



**EDIÇÃO ESPECIAL DE
ANIVERSÁRIO
20 ANOS**

Revista INVESTIGAÇÃO EM ENFERMAGEM

Nº32 SÉRIE 2 - AGOSTO 2020

SUMÁRIO / SUMMARY

EDITORIAL

7

TROCA DE GASES PREJUDICADA E INTOLERÂNCIA À ATIVIDADE NA DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA: ESTUDO DE CASO

IMPAIRED GAS EXCHANGE AND ACTIVITY INTOLERANCE IN CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE: A CASE STUDY
DETERIORO DEL INTERCAMBIO DE GASES Y LA INTOLERANCIA A LA ACTIVIDAD EN LA ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUTIVA CRÓNICA: UN ESTUDIO DE CASO

9

Ana Rita Horta; Luís Manuel Mota Sousa; Maria José Bule; Isabel Bico; Maria dos Anjos Frade; Maria do Céu Pinto Marques

APLICAÇÃO DO QUESTIONÁRIO DN4 NO ESTUDO DA DOR NEUROPÁTICA NUM HOSPITAL DISTRITAL

APPLICATION OF THE QUESTIONNAIRE DN4 IN THE STUDY OF NEUROPATHIC PAIN IN A DISTRICT HOSPITAL
APLICACIÓN DEL CUESTIONARIO DN4 EN EL ESTUDIO DEL DOLOR NEUROPÁTICO EN UN HOSPITAL DISTRITO

21

Ana Carina Madeira da Silva; Paulo Reis Pina

RELAÇÃO ENTRE PRESENTEÍSMO E A VIOLÊNCIA NO LOCAL DE TRABALHO: REVISÃO INTEGRATIVA

RELATIONSHIP BETWEEN PRESENTEEISM AND VIOLENCE IN THE WORKPLACE: INTEGRATIVE REVIEW
APLICACIÓN DEL CUESTIONARIO DN4 EN EL ESTUDIO DEL DOLOR NEUROPÁTICO EN UN HOSPITAL DISTRITO

33

Ana Sá Fernandes

MODELOS DE PLANEAMENTO NO APOIO À GESTÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE: REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

PLANNING MODELS IN SUPPORT OF HEALTH SERVICES MANAGEMENT: INTEGRATIVE LITERATURE REVIEW
MODELOS DE PLANIFICACIÓN PARA APOYAR LA GESTIÓN DE SERVICIOS DE SALUD: REVISIÓN INTEGRATIVA DE LA LITERATURA

43

Amaral, Mónica; João, Anabela; Martins, Manuela; Paiva, Noémia; Pereira, Teresa

PSICOEDUCAÇÃO EM SAÚDE MENTAL NA COMUNIDADE: UM ESTUDO DE CASO PSYCHOEDUCATION IN MENTAL HEALTH IN THE COMMUNITY: A CASE STUDY

PSICOEDUCACIÓN EN SALUD MENTAL EN LA COMUNIDAD: UN ESTUDIO DE CASO

55

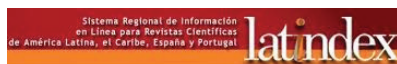
Cláudia Margarida Campos

ADESÃO TERAPÊUTICA NA PESSOA SUBMETIDA A TRANSPLANTAÇÃO RENAL: RELATO DE CASO

THERAPEUTIC ADHERENCE IN KIDNEY TRANSPLANT RECIPIENTS: CASE REPORT
ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN RECEPTORES DE TRASPLANTE DE RIÑÓN: REPORTE DE CASO

63

Laura Moreira Leitão; Milene Silva Moita; Luís Manuel Mota Sousa, Isabel Bico(4), Maria Frade, Maria do Céu Marques



Revista INVESTIGAÇÃO EM ENFERMAGEM

REVISTA INVESTIGAÇÃO EM ENFERMAGEM

Publicação /Periodicity

Trimestral/quarterly

DIRECTOR/MANAGING DIRECTOR

Arménio Guardado Cruz

Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

CONSELHO EDITORIAL/EDITORIAL BOARD

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Registo ICS: 123 486

ISSN: 2182-9764

Depósito Legal/Legal Deposit: 145933 /2000

ESTATUTO EDITORIAL

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

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

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

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

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

EDITORIAL

Telereabilitação em tempos de COVID 19: Um desafio ou uma oportunidade?

O surto causado pela doença de coronavírus (COVID-19), também denominada de severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 (SARS-CoV-2), foi descrito pela primeira vez na China, no mês de dezembro de 2019 (Del Rio & Malani, 2020).

