency department use: A prospective cohort study. *CMAJ Open*, 10(3), E673–E680. <https://doi.org/10.1136/bmjoc-2022-001875>
- Piscesia, E., & Afriyani, T. (2020). The effect of telenursing on preventing re-admission among patients with heart failure: A literature review. *International Journal of Nursing and Health Services*, 3(4), 543–550. <https://doi.org/10.35654/ijnhs.v3i2.315>
- Silva, E., Mendes, S., Baptista, A., & Sá, K. (2019). Métodos de elaboração de materiais de educação em saúde para adultos: Revisão integrativa. *Saúde & Tecnologia*, 21, 60–67. <https://journals.ipl.pt/stecnologia/article/view/541/467>
- Silva, S., Barbedo, I., Santos, M., & Freire, E. (2019). Cuidados paliativos na insuficiência cardíaca avançada: A experiência de uma equipa intra-hospitalar de suporte em cuidados paliativos. *SPMI – Revista da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna*, 26(1), 33–40. https://www.spmi.pt/revista/vol26/vol26_n1_2019_33_39.pdf
- Son, H-M., & Lee, H. (2024). Association between nurse-led multidisciplinary education and cardiac events in patients with heart failure: A retrospective chart review. *Asian Nursing Research*, 18(1), 60-67. <https://doi.org/10.1016/j.anr.2024.01.009>
- Sousa, L., Vieira, C., Severino, S., & Antunes, A. (2017). Metodologia de revisão integrativa da literatura em enfermagem. *Revista Investigação em Enfermagem*, 17–26. https://www.researchgate.net/profile/Luis-Sousa-21/publication/321319742_Metodologia_de_Revisao_Integrativa_da_Literatura_em_Enfermagem/links/5d7d2525a6fdcc2f0f6fb0f9/Metodologia-de-Revisao-Integrativa-da-Literatura-em-Enfermagem.pdf
- Sousa, J. P. (2019). O autocuidado em pessoas com insuficiência cardíaca [Dissertação de mestrado, Universidade Católica Portuguesa]. Repositório da Universidade Católica Portuguesa. https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/32147/1/JoanaPereiraSousa_Tese.pdf

BARREIRAS À COMUNICAÇÃO EFICAZ NA ABORDAGEM AO DOENTE CRÍTICO EM CONTEXTO HOSPITALAR: REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

Barriers to effective communication when dealing with critically ill patients in hospital: Integrative literature review

Marta Azevedo¹, Bruno Ferreira², Guida Amaral²

Resumo

Introdução: A comunicação eficaz é essencial para assegurar cuidados de saúde de qualidade, potenciando a organização entre os profissionais, a perceção real das necessidades dos doentes e a tomada de decisão segura. Nos serviços de urgência, caracterizados pela imprevisibilidade e necessidade de respostas imediatas, as barreiras comunicacionais tendem a ser mais frequentes e gravosas. **Objetivo:** identificar as principais barreiras à comunicação em serviços de urgência, analisando como estas influenciam o atendimento, a segurança dos cuidados e as relações multidisciplinares, explorando estratégias utilizadas que possam diminuir tais obstáculos e promover uma comunicação mais eficiente. **Metodologia:** Foi realizada uma revisão integrativa da literatura que incluiu estudos qualitativos e quantitativos sobre comunicação existente em contexto hospitalar na abordagem ao doente crítico. **Resultados:** Foram identificadas seis barreiras transversais à comunicação eficaz: falta de tempo, ruído, ausência de protocolos, linguagem excessivamente técnica, falta de treino profissional e ansiedade. Estas barreiras revelaram-se consistentes nos cinco estudos incluídos, demonstrando impacto direto na segurança, continuidade e qualidade dos cuidados. **Conclusões:** A comunicação nos cuidados críticos é dificultada pelas limitações de tempo, pelo ruído, pela complexidade da linguagem técnica, pela falta de formação profissional e pela ansiedade, aumentando o risco de erros. Estratégias como ferramentas estruturadas de comunicação, apoio tecnológico e formação contínua são essenciais para superar estas barreiras e melhorar os resultados em saúde.

Palavras-Chave: Comunicação; Eficácia; Barreiras à comunicação; Serviço de Urgência; Hospital.

Abstract

Introduction: Effective communication is crucial for ensuring quality healthcare, facilitating coordination among professionals, accurately assessing patients' needs, and supporting safe decision-making. In emergency services, where unpredictability and urgency are constant, communication barriers can be more frequent and severe. **Objective:** To identify the main communication barriers in emergency services, analyzing their impact on patient care, safety, and multidisciplinary collaboration. This study also explores strategies to mitigate these barriers and promote more effective communication. **Methodology:** An integrative literature review was conducted, including qualitative and quantitative studies on communication in hospital settings when dealing with critically ill patients. **Results:** Six cross-cutting barriers to effective communication were identified: lack of time, noise, absence of protocols, overly technical language, lack of professional training, and anxiety. These barriers proved consistent across the five studies included, demonstrating a direct impact on safety, continuity, and quality of care. **Conclusions:** Communication in critical care is hindered by time constraints, noise, technical language complexity, lack of professional training, and anxiety, increasing the risk of errors. Strategies such as structured communication tools, technological support, and continuous training are essential in overcoming these barriers and improving patient outcomes.

Keywords: Communication; Effectiveness; Communication Barriers; Emergency Services; Hospital.

¹ Estudante do Curso de Licenciatura em Enfermagem do Instituto Politécnico de Setúbal, ESS, Setúbal, Portugal

² Instituto Politécnico de Setúbal, Escola Superior de Saúde, Campus do IPS—Estefanilha, 2910-470 Setúbal, Portugal

Introdução

A comunicação eficaz constitui um elemento central na prestação de cuidados de saúde, influenciando de forma direta a segurança, a continuidade dos cuidados e a tomada de decisão em contexto hospitalar. No acompanhamento da Pessoa em situação crítica, caracterizado por instabilidade, imprevisibilidade e necessidade de respostas imediatas, a comunicação assume uma complexidade adicional, dada a multiplicidade de intervenções, a elevada carga cognitiva das equipas e a urgência inerente ao contexto de prestação de cuidados. Nestes cenários, pequenas falhas comunicacionais podem resultar em omissões de informação, duplicação de procedimentos, atrasos em intervenções essenciais ou interpretações incorretas sobre o estado clínico da Pessoa, influenciando negativamente os resultados. A literatura tem evidenciado que os serviços de urgência e as unidades de cuidados intensivos, pela sua exigência técnica e emocional, concentram grande parte dos incidentes associados a falhas de comunicação. Entre os fatores que amplificam estas vulnerabilidades destacam-se a pressão temporal, o ruído ambiental, a rotatividade elevada de equipas, a utilização de linguagem técnica complexa e a variabilidade com que a informação é transmitida entre profissionais. A comunicação com familiares e cuidadores revela igualmente desafios relevantes, sobretudo em situações de elevada gravidade, incerteza clínica e tensão emocional. Assim, torna-se crucial compreender que a comunicação não se limita à transmissão de mensagens, mas integra processos relacionais, éticos e organizacionais, influenciados pelos contextos em que ocorrem. A abordagem conceptual desta revisão é sustentada pela Teoria da Interação Interpessoal de Hildegard Peplau, que reconhece a comunicação como dimensão central na relação terapêutica e no estabelecimento de parcerias de cuidado. Nesta teoria, o enfermeiro desempenha um papel ativo na criação de condições que favoreçam um clima comunicacional seguro, claro e dialógico, ajustado às necessidades da Pessoa e ao momento clínico vivido. A integração desta perspetiva permite analisar de forma aprofundada as barreiras existentes, relacionando aspetos interpessoais, ambientais e organizacionais com as dificuldades identificadas nos estudos incluídos. Neste enquadramento, é fundamental aprofundar o

conhecimento sobre as barreiras que dificultam a comunicação eficaz nos contextos de urgência e cuidados críticos, bem como identificar intervenções que possam minimizar o seu impacto. Assim, esta revisão integrativa da literatura (RIL) tem como objetivo identificar e sintetizar as principais barreiras comunicacionais na abordagem à Pessoa em situação crítica, analisando simultaneamente evidência relativa a estratégias promotoras de comunicação segura, clara e eficiente. Ao integrar diferentes tipos de estudos e perspetivas, esta revisão pretende contribuir para o reforço do conhecimento científico na área, fundamentando recomendações para a prática de enfermagem e para a melhoria dos sistemas de comunicação em contexto hospitalar.

Enquadramento

A comunicação em saúde constitui um eixo estruturante na qualidade e segurança dos cuidados, influenciando a continuidade da prestação de cuidados, a interpretação das necessidades da Pessoa e a eficácia das intervenções clínicas. Segundo Almeida e Viana-Gomes (2024), a comunicação desempenha um papel determinante na construção de relações terapêuticas, na organização interna das equipas e na prevenção de erros associados à transmissão inadequada de informação. Em contexto hospitalar, especialmente em serviços de urgência e unidades de cuidados intensivos, estes desafios tornam-se mais evidentes devido à elevada complexidade técnica e emocional, à pressão temporal e à natureza imprevisível das situações clínicas. A literatura evidencia que a comunicação pode assumir múltiplas formas — verbal, não verbal, escrita e tecnológica — cada uma com constrangimentos distintos. Pires (2024) sublinha que os elementos não verbais, como expressões faciais, postura e contacto ocular, influenciam de forma significativa a compreensão recíproca e devem ser reconhecidos pela equipa de enfermagem como parte integrante da avaliação e interação com a Pessoa crítica. Do mesmo modo, Maingueneau (2024) destaca que a interpretação dos discursos e práticas comunicacionais depende do contexto, da relação entre os interlocutores e dos objetivos clínicos do encontro, reforçando a importância de uma

comunicação clara e adaptada.

Nos serviços de urgência, o ambiente físico e organizacional constitui um dos maiores condicionantes para uma comunicação eficaz. Lima e Erdmann (2006) descrevem estes serviços como ambientes marcados por ruído, movimentos constantes, sobrecarga de trabalho, elevado número de interrupções e necessidade permanente de priorização clínica, fatores que interferem negativamente na capacidade de escuta ativa, na precisão da informação transmitida e na tomada de decisão segura. De forma semelhante, Fialho, Brito e Júnior (2016) mostram que a ausência de sistemas de sinalização consistentes e adequados pode contribuir para confusões, atrasos e falhas na coordenação interprofissional.

A comunicação entre enfermeiro, Pessoa cuidada e família implica ainda o reconhecimento de fatores emocionais que influenciam a receção e interpretação da informação. Silva e Percicotte (2024) evidenciam que dinâmicas familiares complexas, ansiedade e medo associados à gravidade do estado clínico podem dificultar o diálogo, originando perceções distorcidas, resistência ao plano terapêutico ou aumento do sofrimento emocional. Por essa razão, estratégias de comunicação empática, validação das preocupações e ajustamento da linguagem ao nível de literacia dos interlocutores são fundamentais para garantir a relação terapêutica.

Do ponto de vista conceptual, a Teoria da Interação Interpessoal de Hildegard Peplau, amplamente discutida por Braga (2027) e por Jesus et al. (2021), oferece um enquadramento adequado para compreender o papel central da comunicação na prática de enfermagem. Peplau identifica a relação terapêutica como um processo dinâmico que evolui entre fases, no qual a comunicação consiste num instrumento essencial para reduzir a ansiedade, identificar necessidades e favorecer a participação ativa da Pessoa no seu cuidado. Este enquadramento permite analisar de forma aprofundada como barreiras comunicacionais podem comprometer a formação da relação enfermeiro-Pessoa e interferir com a segurança dos cuidados prestados. A comunicação em saúde é ainda influenciada por fatores socioculturais e determinantes sociais. Melo, Balonas, Ruão e Felício (2024) demonstram que desigualdades de literacia e

diferenças culturais afetam a compreensão das mensagens e o acesso equitativo à informação, sublinhando a necessidade de práticas comunicacionais alinhadas com políticas de saúde pública, como as defendidas no PNS 2030. Estas perspetivas são relevantes para os serviços de urgência, que recebem uma população diversificada e frequentemente exposta a situações de vulnerabilidade.

Finalmente, importa reconhecer que a comunicação em serviços hospitalares depende também das dinâmicas organizacionais. Teixeira (2004) destaca que a qualidade da interação técnico-utente está diretamente associada à clareza da linguagem usada pelos profissionais e ao modo como as instituições estruturam os seus fluxos de comunicação. Complementarmente, Borba, Santos e Puggina (2017) demonstram que falhas comunicacionais persistem na relação enfermeiro-Pessoa, principalmente quando não existem estratégias institucionalizadas de formação contínua, protocolos padronizados ou ferramentas para apoiar a comunicação em situações críticas.

Em síntese, o enquadramento teórico desta revisão reconhece que a comunicação eficaz emerge da articulação entre fatores pessoais, interpessoais, organizacionais e contextuais. A análise das barreiras à comunicação na abordagem à Pessoa em situação crítica deve, por isso, considerar simultaneamente: a complexidade técnica e emocional destes contextos; a influência das condições ambientais e organizacionais; a necessidade de competências avançadas de comunicação por parte das equipas de saúde e a relevância das teorias de enfermagem como suporte conceptual para a prática.

Este enquadramento sustenta a pertinência da presente revisão e orienta a análise dos resultados no sentido de promover práticas comunicacionais seguras, humanizadas e baseadas na evidência.

Metodologia

Uma RIL é um método de pesquisa que tem como principal objetivo identificar, avaliar criticamente e sintetizar o conhecimento já existente sobre um determinado tema, permitindo integrar estudos com diferentes metodologias (qualitativas, quantitativas e mistas) e gerar uma compreensão abrangente do fenómeno em estudo. É caracterizada pela

flexibilidade metodológica, proporcionando a inclusão de estudos qualitativos e quantitativos, bem como de revisões teóricas e empíricas. O processo de composição de uma RIL articula diversas etapas, como a formulação rigorosa da pergunta de investigação, a definição explícita dos critérios de inclusão e exclusão, a elaboração de uma estratégia de pesquisa reprodutível, a extração sistemática dos dados e a avaliação crítica da qualidade metodológica dos estudos.

Questão de Investigação

A questão PICO formulada foi: “Quais as barreiras à comunicação eficaz na abordagem ao doente crítico em contexto hospitalar?”. Esta formulação permitiu delimitar a revisão, clarificar os elementos centrais do fenómeno e assegurar alinhamento entre objetivos, métodos e análise.

A população (P) incluiu todos os intervenientes relevantes na abordagem à Pessoa em situação crítica, nomeadamente doentes que recorrem aos serviços de urgência/cuidados intensivos, os profissionais de saúde, restantes profissionais do serviço hospitalar e os familiares dos doentes críticos. Embora ampla, esta definição permitiu captar múltiplas perspetivas relevantes para o fenómeno comunicacional.

O fenómeno de interesse (I) em estudo assenta na identificação das barreiras existentes a uma comunicação eficaz na abordagem ao doente crítico.

O contexto (Co) corresponde aos diferentes serviços hospitalares de cuidados agudos, como o serviço de urgência geral e a unidade de cuidados intensivos.

CrITÉRIOS de Inclusão

Foram incluídos estudos qualitativos e quantitativos validados por pares, referentes à comunicação, seja verbal ou não verbal existente em contexto hospitalar na abordagem ao doente crítico. Relativamente à população (P) não foi restringido o tipo específico de população, incluindo doentes que recorrem aos serviços de urgência, profissionais de saúde, restantes profissionais do serviço de urgência e familiares dos doentes críticos; o fenómeno de interesse (I) corresponde à identificação das barreiras a uma comunicação eficaz na abordagem ao doente crítico. O contexto (Co) inclui diferentes serviços existentes, como serviços de urgência

geral e unidades de cuidados intensivos. Foram incluídos artigos em português e inglês, com texto integral disponível e metodologia explícita, publicados entre 2020 e 2024. Acrescenta-se que os estudos apresentam dados empíricos relevantes e relacionam diretamente as dificuldades comunicacionais com práticas clínicas ou organizacionais em contexto hospitalar.

CrITÉRIOS de Exclusão

Foram excluídos artigos que não abordavam a temática; artigos que não se referiam a serviços de urgência e a serviços de cuidados intensivos; artigos que não focam nenhum tipo de comunicação no mesmo contexto; artigos que falem em contexto hospitalar, mas exclusivamente nos serviços de internamento. Foram excluídos ainda artigos que não estivessem disponíveis em texto integral. Reconhece-se que esta última condição constitui uma limitação metodológica, dado que pode restringir o acesso a literatura relevante.

Estratégia de Pesquisa

A estratégia de pesquisa foi construída de forma sistemática. Inicialmente, foram identificados descritores através de consulta aos termos MeSH e DeCS, garantindo correspondência terminológica adequada. Estes descritores foram combinados com operadores booleanos AND/OR de forma estruturada em cada base de dados de forma a maximizar sensibilidade, especificidade e a garantir reprodutibilidade.

A estratégia de pesquisa completa (strings de pesquisa, campos utilizados, filtros aplicados e data de execução) foi a seguinte:
Communication; Communication Effectiveness; Nonverbal Communication; Technology Communication; Communication In Healthcare; Body Language; Therapeutic Touch; Effectiveness, Effective Communication, Effectiveness OR Efficacy; Barriers, Barriers OR Obstacles Or Challenges, Physical Barriers To Communication; Emergency; Emergency Department; Emergency Room; Hospital.

Na base de dados MEDLINE foram utilizados descritores MeSH. O período temporal da pesquisa centrou-se em artigos/estudos publicados entre 2020 e 2024. Desta forma, os limitadores utilizados foram idênticos em todas as bases de dados: texto integral,

referências disponíveis, revistas científicas (analisadas por pares), data de publicação de 2020 a 2024.

Seleção de estudos

Após a pesquisa realizada, todas as citações foram agrupadas e duplicações removidas. A triagem dos títulos e resumos foi realizada por dois revisores independentes no software Covidence, aplicando os critérios de inclusão previamente definidos. Os estudos potencialmente elegíveis foram analisados na íntegra, e as razões de exclusão foram registradas sistematicamente (ex: contexto inadequado; população não crítica; ausência de descrição metodológica). O processo de seleção foi representado por um diagrama PRISMA adaptado, garantindo transparência e rastreabilidade. O uso do Covidence facilitou a triagem e a extração de dados realizada.

No diagrama de fluxo PRISMA retirado do Covidence, verifica-se descrito o processo de seleção de estudos para a elaboração desta revisão. O processo está dividido em três fases principais: identificação, triagem e inclusão. Na fase de identificação, foram obtidos 34 estudos de bases de dados (EBSCO), sem referências adicionais de outras fontes. Posteriormente, foram removidos oito estudos devido a estarem duplicados. Na fase de triagem, foram analisados os 34 estudos restantes, dos quais 24 foram excluídos. Em seguida, 10 estudos foram selecionados para revisão completa. Na fase de avaliação de elegibilidade, os 10 estudos restantes foram analisados detalhadamente, resultando na exclusão de cinco devido a irrelevância temática, inadequação da população de interesse, ou por não corresponderem ao contexto hospitalar desejado.

Assim, os 5 estudos incluídos foram obtidos através de um processo rigoroso de filtragem para garantir a relevância e a qualidade dos dados analisados. A lista apresenta cinco estudos com diferentes níveis de evidência. O estudo A1, intitulado *The ACCELERATE Plus (assessment and communication excellence for safe patient outcomes) Trial Protocol: a stepped-wedge cluster randomised trial, cost-benefit analysis, and process evaluation*, é classificado com um nível de evidência II, por se tratar de um ensaio clínico randomizado (RCT–Randomized Controlled Trial), porém sem meta-análise associada. O estudo A2,

Communication in Pediatric Critical Care Units: A Review of the Literature apresenta um nível de evidência V e apresenta-se como scoping review. O estudo A3, *ICU nurses' lived experience of caring for adult patients with a tracheostomy in ICU: a phenomenological hermeneutic study*, é classificado com um nível de evidência VI, por ser um estudo qualitativo. O estudo A4, *Optimising acute non-critical inter-hospital transfers: A review of evidence, practice and patient perspectives*, apresenta um nível de evidência V, por ser uma revisão sistemática da literatura. Por fim, o estudo A5, *Shift handover quality in Saudi critical care units: determinants from nurses' perspectives*, apresenta um nível de evidência IV, sendo um estudo observacional.

Resultados

A comunicação eficaz é fundamental no contexto hospitalar, especialmente na abordagem ao doente crítico, onde a complexidade e a urgência dos cuidados requerem uma coordenação precisa entre as equipas multidisciplinares.

Diversos estudos têm investigado as barreiras que comprometem essa comunicação e as estratégias para superá-las.

Foram determinadas 6 categorias que representam as barreiras à comunicação eficaz na abordagem ao doente crítico em contexto hospitalar (Tabela 1), comuns entre todos os artigos analisados.

Assim, foi perceptível que a falta de tempo, o ruído, a falta de protocolos, a linguagem técnica utilizada, a falta de treino dos profissionais e a ansiedade são as principais barreiras verificadas pelo estudo.

Para além desta análise descritiva, verificou-se que estas categorias representam padrões consistentes entre unidades de cuidados intensivos, serviços de urgência e outros contextos críticos, sugerindo que o problema não se limita a circunstâncias pontuais, mas é estrutural e transversal ao sistema de saúde.

O artigo A1, refere uma intervenção destinada a melhorar a segurança do doente crítico sendo que aborda todas as categorias referidas na tabela acima. A utilização de ferramentas estruturadas na comunicação e na prestação de cuidados contribui para a redução de momentos adversos. Além disso, promove uma melhoria significativa na qualidade dos cuidados prestados,

beneficiando tanto os doentes como os profissionais de saúde, ao facilitar a organização, a segurança e a eficiência dos cuidados prestados.