Este surto rapidamente se estendeu a outros países e no dia 11 de março de 2020, a Organização Mundial da Saúde, declarou a COVID-19, como uma pandemia. Atualmente afeta 213 países/regiões/territórios e os últimos dados disponíveis que correspondem ao dia 30 de julho de 2020, estavam reportados 16 812 763 casos e 662 095 de mortos a nível mundial (World Health Organization, 2020).

Esta pandemia causada pela COVID-19 provocou impacto grave e sem precedentes na vida das pessoas a nível mundial. A declaração da pandemia global e do estado de emergência em vários países, levou a que muitos hospitais começassem a limitar ou cancelar consultas presenciais de modo a cumprir as orientações sobre distanciamento social e conseqüentemente diminuir o risco de transmissão (Wright, & Caudill, 2020).

Os programas convencionais de reabilitação prestados em centro de reabilitação foram suspensos na maioria dos países de forma a proteger as pessoas mais vulneráveis, no entanto, manteve-se a necessidade de continuar a prestar esse tipo de cuidados de modo seguro tanto para os profissionais de saúde como para os utentes e comunidade, de acordo com recomendações gerais da World Health Organization (Houchen-Wolloff & Steiner, 2020).

A prestação de cuidados à distância através de Telessaúde (utilização de tecnologias de informação e comunicação) é uma solução alternativa em contexto da COVID-19, mantendo distância física, reduzindo a transmissão de doenças, protegendo os doentes mais vulneráveis, permitindo assim, garantir a segurança para os doentes, familiares e profissionais de saúde (Thomas, Gallagher, & Grace, 2020).

Neste contexto, surgiram algumas respostas de telereabilitação em doentes que se conectam a serviços de saúde através de uma ligação à Internet segura, via Video Connect, a partir das suas casas utilizando um iPADs, smartphones ou computadores, permitindo assim, a identificação de problemas novos ou recorrentes e o estabelecimento de planos de cuidados (Thomas et al., 2020, Wright, & Caudill, 2020).

A telemedicina/telessaúde/telereabilitação além de um desafio também pode ser considerada como uma oportunidade na prestação de serviços de saúde após a crise do COVID-19 (Nouri et al., 2020). Neste sentido, a utilização destas novas estratégias de telereabilitação em contexto de confinamento, tanto para os que têm COVID 19, como os doentes não COVID 19 (Avellanet et al., 2020) pode ter um papel importante no futuro, uma vez que estas estratégias permitem minimizar o declínio funcional, especialmente em populações vulneráveis, como idosos e pessoas com deficiência (Mukaino et al. 2020).

Contudo, as intervenções de telereabilitação devem ser implementadas de acordo com as necessidades dos utilizadores, de forma a estimular a aceitação e adesão a este tipo de programa altamente tecnológico (Maggio et al., 2020). Além disso, os gestores e profissionais de saúde devem estar cientes da possibilidade de ocorrerem algumas barreiras, provavelmente porque alguns profissionais de saúde não se sentem seguros na utilização destas tecnologias e por terem dúvidas sobre a eficácia dos programas de reabilitação implementados remotamente (Thomas et al., 2020), também, devem ter em consideração as barreiras relacionadas com a confidencialidade e a falta de conhecimento sobre as tecnologias usadas pelos utilizadores (Wright, & Caudill, 2020).

Tanto no contexto internacional como no português este desafio/ oportunidade deve ser acompanhado de uma reflexão sobre as competências digitais dos profissionais para a elaboração de programas de e-reabilitação/telereabilitação, das estratégias de comunicação e relação (pedra angular para a construção de uma relação de confiança e adesão aos programas) à distância, bem como uma discussão pública dos benefícios e constrangimentos da tele reabilitação em pessoas de diferentes idades, em particular das mais vulneráveis .

Em suma, esta pandemia trouxe desafios e oportunidades para o contexto da reabilitação. Os profissionais de saúde em geral e os enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação podem ter um papel importante na implementação remota de planos de enfermagem de reabilitação, garantindo o distanciamento físico, mantendo a interação social, contruindo para a manutenção da funcionalidade e da qualidade de vida, com garantia da minimização do risco de infeção por SARS-CoV-2.