Categorias	A1	A2	A3	A4	A5
Falta de tempo	✓	✓	✓	✓	✓
Ruído	✓	✓	✓	–	✓
Falta de protocolos	✓	✓	✓	✓	✓
Linguagem técnica	✓	✓	✓	✓	✓
Falta de treino dos profissionais	✓	✓	✓	✓	✓
Ansiedade	–	✓	✓	–	–

Tabela 1. Categorias

Contudo, o estudo carece de uma avaliação mais profunda dos mecanismos pelos quais uma comunicação estruturada reduz eventos adversos, não explorando em detalhe quais os elementos da ferramenta têm maior impacto. O artigo A2 identifica várias barreiras à comunicação eficaz nessas unidades. Entre os principais obstáculos estão a falta de consideração pelas necessidades específicas dos profissionais de saúde, doentes e familiares, bem como a ausência de ferramentas de comunicação adequadas. A comunicação ineficaz pode resultar em descontinuidade nos cuidados, na realização de intervenções desnecessárias e na ocorrência de desfechos clínicos negativos. Este artigo, destaca a importância de utilizar formas de comunicação repetidas e variadas, especialmente combinando comunicação escrita e verbal, para melhorar a compreensão e a colaboração entre todos os envolvidos. Este estudo reforça a necessidade de adaptação comunicacional à diversidade de literacia em saúde, evidenciando que a incompreensão da informação clínica é uma das causas centrais de conflitos e hesitações na tomada de decisão. No artigo A3 os enfermeiros enfrentam desafios significativos na comunicação com doentes traqueostomizados. A incapacidade

dos doentes se expressarem verbalmente pode conduzir a uma comunicação não eficaz, tanto para os doentes quanto para os profissionais de saúde, gerando ansiedade. Torna-se essencial definir estratégias como a utilização de dispositivos de comunicação assistida, bem como a formação dos enfermeiros em técnicas de comunicação não verbal.

Este estudo, embora relevante, apresenta limitações metodológicas relacionadas com amostras reduzidas e contexto único, o que pode afetar a generalização dos resultados.

No artigo A4, as deficiências na comunicação entre hospitais, como a omissão de informações essenciais entre a unidade de referência e a de receção, comprometem a qualidade do atendimento ao doente. A falta de padronização na troca de informações, resultante das diferenças nos formatos de comunicação, dificulta a transmissão eficaz das informações. Além disso, a comunicação entre médicos e doentes apresenta desafios, com relatos de falta de clareza e insuficiência de informações sobre os motivos da transferência e o estado de saúde do doente. Outro fator crítico é o tempo excessivo necessário para organizar transferências, uma vez que a necessidade de múltiplas chamadas telefónicas para obtenção de aprovações prolonga o tempo de espera e aumenta os riscos para os doentes.

Este estudo revela um problema sistémico: a ausência de interoperabilidade comunicacional entre instituições, destacando que barreiras organizacionais têm impacto direto na segurança e continuidade de cuidados.

No artigo A5 diversas barreiras podem comprometer a eficácia da comunicação entre os profissionais de saúde. As interrupções, como chamadas telefónicas, alarmes e conversas paralelas, dificultam a transmissão clara das informações essenciais. A falta de atenção e a fadiga, resultantes do cansaço, da sobrecarga de trabalho e das constantes distrações, prejudicam a concentração dos enfermeiros durante a passagem de turno. Além disso, as barreiras linguísticas, causadas por diferenças no idioma entre os profissionais, dificultam a troca precisa de informações. A ausência de um protocolo padronizado agrava ainda mais a situação, podendo levar a omissões críticas e comprometer a

continuidade e a segurança dos cuidados prestados aos doentes.

Os autores sublinham que estas variáveis ambientais e humanas interagem entre si, criando situações de risco cumulativo para a Pessoa em situação crítica.

As barreiras à comunicação eficaz na abordagem ao doente crítico em contexto hospitalar são diversas, envolvem fatores relacionados com os profissionais de saúde, com os doentes e até com os sistemas organizacionais. A implementação de intervenções estruturadas, a existência de formação contínua e o uso de ferramentas de comunicação adequadas são estratégias fundamentais para superar estes obstáculos e promover uma comunicação mais eficiente, resultando em melhores *outcomes* para os doentes.

De forma global, os resultados evidenciam que a comunicação não deve ser encarada apenas como competência individual, mas como processo complexo dependente de condições estruturais, organizacionais e culturais.

Discussão

A presente investigação identificou diversas barreiras à comunicação eficaz na abordagem ao doente crítico em contexto hospitalar. A análise dos estudos selecionados (A1, A2, A3, A4 e A5) permitiu categorizar os principais desafios enfrentados pelas equipas multidisciplinares e as estratégias que podem ser implementadas para otimizar a comunicação, garantindo uma prestação de cuidados mais segura e eficiente. Os resultados demonstram uma convergência clara entre estudos, revelando que as principais barreiras são sistémicas e não apenas individuais, o que implica que as soluções devem igualmente envolver níveis organizacionais e institucionais.

O estudo A1 destaca a relevância da comunicação estruturada entre os profissionais de saúde, demonstrando que a ausência de um método padronizado pode comprometer a segurança do doente. A falta de clareza na passagem de turno, bem como a desorganização na troca de informações entre equipas médicas e de enfermagem, foram identificadas como fatores críticos que podem resultar em erros clínicos, escalonamento desnecessário de intervenções e descontinuidade dos cuidados. Este estudo reforça ainda que intervenções estruturadas, tais como ferramentas formais de

comunicação, contribuem para melhorar a coordenação e reduzir eventos adversos, sendo por isso particularmente relevantes em ambientes de elevada pressão. No mesmo sentido, o artigo A5 analisou a qualidade da passagem de turno em unidades de cuidados intensivos e concluiu que fatores como carga de trabalho excessiva, ruído ambiental e falta de padronização dificultam a comunicação eficaz. O estudo reforça a necessidade de estratégias como a utilização de *checklists* estruturadas e formação em comunicação para minimizar estas barreiras. A sobrecarga cognitiva e a presença constante de interrupções são particularmente notórias nos contextos críticos, agravando o potencial de erro e justificando a adoção de sistemas formais de transmissão de informação. O estudo A3 focou-se na experiência dos enfermeiros na prestação de cuidados a doentes críticos submetidos a traqueostomia, revelando que a impossibilidade de comunicação verbal por parte dos doentes representa um dos desafios mais significativos. A ausência de comunicação verbal dificulta a avaliação da dor, desconforto e necessidades básicas. Este estudo evidencia de forma clara que a comunicação não verbal e os dispositivos auxiliares são essenciais para reduzir ansiedade, promover o conforto e apoiar decisões clínicas mais precisas. De forma semelhante, o artigo A2 examinou a comunicação em unidades de cuidados intensivos pediátricos, identificando dificuldades na interação entre profissionais de saúde e cuidadores das crianças internadas. A sobrecarga emocional dos familiares e a complexidade das condições clínicas dos doentes contribuíram para uma comunicação fragmentada, o que pode comprometer a tomada de decisão partilhada e uma adesão completa ao plano terapêutico. A falta de adaptação da linguagem técnica e a ausência de explicações claras aos cuidadores emergem como barreiras sistémicas, evidenciando a necessidade de literacia em saúde e abordagens centradas na família.

O estudo A4 estudou a comunicação durante transferências inter-hospitalares, destacando que falhas na transmissão de informações podem resultar em atrasos ou erros no tratamento, existência de duplicação de exames e até um aumento da incerteza clínica que conduz a uma dificuldade na

tomada de decisão. O estudo demonstra a importância da realização de registros detalhados e da implementação de protocolos de comunicação padronizados uniformizados para melhorar a continuidade dos cuidados. Este estudo acrescenta uma dimensão organizacional importante: a comunicação entre instituições diferentes, frequentemente negligenciada, é crucial para evitar descontinuidades na prestação de cuidados e assegurar vigilância clínica adequada. Por outro lado, o artigo A1 refere a importância de uma abordagem estruturada para otimizar a comunicação em serviços de urgência, incluindo como isso se reflete na avaliação centrada no doente. Os resultados indicam que essas intervenções podem reduzir eventos adversos, melhorando a coordenação entre as equipas multidisciplinares, bem como podem aumentar a percepção de segurança dos profissionais de saúde relativamente à prestação de cuidados. Este ponto reforça a convergência entre todos os estudos incluídos: a comunicação eficaz não depende apenas da competência individual do profissional, mas da existência de sistemas organizacionais claros, padronizados e apoiados em formação contínua. Finalmente, a análise integrativa demonstra coerência entre os estudos, revelando que as barreiras identificadas; falta de tempo, ruído, ausência de protocolos, linguagem técnica excessiva, falta de treino dos profissionais e ansiedade; estão presentes de forma transversal nos contextos críticos. Estas barreiras operam a níveis distintos (individual, relacional e organizacional), mas convergem num impacto comum: a fragilidade da segurança e da continuidade dos cuidados.

Assim, os resultados desta revisão enfatizam a necessidade de estratégias multicompetentes, incluindo formação contínua, ferramentas padronizadas, melhoria das condições ambientais e reforço dos sistemas de documentação e comunicação. A relevância destas estratégias é ampliada quando se considera o papel central do enfermeiro na coordenação de cuidados e na mediação da comunicação entre equipa, doente e família.

Implicações para a enfermagem

Os resultados desta revisão apresentam implicações diretas e significativas para a

prática de enfermagem, particularmente em contextos de urgência e cuidados intensivos, onde a comunicação assume um papel determinante na segurança e na continuidade dos cuidados. A identificação de barreiras como a falta de tempo, o ruído, a ausência de protocolos, a utilização de linguagem excessivamente técnica, a falta de treino e a ansiedade dos intervenientes exige uma atuação deliberada por parte das equipas de enfermagem.

Em primeiro lugar, torna-se essencial a implementação de formação contínua em competências de comunicação, incluindo estratégias de comunicação verbal, não verbal e assistida, bem como a capacidade de ajustar a linguagem ao nível de compreensão do doente e dos seus familiares. Esta formação deve abranger também competências relacionais e emocionais, permitindo ao enfermeiro lidar com situações de elevada carga emocional e promover uma comunicação mais empática e eficaz.

Em segundo lugar, a revisão reforça a necessidade de validação sistemática das preocupações, dúvidas e emoções **do doente** e dos familiares, reconhecendo que a ansiedade e a incerteza podem comprometer a compreensão e dificultar a tomada de decisão partilhada. O papel do enfermeiro enquanto mediador, facilitador e intérprete das necessidades comunicacionais torna-se, assim, fundamental para garantir que a informação é compreendida de forma clara, segura e humanizada.

A nível organizacional, as evidências apontam para a importância de adotar e melhorar ferramentas tecnológicas e protocolos padronizados, incluindo sistemas eletrónicos de registos clínicos, *checklists* estruturadas e ferramentas formais de passagem de turno. Estas medidas contribuem para reduzir omissões, melhorar a rastreabilidade da informação e reforçar a consistência da comunicação entre equipas, particularmente em ambientes fragmentados ou sujeitos a múltiplas interrupções.

Por fim, promover ambientes de trabalho que minimizem distrações e reduzam o ruído operacional constitui também uma implicação importante para a prática de enfermagem, especialmente nos momentos críticos de avaliação, tomada de decisão e transferência de cuidados. A consciencialização para estas barreiras

ambientais deve integrar a cultura de segurança institucional, tornando a comunicação uma prioridade transversal às equipas e aos serviços.

Limitações e sugestões

A presente revisão apresenta algumas limitações que importa reconhecer. Em primeiro lugar, a restrição temporal entre 2020 e 2024 pode ter excluído estudos relevantes publicados anteriormente, limitando a profundidade histórica da evidência. Adicionalmente, a inclusão apenas de artigos em acesso gratuito poderá ter introduzido um enviesamento de disponibilidade, reduzindo o alcance da pesquisa. Outra limitação prende-se com a heterogeneidade metodológica dos estudos incluídos, que dificultou a comparação direta e impossibilitou a aplicação de instrumentos formais de avaliação crítica (como JBI ou CASP). A ausência dessa avaliação estruturada deve ser considerada na interpretação dos resultados. Também a utilização de descritores amplos, embora necessária para captar diferentes dimensões da comunicação, pode ter aumentado o risco de omissão involuntária de estudos relevantes durante a triagem. Face a estas limitações, recomenda-se para investigação futura o desenvolvimento de estudos empíricos focados especificamente na comunicação em cuidados críticos, bem como a avaliação da eficácia de intervenções estruturadas, como *checklists*, formação específica ou tecnologias de apoio à comunicação. Seria ainda pertinente realizar revisões sistemáticas ou *scoping reviews* com critérios mais amplos, incluindo literatura cinzenta e diretrizes institucionais.

Conclusão

Verifica-se a existência de barreiras à comunicação na abordagem ao doente crítico no contexto hospitalar através da análise dos estudos acima descritos. Assim, foram definidas categorias transversais: a falta de tempo, o ruído, a falta de protocolos, a linguagem técnica utilizada, a falta de treino dos profissionais e a ansiedade. Estas barreiras, por serem recorrentes em diferentes contextos e estudos, demonstram tratar-se de um problema estrutural e persistente que exige uma resposta integrada ao nível da

equipa, instituição e sistema de saúde. Estas barreiras podem comprometer a transmissão eficaz da informação e aumentar o risco de erros na prática clínica. Estratégias como a implementação de *checklists*, o uso de tecnologias de apoio, a formação contínua dos profissionais e a promoção de um ambiente de trabalho mais estruturado e focado na segurança do doente são essenciais para combater estas dificuldades. Contudo, apesar das recomendações identificadas, permanece escassa a evidência que avalie a eficácia real destas estratégias em contexto nacional, representando uma oportunidade para investigação futura. Para a prática de enfermagem, torna-se imperativo investir em medidas que favoreçam uma comunicação clara e estruturada, garantindo que todos os envolvidos no cuidado do doente tenham acesso a informações precisas e compreensíveis. Além disso, a humanização da comunicação com doentes e familiares deve ser valorizada, promovendo um cuidado mais empático e centrado no doente. Em síntese, esta revisão destaca que uma comunicação eficaz não é apenas um elemento acessório, mas sim um componente crítico da segurança do doente e da qualidade dos cuidados. O reforço das competências comunicacionais deve constituir prioridade estratégica nas organizações de saúde.

Referências Bibliográficas

- Almeida, C., Viana-Gomes, D. (2024). O poder da comunicação em saúde. *Jornal de investigação Médica*. Volume IV. Disponível em: <https://www.revistas.ponteditora.org/index.php/jim/article/download/907/18>
- Braga, M. (2027). Peplau X Orem: interação e autocuidado como estratégia da assistência de Enfermagem. *Revista Pró-Universus*, Disponível em: <https://editora.univassouras.edu.br/index.php/rpu/article/view/690>
- Borba, A., Santos, B., Puggina, A. 2017. Barreiras de comunicação nas relações enfermeiro-paciente: revisão integrativa. *Revista Saúde*. Disponível em: <https://revistas.ung.br/index.php/saud/article/view/2848/2205>
- Fialho, U., Brito, A., Júnior, J. (2016).

- Projeto de sinalização hospitalar: a análise ergonômica do hospital universitário da UFCG. Disponível em: <https://www.revistas.udesc.br/index.php/hfd/article/view/6873/5909>
- Jesus, G., Pimenta, J., Faria, S., Batista, N., Andrade, O., Moreira, L., Botelho, F., Teixeira, T., Silva, S. (2021). Teorias de enfermagem: relevância para a prática Profissional na atualidade. Mato grosso do sul. Editora inovar.
- Lima, S., Erdmann, A. (2006). A enfermagem no processo da acreditação hospitalar em um serviço de urgência e emergência. Acta Paulista de Enfermagem. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ape/a/X5jMRmHFh576CXZFZzZzkvv/?lang=pt>
- Maingueneau, D. 2024. Análise de textos de comunicação. Cortez editora. Disponível em: <https://books.google.com.br/books?hl=pt-PT&lr=&id=laMQEQAAQBAJ&oi=fnd&pg=PT4&dq=comunicação&ots=3q0Vfe7RJJ&sig=5Cx-lEwY-3xmpctUa4Rln8oqo8k>
- Melo, A., Balonas, S., Ruão, T., Felício, M. 2024. A comunicação como determinante social da saúde: O caso dos caso dos guias da comunicação em saúde no PNS 2030 – Portugal. LEIASS – Linha Editorial Internacional de Apoio aos Sistemas de Saúde. Disponível em: <https://www.conass.org.br/biblioteca/wp-content/uploads/2024/03/L11-Cap3.pdf>
- Pires, S. (2024). Compreendendo a comunicação não-verbal: Aplicações na área da saúde. Consultoria Legislativa, Câmara dos Deputados, Brasília – Distrito Federal. Disponível em: <https://www.academia.edu/download/119058153/1102.pdf>
- Silva, D., Percicotte, J. (2024). A comunicação nos sistemas familiares – uma revisão literária. Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação-REASE. Disponível em: <https://periodicorease.pro.br/rease/article/view/13961/6958>
- Teixeira, J. (2004). Comunicação em saúde: Relação Técnicos de Saúde – Utentes. Instituto Superior de Psicologia
- Aplicada. Disponível em: <https://repositorio.ispa.pt/handle/10400.12/229>

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM PARA A PREVENÇÃO DO DELIRIUM NA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

Nursing Interventions for the Prevention of Delirium in Critically Ill Patients

Teresa Patrício¹, Bruno Ferreira², Guida Amaral²

Resumo

Enquadramento: O *delirium* em Unidades de Cuidados Intensivos e Serviços de Urgência é uma condição frequente, caracterizada por alterações ao nível da atenção, percepção e cognição. Está associado ao aumento dos custos em saúde, da morbilidade, mortalidade e das taxas de institucionalização. O enfermeiro desempenha um papel central na identificação dos fatores de risco e na implementação de intervenções que permitam prevenir ou gerir o *delirium*. **Objetivo:** Identificar e explorar as intervenções de enfermagem para a prevenção do *delirium* na Pessoa em Situação Crítica. **Metodologia:** Foi realizada uma Revisão Integrativa da Literatura, desenvolvida através da Questão PICO “Quais as intervenções de enfermagem para a prevenção do *delirium* na Pessoa em situação crítica?”. A pesquisa foi efetuada nas bases de dados MEDLINE e CINAHL, complementada por literatura cinzenta, seguindo orientações PRISMA para reporte do processo de seleção dos estudos. **Resultados:** Foram identificados 4 Artigos, cujas intervenções de enfermagem foram agrupadas em duas categorias analíticas: estímulos focais e estímulos contextuais, de acordo com o Modelo de Adaptação de Roy. **Conclusão:** Destacam-se três focos principais: orientação da Pessoa, otimização do ambiente e envolvimento da família. Observa-se uma clara priorização de intervenções não farmacológicas e de carácter preventivo, dirigidas à modificação dos fatores de risco. **Palavras-Chave:** *Delirium*; Pessoa em Situação Crítica; Unidade de Cuidados Intensivos; Serviço de Urgência; Intervenções de Enfermagem.

Abstract

Background: Delirium in Intensive Care Units and Emergency Departments is a frequent condition, characterized by alterations in attention, perception, and cognition. It is associated with increased healthcare costs, morbidity, mortality, and institutionalization rates. Nurses play a central role in identifying risk factors and implementing interventions aimed at preventing or managing delirium. **Objective:** To identify the existing scientific evidence regarding Nursing Interventions for the prevention of delirium in critically ill patients. **Methods:** An Integrative Literature Review was conducted, guided by the PICO question: “What are the nursing interventions for the prevention of delirium in critically ill patients?”. The search was carried out in the MEDLINE and CINAHL databases and complemented by grey literature. The PRISMA guidelines were used to ensure transparent reporting of the study selection process. **Results:** Four articles were included, and the nursing interventions identified were organized into two analytical categories: focal stimuli and contextual stimuli, according to Roy’s Adaptation Model. **Conclusion:** Three main focuses were identified: patient orientation, environmental optimization, and family involvement. There is a clear prioritization of non-pharmacological and preventive nursing interventions, targeting modifiable risk factors. **Keywords:** Delirium; Critically Ill Patient; Intensive Care Unit; Emergency Room; Nursing Interventions.

¹ Estudante de 4º ano do Curso de Licenciatura em Enfermagem, Escola Superior de Saúde, Instituto Politécnico de Setúbal.

² Instituto Politécnico de Setúbal, Escola Superior de Saúde, Campus do IPS—Estefanilha, 2910-470 Setúbal, Portugal.

Introdução

Segundo o Regulamento nº 429/2018 do Diário da República, é Pessoa em Situação Crítica aquela “cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica” (p.19362), sendo que os Cuidados de Enfermagem prestados devem ser feitos “de forma contínua à Pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato, como resposta às necessidades afetadas e permitindo manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando capacidades, tendo em vista a sua recuperação total” (p.19362). Neste enquadramento, os Serviços de Urgência e as Unidades de Cuidados Intensivos constituem os contextos onde a Pessoa em Situação Crítica é mais frequentemente acompanhada, dado o nível de instabilidade clínica que apresentam (Reis et al., 2023)

O *delirium* é definido como um transtorno neurocognitivo agudo secundário a uma condição clínica subjacente. Caracteriza-se pela instalação súbita de alterações cognitivas; incluindo memória, percepção, orientação e comunicação; associadas a flutuações do nível de consciência e da atenção ao longo do tempo, podendo igualmente manifestar alterações emocionais, psicomotoras e do padrão de sono. O *delirium* encontra-se associado a aumento do tempo de internamento, custos em saúde, morbilidade, mortalidade e taxas de institucionalização, quando comparado com pessoas sem *delirium* (Thom et al., 2019).

O *delirium* apresenta três subtipos: hipoativo, hiperativo e misto. O *delirium* hipoativo manifesta-se por letargia, apatia e diminuição da resposta psicomotora; o *delirium* hiperativo, considerado o mais difícil de detetar e associado a pior prognóstico, traduz-se por agitação, agressividade, inquietação, ansiedade e sintomas psicóticos; o subtipo misto integra manifestações de ambos (Trabuco, 2022).

É a síndrome neuropsiquiátrica mais prevalente em pessoas hospitalizadas, estando associado a fatores como diagnóstico prévio de demência, sexo masculino, idade avançada, gravidade clínica e défices sensoriais. A prevalência aumenta em pessoas queimadas,

submetidas a cirurgia não eletiva e pessoas sob ventilação mecânica invasiva em UCI. Embora a fisiopatologia do *delirium* não esteja totalmente esclarecida, está relacionada com hipoxia, inflamação, neurotoxicidade, alterações nos neurotransmissores e disfunção colinérgica (Thom et al., 2019).