Luís Manuel Mota de Sousa

Comprehensive Health Research Centre (CHRC), departamento de enfermagem da Universidade de Évora. ORCID: 0000-0002-9708-5690

REFERÊNCIAS:

- Avellanet, M., Boada-Pladellorens, A. & Pages-Bolibarm, E. (2020). Rehabilitación em época de confinamiento. Rehabilitación. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.rh.2020.05.003>
- Del Rio, C., & Malani, P. N. (2020). COVID-19—new insights on a rapidly changing epidemic. *Jama*, 323(14), 1339-1340. Disponível em: <https://doi.org/10.1001/jama.2020.3072>
- Houchen-Wolloff, L., & Steiner, M. C. (2020). Pulmonary rehabilitation at a time of social distancing: prime time for tele-rehabilitation? *Thorax*, 75(6), 446-447. Disponível em: <https://doi.org/10.1136/thoraxjnl-2020-214788>.
- Maggio, M. G., De Luca, R., Manuli, A., & Calabrò, R. S. (2020). The five “W” of cognitive telerehabilitation in the Covid-19 era. *Expert Review of Medical Devices*. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/17434440.2020.1776607>
- Mukaino, M., Tatemoto, T., Kumazawa, N., Tanabe, S., Katoh, M., Saitoh, E., & Otaka, Y. (2020). Staying Active in Isolation: Telerehabilitation for Individuals With the Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2 Infection. *American journal of physical medicine & rehabilitation*, 99(6), 478–479. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7253045/>
- Nouri, S., Khoong, E. C., Lyles, C. R., & Karliner, L. (2020). Addressing equity in telemedicine for chronic disease management during the Covid-19 pandemic. *NEJM Catalyst Innovations in Care Delivery*, 1(3). Disponível em: <https://catalyst.nejm.org/doi/full/10.1056/CAT.20.0123>
- Thomas, E., Gallagher, R., & Grace, A. S. L. (2020). Future-proofing cardiac rehabilitation: Transitioning services to telehealth during COVID-19. *European Journal of Preventive Cardiology*, 2047487320922926. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/2047487320922926>
- World Health Organization (2020). Coronavirus disease (COVID-19) Situation Report – 193, 30 July 2020. Geneva: World Health Organization. Disponível em: https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200731-covid-19-sitrep-193.pdf?sfvrsn=42a0221d_2
- Wright, J. H., & Caudill, R. (2020). Remote treatment delivery in response to the COVID-19 pandemic. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 89(3), 1-3. Disponível em: <https://doi.org/10.1159/000507376>

TROCA DE GASES PREJUDICADA E INTOLERÂNCIA À ATIVIDADE NA DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA: ESTUDO DE CASO

Ana Rita Horta⁽¹⁾; Luís Manuel Mota Sousa⁽²⁾; Maria José Bule⁽³⁾; Isabel Bico⁽⁴⁾; Maria dos Anjos Frade⁽⁵⁾; Maria do Céu Pinto Marques⁽⁶⁾



Resumo

Objetivo: Elaborar uma proposta de plano de cuidados de enfermagem com enfoque na troca de gases prejudicada e na intolerância à atividade num utente com doença pulmonar obstrutiva crónica. **Métodos:** Estudo de caso referente a uma utente do sexo feminino, 72 anos, com doença pulmonar obstrutiva crónica, com um episódio de insuficiência respiratória global. Para a colheita de dados foi utilizado o Modelo Teórico de Nancy Roper e para a realização do plano de Cuidados de Enfermagem foi utilizada a taxonomia NANDA-I, NIC e NOC. **Resultados:** Com base na apreciação inicial identificaram-se sete diagnósticos de enfermagem, dos quais se destacaram dois, como sendo os prioritários: Troca de gases prejudicada (00030) e Intolerância à atividade (00092) para o controlo da situação atual da utente. **Conclusão:** A enfermagem desempenha um importante papel relativamente à promoção da atividade física e reabilitação respiratória em pessoas com doença pulmonar obstrutiva crónica, diminuindo a intolerância à atividade e por consequência, melhorando a sua qualidade de vida. **Descritores:** Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica; Exercício Físico; Atividades Cotidianas; Gasometria; Dispneia

Abstract

IMPAIRED GAS EXCHANGE AND ACTIVITY INTOLERANCE IN CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE: A CASE STUDY

Objective: Develop a proposal for a nursing care plan focused on impaired gas exchange and activity intolerance in a patient with chronic obstructive pulmonary disease. **Methods:** Case study of a 72-year-old female patient with chronic obstructive pulmonary disease, with an episode of global respiratory failure. To collect data, the Nancy Roper Theoretical Model was used and the NANDA-I, NIC and NOC taxonomy was used to carry out the Nursing Care plan. **Results:** Based on the initial assessment, seven nursing diagnoses were identified, of which two stood out, being the priority ones: Impaired gas exchange (00030) and Activity intolerance (00092) to control patient's current situation. **Conclusion:** Nursing plays an important role in promoting physical activity and respiratory rehabilitation in people with chronic obstructive pulmonary disease, reducing activity intolerance and, consequently, improving their quality of life. **Descriptors:** Pulmonary Disease; Chronic Obstructive; Exercise; Activities of Daily Living; Blood Gas Analysis; Dyspnea