A **prevenção** constitui a estratégia mais eficaz para reduzir a incidência e os desfechos adversos associados ao *delirium*. As intervenções podem ser farmacológicas e não farmacológicas, sendo a correção das causas subjacentes a abordagem prioritária (Thom et al., 2019). As intervenções não farmacológicas; orientação, promoção do sono, estimulação sensorial adequada, mobilização precoce, hidratação e nutrição adequadas; são recomendadas tanto na prevenção como no tratamento em fases iniciais, dada a sua eficácia e segurança. A intervenção farmacológica, frequentemente baseada no uso de antipsicóticos como o haloperidol, destina-se sobretudo à gestão de agitação grave ou comportamentos de risco, mantendo-se restrita a situações específicas (Thom et al., 2019).

Importa ainda salientar que a condição permanece subdiagnosticada em 50 a 75% dos casos, o que compromete a implementação precoce de estratégias preventivas (Marques et al., 2013)

O enfermeiro assume, assim, um papel central na avaliação sistemática da Pessoa, identificação de fatores de risco e planificação de cuidados individualizados que garantam um ambiente seguro e promovam a prevenção e deteção precoce do *delirium*, no âmbito das suas competências autónomas (Trabuco, 2022).

Metodologia

Face à temática a explorar e às especificidades da presente Revisão Integrativa da Literatura (RIL), foi formulada a seguinte Questão de Investigação: “Quais as Intervenções de Enfermagem para a Prevenção do *delirium* na Pessoa em Situação Crítica?”, construída segundo o acrónimo PICO. Este acrónimo foi utilizado para orientar a formulação da questão e os critérios de elegibilidade, não constituindo, contudo, um modelo metodológico de revisão.

P (População): Adulto;

- **I** (Intervenção): Intervenções de Enfermagem;

- **C** (Comparador/Contexto): Serviço de Urgência/Unidade de Cuidados Intensivos;
- **O** (Resultados): Prevenção do *delirium*.

Foram definidos como critérios de inclusão: pessoas com idade igual ou superior a 18 anos; intervenções de Enfermagem direcionadas à prevenção do *delirium*; estudos desenvolvidos em contexto de Serviços de Urgência ou Unidades de Cuidados Intensivos; e artigos com texto integral disponível.

Como critérios de exclusão, foram excluídos estudos que incluíssem participantes com idade inferior a 18 anos, bem como estudos cujo foco não incidisse especificamente sobre intervenções de Enfermagem para a prevenção do *delirium*.

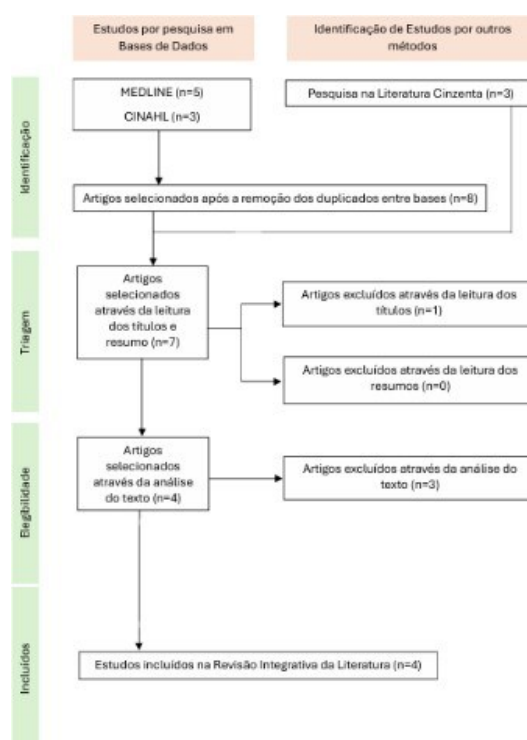
Face aos limitadores, foram considerados estudos publicados entre 2019 e 2024, com texto integral disponível.

A pesquisa decorreu entre 3 e 17 de dezembro de 2024, utilizando o motor de busca EBSCO e as bases de dados CINAHL, MEDLINE e MedicLatina. Adicionalmente, recorreu-se à literatura cinzenta através do Google Académico, com o objetivo de ampliar o alcance da pesquisa, embora reconhecendo o menor controlo metodológico associado a este tipo de fontes. Para a pesquisa, e com o objetivo de obter resultados alinhados com a questão formulada, foram utilizados os seguintes descritores, combinados com operadores booleanos “OR” e “AND”: (Adult) AND (Nursing Interventions OR Nursing Care) AND (Emergency Department OR Intensive Care Unit) AND (Delirium Prevention OR Prevent Delirium OR Reduce Delirium).

A equação de pesquisa apresentada representa a lógica conceptual da estratégia, embora não descreva de forma exaustiva a aplicação dos filtros e limites específicos em cada base de dados.

Através do software Covidence, procedeu-se ao processo de seleção dos artigos, culminando na elaboração do fluxograma PRISMA, adaptado à RIL (Fluxograma I). Importa salientar que o PRISMA constitui uma orientação para o reporte transparente do processo de seleção de estudos, não uma metodologia de revisão. A adaptação recomendada pelo *Joanna Briggs Institute* contribuiu para reduzir o risco de enviesamento e garantir a inclusão de estudos

que respondessem à questão de investigação



Fluxograma I- Artigos a Incluir na RIL

Extração de Dados

Após a seleção dos estudos, foi elaborada uma tabela aplicada a cada um dos artigos, estruturada de forma a garantir uma organização lógica, objetiva e sistemática dos dados recolhidos. Para cada estudo incluído, foram extraídos os seguintes elementos: autores, ano de publicação, tipo de estudo, fenómeno de interesse, participantes/amostra, principais resultados e conclusões dos autores. As tabelas completas encontram-se disponíveis no Apêndice I, permitindo transparência no processo e facilitando a comparação entre estudos.

Posteriormente, realizou-se uma avaliação crítica dos estudos através da hierarquia de evidência de Melnyk e Fineout-Overholt. Os Artigos I e II foram classificados com Nível II, o Artigo III com Nível V e o Artigo IV com Nível I, refletindo graus distintos de robustez metodológica. Esta avaliação permitiu integrar os resultados de forma ponderada, garantindo que a síntese subsequente assenta na qualidade e no nível de evidência identificado.

Síntese de Extração de Dados

Através da interpretação e mobilização dos dados extraídos, são apresentadas, por meio

de uma tabela (Tabela I), as Intervenções de Enfermagem para a Prevenção do *delirium* na Pessoa em Situação Crítica, classificadas em duas vertentes: estímulos focais e estímulos contextuais.

Intervenções de Enfermagem para a Prevenção do Delirium na Pessoa em Situação Crítica	Estímulos Focais	<ul style="list-style-type: none"> • Respeitar o Padrão de Sono da Pessoa; • Incentivar à realização de exercícios de respiração profunda e de relaxamento, antes de dormir; • Avaliar e Reorientar de forma constante o indivíduo na Pessoa, Espaço e Tempo; • Promover a Estimulação Cognitiva e Orientação através de calendários, relógios, fotografias ou outros recursos materiais, através de conversas sobre a vida familiar e eventos; • Incluir o nome da Pessoa ao prestar cuidados, bem como nomes de Outros que lhe são próximos; • Envolver de forma ativa a Família da Pessoa, através de visitas, fotografias ou conversas; I, II, • Promover atividades de interesse da Pessoa, como ouvir rádio ou música, realizar Puzzles e ler livros; • Utilizar papel e caneta, computadores ou outros, para comunicar com Pessoas traqueostomizadas ou com TOT; • Promover a utilização de dispositivos pessoais, como aparelhos auditivos e óculos; • Incentivar à mobilização precoce, ao caminhar e sentar, e através de exercícios ativos, passivos ou caminhada; • Avaliar o Estado Nutricional segundo escalas; • Gerir ansiedade; • Promover a Comunicação efetiva, incentivando à expressão de sentimentos; • Perante períodos de sedação, proteger a córnea, hidratando-a; • Promover o Envolvimento da Família; capacitando a mesma; • Aplicar Protocolos para a prevenção do Delirium; • Gerir os horários de visitas de familiares, de forma a promover um maior acompanhamento por parte de estes; • Prevenir a desidratação e obstipação; • Monitorização do Delirium através da Escalas (CAM-ICU); • Avaliar/monitorizar/gerir a dor; • Executar massagem nos pés, região lombar e torácica, para relaxamento;
	Estímulos Contextuais	<ul style="list-style-type: none"> • Utilizar dispositivos como tampões de ouvidos ou máscaras de dormir; • Ajustar a luz de acordo com o ciclo circadiano; • Programar Intervenções e Procedimentos para o horário diurno, evitando interromper o padrão de sono; • Ajustar alarmes e monitorização segundo o modo noturno, de forma a ajustar a luminosidade e ruído dos mesmos; • Fornecer luz natural ao ambiente, para a orientação da Pessoa; • Remover dispositivos como sondas e cateteres, e mesmo contenções físicas, assim que possível; • Promover a Privacidade, através da utilização de cortinas ou biombo; • Controlar a temperatura ambiente da unidade;

Tabela I- Síntese de Dados Extraídos

Discussão

Segundo o Modelo de Adaptação de Callista Roy, a Pessoa, enquanto sistema aberto, encontra-se em permanente interação com o ambiente, sendo exposta a diferentes Estímulos. Estes estímulos, internos ou externos, desencadeiam respostas que podem ser adaptativas ou ineficazes, influenciando o estado de saúde e podendo gerar novos estímulos, num processo dinâmico e contínuo. O Modelo caracteriza os estímulos em focais, contextuais e residuais. Os estímulos focais dizem respeito aos elementos que afetam diretamente a Pessoa, enquanto os estímulos contextuais correspondem a fatores ambientais que modulam ou

potenciam o impacto dos Estímulos Focais (Kinalski et al., 2023; Oliveira et al., 2020). As intervenções de Enfermagem devem ser estabelecidas com base na análise dos estímulos presentes, identificando-se a forma como estes influenciam a Pessoa e o seu comportamento, para posteriormente se proceder à sua gestão e modulação, com vista à promoção de respostas adaptativas e do bem-estar da Pessoa (Oliveira et al., 2020).

Iniciando pelos estímulos focais, os artigos I, III e IV referem a manutenção e promoção do padrão de sono como intervenção benéfica na prevenção do *delirium*. A privação do sono produz alterações relevantes na cognição, reduz a síntese proteica, afeta a imunidade humoral e celular, aumenta o consumo energético e contribui para disfunção orgânica, favorecendo a instalação do *delirium*. Uma higiene do sono inadequada pode ainda originar estado de confusão, interferir no padrão respiratório e reduzir a resposta à hipercapnia e à hipoxia, potenciando a vulnerabilidade neurológica (Pincelli et al., 2016).

A avaliação e reorientação da Pessoa no tempo e no espaço surge como intervenção de grande relevo, sendo mencionada nos artigos I, II, III e IV. Esta reorientação pode ser favorecida pela utilização de calendários, fotografias, revistas e relógios, estratégias referidas como eficazes por diversos autores. A presença de objetos pessoais contribui para um ambiente familiar, reduz o risco de desorientação e promove a manutenção da identidade, reforçando a estabilidade cognitiva da Pessoa (Giroti et al., 2023; Oliveira et al., 2020).

A proximidade a janelas, o acesso à luz natural e a presença de elementos que permitam perceber a passagem do tempo surgem como intervenções ambientais com impacto direto na necessidade humana de sono e conforto, prevenindo a fadiga e as perturbações do ciclo circadiano (Melnyk et al., 2019). A estimulação cognitiva com recurso a objetos pessoais é complementada por estratégias comunicacionais, como incentivar a Pessoa a expressar sentimentos e fornecer informação clara e tranquilizadora sobre o seu estado de saúde, mencionadas nos artigos III e IV (Giroti et al., 2023).

A promoção da utilização de dispositivos pessoais, como aparelhos auditivos e óculos, é

referida nos artigos I, II, III e IV. Estes dispositivos reduzem défices sensoriais, favorecem a interação com o meio e diminuem o risco de desorientação, devendo igualmente considerar-se a utilização de próteses dentárias. Contudo, deve ser avaliada a segurança e o risco de extravio na UCI ou SU, dado o receio frequente por parte da Pessoa e família (Giroti et al., 2023; Pincelli et al., 2016).

A inclusão do nome da Pessoa durante os cuidados, referida nos artigos I e III, reforça a orientação e promove segurança emocional (Eberle et al., 2019).

O envolvimento da Família é enfatizado nos artigos I, II, III e IV, emergindo como intervenção central. As visitas estruturadas permitem reforçar a orientação, promover apoio emocional, facilitar estratégias de reorientação e reduzir a ansiedade, desde que a família seja informada sobre a necessidade de não reforçar ideias delirantes. A capacitação da família para participar em cuidados básicos sempre que possível reforça a continuidade do ambiente familiar e a humanização dos cuidados (Donato et al., 2019; Melnyk et al., 2019; Pincelli et al., 2016). A gestão dos horários de visita, referida nos artigos III e IV, quando flexível, facilita a personalização dos cuidados e reduz a necessidade de contenção mecânica, favorecendo a prevenção do *delirium* (Oliveira et al., 2020).

A mobilização precoce é uma das intervenções mais citadas na literatura, referida nos artigos I, II, III e IV. Promove a estimulação cognitiva, contribui para preservar a força muscular, previne a atrofia, reduz o tempo de internamento e diminui substancialmente o risco de *delirium*. Quando articulada com terapia ocupacional, potencia ainda mais os benefícios na recuperação funcional (Pincelli et al., 2016).

A remoção de dispositivos invasivos, como sondas e cateteres, e a redução do uso de contenção física, mencionadas nos artigos II, III e IV, constituem intervenções relevantes. As contenções devem ser utilizadas apenas quando absolutamente indispensáveis para prevenir danos graves, por tempo limitado e mediante validação da equipa multidisciplinar. Estas medidas relacionam-se com o risco de *delirium*, uma vez que a presença de dispositivos invasivos ou contenções pode aumentar a

agitação e o desconforto, e a remoção inadequada de dispositivos pode prolongar o internamento e agravar a condição clínica. A presença da família pode servir como alternativa eficaz à contenção mecânica, reduzindo risco e promovendo colaboração (Reis et al., 2023; Oliveira et al., 2020).

A otimização do ambiente surge como outro eixo de intervenção. O uso de tampões de ouvidos ou máscaras de dormir, o ajuste da luminosidade e a programação de intervenções para períodos diurnos são mencionados nos artigos I, III e IV. O ruído constante, as luzes artificiais e as interrupções noturnas reduzem a produção de melatonina, afetam o ciclo sono-vigília e potenciam alterações colinérgicas e dopaminérgicas, aumentando o risco de *delirium* (Pincelli, et al., 2016).

A gestão da dor, enfatizada em todos os artigos (I, II, III e IV), é crucial para prevenir *delirium*. A dor interfere no conforto, no sono, na estabilidade emocional e na resposta hormonal, podendo precipitar agitação e desorientação. A obstipação, associada a desconforto e agitação, e a desidratação, devido ao risco de hipoxia e desequilíbrios eletrolíticos, são igualmente identificadas como fatores de risco (Pincelli, et al., 2016). A avaliação nutricional, referida no artigo III, reforça que uma ingestão inadequada de glicose e oxigénio compromete a cognição e diminui a perfusão encefálica (Pincelli, et al., 2016).

No artigo I, surge a referência à promoção de atividades do interesse da Pessoa, como leitura, música, televisão ou outras rotinas de lazer. Estas atividades contribuem para estimulação cognitiva, manutenção de hábitos e sensação de normalidade, podendo reduzir a incidência do *delirium* (Giroti et al., 2023; Pincelli, et al., 2016). O artigo III acrescenta intervenções como massagens, exercícios de respiração profunda e técnicas de relaxamento, que favorecem o conforto, reduzem ansiedade e regulam o sono (Pincelli, et al., 2016).

A utilização da Escala CAM-ICU, mencionada no artigo IV, constitui uma intervenção essencial para deteção precoce do *delirium* em pessoas submetidas a ventilação mecânica invasiva, permitindo intervir rapidamente e reduzir complicações (Oliveira et al., 2020)

O artigo III refere ainda outras intervenções, como promoção da privacidade, controlo da

temperatura ambiente, hidratação da córnea durante sedação prolongada, aplicação de protocolos de prevenção e uso de papel e caneta na comunicação com pessoas traqueostomizadas ou com tubo orotraqueal, reforçando o enfoque holístico na prevenção do *delirium*.

Implicações para a Enfermagem

De acordo com os resultados obtidos, torna-se possível orientar e fundamentar a intervenção do enfermeiro quando o objetivo se prende na prevenção do *delirium* na Pessoa em situação crítica, suportando uma prática baseada em evidência recente, com mobilização do pensamento crítico e raciocínio clínico. Esta fundamentação contribui para a segurança, eficácia e individualização dos cuidados prestados, aspetos essenciais na abordagem à Pessoa criticamente doente.

A presente RIL, para além das implicações associadas à Prática Baseada na Evidência e ao desenvolvimento profissional e académico, evidencia um conjunto estruturado de intervenções de Enfermagem não farmacológicas, às quais o enfermeiro pode recorrer de forma autónoma. A diversidade de intervenções identificadas permite ao enfermeiro seleccionar, adaptar e implementar estratégias conforme as necessidades da Pessoa, as características do contexto e os recursos disponíveis, promovendo cuidados sensíveis às particularidades individuais. Espera-se ainda que, a partir desta RIL, as intervenções identificadas passem a constituir práticas sistemáticas no quotidiano clínico, sobretudo em contextos de elevada prevalência de *delirium*. A aplicação consistente destas intervenções desde o primeiro contacto com a Pessoa em Situação Crítica pode contribuir para reduzir a incidência e gravidade do *delirium*, dado tratar-se de um fenómeno comum, mas com desfechos favoráveis quando existe uma abordagem preventiva adequada e atempada.

Conclusão

Relativamente ao cruzamento dos dados extraídos dos quatro artigos, é possível destacar a importância de três focos principais, que se encontram interligados em grande parte das intervenções identificadas: a orientação da Pessoa, a otimização do

ambiente e o envolvimento da família.

Estes focos integram um conjunto diversificado de intervenções de Enfermagem, entre as quais se destacam, pela sua consistência e eficácia na prevenção do *delirium*: a promoção do sono; a avaliação sistemática da orientação da Pessoa; a utilização de calendários, fotografias, revistas e relógios; a mobilização precoce; a promoção do uso de dispositivos pessoais, como aparelhos auditivos e óculos; e a remoção de dispositivos médicos que não sejam clinicamente necessários. Verifica-se igualmente, por parte dos profissionais, uma priorização clara por intervenções não farmacológicas e de natureza preventiva, orientadas para a modificação dos fatores de risco e para a promoção da estabilidade cognitiva e emocional da Pessoa.

A evidência encontrada relativa à abordagem terapêutica do *delirium* é reduzida, o que reforça a relevância das intervenções preventivas e a necessidade de as integrar como parte integrante e consistente da prática diária. Dado que muitas destas intervenções são de carácter autónomo, tornam-se particularmente acessíveis à implementação pelo enfermeiro, contribuindo para a prevenção do *delirium* e para a melhoria dos *outcomes* clínicos da Pessoa em Situação Crítica.

Referências Bibliográficas

- Bento, A. F., & Sousa, P. (2021). Delirium in Adult Patients in Intensive Care: Nursing Interventions. *British Journal of Nursing*, 30(9), 534-538. Disponível em: [BJON 2021 30 09 534-538_DeliriuminICU1 \(1\).pdf](https://doi.org/10.1111/bjon.12538)
- Coelho, S., & Mendes, I. (2011). Da Pesquisa à Prática de Enfermagem Aplicando o Modelo de Adaptação de Roy. *Revista Escola Anna Nery*, 15(4), 845-850. Disponível em: [SciELO Brasil - Da pesquisa à prática de enfermagem aplicando o modelo de adaptação de Roy Da pesquisa à prática de enfermagem aplicando o modelo de adaptação de Roy](https://doi.org/10.1590/S1414-84582011000400011)
- Donato, H., & Donato, M. (2019). Etapas na Condução de uma Revisão

- Sistemática. *Acta Médica Portuguesa*, 32(3), p.227-235. Disponível em: <https://www.actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/download/1%201923/5635>
- Eberle, C. C., dos Santos, A. A., de Macedo Júnior, L. J. J., & Martins, J. B. (2019). Non-Pharmacological Management of Delirium from the Perspective of Nurses in an Adult Intensive Care Unit / O manejo não farmacológico do delirium sob a ótica de enfermeiros de uma unidade de terapia intensiva adulto. *Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental*, 11(5), 1242-1249. <https://doi.org/10.9789/2175-5361.2019.v11i5.1242-1249>
- Fernandes, F., Santos, M., Anacleto, A., Jerónimo, C., Ferreira, O., Baixinho, C. (2024). Nursing Intervention to Prevent and Manage Delirium in Critically Ill Patients: A Scoping Review. *Healthcare* 2024, 12, 1134. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/healthcare12111134>
- Marques, P., Cruz, S., Marques, M. L. (2013). Conceito de Delirium versus Confusão Aguda. *Referência*, 3(10), 161-169. Disponível em: [Repositório Comum: Conceito de Delirium versus confusão aguda](#)
- Melnyk, B., Fineout-Overholt, E. (2019). *Evidence-Based Practice in Nursing & Healthcare. A Guide to Best Practice. Second Edition*. Philadelphia: Wolters Kluwer Health. ISBN 978-1-60547-778-7
- Oliveira, K., Picanço, C., Oliveira, A., Assis, Y., Souza, A. & Ribeiro, A. (2020). Estratégias Utilizadas por Enfermeiras para Minimizar a ocorrência de Delirium em Pacientes Críticos. *Revista de Enfermagem da UFSM*, 10(21), 1-18. Disponível em: [288302962.pdf](#)
- Pincelli, E., & Hupsel, Z. (2016). Ações de Enfermagem na Prevenção do Delirium em Paciente na Unidade de Terapia Intensiva. *Arquivos Médicos dos Hospitais e da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo*, 60, 131-139. Disponível em: [Vista do Ações de enfermagem na prevenção do delirium em pacientes na Unidade de Terapia Intensiva / Nursing actions in preventing delirium in patients in the Intensive Care Unit](#)
- Pires, M. (2022). Prevenção do Delirium na Pessoa em Situação Crítica: Cuidado Especializado. [Dissertação de Mestrado]. Universidade Católica, Instituto de Ciências da Saúde. Disponível em: <https://repositorio.ucp.pt/entities/publication/47c23f04-e71f-4990-9ef9-f274e8841a44>
- Reis, D. & Rabiais, I. (2020). Prestação de Cuidados à Pessoa em Situação Crítica: estratégias de gestão da incerteza. *Cadernos de Saúde*, 12, 109-110. Disponível em: <https://orcid.org/0000-0002-8342-1171>
- Tavares, J. P., Fernandes, A. F., Marques, M. (2023). Doente Crítico com Delirium na Unidade de Cuidados Intensivos. *Revista Ibero-Americana de Saúde e Envelhecimento*, 9(2), 137-158. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.60468/r.riase.2023.9\(2\).596.137-158](http://dx.doi.org/10.60468/r.riase.2023.9(2).596.137-158)
- Thom, R., Levy-Carrick, N., Phil, M., Bui, M., Silbersweig, D. (2019). Delirium. *American Journal of Psychiatry*, 176(10), 785-793. Disponível em: <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2018.18070893>
- Trabuco, B. (2022). *Prevenção do Delirium no Doente Crítico em Unidade de Cuidados Intensivos*. (Dissertação de Mestrado). Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus. Évora. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10174/32754>

O IMPACTO DAS DOTAÇÕES SEGURAS NA SEGURANÇA E QUALIDADE DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM, NO SERVIÇO DE URGÊNCIA

The impact of safe staffing on the safety and quality of nursing care, in the emergency department

Camila Loução¹, Hugo Franco²

RESUMO

Enquadramento: As dotações seguras, reduzem os efeitos adversos, mortalidade e morbilidade, melhorando os resultados clínicos e a satisfação dos utentes e profissionais. No Serviço de Urgência (SU), o número e complexidade de utentes, impõe desafios no planeamento das dotações. **Objetivo:** Identificar qual o impacto das dotações seguras na segurança e qualidade dos cuidados de Enfermagem, no SU. **Metodologia:** Aplicou-se a metodologia *Nursing Journal Club (NJC)*, com base na questão PCC: “Qual o impacto das dotações seguras na segurança e qualidade dos cuidados prestados pela Equipa de Enfermagem, no SU?”. Incluíram-se estudos qualitativos e quantitativos, primários ou secundários, publicados entre janeiro de 2020 e abril de 2025. **Resultados e Discussão:** O artigo elegido – *The association between nurse staffing and quality of care in emergency departments: A systematic review* –, foi publicado em 2024 na *International Journal of Nurses Studies*. O incumprimento das dotações seguras resulta em: aumento do tempo de acesso a tratamento medicamentoso e/ou a intervenções terapêuticas, assim como de permanência e/ou de espera; maior proporção de utentes que abandonam o serviço sem avaliação ou tratamento completo; aumento da taxa de mortalidade e do número de paragens cardiorrespiratórias; insatisfação e vigilância inadequada do utente; diminuição do desempenho da Equipa de Enfermagem. **Conclusões:** A discussão dos resultados com a Equipa de Enfermagem, permitiu refletir e sensibilizar para a importância das dotações seguras na construção de ambientes de cuidados seguros e de qualidade. **Palavras-Chave:** Dotações Seguras; Segurança e Qualidade dos Cuidados; Equipa de Enfermagem; SU.

ABSTRACT:

Background: The safe staffing, reduce adverse effects, mortality and morbidity, improving clinical outcomes and the satisfaction of patients and professionals. In the Emergency Department (ED), the number and complexity of patients, imposes challenges in staffing planning. **Objectives:** Identity the impact of safe staffing on the safety and quality of nursing care in the ED. **Methodology:** The *Nursing Journal Club (NJC)* methodology was applied, based on the PCC question: “What is the impact of safe staffing on the safety and quality of care provided by the Nursing Team, in the ED?”. **Results and Discussion:** Qualitative and quantitative studies, primary or secondary, published between January 2020 and April 2025 were include. The selected article – *The association between nurse staffing and quality of care in emergency departments: A systematic review* –, was published in 2024 in the *International Journal of Nurses Studies*. Failure to comply with the safe staffing results in increased access to drug treatment and/or therapeutic interventions, as well as length of stay and/or waiting; a higher proportion of patients who leave the service without evaluation or complete treatment; increase in the mortality and number of cardiorespiratory arrests; dissatisfaction and inadequate surveillance of patient; decrease in the performance of Nursing Team. **Conclusions:** The discussion of the results with the Nursing Team, allowed us to reflect and raise awareness of the importance of safe staffing in the construction of safe and quality care environments. **Keywords:** Safe Staffing; Safety and Quality of Care; Nursing Team; ED.

¹ Estudante de Enfermagem do 4º ano do 22º Curso de Licenciatura em Enfermagem, Instituto Politécnico de Setúbal, Escola Superior de Saúde, Portugal

² Docente Orientador do Nursing Journal Club; Professor Adjunto Convidado do Departamento de Enfermagem da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal, Portugal

ENQUADRAMENTO

Nursing Journal Club

O NJC, configura-se como uma prática pedagógica colaborativa entre o estudante de enfermagem e “o/a enfermeiro/a orientador/a e equipa”, amplamente utilizada em contexto de Ensino Clínico (Canais, et al., 2019, p. 94). É descrito como um método de aprendizagem, no qual o estudante identifica a evidência científica mais atualizada, disponível nas diversas bases de dados, sobre uma questão clínica identificada conjuntamente com o elemento de referência. Posteriormente, pretende-se que o mesmo gere, em ambiente formal, “*momentos de análise, discussão e reflexão entre pares sobre as suas implicações na praxis*”, fomentando o espírito e o pensamento crítico, o debate, a partilha e a transferência de conhecimento entre o “*binómio Estudante – Enfermeiro*” e restante equipa (Canais, et al., 2019, p. 94, 95). Assim, ao articular a prática clínica com a investigação, o método de aprendizagem em análise, promove o desenvolvimento de competências e conhecimentos para o estudante, contribuindo, paralelamente, para a discussão de problemáticas reais, com potencial identificação de estratégias de resolução e “*ganhos para as pessoas destinatárias dos cuidados*” (Canais, et al., 2019, p. 94). Significa isto que, o NJC contribui, desde a formulação da questão de partida à obtenção de respostas, para o desenvolvimento de uma Prática Baseada na Evidência, garantindo a melhoria contínua dos cuidados prestados, isto é, a “*prestação de cuidados de enfermagem seguros e de qualidade*” (Canais, et al., 2019, p. 94).

Dotações Seguras

Os recursos humanos possuem, em qualquer organização, um valor imensurável, na medida em que promovem a diferenciação e o desenvolvimento organizacional, através das competências e conhecimentos que detêm. A sua gestão eficaz é, por isso, essencial para o cumprimento da missão e dos objetivos institucionais, os quais, no setor da saúde, assumem uma relevância acrescida, face à complexidade associada e valor atribuído à saúde. É neste contexto que se insere o conceito de dotação segura, entendido como a “*quantidade e tipo de pessoal*

indispensável para a prestação de cuidados” (Poeira, et al., 2018, p. 1606). Na área de Enfermagem, este conceito traduz-se na determinação do “*número necessário de enfermeiros com as competências e a formação adequada no posto de trabalho correto, em cada momento*” (Internacional Council of Nurses, 2017, p. 1). Tal pressupõe que a alocação de recursos humanos seja flexível e criteriosamente calculada, tendo em conta múltiplos fatores, entre os quais o contexto organizacional, o perfil de competências da equipa, a carga de trabalho associada e as características dos utentes, sobretudo no que respeita à estabilidade clínica (Infante, 2012).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (2011), as dotações seguras estão intrinsecamente relacionadas com a segurança do doente, a qual constitui, por sua vez um fator determinante à criação de um ambiente seguro e garantia da qualidade dos cuidados (Organização Mundial de Saúde, 2011). Significa isto que, dotações adequadas garantem a prestação de cuidados de enfermagem alinhados com as melhores práticas e recomendações, contribuindo para a minimização da ocorrência de efeitos adversos, redução das taxas de mortalidade e morbilidade, otimização dos resultados clínicos e melhoria da perceção da pessoa face à qualidade dos cuidados recebidos. A satisfação profissional revela-se igualmente condicionada pela alocação de recursos humanos, na medida em que dotações inadequadas acarretam uma maior carga laboral e horária, com repercussões negativas na saúde e bem-estar dos profissionais, no clima organizacional e nas taxas de rotatividade externa (Poeira et al., 2018; Internacional Council of Nurses, 2017).

Dotações Seguras no Serviço de Urgência

O SU, exige uma abordagem dinâmica na alocação de profissionais, devido ao ambiente único e imprevisível que o caracteriza. Isto porque, a constante flutuação no número e complexidade de utentes, impõe desafios acrescidos no planeamento das dotações, sobretudo na Equipa de Enfermagem, que representa o maior grupo profissional neste contexto, assim como aquele que assume um papel

central no cuidado à pessoa (Saaiman, et al., 2021).

Considerando a elevada importância atribuída ao cumprimento das dotações seguras no SU, solicitou-se ao Enfermeiro Gestor do Serviço os dados relativos às dotações. Foi possível constatar que, sendo o serviço constituído por 54 enfermeiros, existe uma lacuna de 18 enfermeiros, tendo em conta que o rácio ideal seria o de 72 enfermeiros. Para além disso, é de mencionar que 14 elementos estão em regime de horário reduzido, o que leva a que os turnos sejam iniciados e/ou finalizados com um número insuficiente de elementos, considerando os postos de trabalho ativos. Isto resulta na necessidade de atribuir, simultaneamente, a responsabilidade de até três postos de trabalho a cada elemento. Esta escassez de recursos humanos, acarreta, ainda, a necessidade de realização de cerca de 1020 horas semanais extraordinárias, distribuídas pelos elementos da equipa, com o objetivo de assegurar os serviços mínimos. Torna-se, assim, evidente que o SU está perante um incumprimento das dotações seguras, com potencial repercussão na segurança e qualidade dos cuidados prestados.

Assim, considerando a necessidade de refletir e atuar sobre uma problemática atual e real, observada em contexto clínico, identificou-se, em articulação com o Docente Orientador, Enfermeira Orientadora e Enfermeiro Gestor do Serviço, o *impacto das dotações seguras na segurança e qualidade dos cuidados prestados pela Equipa de Enfermagem, no SU* como questão clínica central para o desenvolvimento do presente NJC. Neste contexto, a investigação propõe-se a reunir e analisar a evidência científica mais atualizada e pertinente, com o objetivo de sensibilizar a Equipa de Enfermagem do SU para a problemática identificada. Pretende-se, ainda, reforçar a importância da alocação adequada de recursos humanos, promovendo simultaneamente a tomada de decisão consciente, face ao papel ativo que cada profissional desempenha na construção de ambientes de cuidados seguros, eficientes e centrados na pessoa.

Teoria dos Sistemas de Betty Neuman

As teorias de enfermagem, constituem pilares fundamentais à ciência e disciplina de Enfermagem, ao oferecerem suporte para “*descrever, explicar, diagnosticar e /ou prescrever medidas referentes ao cuidado*” (Charneco, 2018, p. 39). Paralelamente, possibilitam a implementação de um abordagem holística e metodologicamente estruturada na prática clínica, a qual conduz a ação e pensamento (Charneco, 2018). Isto porque, as teorias de enfermagem oferecem uma base teórica sólida, indispensável à reflexão crítica sobre questões inerentes ao exercício profissional a qual, por sua vez, permite gerar conhecimento sistemático e organizado, capaz de apoiar a prática diária da profissão (Barros & Hirano, 2017). Neste contexto, com vista a selecionar a informação, organizar o conhecimento e nortear as escolhas, tomou-se como base teórica ao desenvolvimento do presente NJC a Teoria dos Sistemas de Betty Neuman.

A Teoria dos Sistemas, orientada para o bem-estar e holismo, apresenta-se como um “*referencial teórico, filosófico e conceptual*” que defende que o indivíduo, grupo e/ou comunidade equivalem a um sistema aberto que se encontra em constante interação com o ambiente envolvente (Braga et al., 2018, p. 161). Significa isto que existe uma troca de energia pessoa-ambiente permanente, a qual acarreta uma resposta e mobilização de processos adaptativos por parte do indivíduo, aquando da presença de agentes stressores. Segundo Neuman, esta interação constante pode influenciar positiva ou negativamente a pessoa, consoante as suas necessidade sejam ou não atendidas, respetivamente. Neste âmbito, é papel da equipa de enfermagem auxiliar o indivíduo, favorecendo a sua adaptação à “*condição fisiológica, na sua interação com outras pessoas e com o contexto socioeconómico e cultural em que se encontra*” (Braga, et al., 2018, p. 162). Note-se, no entanto, que o enfermeiro deve identificar, simultaneamente, quais os seus próprios stressores, na medida em que também estes têm potencial de influenciar a pessoa (Braga, et al., 2018).

De entre os fatores stressores vivenciados pelos enfermeiros em contexto de prestação de cuidados, identifica-se o

incumprimento das dotações seguras como um dos principais. Esta realidade acarreta um conjunto de consequências que impactam não apenas no bem-estar do profissional, como na segurança e qualidade dos cuidados prestados. Desde a sobrecarga laboral à horária, a escassez de recursos humanos compromete a capacidade do profissional atuar eficazmente na prevenção e/ou minimização dos stressores vivenciados pelo indivíduo o que, inevitavelmente, vai afetar o seu bem-estar. Significa isto que falhas no cumprimento das dotações seguras, fragilizam tanto a equipa como a pessoa alvo dos cuidados, tornando o sistema mais vulnerável e suscetível a desequilíbrios, com risco de descompensações clínicas. Assim, ao implementar a Teoria de Neuman na prática, constata-se que garantir níveis adequados de recursos humanos, não se configura apenas como uma exigência organizacional, mas também como uma estratégia essencial à preservação da integridade do sistema e promoção de respostas adaptativas, contribuindo diretamente para a segurança e qualidade dos cuidados prestados.

Aspetos Éticos

A investigação em enfermagem, apresenta-se como um elemento fundamental ao desenvolvimento contínuo da profissão e disseminação do conhecimento necessário à tomada de decisões alicerçadas e consolidadas no nível de ciência e de saber característicos da disciplina. Contudo, na área da saúde, a investigação está associada a uma enorme responsabilidade ética em todas as etapas do seu processo – *seleção do problema, seleção da população e amostra, colheita de dados, análise dos dados e conclusões e divulgação dos resultados* –, dado que o alvo da atuação do investigador é o Homem e respetivas situações de saúde-doença. Por responsabilidade ética, entende-se a aplicação dos princípios universais da ética – *autonomia, beneficência, não maleficência e justiça* –, qualquer que seja a natureza do projeto de investigação (Martins, 2008; Nunes, 2020). Neste contexto, é de mencionar que os princípios éticos foram salvaguardados em todas as etapas do presente NJC.

METODOLOGIA

Questão de Investigação

O presente NJC, tem como objetivo geral atender à problemática anteriormente caracterizada, ao identificar qual o impacto das dotações seguras na segurança e qualidade dos cuidados prestados pela Equipa de Enfermagem, no SU. Neste contexto, com vista a atingir o objetivo ao qual se propõe, o estudo dá resposta à mnemónica PCC, a qual se refere a *Problema, Conceito e Contexto*, respetivamente. No presente estudo, entende-se como:

- **P:** Segurança e qualidade dos cuidados prestados pela Equipa de Enfermagem;
- **C:** Dotações Seguras;
- **C:** Serviço de Urgência.

Considerando o descrito, definiu-se como questão de investigação a seguinte – “Qual o impacto das dotações seguras na segurança e qualidade dos cuidados prestados pela Equipa de Enfermagem, no Serviço de Urgência?”.

Estratégia de Pesquisa

Inicialmente, realizou-se uma pesquisa exploratória sobre a problemática selecionada nas diversas bases de dados, com o objetivo de perceber qual a evidência existente. De seguida, elaborou-se um *Brainstorming* (Tabela 1) onde foram identificados os descritores de pesquisa, recorrendo aos operadores booleanos AND e OR. Nesta etapa, os descritores selecionados foram aplicados aos campos de pesquisa correspondentes ao *Título (TI)* e *Resumo (AB)*.

Problema	AND	Conceito	AND	Contexto
AB Patient Safety OR TI Patient Safety		AB Healthcare Rationing OR TI Healthcare Rationing		AB Emergency Department OR TI Emergency Department
AB Risk Management OR TI Risk Management		AB Allocation of Healthcare Resources OR TI Allocation of Healthcare Resources		AB Hospital Emergency Department OR TI Hospital Emergency Department
AB Health Care Quality OR TI Health Care Quality		AB Healthcare Resources Allocation OR TI Healthcare Resources Allocation		AB Emergency Hospital Department OR TI Emergency Hospital Department
AB Quality of Care OR TI Quality of Care		AB Safe Staffing OR TI Safe Staffing		AB Emergency Service OR TI Emergency Service
AB Care Quality OR TI Care Quality		AB Safe Staffing Ratios OR TI Safe Staffing Ratios		AB Hospital Emergency Service OR TI Hospital Emergency Service
AB Quality of Healthcare OR TI Quality of Healthcare		AB Safe Staffing Ratios in Nursing OR TI Safe Staffing Ratios in Nursing		AB Emergency Hospital Service OR TI Emergency Hospital Service
AB Healthcare Quality OR TI Healthcare Quality		AB Nurse Staffing OR TI Nurse Staffing		
		AB Nurse Staffing Ratios OR TI Nurse Staffing Ratios		
		AB Ratio Nurse-Patient OR TI Ratio Nurse-Patient		

Tabela 1: Brainstorming

De seguida, definiram-se os seguintes critérios de inclusão: estudos qualitativos ou quantitativos, de natureza primária ou secundária, que descrevam e/ou analisem o impacto das dotações seguras na segurança e qualidade dos cuidados prestados pela Equipa de Enfermagem, no SU. Como critérios de exclusão, foram considerados: estudos que descrevam e/ou analisem o impacto das dotações seguras na segurança e qualidade dos cuidados prestados pela Equipa de Enfermagem, no SU Pediátrico; estudos realizados durante a pandemia de COVID-19 que descrevam e/ou analisem o impacto das dotações seguras na segurança e qualidade dos cuidados prestados pela Equipa de Enfermagem, no SU. Adicionalmente, foram definidos os seguintes limitadores: artigos publicados entre 1 de janeiro de 2020 e 16 de abril de 2025, disponíveis em texto integral, de acesso livre e redigidos em língua portuguesa, inglesa ou espanhola.

Posteriormente, elaborou-se a pesquisa em quatro bases de dados – *Scopus*, *PubMed*, *CINAHL* e *B-On* –, com recurso aos descritores de pesquisa identificados, bem como aos critérios de inclusão, de exclusão e limitadores definidos para a pesquisa. Na base de dados *Scopus*, refinou-se a pesquisa ao selecionar a *Área: Enfermagem* e o *Estado de Publicação: Final*. Após implementada a estratégia de pesquisa, ficou-se com um total de 53 artigos – *Scopus* (n=20), *PubMed* (n=3), *CINAHL* (n=3) e *B-On* (n=27) –, os quais foram importados para o software *Covidence*. Numa primeira fase, foram eliminados 8 artigos duplicados, pelo que somente 45 artigos foram submetidos a triagem do título e resumo. Por sua vez, dos 45 artigos, apenas 3 foram transferidos para a triagem do texto completo, tendo os restantes 42 sido excluídos. Após leitura integral dos artigos, foram excluídos 2. O primeiro foi excluído por abordar um conceito distinto do pretendido, uma vez que se focava na identificação de fatores importantes ao planeamento das dotações seguras no SU, sem estabelecer relação com a segurança e qualidade dos cuidados prestados pela Equipa de Enfermagem. O segundo artigo foi excluído por ser realizado em contexto inadequado, pois, apesar de analisar a relação entre as dotações seguras e a

segurança e qualidade dos cuidados prestados, não se inseria no SU. Significa isto que após esta última triagem, apenas um artigo foi selecionado para ser incluído no estudo.

O Fluxograma (Figura 1), adaptado a partir do gerado pelo *software Covidence*, representa as diferentes fases do processo de implementação da estratégia de pesquisa, desde a importação dos artigos para a plataforma, até à seleção final do artigo incluído no estudo.

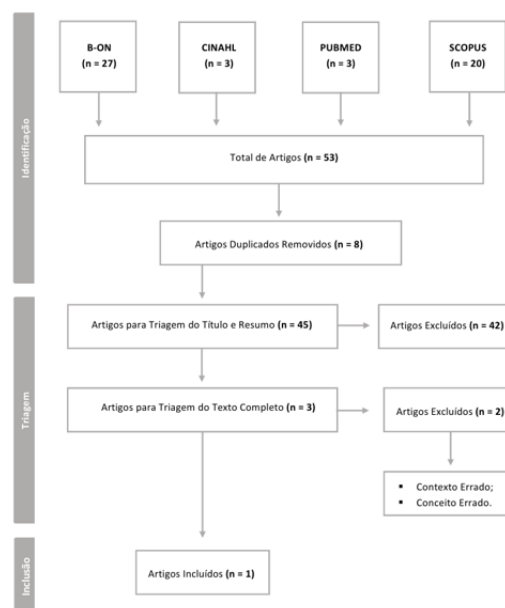


Figura 1: Fluxograma

Nível de Evidência e Grau de Recomendação

De modo a averiguar o nível de evidência e grau de recomendação do estudo incluído, recorreu-se à Hierarquia de Evidência de Melnyk e Fineout-Overholt (2019), tendo sido possível constatar que o mesmo se enquadra no Nível de Evidência 1A e Grau de Recomendação A. Isto porque, o estudo corresponde a uma Revisão Sistemática da Literatura (Tobase et al., 2022).

Avaliação da Qualidade Metodológica

Recorreu-se à grelha de avaliação crítica *Joanna Briggs Institute Critical Appraisal Checklist for Systematic Reviews and Research Syntheses*, através da qual foi possível concluir que o artigo selecionado tem uma conformidade entre os diferentes critérios de cerca de 72%, isto é, de 72% de respostas “sim”. Significa isto que o artigo

foi incluído no estudo, por apresentar uma conformidade superior a 70%, valor definido como limite à sua no processo de investigação.

Extração de Dados

Nesta fase, foi elaborada uma tabela de extração de dados (Tabela 2), com o objetivo de avaliar e determinar os principais resultados do artigo e reunir a informação relevante para as fases seguintes.

Título do Artigo	<i>The association between nurse staffing and quality of care in emergency departments: A systematic review</i>
Autores	Jonathan Drennan; Ashling Murphy; Vera J.C. McCarthy; Jane Ball; Christine Duffield; Robert Crouch; Gearoid Kelly; Croia Loughnane; Aileen Murphy; Josephine Hegarty; Noleen Brady; Anne Scott; Peter Griffiths.
Ano de Publicação	2024
País	A maioria dos artigos incluídos no estudo, foram realizados nos Estados Unidos da América, com apenas um estudo realizado em cada um dos seguintes locais: Canadá, Coreia do Sul e Taiwan.
Objetivos	Os autores, propõem-se a realizar uma Revisão Sistemática da Literatura, com o objetivo de estudarem a associação existente entre os níveis de dotação de enfermeiros e respetivas competências – <i>skill-mix</i> –, e os resultados em saúde dos utentes, no SU. Objetivam, ainda, identificar quais os resultados em saúde que, segundo a literatura, estão associados às dotações da Equipa de Enfermagem.
Tamanho e Características da Amostra	A amostra, é composta por 16 artigos publicados em inglês até dezembro de 2023, nas treze bases de dados selecionadas. A maioria dos artigos (n=10), são de natureza observacional, sendo os restantes descritos como estudos de coorte, transversais e quase-experimentais. A amostra populacional registada em cada um dos artigos incluídos varia entre 508 e 182 000 participantes.
Metodologia e Método de Análise	O estudo, teve por base a metodologia de Revisão Sistemática da Literatura. Dada a heterogeneidade dos artigos selecionados, os autores realizaram uma síntese narrativa dos dados. Com vista a avaliar o risco de viés, foi utilizado o instrumento NICE – National Institute of Health and Care Excellence –, o qual permitiu avaliar a denominada validade interna – desenho do estudo, fiabilidade das medidas de resultado utilizadas, identificação e controlo de variáveis passíveis de influenciar os resultados – e validade externa dos artigos – grau em que os resultados podem ser generalizados para a globalidade da população que recorre a Serviços de Urgência. Após implementação do instrumento, conclui-se que a maioria dos artigos apresentam um risco de viés elevado, apenas com 5 artigos classificados com um risco baixo ou moderado de viés.
Variáveis Dependentes e Variáveis Independentes	Os autores, identificaram como variáveis independentes as relacionadas com a forma como os níveis de dotação de enfermeiros foram medidos, nomeadamente através de rácio enfermeiro-utente; horas de enfermagem disponíveis por dia; número médio de utentes atendidos durante 12 ou 24 horas; proporção de turnos com falta de enfermeiros; número de vagas de emprego de enfermagem disponíveis. Como variáveis dependentes, foram identificadas as relacionadas com a qualidade dos cuidados, nomeadamente no que respeita a tempo de avaliação diagnóstica; tempo para início de medicação e/ou tratamento; reavaliação da dor; taxa de mortalidade em utentes com enfarte agudo do miocárdio; paragem cardiopulmonar; tempo de espera/permanência no SU; abandono do SU sem avaliação ou sem tratamento completo; experiência/satisfação do utente.

Resultados	<p>Diversos estudos relataram existir associação entre as dotações da Equipa de Enfermagem e o tempo associado à avaliação diagnóstica, administração de terapêutica e reavaliação clínica. Alguns autores especificam, mencionando:</p> <ul style="list-style-type: none">Tempo associado à administração de analgesia e reavaliação dos níveis de dor;Tempo associado à administração de antibiótica;Tempo associado à administração de ácido acetilsalicílico e início de intervenção coronária percutânea. <p>Percecionou-se, ainda, que o aumento do número de utentes por cada enfermeiro, aumenta os referidos tempos em cerca de 7,1 a 9,6%.</p> <p>O abandono do SU sem avaliação ou sem tratamento completo, revelou-se como o resultado em saúde mais frequentemente associado aos níveis de dotação da Equipa de Enfermagem. Quando as dotações da Equipa de Enfermagem foram ajustadas às necessidades identificadas no serviço, a percentagem de utentes que abandonou o mesmo sem atendimento diminuiu entre 0,7% a 1,98%. Os autores, referem que este é um indicador de risco para o utente, assim como para a satisfação experienciada pelo mesmo. Triagens oportunas e atendimento prestado por enfermeiros com experiência profissional, desempenharam um papel crucial na redução da proporção de utentes que abandonaram o serviço sem atendimento.</p> <p>O tempo de permanência e/ou tempo de espera no SU, aumentou em 37% quando as dotações da Equipa de Enfermagem se demonstraram inadequadas.</p> <p>Verificou-se um aumento no número de paragens cardiopulmonares, sempre que o rácio enfermeiro-utente era superior a 1:9, com um consequente aumento da taxa de mortalidade.</p> <p>Registou-se um aumento da satisfação do utente em cerca de 2,4 pontos percentuais, aquando de dotações de Enfermagem seguras.</p>
Conclusões	<p>Dotações inadequadas da Equipa de Enfermagem, estão associadas a:</p> <ul style="list-style-type: none">Aumento do tempo para que o utente tenha acesso a tratamento medicamentoso e/ou a outras intervenções terapêuticas;Maior proporção de utentes que abandonam o serviço sem avaliação ou sem tratamento completo;Maior tempo de permanência e/ou de espera;Aumento da taxa de mortalidade;Aumento do número de paragens cardiopulmonares;Insatisfação do utente;Vigilância inadequada dos utentes;Diminuição do desempenho da Equipa de Enfermagem. <p>Em suma, os autores referem que dotações seguras, estão associadas a uma maior qualidade dos cuidados prestados, assim como à redução de efeitos adversos para os utentes. Os autores referem, ainda, que para além do número de enfermeiros, também o seu nível de formação e de experiência contribuem para o alcance dos resultados mencionados.</p>

Tabela 2: Extração de Dados do Artigo “*The association between nurse staffing and quality of care in emergency departments: A systematic review*”

Síntese dos Dados

Considerando os dados anteriormente extraídos, apresentam-se abaixo os mais relevantes para a resposta à questão de investigação (Figura 2).

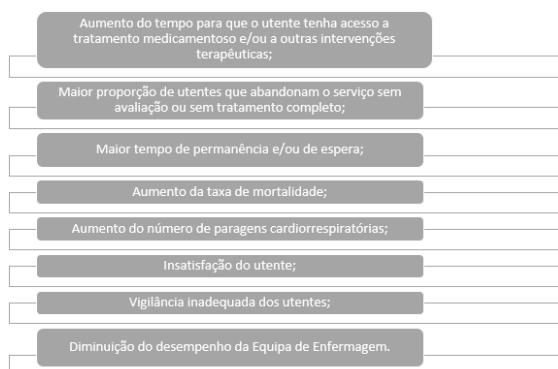
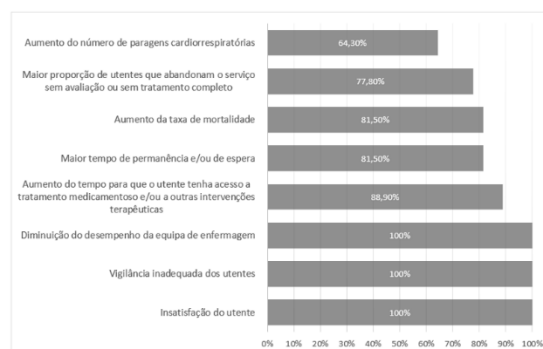


Figura 2: Síntese dos Dados

Resultados e Discussão

A presente etapa, pretende apresentar e discutir os resultados obtidos através das respostas ao formulário aplicado, relacionando-os, simultaneamente, com a literatura existente e com o artigo incluído no estudo. Assim, ao analisar as respostas à questão “*Quais das seguintes situações refletem o impacto das dotações seguras na segurança e qualidade dos cuidados prestados pela Equipa de Enfermagem, no Serviço de Urgência?*” (Figura 3), observa-se uma concordância entre as opiniões dos profissionais de saúde e as conclusões apresentadas no artigo incluído no estudo. Isto porque, todas as opções de resposta foram assinaladas, ainda que com uma frequência variável. As respostas “*Diminuição do desempenho da equipa de enfermagem*”, “*Vigilância inadequada dos utentes*” e “*Insatisfação do utente*” foram seleccionadas pela totalidade dos elementos presentes – 100% –, seguidas pela resposta “*Aumento do tempo para que o utente tenha acesso a tratamento medicamentoso e/ou a outras intervenções terapêuticas*” que foi escolhida 24 vezes – 88,9%. As opções “*Maior tempo de permanência e/ou de espera*” e “*Aumento da taxa de mortalidade*”, representam a opinião de 22 dos enfermeiros presentes – 81,5%. Já as respostas “*Maior proporção de utentes que abandonam o serviço sem avaliação ou sem tratamento completo*” e “*Aumento do número de paragens cardiorrespiratórias*” representam a minoria, tendo sido escolhidas por apenas 21 – 77,8% – e 17 – 64,3% – dos profissionais, respetivamente.



Quando confrontados com a questão “*Que outras situações concretas podem resultar do incumprimento das dotações seguras e comprometer a segurança e a qualidade dos cuidados prestados pela Equipa de Enfermagem no Serviço de Urgência?*”, diversas foram as respostas fornecidas. Estas encontram-se organizadas na Tabela 4, segundo as situações concretas identificadas pelos autores do artigo como

Figura 3: Respostas ao Formulário

sendo resultado do incumprimento das dotações seguras e que comprometem a segurança e qualidade dos cuidados prestados pela Equipa de Enfermagem, no SU.

Diminuição do desempenho da equipa de enfermagem	“Desmotivação dos profissionais”; “Desmotivação da equipa enfermagem e sobrecarga de funções comprometendo os cuidados prestados e juízos clínicos”; “Desmotivação por parte da equipa”
	“Aumento do risco de ocorrência de acidentes de trabalho; maior desgaste (físico, emocional, psicológico) da equipa de enfermagem; aumento do risco de erro na prestação de cuidados”
	“Exaustão dos profissionais”; “Exaustão dos profissionais de saúde”; “Exaustão dos profissionais por sobrecarga de trabalho e horária”
	“Falta de tempo de reflexão e resposta no atendimento diferenciado para cada situação, transformando o profissional em tarefa, sem raciocínio clínico”
	“Exaustão/burnout dos profissionais, aumento do número de erros e danos evitáveis na prestação de cuidados”
	“Burnout”; “Burnout Profissional”; “Burnout Profissional”
	“Aumento das baixas nos profissionais”
	“Insatisfação dos profissionais de saúde o que leva à diminuição da segurança e qualidade dos cuidados, aumento do risco de incidentes e burnout”
	Insatisfação do utente
	“Qualidade no serviço recebido pelo paciente”
Vigilância inadequada dos utentes	“Acompanhamento do doente”
	“Diminuição da vigilância dos utentes”
	“Compromete a segurança do paciente”

Tabela 3: Respostas ao Formulário

As respostas acima apresentadas, evidenciam a preocupação dos profissionais face ao papel ativo que o incumprimento das dotações seguras possui ao nível da **desmotivação profissional; exaustão profissional; burnout profissional; limitação na prestação de cuidados**

individualizados e diferenciados; aumento do risco de incidentes, danos e/ou de erros na prestação de cuidados; insatisfação do utente e vigilância inadequada do mesmo.

A literatura existente, corrobora as preocupações manifestadas pelos profissionais de saúde. Isto porque, segundo Felgueira & Silva (2023), a desmotivação, a exaustão e o burnout profissional encontram-se estreitamente associados, na medida em que constituem manifestações distintas, no entanto interdependentes de uma reduzida satisfação profissional. Os profissionais de saúde, constituem um dos grupos mais expostos ao stress ocupacional e exaustão emocional, dado o carácter exigente da atividade que desempenham. Quando o referido stress e exaustão são mantidos por longos períodos de tempo e sob condições como a *“falta de recursos humanos”* e, consequente, *“sobrecarga do trabalho”*, o risco de desenvolvimento de Síndrome de Burnout, aumenta significativamente. Este síndrome, caracteriza-se pelo *“declínio da energia emocional, psicológica e física”*, resultando frequentemente numa desmotivação profissional (Felgueiras & Silva, 2023, p. 1). Esta insatisfação profissional e pessoal, afeta o desempenho da equipa, ao apresentar-se como uma situação prejudicial tanto para o próprio, como para os utentes e instituição, *“devido aos possíveis impactos negativos na segurança e menor qualidade dos cuidados prestados”* (Felgueiras & Silva, 2023, p. 1).

Para além disso, Neves (2020) reforça o impacto das dotações seguras na prestação de cuidados individualizados e diferenciados, ao salientar que, embora o processo de cuidados seja essencial à qualidade dos cuidados, a sua eficácia pode ser comprometida pela *“subdotação das equipas de enfermagem”*, a qual influencia negativamente a *“carga de trabalho, condicionando a capacidade de resposta dos enfermeiros”* (Neves, 2020, p. 87). Esta afeção da capacidade de resposta dos profissionais, pode, por sua vez, culminar no aumento do risco de incidentes, danos e/ou de erros na prestação de cuidados, ameaçando a saúde dos enfermeiros e colocando os utentes em risco. Os referidos erros, danos e/ou incidentes, podem, ainda, resultar de uma vigilância inadequada dos

utentes, provocada por uma sobrecarga laboral e escassez de tempo para uma vigilância rigorosa e contínua que permita a deteção precoce e atempada de alterações clínicas. A insatisfação do utente surge, também ela, como um reflexo da escassez de recursos humanos, assim como um indicador da segurança e qualidade dos cuidados prestados, sublinhando, novamente, a importância do cumprimento das dotações adequadas e seguras (Ordem dos Enfermeiros, 2007).

Considerando o exposto, torna-se evidente que a prestação de cuidados no SU exige uma equipa competente, motivada e cujo número de profissionais permita responder às necessidades identificadas no contexto. Isto porque, é somente através da alocação adequada de recursos humanos que é possível garantir a prestação de cuidados segura e de qualidade. Contudo, considerando a realidade vivenciada e anteriormente descrita, a escassez de profissionais de saúde acarreta um conjunto de consequências, as quais impactam diretamente na qualidade e segurança dos cuidados prestados. Neste contexto, o artigo incluído no estudo, destaca as seguintes situações concretas como sendo resultado do incumprimento das dotações preconizadas: aumento do tempo para que o utente tenha acesso a tratamento medicamentoso e/ou a outras intervenções terapêuticas; maior proporção de utentes que abandonam o serviço sem avaliação ou sem tratamento completo; maior tempo de permanência e/ou de espera; aumento da taxa de mortalidade; aumento do número de paragens cardiorrespiratórias; insatisfação do utente; vigilância inadequada dos utentes; diminuição do desempenho da Equipa de Enfermagem. Adicionalmente, os contributos dos enfermeiros enfatizam o impacto das subdotações na segurança e qualidade dos cuidados, ao evidenciarem o comprometimento do desempenho da equipa de enfermagem, o aumento da insatisfação do utente e, ainda, uma redução da capacidade de vigilância do mesmo. A literatura existente, fortalece esta perceção, ao fundamentar a informação apresentada pelos profissionais e ao fornecer evidência adicional que confirma o impacto das dotações seguras na qualidade e segurança dos cuidados. Em suma, os resultados

obtidos, quando articulados com os contributos teóricos apresentados, evidenciam de forma consistente e clara que as dotações seguras constituem um fator crucial à promoção de cuidados individualizadas, diferenciados e centrados na pessoa, sustentados em equipas competentes, motivadas e com a capacidade de resposta às exigências do serviço, cruciais à prestação de cuidados seguros e de qualidade.

Implicações para a Prática de Enfermagem

A investigação, é descrita por Nené & Sequeira (2022), como sendo o *“ pilar de qualquer disciplina do conhecimento científico ”* (Nené & Sequeira, 2022, p. 17). No âmbito da enfermagem, disciplina do conhecimento científico, a investigação assume especial importância. Isto porque, a tomada de decisão deve basear-se na melhor e mais atualizada evidência científica disponível, especialmente no que se refere à identificação das necessidades da pessoa e subsequente prescrição de intervenções de enfermagem (Nené & Sequeira, 2022).

Tal como referido anteriormente, o NJC configura-se como uma metodologia de aprendizagem que tem como objetivo articular a investigação com a prática, mediante produção de conhecimento científico orientado para a resolução ou minimização de uma problemática identificada em contexto clínico. Significa isto que esta prática pedagógica contribui significativamente para a investigação em enfermagem, desde a formulação da questão de partida à obtenção de respostas, promovendo, assim, a consolidação de uma Prática Baseada na Evidência (Canais, et al., 2019). A Prática Baseada na Evidência, corresponde ao processo através do qual o profissional de saúde utiliza a melhor evidência científica disponível na tomada de decisão, estabelecendo práticas profissionais seguras, coerentes e organizadas, tendo em vista a otimização dos recursos, *“ garantia dos melhores resultados (...) [e] participação ativa de todos os envolvidos nos complexos processos terapêuticos e de tomada de decisão ”* (Peixoto et al., 2016, p. 27).

Assim, considerando que o conhecimento científico produzido pela

investigação deve constituir o alicerce de uma Prática Baseada na Evidência, torna-se fundamental refletir sobre as implicações dos resultados obtidos no estudo para a prática de enfermagem. Isto porque, a transposição da evidência produzida para o contexto clínico, permite a tomada de decisão informada e sustenta a implementação de estratégias que visam a melhoria contínua da segurança e qualidade dos cuidados prestados. Neste sentido, é pertinente analisar a influência da evidência na prática de enfermagem, em Serviços de Urgência, cujo incumprimento das dotações seguras influencie a qualidade e segurança da prestação de cuidados. Para tal, torna-se fundamental recorrer aos dados obtidos através do formulário, assim como à literatura científica e artigo incluído no estudo, no sentido de identificar implicações práticas a ser consideradas aquando do planeamento, organização e gestão dos cuidados de enfermagem.

De um modo geral, a evidência recolhida, evidencia que o incumprimento das dotações seguras afeta o bem-estar dos profissionais, assim como os resultados em saúde e experiência do utente, na medida em que constituem um fator estruturante à segurança e qualidade dos cuidados prestados. A análise dos contributos dos profissionais de saúde envolvidos no estudo, revela uma perceção consensual quanto às consequências negativas da alocação inadequada de recursos humanos. Perante este cenário, torna-se essencial sensibilizar as organizações para a importância de assegurar as dotações adequadas às necessidades do serviço, isto é, à complexidade clínica dos utentes e carga laboral associada, referindo ser um investimento na segurança e qualidade dos cuidados e não um custo adicional. Simultaneamente, é crucial fomentar uma cultura organizacional que valorize a formação contínua, assim como o desenvolvimento de competências avançadas, como resposta à escassez de recursos humanos e à crescente complexidade relacional e técnica dos cuidados. Para além disso, considerando os múltiplos relatos de desmotivação, exaustão e burnout profissional, a organização deve ainda investir na promoção de ambientes de trabalho sustentáveis e saudáveis, no sentido

de mitigar os efeitos da subdotação. Considerando, ainda, a carência de vigilância sistemática, crítica e contínua, é urgente reorganizar as condições, os recursos e o tempo, procurando aumentar a satisfação do utente e reduzir a ocorrência de efeitos adversos.

Significa isto que a sensibilização da equipa de enfermagem e da organização para a problemática da alocação inadequada de recursos humanos e respetivo impacto na segurança e qualidade dos cuidados se apresenta como um fator crucial à resolução ou minimização da problemática. Isto porque, fornece uma perceção clara da realidade vivenciada, permitindo a identificação de situações críticas – como o aumento do tempo para que o utente tenha acesso a tratamento medicamentoso e/ou a outras intervenções terapêuticas; a maior proporção de utentes que abandonam o serviço sem avaliação ou sem tratamento completo; o maior tempo de permanência e/ou de espera; o aumento da taxa de mortalidade; o aumento do número de paragens cardiorrespiratórias; a insatisfação do utente; a vigilância inadequada dos utentes e a diminuição do desempenho da Equipa de Enfermagem – e consequente implementação de estratégias de melhoria. Neste contexto, a equipa de enfermagem deve assumir um papel ativo, enquanto elemento central no cuidado à pessoa, procurando mitigar os efeitos do incumprimento das dotações seguras – o que apenas será possível mediante reconhecimento dos impactos associados. Simultaneamente, deve promover um ambiente e cultura organizacional que valorize e incorpore na prática a evidência científica mais atualizada e pertinente, com resultado num planeamento adequado de recursos humanos. É, assim, evidente que as implicações identificados no presente NJC oferecem uma base sólida e contributos relevante à reestruturação e reflexão da prática de enfermagem, no SU, no sentido de ver as dotações seguras cumpridas.

Conclusão

A elaboração do presente NJC, permitiu produzir e divulgar conhecimento atual e fidedigno. Para além disso, ao possibilitar a discussão dos resultados da investigação com a Equipa de Enfermagem

do SU, concretizou-se como uma estratégia eficaz para a reflexão e sensibilização da mesma face à importância que as dotações seguras desempenham na construção de ambientes de cuidados seguros e de qualidade.

Ainda assim, identificam-se algumas limitações à investigação, as quais devem ser consideradas aquando da sua consulta, entre as quais: os resultados do artigo incluído serem de estudos realizados, maioritariamente, nos Estados Unidos da América, cujo contexto de saúde é bastante distinto do vivenciado em Portugal; o idioma do artigo selecionado ser inglês, o que poderá ter provocado vieses na interpretação. Neste sentido, sugerem-se investigações futuras que investiguem o impacto das dotações seguras na segurança e qualidade dos cuidados prestados pela Equipa de Enfermagem, no SU em contexto nacional. Note-se, no entanto, que embora a presente investigação, ofereça uma base sólida para pesquisas futuras, ainda existem um conjunto de desafios a serem enfrentados no âmbito da temática em estudo, nomeadamente nas próprias estruturas organizacionais.

Referências

- Barros, A. & Hirano, G. (2017). *Teorias de enfermagem: base para o processo de enfermagem*. I Encontro Internacional do Processo de Enfermagem: raciocínio clínico e a era digital. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/324614913_Teorias_de_enfermagem_base_para_o_processo_de_enfermagem
- Braga, L., Salgado, P., Souza, C., Prado-Junior, P., Prado, M., Melo, M. & Parreira, P. (2018). O modelo de Betty Neuman no cuidado ao doente com cateter venoso periférico. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(19), 159-168. Disponível em: https://web.esenfc.pt/v02/pa/conteudos/downloadArtigo.php?id_ficheiro=1865&codigo=
- Canais, E., Poeira, A., Ramos, A., Gato, A., Cerqueira, A., Freitas, A., Antunes, A., Ribeiro, C., Costa, F., Vaz, F., Franco, H., Nunes, L., Pereira, M., Batalha, N., Fernandes, R., Costa, R.

- & Duarte, S. (2019). *Nursing Journal Club enquanto prática pedagógica em Ensino Clínico*. Congresso Nacional de Práticas Pedagógicas no Ensino Superior. Disponível em: <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/13345/2/2/459000.pdf#page=99>
- Charneco, M. (2018). *Abordagem dos enfermeiros do serviço de urgência face à pessoa com tentativa de suicídio*. [Dissertação de Mestrado, Universidade de Évora, Instituto Politécnico de Beja, Instituto Politécnico de Portalegre, Instituto Politécnico de de Setúbal, Instituto Politécnico de Castelo Branco]. Dspace. Disponível em: <https://dspace.uevora.pt/rdpc/bitstream/10174/23413/1/Mestrado%20Enfermagem%20Enfermagem%20Sa%C3%BAde%20Mental%20e%20Psiqui%C3%A1trica%20Maria%20Jos%C3%A9%20Rafael%20Charneco%20Abordagem%20dos%20enfermeiros%20do%20servi%C3%A7o%20de%20urg%C3%Aancia....pdf>
- Drennan, J., Murphy, A., McCarthy, V., Ball, J., Duffield, C., Crouch, R., Kelly, G., Loughnane, C., Murphy, A., Hegarty, J., Brady, N., Scott, A. & Griffiths, P. (2024). The association between nurse staffing and quality of care in emergency departments: A systematic review. *International Journal of Nursing Studies*, 153, 1-12. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S002074892400018X?via=ihub>
- Felgueiras, F. & Silva, P. (2023). Burnout no Enfermeiros. *Açoriano Oriental*. Disponível em: https://www.ordenenfermeiros.pt/media/28549/26_03_2023-21848-p%C3%A1gina-1-geral.pdf
- Infante, J. (2012). *A Dotação de Enfermeiros no Serviço de Urgência Geral do CHCB: A Segurança dos Cuidados na Sazonalidade* [Dissertação de Mestrado, Instituto Politécnico de Portalegre]. Repositórios Científicos de Acesso Aberto de Portugal. Disponível em: <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/14750/1/ESSTFC460.pdf>
- Internacional Council of Nurses. (2017). *Recomendações para as dotações seguras de enfermeiros*. Sindicato dos Enfermeiros Portugueses. Disponível em: <https://www.sep.org.pt/files/upload/s/wp-post-to-pdf-enhanced-cache/1/icn-2017-recomendacoes-para-as-dotacoes-seguras-de-enfermeiros.pdf>
- Martins, J. (2008). Investigação em Enfermagem: Alguns apontamentos sobre a dimensão ética. *Pensar Enfermagem*, 12(2), 62-66. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/367594442_Investigacao_em_enfermagem_alguns_apontamentos_sobre_a_dimensao_etica/fulltext/63d9409462d2a24f92e266b3/Investigacao-em-enfermagem-alguns-apontamentos-sobre-a-dimensao-etica.pdf?origin=publication_detail&tp=eyJjb250ZXh0Ijp7ImZpcnN0UGFnZSI6InB1Ym9uY2F0aW9uIiwicGFnZSI6InB1Ym9uY2F0aW9uRG93bm9vY2F0aW9uW91c1BhZ2UiOiJwdWJsaWNhdGlvbiJ9fQ&cfchl tk=GNEYqpH063U.MKniXsH978gTTrVcUTYZPYSdU80MBc8-1745416305-1.0.1.1-sXluIheuC3bluIPaRBVtLnhF9wZWxOIy5q4IRASJRI0
- Nené, M. & Sequeira, C. (2022). *Investigação em Enfermagem - Teoria e Prática* (1ª edição). Lidel. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/360088996_Investigacao_em_Enfermagem_-_Teoria_e_Pratica
- Neves, T. (2020). *Dotações Seguras e Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Estudo em Contexto Hospitalar* [Tese de Doutoramento, Universidade de Coimbra]. Estudo Geral – Universidade de Coimbra. Disponível em: <https://estudogeral.uc.pt/handle/10316/95319>
- Nunes, L. (2020). *Aspetos Éticos na Investigação em Enfermagem*. Disponível em:

- https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/32782/1/ebook_aspetos%20eticos%20investigacao%20Enf_ju%202020.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2007). *Ambientes favoráveis à prática: Condições no trabalho = Cuidados de qualidade*. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/Kit_DIE_2007.pdf
- Organização Mundial de Saúde. (2011). *Estrutura Concetual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente*. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/comunicacao/Documents/2011/ClassificacaoISegDoente_Final.pdf
- Peixoto, M., Pereira, R., Martins, A., Martins, T. & Barbieri, C. (2016). Enfermagem baseada em evidência: atitudes, barreiras e práticas entre contextos de cuidados. *Jornadas Internacionais de Enfermagem Comunitária – Livro de Comunicações*, 26-34. Disponível em: <https://comum.rcaap.pt/bitstreams/205c2ad2-ba06-47fb-88fa-db3e507143e2/download>
- Poeira, A., Nunes, L., Cerqueira, A., Silva, A. & Lopes, N. (2018). Dotações Seguras na Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Revisão Sistemática. *Revista Ibero-Americana de Saúde e Envelhecimento*, 4(3), 1604-1617. Disponível em: <https://comum.rcaap.pt/entities/publication/6b835825-7b8d-4078-8d16-9e3f8301d5d0>
- Saaiman, T., Filmlalter, C. & Heyns, T. (2021). Important factors for planning nurse staffing in the emergency department: A consensus study. *International Emergency Nursing*, 56, 1-6. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1755599X21000173?via%3Dihub>
- Tobase, L., Cardoso, S., Rodrigues, R., Bella, E., Souza, D. & Peres, H. (2022). Comunicação não violenta como tecnologia leve no contexto da enfermagem: revisão integrativa. *Enfermagem Brasil*, 21(5), 621-635. Disponível em: <https://repositorio.usp.br/directbitstream/66770322-3719-4224-82d6-3580393acd9f/PERES%2C%20H%20H%20C%20doc%20122e.pdf>

A EFICÁCIA DA TERAPIA DE ESPELHO NA REABILITAÇÃO DA PESSOA VÍTIMA DE ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL

The effectiveness of mirror therapy in the rehabilitation of stroke victims

Iva Beatriz Leitão¹, Hugo Franco²

Resumo

Enquadramento: O Acidente Vascular Cerebral (AVC) é uma das principais causas de incapacidade adquirida, sendo os défices neurológicos motores frequentes e debilitantes. A Terapia de Espelho (TE) surge como uma estratégia de reabilitação simples, de baixo custo e eficaz, com potencial para ser aplicada na prática de Enfermagem. Importante dado os ganhos em saúde e a intervenção de enfermagem ser crucial numa fase de transição saúde-doença, como referido na Teoria das Transições de Afaf Meleis.

Objetivo: Avaliar a eficácia da TE, quando comparada a outros tipos de reabilitação ou à ausência de reabilitação, na recuperação da função motora dos membros superiores, inferiores, da boca e da face em pessoas internadas pós-AVC durante a fase subaguda.

Metodologia: Nursing Journal Club (NJC) cuja seleção de artigo foi realizado após extração de artigos de quatro bases de dados, com os seguintes critérios de inclusão: estudos e revisões sistemáticas da literatura de evidência quantitativa publicados a partir de 2020, com texto integral disponível, idioma em português, inglês ou espanhol e que abordem a eficácia da TE comparativamente a outros métodos de reabilitação ou à ausência de intervenção reabilitativa em pessoas que sofreram AVC e se encontram na fase subaguda.

Resultados: O estudo selecionado aborda a implementação da TE ao nível dos membros superiores (MS), resultados posteriormente agrupados em duas categorias: TE unimanual e TE bimanual.

Conclusões: A TE bimanual demonstrou benefício estatisticamente significativo na redução do défice motor do MS, melhoria da função motora e aumento da capacidade de execução das atividades de vida diária (AVD) dos participantes, ao contrário da TE unimanual que não demonstrou benefício estatisticamente significativo.

Palavras-Chave: Acidente Vascular Cerebral, Terapia de Espelho, Reabilitação, Enfermagem, Função Motora, Atividades de Vida Diária

Abstract

Background: Stroke is one of the leading causes of acquired disability, with motor neurological deficits being frequent and debilitating. Mirror Therapy (MT) has emerged as a rehabilitation strategy that is simple, low-cost, and effective intervention that can be applied in nursing practice. Its relevance is underscored by the health gains and the fact that nursing intervention is crucial during health-illness transitions, as outlined in Afaf Meleis' Transition Theory.

Aim: To assess the effectiveness of MT, when compared to other types of rehabilitation or the absence of rehabilitation, in recovering of motor function of the upper limbs, lower limbs, mouth and face in hospitalized individuals post-stroke during the subacute phase.

Methodology: Nursing Journal Club (NJC), in which the article selection followed the extraction of studies from four database. The inclusion criteria were: studies and systematic literature reviews based on quantitative evidence, published from 2020 onwards, with full text availability, and written in Portuguese, English or Spanish, addressing the effectiveness of MT in comparison to other rehabilitation methods or absence of rehabilitation intervention.

Results: Evidence was found regarding the application of MT to the upper limbs (UL), with results subsequently categorized into two groups: unimanual MT and bimanual MT.

Conclusions: Bimanual MT showed statistically significant benefits in reducing UL motor deficits, improving motor function, and increasing the ability to perform activities of daily living (ADLs). In contrast, unimanual MT did not show statistically significant benefits.

Keywords: Stroke, Mirror Therapy, Rehabilitation, Nursing, Motor Function, Activities of Daily Living

¹ Estudante de Enfermagem do 4º ano do 22º Curso de Licenciatura em Enfermagem, Instituto Politécnico de Setúbal, Escola Superior de Saúde, Setúbal, Portugal

² PhD em Enfermagem. Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área da Pessoa em Situação Crónica. Professor Adjunto, Escola Superior de Saúde, Instituto Politécnico de Setúbal hugo.franco@ess.ips.pt

INTRODUÇÃO

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), o **Acidente Vascular Cerebral** (AVC) é um síndrome clínico de início súbito, cuja causa é vascular e que provoca alterações focais ou generalizadas da função cerebral, com sintomas que perduram por mais de 24 horas (cit. por Freitas, *et al.*, 2022). Este ocorre pela interrupção do fluxo sanguíneo cerebral, seja por bloqueio (isquémico) ou ruptura (hemorrágico) de vaso sanguíneo. Provoca alteração neurológica de acordo com as características da lesão (Castro, *et al.*, 2018), cujos défices neurológicos mais comuns pós-AVC são: “alteração da mímica facial; diminuição da força e/ou sensibilidade muscular nos membros; disartria ou afasia; perda visual monocular/bilateral; ausência de reconhecimento do défice (anosognosia); ataxia cerebelosa; diplopia; vertigem” (Portugal Angels Nurse Task Force, 2025, p. 16).

Tendo como modelo teórico a **Teoria das Transições** de Afaf Meleis, a qual define a transição como a passagem de um estado, condição ou lugar para outro diferente, frequentemente marcados por instabilidade e com um processo pessoal intrínseco de adaptação às novas circunstâncias compreende-se o AVC como um evento gerador de transição do tipo saúde-doença, marcada por instabilidade e necessidade de adaptação à nova realidade funcional. Este processo acarreta incerteza e dor e é papel do enfermeiro auxiliar a pessoa no seu processo de adaptação à sua nova realidade (Meleis, 2010).

A **recuperação** descreve os mecanismos subjacentes à melhoria, na qual não ocorre intervenção direcionada. Já a **reabilitação** pode ser definida como o processo ativo de mudança através do qual uma pessoa com limitação funcional adquire os conhecimentos necessários e as capacidades para atingir um estado físico, psicológico e social ideal. Esta envolve intervenção coordenada e multidisciplinar (Gandhi, *et al.*, 2020). A eficácia de uma intervenção de reabilitação inclui os efeitos na pessoa a nível dos défices e limitação funcional experienciados, assim como o impacto da

intervenção na qualidade de vida da mesma (Boller, *et al.*, 2003; Gandhi, *et al.*, 2020).

Na reabilitação e recuperação da função motora após AVC pode ser utilizada a **Terapia de Espelho** (TE) (Patrocínio, 2023). Esta é uma estratégia de reabilitação e de recuperação verdadeira (Ghandi, *et al.*, 2020), sendo uma possível intervenção de enfermagem que contribui para o processo de adaptação pelos ganhos na capacidade motora e independência da pessoa.

A TE através da reparação neural promove a recuperação de funções motoras ou cognitivas (Ghandi, *et al.*, 2020). Para a sua concretização é utilizado um espelho de modo a criar uma ilusão visual à pessoa: coloca-se o espelho no plano sagital médio da pessoa a quem são prestados cuidados e que deve encontrar-se posicionada de forma que o espelho reflita o seu membro não afetado e que o membro afetado esteja fora do seu campo visual. Na sua execução podem ser utilizados os membros superiores e inferiores (Thieme, *et al.*, 2018).

A TE estimula o sistema de neurónios-espelho (Patrocínio, 2023), estes são caracterizados por serem uma classe distinta de neurónios que são ativados durante a execução de um ato motor e/ou durante a observação de outra pessoa a realizá-lo (Acharya & Shukla, 2012). Estes sistemas de neurónios são estimulados pela ilusão visual que a TE provoca, tendo potencial para ativar “uma rede motora cortical hemisférica que acelera a recuperação” (Patrocínio, 2023, p. 28). Apesar desta técnica não incluir o membro comprometido na sua execução, vai favorecer a sua recuperação através da reparação/reorganização neural. Nos primeiros 6 meses pós-AVC, existem mais mecanismos de neuroplasticidade, período temporal a partir do qual o AVC é considerado crónico e a recuperação espontânea é improvável (Patrocínio, 2023).

Os défices motores encontrados em pessoas que sofreram de AVC são limitadores das suas atividades de vida diária (AVD), comprometendo os seus auto-cuidados e cerca de 85% das vítimas de AVC demonstram função motora diminuída do membro superior (MS), “afetando a

funcionalidade, desempenho na execução das atividades de vida diária (...) e consequente influência na qualidade de vida” (Patrocínio, 2023, p.1). A diminuição do nível da função motora do membro superior, pode ser considerada como uma das mais debilitantes sequelas de AVC (Freitas, *et al.*, 2022).

A escolha desta temática deu-se ao facto de ao longo do Ensino Clínico (EC) no internamento de neurologia de um hospital, a grande maioria das pessoas internadas sofrer de sequelas pós-AVC, pelo que existe uma grande necessidade de realização de reabilitação, podendo a TE ser aplicada, e existir escassez de recursos humanos necessários para lhe dar resposta.

Define-se como objetivo central: Avaliar a eficácia da terapia de espelho, quando comparada a outros tipos de reabilitação ou à ausência de reabilitação, na recuperação da função motora em pessoas internadas durante a fase subaguda pós-AVC. Outros objetivos propostos são: Desenvolver conhecimento sobre a prática da TE; Identificar e agrupar os resultados sobre a eficácia da TE obtidos da literatura sobre; Compreender o impacto funcional da TE nas Atividades de Vida Diária (AVD) das pessoas pós-AVC.

METODOLOGIA

Tendo em conta a metodologia *Nursing Journal Club* (NJC), com o intuito de promover a PBE no âmbito dos cuidados de enfermagem (Valizadeh, *et al.*, 2022) e com o objetivo de avaliar a eficácia da terapia de espelho, quando comparada a outros tipos de reabilitação ou à ausência de reabilitação, na recuperação da função motora dos membros superiores, inferiores, da boca e da face em pessoas internadas pós-AVC durante a fase subaguda, foi formulada a seguinte questão de investigação: **Em pessoas internadas pós-AVC, a utilização de terapia de espelho, comparada a outras formas de reabilitação ou à sua ausência, promove a recuperação da função motora?**, seguindo o acrónimo PICO:

P (População): Pessoas internadas após AVC em fase subaguda ou subaguda tardia
I (Intervenção): Terapia de espelho

C (Comparação): Reabilitação convencional, outras formas de reabilitação ou à ausência de reabilitação

O (Outcome): Recuperação da função motora dos membros superiores, membros inferiores, boca e face

Crítérios de Inclusão e Exclusão

Com base na questão de investigação foram estabelecidos os critérios de inclusão e exclusão apresentados na figura 1.

Crítérios de Inclusão	Crítérios de Exclusão
Participantes: Pessoas que sofreram AVC.	Estudos que comparem intervenções reabilitativas ou a ausência das mesmas com a TE associada a outro tipo de reabilitação, com exceção da terapia convencional;
Intervenção/Comparação: Estudos que abordem a eficácia da TE comparativamente a outros métodos de reabilitação ou à ausência de intervenção reabilitativa.	Estudos cujo idioma não seja inglês, espanhol e/ou português;
Outcome: Estudos que abordem os resultados obtidos sobre a eficácia da TE.	Estudos cujo acesso se encontre interdito;
Tipos de estudo: Estudos Quantitativos e Revisões Sistemáticas da Literatura de Evidência Quantitativa publicados a partir de janeiro de 2020.	Estudos que não apresentem texto integral;
	Estudos que não se encontrem em bases de dados;
	Estudos cuja data de publicação exceda os últimos 5 anos.

Tabela 1 - Critérios de Inclusão e Exclusão

Estratégia de Pesquisa

A estratégia de pesquisa deve ser adequada à questão de investigação que neste caso, encontra-se definida de acordo com o acrónimo PICO. De acordo com o mesmo, foi realizado um *brainstorming*, apresentado na tabela 2, com o objetivo de reunir os descritores que foram utilizados na fórmula de pesquisa.

P (população)	AND	I (intervenção)	AND	C (comparação)	AND	O (outcome)
Acidente vascular cerebral	OR	Terapia de espelho	OR	Reabilitação	OR	Função motora
AVC	OR	Mirror Therapy	OR	Reabilitação convencional	OR	Recuperação motora
Stroke	OR	Mirror Training	OR	Ausência de reabilitação	OR	Motor function
Cerebrovascular accident	OR	Mirror visual feedback	OR	Fisioterapia	OR	Motor Recovery
CVA	OR		OR	Fisioterapia neurológica	OR	Functional recovery
Post-Stroke	OR		OR	Physical therapy	OR	
Cerebral vascular event	OR		OR	Conventional rehabilitation	OR	
CVE	OR		OR	Physiotherapy	OR	
	OR		OR	Standard care	OR	

Tabela 2 - Brainstorming

Para a condução eficiente da pesquisa e uma maior abrangência de resultados, pela utilização dos vários descritores, demonstra-se a fórmula de pesquisa na tabela 3, evidenciando a utilização dos operadores booleanos “OR” e “AND”.

S	Descritores
S1	TI Acidente Vascular Cerebral
S2	TI AVC
S3	TI Stroke
S4	TI Cerebrovascular accident
S5	TI CVA
S6	TI Post-Stroke
S7	TI Cerebral Vascular Event
S8	TI CVE
S9	TI Terapia de Espelho
S10	TI Mirror Therapy
S11	TI Mirror Training
S12	TI Mirror Visual Feedback
S13	AB Reabilitação
S14	AB Reabilitação convencional
S15	AB Ausência de reabilitação
S16	AB Fisioterapia
S17	AB Fisioterapia neurológica
S18	AB Physical therapy
S19	AB Conventional rehabilitation
S20	AB Physiotherapy
S21	AB Standard care
S22	AB Função motora
S23	AB Recuperação motora
S24	AB Motor function
S25	AB Motor Recovery
S26	AB Functional recovery
S27	S1 OR S2 OR S3 OR S4 OR S5 OR S6 OR S7 OR S8
S28	S9 OR S10 OR S11 OR S12
S29	S13 OR S14 OR S15 OR S16 OR S17 OR S18 OR S19 OR S20 OR S21
S30	S22 OR S23 OR S24 OR S25 OR S26
S30	S27 AND S28 AND S29 AND S30

Tabela 3 - Histórico de Pesquisa

Esta fórmula de pesquisa foi aplicada a 18 de abril de 2025 nas seguintes bases de dados: CINAHL *Plus with Full Text*, MEDLINE *with Full Text*, Cochrane e B-On. Os limitadores utilizados foram: data publicação referente aos últimos 5 anos (2020-2025), texto integral e idiomas inglês, espanhol ou português.

Seleção dos Estudos

Deste processo resultaram um total de 108 artigos que foram importados para a plataforma “Covidence” na qual foi realizado um processo de triagem e elegibilidade que resultou num total de 5 artigos (Figura 1).

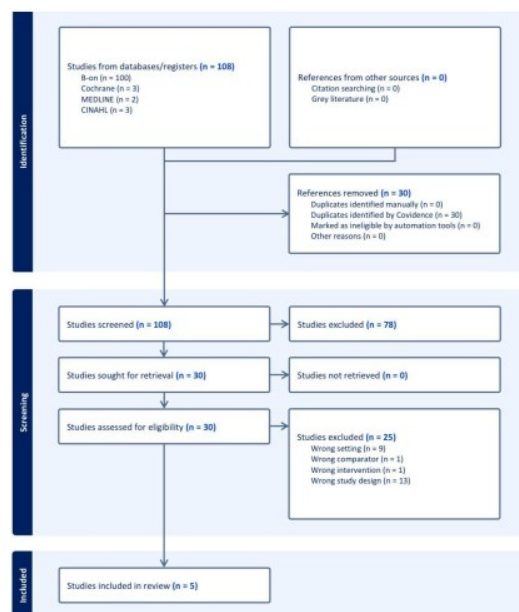


Figura 1 - Fluxograma de seleção de artigos

Avaliação da Qualidade Metodológica

De acordo com a metodologia NJC, apenas um artigo pode ser selecionado, pelo que os cinco artigos incluídos, foram submetidos a avaliação da sua qualidade metodológica por meio de grelha de apreciação crítica adequada ao tipo de estudo. Para isto, foi utilizada a *Critical Appraisal Checklist for Systematic Reviews and Research Syntheses* da Joanna Briggs Institute na qual o artigo “*Effects of mirror therapy on motor and functional recovery of the upper extremity in subacute stroke: Systematic review and meta-analysis*” obteve pontuação de 100% no instrumento de avaliação de qualidade metodológica. Este artigo foi publicado no ano de 2025 e é uma revisão sistemática da literatura de ensaios clínicos randomizados e apresenta qualidade pertencente ao nível 1.a., de acordo com os Níveis de Evidência definidos pela JBI, encontrando-se assim no mais alto nível de evidência para estudos de eficácia de intervenções clínicas (The Joanna Briggs Institute, 2013).

Relativamente ao seu grau de recomendação, este localiza-se no Grau A, de acordo com os Graus de Recomendação definidos pela JBI, ou seja, seria fortemente recomendada a sua implementação em contexto clínico.

Pelas razões aqui explicitadas, este foi o artigo selecionado: “*Effects of mirror*”

therapy on motor and functional recovery of the upper extremity in subacute stroke: Systematic review and meta-analysis”.

RESULTADOS

Apresenta-se em seguida a tabela 4 na qual se encontra a extração de dados do artigo.

Effects of mirror therapy on motor and functional recovery of the upper extremity in subacute stroke: Systematic review and meta-analysis	
Autores	Yuan-Lun Hsieh, Tzu-Ying Yang, Zi-You Peng, Ray-Yau Wang, Hui-Ting Shih, Yea-Ru Yang
Data de publicação	03/05/2025
País de Origem	Taiwan
Objetivos	Rever e sintetizar evidência existente sobre a TE na recuperação motora e funcional e o efeito da TE unimanual e bimanual em pessoas que sofreram AVC e se encontram na fase subaguda
População	Pessoas que sofreram AVC e que se encontram na fase subaguda inicial e tardia (inferior a 6 meses desde a data de AVC)
Metodologia	Revisão Sistemática da Literatura e Meta-Análise de estudos controlados randomizados
Tipo de intervenção e Comparador	Terapia de Espelho associada ou não a terapia convencional comparada com terapia convencional isolada
Resultados	→ TE apresentou eficácia na recuperação motora do membro superior e numa maior independência na realização das AVD → TE bimanual mostrou efeitos significativos na recuperação motora do membro superior em pessoas que sofreram AVC e se encontram na fase subaguda → TE unimanual não mostrou benefício significativo → O impacto da TE na qualidade de vida não se encontra estudado o suficiente para tirar conclusões
Conclusões	→ TE, nomeadamente a TE bimanual, é eficaz na recuperação motora e da função do membro superior em pessoas na fase subaguda do AVC → TE auxilia no aumento da capacidade para executar AVD

Tabela 4 - Tabela de Extração de Dados

De forma a responder à pergunta de investigação, apresenta-se os resultados do estudo agrupados numa categoria: a TE aplicada nos membros superiores que é posteriormente dividida em dois subgrupos que abordam a eficácia da TE unimanual e da TE bimanual.

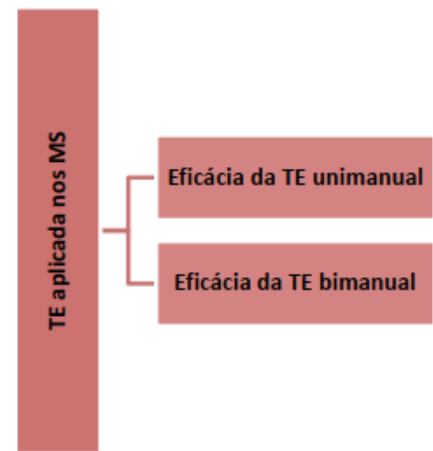


Figura 2 - Esquema-síntese dos resultados obtidos do artigo selecionado

DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Com base na evidência selecionada e à luz da questão de investigação - **Em pessoas internadas pós-AVC, a utilização de terapia de espelho, comparada a outras formas de reabilitação ou à sua ausência, promove a recuperação da função motora?** - serão discutidos os resultados da TE aplicada nos membros superiores nos dois subtemas: eficácia da TE unimanual e eficácia da TE bimanual, nos quais são considerados os efeitos de cada uma destas técnicas nas AVD e na qualidade de vida dos participantes dos estudos incluídos.

TE aplicada nos membros superiores

De acordo com o artigo de Hsieh, *et al.* (2025), mais de 50% das pessoas que sofreram AVC apresentam défice na mobilidade dos MS. A plegia e a paresia braquial são consideradas um dos défices neurológicos resultantes de um AVC mais debilitantes (Freitas, *et al.*, 2022).

A TE demonstrou eficácia significativa na reabilitação da função motora do membro superior das pessoas incluídas nos estudos revistos quando comparadas às pessoas que se encontravam nos grupos de controlo, segundo o artigo selecionado. Esta conclusão é suportada pela RSL de Thieme, *et al.* (2018), na qual é referida a existência de evidência de que a TE apresenta um efeito estatisticamente significativo na recuperação da função motora nos MS e também no benefício ao nível da independência nas AVD's. Nesta RSL é referido que a TE melhorou, de forma moderada, a capacidade das pessoas estudadas de executar AVD's.

Existe ainda evidência que quando a TE é associada a outro tipo de terapias a sua eficácia nos MS é amplificada (Patrocínio, 2023) e que é uma intervenção valiosa enquanto tratamento adicional à reabilitação convencional. E não acarreta nenhum efeito adverso (Thieme, *et al.*, 2018).

No entanto, há estudos que referem que a TE é mais eficaz a nível distal dos MS,

nomeadamente na mão e dedos, comparativamente às regiões proximais, como o ombro e o cotovelo, devendo-se ao *design* da própria caixa de espelho (Patrocínio, 2023).

Eficácia da TE unimanual

De acordo com o artigo selecionado, a TE unimanual concretiza-se pelo movimento do membro não afetado, refletindo-o no espelho, enquanto o membro afetado se encontra atrás do espelho, coberto para que não seja possível a sua visualização (Hsieh, *et al.*, 2025).

A intervenção unimanual não se encontra tão vastamente estudada, dado apenas dois estudos incluídos na RSL e meta-análise abordarem especificamente esta técnica (Hsieh, *et al.*, 2025). A maioria dos artigos encontrados não diferencia o tipo de TE aplicada (unimanual/bimanual) (Oliveira, *et al.*, 2022).

A aplicação de TE unimanual não demonstrou benefícios estatisticamente significativos quando comparada com o grupo de controlo. O benefício foi avaliado tendo em conta o défice motor que foi avaliado na sua maioria de acordo com *Fugl-Meyer Assessment for the Upper Extremity* (FMA-EU), já a função do MS foi avaliada de acordo com as escalas *Action Research Arm Test* (ARAT), *Box and Block Test* e o *Wolf Motor Function Test* (Hsieh, *et al.*, 2025).

A influência da TE unimanual nas AVD, ou seja, na avaliação funcional, dos participantes foi avaliada por escalas como o *Barthel Index* (BI), *Functional Independence Measure* (FIM) e *Instrumental Activities of Daily Living* (IADL) e não demonstrou melhoria significativa da mesma. Já a qualidade de vida não foi avaliada seguindo nenhuma escala e não existem dados suficientes para concluir o efeito benéfico da TE unimanual na qualidade de vida (Hsieh, *et al.*, 2025).

Eficácia da TE bimanual

Na TE bimanual, a pessoa tenta mover os MS simultaneamente. O membro não afetado é posicionado em frente ao espelho e o membro afetado permanece atrás do

espelho, tentando a pessoa movimentá-lo o melhor que consegue (Hsieh, *et al.*, 2025).

Na RSL e meta-análise de Hsieh, *et al.*, foram incluídos 10 estudos nos quais foi implementada a TE bimanual. A TE bimanual, quando comparada aos grupos de controlo, nos quais foi implementada terapia convencional ou até mesmo TE simulada, apresentou efeitos significativamente melhores na redução do declínio motor do MS afetado, avaliado pela escala FMA-UE e na função do membro superior, avaliada por ARAT, BBT e WMFT (Hsieh, *et al.*, 2025).

Também, a influência desta nas AVD foi significativamente positiva, pela avaliação do BI, FIM e IADL e comparação com os grupos de controlo. Já a qualidade de vida não apresenta instrumento de medida e não foi possível recolher dados suficientes para avaliação deste domínio e comparação com os grupos de controlo (Hsieh, *et al.*, 2025).

A eficácia da TE bimanual é suportada como benéfica na recuperação motora quando implementada de forma isolada ou associada a reabilitação convencional na fase subaguda, segundo Silva & Vieira (2017, cit. por Freitas, *et al.*, 2022).

Por outro lado, o estudo de Thieme, *et al.*, (2013, cit. por Ventoulis, *et al.*, 2024), aborda um estudo específico de implementação de TE bimanual durante a fase subaguda, nomeadamente nos primeiros 3 meses pós-AVC, que não demonstrou a TE mais eficaz do que a terapia de controlo na melhoria da função motora, espasticidade e independência em AVD. No entanto, este estudo é uma revisão narrativa na qual não foi realizada uma análise sistemática da qualidade metodológica.

Tal como na TE unimanual, a qualidade de vida não foi avaliada segundo nenhuma escala e não existem dados suficientes para concluir o efeito benéfico da TE bimanual na qualidade de vida (Hsieh, *et al.*, 2025). Nesta, existe também necessidade de mais investigação da TE na qual seja diferenciada entre unimanual e bimanual, dada a escassez de estudos que a diferenciem.

CONCLUSÃO

A TE revelou-se uma intervenção eficaz e promissora na reabilitação motora de pessoas em fase subaguda pós-AVC, nomeadamente ao nível dos membros superiores.

O estudo selecionado destaca a eficácia da TE bimanual na melhoria da função motora e na promoção da autonomia da pessoa na realização das suas AVD. É uma intervenção vantajosa dado os ganhos em saúde que acarreta, a sua fácil implementação e baixo custo. Demonstrando-se como uma técnica vantajosa na prática clínica de enfermagem, particularmente em contextos como o internamento de Neurologia.

Sob a perspetiva do modelo teórico adotado - a Teoria das Transições - a TE constitui-se como uma estratégia eficaz que promove a recuperação e a adaptação da pessoa à nova realidade. Desta forma, o processo de transição saúde-doença é incentivado. Este modelo permitiu transpor uma técnica aplicada e documentada por fisioterapeutas para a prática de enfermagem. Esta abordagem reforça o papel do enfermeiro na promoção da transição da pessoa e o cuidado, não só físico como também emocional, centrado na mesma.

Os objetivos definidos foram alcançados dado o aprofundamento de conhecimento sobre o AVC, a TE e a sua eficácia. Assim como o desenvolvimento de competências de investigação, de aplicação da metodologia NJC, e especialmente na capacidade de avaliar criticamente a evidência encontrada. Para além disso, com esta metodologia e a apresentação do artigo em contexto de EC é reforçada a importância e promovida a prática baseada na evidência enquanto fundamento essencial para o processo de enfermagem.

Destacam-se como limitações a escassez de estudos que diferenciem a TE unimanual da bimanual e a ausência de investigação com Elevado nível de evidência que explorem a eficácia da TE noutras localizações anatómicas.

Assim, a TE demonstra-se como uma técnica com potencial para recuperação funcional, mas também a recuperação da autonomia e da adaptação, aliando o conhecimento técnico-científico ao cuidar humanizado.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Acharya, S., & Shukla, S. (2012). Mirror neurons: enigma of the metaphysical modular brain. 3(2), pp. 118-124. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC3510904/>
- Boller, F., Grafman, J., & Robertson, I. (2003). Handbook of neuropsychology - volume 9: Plasticity and Rehabilitation. Elsevier Sciences.
- Castro, P., Martins, M., Couto, G., & Reis, M. (2018). Terapia por caixa de espelho e autonomia no autocuidado após acidente vascular cerebral: programa de intervenção. <https://doi.org/10.12707/RIV17088>
- Freitas, C., Rodrigues, C., Pratas, L., & Almeida, S. (2022). Terapia de espelho na reabilitação do membro superior pós Acidente Vascular Cerebral - Estudo de Caso. 5(1), pp. 15-19. <https://rper.aper.pt/index.php/rper/article/view/192/497>
- Gandhi, D., Sterba, A., Khatter, H., Pandian, J., & Bhanot, K. (2020). Mirror Therapy in Stroke Rehabilitation: Why, How Early, and Effects: A Meta-Analysis. 3(2), pp. 72-80. <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/2516608520974512>
- Hsiao, C.-P., Zhao, C., & Do, E. (2013). The Digital Box and Block Test: Automating Traditional Post-Stroke Rehabilitation Assessment. pp. 360-364. <https://ieeexplore.ieee.org/stamp/stamp.jsp?tp=&arnumber=6529516>
- Hsieh, Y.-L., Yang, T.-Y., Peng, Z.-Y., Wang, R.-Y., Shih, H.-T., & Yang, Y.-R. (2025). Effects of mirror therapy on motor and functional recovery of the upper extremity in subacute stroke: Systematic review and meta-analysis. pp. 567-581. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39853944/>

- Jette, A. (2009). Toward a Common Language of Disablement. 64(11), pp. 1165-1168.
<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC2759568/pdf/glp093.pdf>
- Kundi, M., & Spence, N. (2022). Efficacy of mirror therapy on lower limb motor recovery, balance and gait in subacute and chronic stroke: A systematic review. pp. 1-13.
<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/pri.1997>
- Meleis, A. I. (2010). Transitions theory: Middle range and situation specific theories in Nursing Research and Practice. Springer Publishing Company.
- Moreira, R. (2011). Pacientes com Acidente Vascular Cerebral: Validação de definições constitutivas e operacionais construídas para o resultado de enfermagem mobilidade. Universidade Federal do Ceará, Ceará, Brasil: Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem.
https://repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/7007/1/2011_tese_rpmoreira.pdf
- Oliveira, M., Costa, Y., Sousa, J., Coutinho, M., Silva, J., Caldeira, F., Waltermann, M. (2022). Efeitos e aplicabilidade da terapia espelho na neuroreabilitação. 8(3), pp. 19431-19445.
<https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BRJD/article/download/45385/pdf/113397>
- Patrocínio, C. (2023). Efeito da terapia de espelho na recuperação da funcionalidade do membro superior em indivíduos com AVC crônico: revisão sistemática. Instituto Politécnico de Lisboa, Lisboa, Portugal: Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa.
<https://repositorio.ipl.pt/entities/publication/498463f5-9369-414c-9dfe-004d02dffb61>
- Portugal Angels Nurse Task Force. (2025). Guia de Enfermagem do Acidente Vascular Cerebral. Portugal: portugal angels nurses task force.
https://spavc.org/wp-content/uploads/2025/03/Guia-de-Enfermagem-do-AVC_1Ed_Jan25_NTF-2.pdf?fbclid=IwY2xjawKFxH5leHRuA2FlbQIxMABicmlkETFPNkIwbTdSMDF4ZGU0aVdtAR7C5ujqVgjLBpmqfpZA2PhyZ64ioKcQTHL6x4Xhb0PO-b3qS02xxxetjoCqmA_aem_g8RyfnHZusGl13OZ1FydSw
- The Joanna Briggs Institute. (2013). JBI Grades of Recommendation. Joanna Briggs Institute:
https://jbi.global/sites/default/files/2019-05/JBI-grades-ofrecommendation_2014.pdf
- The Joanna Briggs Institute. (2013). JBI Levels of Evidence. Obtido de Joanna Briggs Institute :
https://jbi.global/sites/default/files/2019-05/JBI-Levels-of-evidence_2014_0.pdf
- Thieme, H., Morkisch, N., Mehrholz, J., Pohl, M., Behrens, J., Borgetto, B., & Dohle, C. (2018). Mirror therapy for improving motor function after stroke. (7).
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29993119/>
- Valizadeh, L., Zamanzadeh, V., Alizadeh, S., & Vosoughi, M. (2022). Promoting evidencebased nursing through journal clubs: an integrative review. 7(27), pp. 602-620.
https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9669933/pdf/10.1177_17449871211022799.pdf
- Ventoulis, I., Gkouma, K.-R., Ventouli, S., & Polyzogopoulou, E. (2024). The Role of Mirror Therapy in the Rehabilitation of the Upper Limb's Motor Deficits After Stroke: Narrative Review. 13.
<https://doi.org/10.3390/jcm13247808>

INTERVENÇÃO DO(A) ENFERMEIRO(A) NA PREVENÇÃO DE ÚLCERAS POR PRESSÃO NA PESSOA SUBMETIDA A VENTILAÇÃO NÃO INVASIVA

Nurse's Intervention in the Prevention of Pressure Ulcers in Patients Undergoing Non-Invasive Ventilation

Mariana Charneca¹, Samuel Campina², Hugo Franco³

Resumo

Enquadramento: Dado o uso frequente da Ventilação Não Invasiva (VNI) na pessoa com doença respiratória, torna-se fundamental refletir sobre um dos seus riscos associados, nomeadamente, o desenvolvimento de Úlceras por Pressão (UPP) nas zonas de contacto com este dispositivo.

Objetivos: Identificar intervenções de enfermagem eficazes na prevenção de UPP em pessoas com VNI; reforçar o cuidado centrado na pessoa; e, Promover a aplicação prática de evidência científica na prevenção destas complicações clínicas.

Metodologia: Foi realizado um Nursing Journal Club (NJC) com base na questão de investigação: “Qual a intervenção do(a) Enfermeiro(a) na Prevenção de Úlcera por Pressão na Pessoa submetida a Ventilação Não Invasiva?”. A pesquisa foi realizada nas bases de dados: CINAHL; MEDLINE; COCHRANE; e, PUBMED.

Resultados: Foi selecionado 1 artigo, nomeadamente, uma Revisão Sistemática da Literatura (RSL) que fazia alusão às intervenções de enfermagem para prevenção de UPP na pessoa submetida a VNI, em concordância com os critérios de inclusão e exclusão estabelecidos.

Discussão e Conclusões: A RSL analisada reuniu evidência de 23 estudos, demonstrando que diversas estratégias podem ser eficazes na prevenção de UPP associadas ao uso de máscaras de VNI. Para isso os autores classificaram as intervenções em sete categorias principais: Tipo de Máscara; Posicionamento; Tipo de Penso Protetor; Soluções Protetoras Tópicas; Ajuste da Fuga de Ar da Máscara; Humidificação; e, Design de Máscaras Personalizadas. **Palavras-Chave:** Prevenção; Úlcera por Pressão; Ventilação Não Invasiva

Abstract

Background: Given the frequent use of Non-Invasive Ventilation (NIV) in individuals with respiratory disease, it is essential to reflect on one of its associated risks, namely the development of Pressure Ulcers (PU) in areas of contact with the device.

Objectives: Identify effective nursing interventions for the prevention of PU in individuals using NIV; Reinforce person-centered care; and, Promote the practical application of scientific evidence in the prevention of these clinical complications.

Methodology: A Nursing Journal Club (NJC) session was conducted based on the research question: “What is the nurse’s intervention in the prevention of pressure ulcers in individuals undergoing non-invasive ventilation?”. The literature search was carried out in the following databases: CINAHL, MEDLINE, COCHRANE, and PUBMED.

Results: One article was selected, specifically a Systematic Literature Review (SLR) that addressed nursing interventions for the prevention of UP in individuals undergoing NIV, in accordance with the established inclusion and exclusion criteria.

Discussion and Conclusions: The analyzed SLR gathered evidence from 23 studies, demonstrating that various strategies can be effective in preventing PU associated with the use of NIV masks. The authors categorized the interventions into seven main groups: Type of Mask, Positioning, Type of Protective Dressing, Topical Protective Solutions, Adjustment of Mask Air Leaks, Humidification, and Customized Mask Design. **Keywords:** Prevention; Pressure Ulcer; Non-Invasive Ventilation

Introdução

¹ Estudante de 4º ano do Curso de Licenciatura em Enfermagem, Escola Superior de Saúde, Instituto Politécnico de Setúbal.

² Enfermeiro no Serviço de Enfermagem de Isolamento da Unidade Local de Saúde Almada-Seixal.

³ Professor Adjunto, Escola Superior de Saúde, Instituto Politécnico de Setúbal. hugo.franco@ess.ips.pt

Introdução

Uma **Enfermaria de Isolamento** é uma unidade hospitalar que trata pessoas com doenças infetocontagiosas, prevenindo a transmissão para outras pessoas internadas, profissionais de saúde e visitantes, sendo especialmente importante para doenças respiratórias transmissíveis, como Gripe, COVID-19 e Tuberculose (Bastos, 2023).

As **Doenças Respiratórias** transmissíveis são uma das principais causas de morbidade e mortalidade em Portugal, com grande impacto na saúde pública e no sistema de saúde (SNS 24, 2023).

As doenças respiratórias crônicas, afetam uma parte significativa da população, e, com a pandemia de COVID-19, tornou-se evidente a importância das terapias respiratórias não invasivas, também eficazes em casos de insuficiência respiratória aguda (SPP, 2021).

A **Ventilação Não Invasiva** é uma forma eficaz de suporte ventilatório sem necessidade de procedimentos invasivos. A VNI melhora a oxigenação, corrige a hipercapnia e a acidose respiratória, alivia a dispnéia e o esforço respiratório, previne a fadiga muscular e otimiza a ventilação alveolar (Costa *et al.*, 2018).

Para o sucesso da VNI, é fundamental uma avaliação criteriosa, identificando as pessoas que realmente necessitam deste suporte, com prioridade para os casos de diagnóstico reversível e com evidência científica que justifique a sua aplicação (*Idem*).

Os equipamentos da VNI incluem três principais componentes: ventilador; máscara; e, mangueira. O ventilador fornece ar filtrado, podendo ter aquecimento e humidificação. A máscara deve adaptar-se bem ao rosto, considerando fatores como o formato facial, barba ou claustrofobia. A mangueira, que liga o ventilador à máscara, pode ser aquecida para evitar condensação. O uso adequado, conforme orientação médica, é essencial, pois a má utilização pode comprometer a eficácia da terapia (Gomes & Leuschner, 2023).

Uma **Úlcera por Pressão**, é uma lesão na pele e/ou tecidos subjacentes causada por pressão prolongada ou combinada com forças de cisalhamento, geralmente sobre proeminências ósseas. Classifica-se em quatro categorias: eritema persistente com pele intacta (Categoria I); lesão parcial da

pele (Categoria II); perda total da espessura da pele atingindo tecido subcutâneo (Categoria III); e, lesão profunda que envolve músculo, osso ou estruturas de suporte (Categoria IV). O desenvolvimento das UPP resulta da interação entre fatores externos, como pressão e fricção, e fatores internos, como alterações na perfusão tecidual (EPUAP, 2019).

A ocorrência de UPP na face é uma complicação comum associada ao uso da VNI, com a incidência a variar entre 2% e 70%. Por esse motivo, destaca-se a necessidade de medidas preventivas durante a sua aplicação clínica (Martins *et al.*, 2016). As lesões por dispositivos médicos, como as associadas à VNI, resultam da pressão sobre a pele e as mucosas, causando isquemia tecidual que compromete a oxigenação e favorece o edema, agravando a pressão local. Como a VNI é vista como essencial ao tratamento, é fundamental implementar estratégias de prevenção, especialmente em doentes críticos, onde fatores como instabilidade hemodinâmica, uso de fármacos vasoativos, desnutrição, alteração do nível de consciência e hipoxemia elevam o risco de lesões associadas à VNI (Quitério, 2019).

As **Intervenções de Enfermagem** durante a VNI são desafiantes, pois exigem cuidados adaptados às necessidades individuais de cada pessoa, baseados na avaliação contínua e planeamento personalizado conforme diretrizes clínicas. A ulceração nasal é uma complicação comum, frequentemente causada por ajuste inadequado da máscara ou características da pessoa, mas não obriga à interrupção da VNI, requerendo uma resposta rápida e focada na prevenção. O enfermeiro desempenha um papel central na adaptação da pessoa à VNI e na redução da incidência de UPP relacionadas com a interface da ventilação, aproveitando a proximidade e frequência das intervenções para melhorar os cuidados (Grilo & Alminhas, 2017).

Este estudo baseia-se na **Teoria do Cuidado Humano** de **Jean Watson**, que valoriza a relação recíproca entre enfermeiro e pessoa cuidada, promovendo um cuidado holístico que integra as dimensões física, emocional, espiritual e existencial. O foco é harmonizar mente, corpo e alma, estimulando autoconhecimento, autorrespeito,

autocuidado e autocura. No Metaparadigma da Enfermagem, *Watson* destaca os conceitos de Saúde (equilíbrio das dimensões humanas), Cuidado de Enfermagem (ato filosófico e afetivo com o enfermeiro como parceiro) e Pessoa (ser único e espiritual em interação com o mundo). Embora o Ambiente não seja explicitamente definido, está implícito no Processo *Caritas*, que guia um cuidado compassivo e autêntico. Essa teoria apoia a atuação do enfermeiro na prevenção de UPP em pessoas sob VNI, incentivando práticas sensíveis, individualizadas e éticas (Evangelista *et al.*, 2020).

A Teoria do Cuidado Humano de *Jean Watson* fornece um quadro importante para a intervenção do enfermeiro na prevenção de UPP em pessoas sob VNI, enfatizando um cuidado holístico e individualizado que reconhece a pessoa como um ser único e complexo. O enfermeiro desempenha um papel essencial na monitorização e adaptação da máscara, na promoção do conforto, na vigilância contínua da integridade da pele e na aplicação de estratégias preventivas adaptadas às necessidades e vulnerabilidades individuais (*Idem*).

Metodologia

Com o intuito de aprofundar o conhecimento sobre as intervenções de enfermagem mais eficazes na prevenção de UPP em pessoas submetidas a VNI, foi formulada a seguinte questão de investigação “**Qual a Intervenção do(a) Enfermeiro(a) na Prevenção de Úlcera por Pressão na Pessoa submetida a Ventilação Não Invasiva?**”, que teve por base o acrónimo PICO:

P [População] – Pessoa submetida a Ventilação Não Invasiva;

I [Intervenção] – Intervenção do(a) Enfermeiro(a);

C [Comparação] – Não aplicável;

O [Outcome] – Prevenção de Úlcera por Pressão.

Os **critérios de inclusão** estabelecidos para este NJC foram: pessoas com idade igual ou superior a 18 anos, que apresentem UPP consequentes da utilização de VNI; estudos que se foquem na intervenção do(a) enfermeiro(a) para a prevenção de UPP associadas à VNI; estudos cuja intervenção do(a) enfermeiro(a) demonstre um impacto

positivo na prevenção de UPP nas pessoas submetidas a VNI; e, estudos de natureza quantitativa, qualitativa e Revisões Sistemáticas da Literatura (RSL).

Relativamente aos **critérios de exclusão**, optou-se por não incluir neste NJC estudos que envolvam participantes com idade inferior a 18 anos e/ou que apresentem UPP não associadas à VNI, estudos realizados fora do contexto de internamento hospitalar e estudos que tenham sido conduzidos por profissionais de saúde que não sejam enfermeiros.

Estratégia de Pesquisa

O propósito desta etapa foi identificar e reunir estudos pertinentes para o tema em análise. Para isso, utilizou-se as bases de dados disponíveis, ao conduzir uma pesquisa com os termos de indexação definidos a partir de um *Brainstorming* prévio, apresentado na Tabela 1.

POPULAÇÃO	INTERVENÇÃO	RESULTADO/OUTCOME
AB Noninvasive Ventilation* OR TI Noninvasive Ventilation*	AB Nurs* Car* OR TI Nurs* Car*	AB Pressure Ulcer* OR TI Pressure Ulcer*
AB Non-Invasive Ventilation* OR TI Non-Invasive Ventilation*	AB Nurs* Intervention* OR TI Nurs* Intervention*	AB Pressure Injur* OR TI Pressure Injur*
AB NIV* OR TI NIV*	AB Nurs* Role* OR TI Nurs* Role*	AB Pressure Sores OR TI Pressure Sores
	AB Nurs* OR TI Nurs*	

Tabela 1 - Estratégia de Pesquisa [Brainstorming]

Dito isto, foi realizada a pesquisa nas seguintes bases de dados: CINAHL, MEDLINE, COCHRANE e PUBMED. Para tornar a pesquisa mais precisa, foram aplicados como filtros a disponibilidade do texto integral (*full text*) e o intervalo de publicação dos últimos cinco anos (2020-2025), assegurando, assim, a qualidade da evidência selecionada.

Desta pesquisa inicial, resultou a identificação de 23 artigos, onde, após a eliminação de duplicados provenientes das diferentes bases de dados consultadas, permaneceram 16 artigos. Em seguida, procedeu-se a uma triagem rigorosa, com base na relevância do estudo para a questão de investigação e na análise dos títulos e resumos dos mesmos, sendo selecionado um único artigo para análise e discussão aprofundada.

Na Tabela abaixo, encontram-se representadas, de forma sintética, informações relevantes sobre o artigo selecionado, no caso, uma RSL, onde se consta que, para além de responder à questão

de investigação desenvolvida para este trabalho, também apresenta o nível de evidência mais elevado, segundo o *Joanna Briggs Institute (JBI) Levels of Evidence* (2013). No que diz respeito ao grau de recomendação, este artigo apresenta o maior grau de recomendação clínica, uma vez que é baseado em evidências de boa qualidade, maioritariamente, *Randomized Controlled Trials* (RCTs) (Braga & Melo, 2009).

Título	Autores e Ano	Tipo de Estudo	Nível de Evidência	Grau de Recomendação
Mask-related pressure injury prevention associated with non-invasive ventilation: A systematic review	Zeydi et al., 2024	Revisão Sistemática da Literatura	Nível 1	A

Tabela 2 - Identificação do Artigo submetido para Avaliação da Qualidade Metodológica

Discussão de Resultados

A RSL analisada reuniu evidência de 23 estudos, demonstrando que diversas estratégias podem ser eficazes na prevenção de UPP associadas ao uso de máscaras de VNI. Para isso os autores classificaram as intervenções em sete categorias principais: Tipo de Máscara; Posicionamento; Tipo de Penso Protetor; Soluções Protetoras Tópicas; Ajuste da Fuga de Ar da Máscara; Humidificação; e, Design de Máscaras Personalizadas (Zeydi *et al.*, 2024).

No que diz respeito ao **Tipo de Máscara**, notou-se uma correlação entre a mesma, a tolerância à VNI, o conforto da pessoa, a ocorrência de fugas e a incidência de UPP. A escolha do tipo de máscara mostrou ter impacto direto na incidência de UPP, em adultos, com máscaras faciais completas e capacetes a revelarem menor taxa de lesões comparativamente a máscaras nasais ou oronasais. No caso, 20% das pessoas que usam máscaras oronasais desenvolveram UPP, em comparação com 2% daqueles que usaram máscaras faciais completas (*Idem*). Independentemente do tipo de máscara, os efeitos adversos associados às mesmas mostram que a aplicação de uma pressão de 35mmHg por um período de duas horas é suficiente para provocar isquémia na pele e evoluir para uma necrose por pressão. Diante disso, recomenda-se a utilização de máscaras com revestimento em silicone nasal, que demonstraram reduzir significativamente tanto a frequência quanto a gravidade das UPP. Além disso, destaca-se a importância da avaliação e monitorização sistemática da integridade da pele, especialmente nos pontos de contacto com a

máscara, com uma periodicidade de 4 a 6 horas, antes e durante a VNI (Ladeira, 2023). Relativamente à categoria do **Posicionamento**, posicionar a pessoa em fowler ou semi-fowler favorece a expansão dos pulmões e ajuda a reduzir as fugas de ar, contribuindo para maior conforto. No entanto, com a análise desta RSL, notou-se que o decúbito dorsal demonstrou uma diminuição da pressão na ponte nasal comparativamente a outros posicionamentos que exijam a cabeceira da cama mais elevada. Ao adotar o decúbito dorsal, a pressão exercida pela máscara é mais uniformemente distribuída, diminuindo a necessidade de ajustes apertados. Dito isto, este posicionamento reduz a carga sobre a ponte nasal, tornando essa posição mais vantajosa na prevenção de UPP nessa área (Ladeira, 2023; Zeydi *et al.*, 2024).

Materiais de proteção podem criar uma barreira contra a máscara que se encontra em contacto com a pele, de modo a prevenir danos. Em relação à categoria do **Tipo de Pensos Protetores**, verificou-se que pensos hidrocolóides, espumas e pensos transparentes tiveram um impacto substancial na duração da formação de UPP, sobretudo quando aplicados preventivamente nas zonas de maior pressão. Com base num estudo de meta-análise, os resultados indicam que pensos hidrocolóides são eficazes na prevenção de UPP faciais relacionadas com a VNI, superando até outras abordagens. Contudo, a aplicação de pensos protetores foi encontrado correlacionado com a elevada fuga de ar da máscara, indicando uma potencial associação com a disfunção da VNI. Para superar este desafio, é necessário exercer uma maior pressão para fixar corretamente a máscara, aumentando assim o risco de UPP (Zeydi *et al.*, 2024).

No que diz respeito às **Soluções Protetoras Tópicas**, um dos estudos incluídos na RSL avaliou a eficácia da utilização de uma Solução de Ácidos Gordos Hiperóxigenados (HOFA), uma substância tópica usada na prevenção e tratamento de lesões cutâneas, especialmente UPP. Neste estudo, uma máscara oronasal foi colocada sobre a pele protegida, usando uma aplicação suave da solução HOFA no queixo, maçãs do rosto, ponte nasal e testa, verificando-se, consequentemente, que as UPP faciais foram

significativamente menos comuns com o uso da solução HOFA. Contrariamente aos pensos protetores, verificou-se que as soluções protetoras tópicas evitam a disfunção da VNI, atingem um menor nível de fuga, evitando a aplicação de mais força para fixar a máscara aquando a utilização de pensos de poliuretano e hidrocolóides (*Idem*).

O **Ajuste da Fuga de Ar da Máscara** é o conceito utilizado para quantificar o fluxo de ar que ocorre entre a pele e a máscara. Apertar a máscara no rosto da pessoa é essencial para reduzir a fuga da máscara, mas também expõe a pessoa a um maior risco de UPP. Portanto, alcançar uma zona segura em relação à fuga da máscara pode auxiliar na redução da ocorrência de UPP. Nesta RSL, vale ressaltar que apenas um estudo sobre pediatria indicou uma ligação significativa entre a prevenção de UPP e a fuga de ar da máscara (*Ibidem*). Por esse motivo, ao se recorrer a outros estudos para além dos incluídos nesta RSL, verificou-se que, em situações com pressões elevadas, podem ser toleradas fugas de até 30 a 40 litros por minuto. No entanto, sugere-se que o mais adequado é manter as fugas abaixo de 25 litros por minuto (Ladeira, 2023).

A VNI combinada com a **Humidificação** pode induzir alterações no microclima da pele, alterar a aparência facial e a função de barreira protetora da pele. Para garantir que a pele permanece saudável, é fundamental tomar medidas preventivas que mantêm a camada externa da pele seca e que aliviem a pressão entre a pele e a máscara (Zeydi *et al.*, 2024).

As impressoras 3D e os avanços tecnológicos aumentaram significativamente a capacidade de personalização de dispositivos. Um estudo foi realizado para avaliar o **Design de Máscaras Personalizadas**, nomeadamente, o modelo da ferramenta de encaixe. Esta ferramenta calcula a distância entre as superfícies do rosto e da máscara para criar um controlo personalizado da interface de conexão. Neste estudo, foi observado eritema em todas as pessoas a utilizar a máscara sem dispositivo de ajuste, mas apenas 25% experienciaram isso com um dispositivo de ajuste. Para além disso, o dispositivo de ajuste resultou na diminuição da incidência de eritema na face das pessoas

e nas fugas de ar das máscaras. O dispositivo de adaptação proporcionou alívio do desconforto e uma redução significativa na pressão por contato com a ponte nasal. Contudo, ao contrário da ponte nasal, o queixo das pessoas demonstrou um maior grau de pressão por contacto (*Idem*).

Feita a análise dos resultados obtidos desta RSL, verifica-se que a escolha da máscara ideal impacta significativamente a ocorrência de UPP na população adulta, apesar de ser uma intervenção mais complexa do que o esperado. Ainda que, personalizar máscaras para cada pessoa possa ser uma estratégia benéfica na redução de UPP e de outros efeitos negativos, existem fatores económicos que podem impor limites às opções de personalização. Portanto, escolher a máscara correta é vital em contextos clínicos (*Ibidem*).

Dito isto, é possível notar que estratégias como o design personalizado de máscaras, a humidificação e o ajuste adequado das fugas de ar das máscaras revelam-se promissoras, ainda que apoiadas por um número mais limitado de estudos. No geral, mais estudos em ambientes clínicos são necessários para comprovar a sua eficácia e a relação custo-eficácia, no caso desses tipos de máscaras (*Ibidem*).

Salienta-se a necessidade de ensaios clínicos robustos que permitam estabelecer recomendações padronizadas e orientações baseadas em evidência, especialmente considerando a crescente utilização da VNI em diversos contextos clínicos e a vulnerabilidade das pessoas à ocorrência de lesões induzidas por estes dispositivos médicos (*Ibidem*).

Conclusão

No desenvolvimento deste NJC, focado na prevenção de UPP em pessoas submetidas a VNI, a sua realização fornece conhecimento atualizado e específico sobre estratégias preventivas eficazes, como a escolha adequada da máscara, a utilização de pensos protetores, o ajuste da fuga de ar e a humidificação. Estas intervenções, quando integradas na rotina de cuidados, podem reduzir significativamente a incidência de UPP, contribuindo para a segurança e conforto da pessoa e para a eficiência dos cuidados de enfermagem. Além disso, este NJC reforça o papel central do enfermeiro na

vigilância contínua da integridade cutânea e na adaptação personalizada do equipamento, evidenciando a importância de um cuidado holístico, sensível e centrado na pessoa, alinhado com os princípios da Teoria do Cuidado Humano de Jean Watson.

Por fim, fomenta uma cultura de aprendizagem colaborativa e reflexiva entre os membros das equipas de enfermagem, promovendo o desenvolvimento profissional e a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados em contextos hospitalares.

Considerando os desafios atuais e a alta incidência de UPP causadas pela VNI, os especialistas concordam com a eficácia destes métodos preventivos, ao demonstrarem uma significativa redução na incidência de UPP causadas por máscaras de VNI (Zeydi *et al.*, 2024).

Deve-se ponderar cuidadosamente a seleção da máscara mais adequada dentre as opções disponíveis, tendo em consideração as especificidades de cada pessoa, como a sua faixa etária e características da pele. No que diz respeito aos pensos protetores, estes demonstraram uma eficácia satisfatória, no entanto, os resultados de próximas investigações podem revelar-se inestimáveis na seleção dos pensos ideais (*Idem*).

Com a elaboração deste NJC, para além das medidas preventivas abordadas, considero fundamental ressaltar que a maioria das pessoas que necessitam de VNI apresentam doenças respiratórias crónicas, ficando com indicação para cumprir VNI no seu domicílio, após alta hospitalar. Com isto, o ensino à própria pessoa e/ou aos seus cuidadores sobre as estratégias preventivas de desenvolvimento de UPP é considerada uma intervenção indispensável, no âmbito da competência do enfermeiro, que tem como objetivo a promoção da saúde e a continuidade dos cuidados prestados.

Referências Bibliográficas

- Bastos, C. (2023). *Isolamento*. Repositório Comum.
<https://comum.rcaap.pt/entities/publication/197b1dac-2b01-46cd-a0a0-d4443906b26f>
- Braga, R., & Melo, M. (2009). Como fazer uma Revisão Baseada na Evidência. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, 25, 660-666.

- <https://rpmgf.pt/ojs/index.php/rpmgf/article/download/10691/10427>
- Costa, J. C., Machado, J. N., Costa, J., Fortuna, J., Gama, J., & Rodrigues, C. (2018). Ventilação Não Invasiva: Experiência de um Serviço de Medicina Interna. *Revista da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna*, 25(1), 18-22.
https://www.spmi.pt/revista/vol25/vol25_n1_2018_18_22.pdf
- EPUAP. (2019). *Prevenção e Tratamento de Lesões/Úlceras por Pressão: Guia de Consulta Rápida*.
<https://epuap.org/download/8570/>
- Evangelista, C. B., Lopes, M. E., Nóbrega, M. M., Vasconcelos, M. F., & Viana, A. C. (2020). Análise da teoria de Jean Watson de acordo com o modelo de Chinn e Kramer. *Revista de Enfermagem Referência*, 5(4), 1-6.
https://web.esenfc.pt/v02/pa/conteudos/downloadArtigo.php?id_ficheiro=3445&codigo=
- Gomes, I., & Leuschner, P. (2023). *Ventilação Não Invasiva – Viver com DPOC*. Sociedade Portuguesa de Medicina Interna.
https://www.spmi.pt/wp-content/uploads/2023/06/FOLHETOS_5d_ventilacao_versao_1.pdf
- Grilo, C., & Alminhas, S. (2017). Ventilação Não Invasiva: Úlcera por Pressão na Face – Implicações para a Prática Clínica. *Revista Onco.News*, 34, 16-24.
<https://onco.news/index.php/journal/article/view/88/105>
- JB, Joanna Briggs Institute. (2013). *JB Levels of Evidence*.
https://jbi.global/sites/default/files/2019-05/JBI-Levels-of-evidence_2014_0.pdf
- Ladeira, C. M. (2023). *Prevenção de Complicações na Ventilação Não Invasiva: Protocolo de Boas Práticas* [Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra]. ESEnFC.
https://web.esenfc.pt/pav02/include/download.php?id_ficheiro=143825&codigo=s9xBSryA
- Martins, M. D., Ribas, P. S., Sousa, J. R., Silva, N. A., Preto, L. S., & Correia,

- T. I. (2016). Úlceras de pressão na face em doentes submetidos a ventilação não invasiva hospitalizados em cuidados intermédios. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(10), 103-111.
https://web.esenfc.pt/v02/pa/conteudos/downloadArtigo.php?id_ficheiro=1077&codigo=
- Quitério, C. F. (2019). *Úlceras por Pressão associadas à interface de ventilação não invasiva: medidas preventivas* [Dissertação de Mestrado, Instituto Politécnico de Setúbal]. Repositório Comum.
<https://comum.rcaap.pt/entities/publication/3b81576e-128b-488f-bff9-a3ccc3ec4682>
- SNS 24. (2023, 19 de setembro). *Doenças respiratórias*.
<https://www.sns24.gov.pt/tema/doencas-respiratorias/>
- SPP, Sociedade Portuguesa de Pneumologia. (2021, 23 de fevereiro). *SPP Salienta a Importância das Unidades de Cuidados Respiratórios Intermédios Integradas nos Serviços de Pneumologia*.
<https://www.sppneumologia.pt/noticias/spp-salienta-a-importancia-das-unidades-de-cuidados-respiratorios-intermedios-integradas-nos-servicos-de-pneumologia->
- Zeydi, A. E., Zare-Kaseb, A., Nazari, A. M., Ghazanfari, M. J., & Sarmadi, S. (2024). Mask-related pressure injury prevention associated with non-invasive ventilation: A systematic review. *International Wound Journal*, 21(6), 1-15.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38826030/>