Resumen

DETERIORO DEL INTERCAMBIO DE GASES Y LA INTOLERANCIA A LA ACTIVIDAD EN LA ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUTIVA CRÓNICA: UN ESTUDIO DE CASO

Objetivo: Desarrollar una propuesta para un plan de atención de enfermería centrado en el deterioro del intercambio de gases y la intolerancia a la actividad en un paciente con enfermedad pulmonar obstructiva crónica. **Métodos:** Estudio de caso de una paciente de 72 años con enfermedad pulmonar obstructiva crónica, con un episodio de insuficiencia respiratoria global. Para recopilar datos se utilizó el Modelo Teórico de Nancy Roper y para llevar a cabo el plan de Atención de Enfermería se utilizó la taxonomía NANDA-I, NIC y NOC. **Resultados:** con base en la evaluación inicial, se identificaron siete diagnósticos de enfermería, de los cuales dos se destacaron, siendo los prioritarios: deterioro del intercambio de gases (00030) e intolerancia a la actividad (00092) para controlar la situación actual del paciente. **Conclusión:** la enfermería desempeña un papel importante en la promoción de la actividad física y en la rehabilitación respiratoria en personas con enfermedad pulmonar obstructiva crónica, disminuyendo la intolerancia a la actividad y, en consecuencia, mejorando su calidad de vida. **Descriptorios:** Enfermedad Pulmonar Obstrutiva Crónica; Ejercicio Físico; Actividades Cotidianas; Análisis de los Gases de la Sangre; Disnea

Submetido em Julho 2020. Aceite para publicação em Agosto 2020

⁽¹⁾ Departamento de Enfermagem da Universidade de Évora, Évora, Portugal. abchrit@gmail.com ORCID: 0000-0002-3512-0075

⁽²⁾ Comprehensive Health Research Centre (CHRC), Departamento de Enfermagem da Universidade de Évora, Évora, Portugal. luismmsousa@gmail.com ; ORCID: 0000-0002-9708-5690

⁽³⁾ Departamento de Enfermagem da Universidade de Évora, Évora, Portugal. mjosebule@uevora.pt; ORCID: 0000-0002-0511-2920

⁽⁴⁾ Departamento de Enfermagem da Universidade de Évora, Évora, Portugal. isabelbico@uevora.pt; ORCID: 0000-0002-3868-2233

⁽⁵⁾ Departamento de Enfermagem da Universidade de Évora, Évora, Portugal. mafrade@uevora.pt. ORCID: 0000-0003-0858-0719

⁽⁶⁾ Comprehensive Health Research Centre (CHRC), Departamento de Enfermagem da Universidade de Évora, Évora, Portugal. mcmarques@uevora.pt ; ORCID: 0000-0003-2658-3550

INTRODUÇÃO

A Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC) é uma doença que se caracteriza pelo aparecimento de sintomas respiratórios persistentes e limitação no fluxo de ar devido a alterações nas vias aéreas/alveolares, geralmente causadas por uma exposição significativa a partículas ou gases nocivos (Vollgemeier & al., 2020). Os sintomas mais frequentes da DPOC são dispneia, tosse e produção de expectoração (Vollgemeier & al., 2020).

Os dados existentes acerca da prevalência de DPOC variam amplamente devido a vários fatores, nomeadamente o método de pesquisa, os critérios de diagnóstico e as abordagens analíticas (Vollgemeier & al., 2020). Esta patologia afeta mais de 200 milhões de pessoas mundialmente (Santana, Nunes, & Marques, 2020) e, desde 2016, é considerada a terceira principal causa de morte a nível mundial, existindo uma estimativa de 3 milhões de mortes (5,3% de todas as mortes) (Lortet-Tieulent, et al., 2019). A prevalência de DPOC pós-broncodilatador está nos 12,16% (Intervalo confiança de 95%, 10,91 a 13,40%). No que se refere à prevalência de DPOC no sexo masculino, esta é de 15,70% (13,80 a 18,59%) e 9,93% (8,73 a 11,13%) no sexo feminino. A nível mundial, a maior prevalência é registada no continente americano (14,53%), e a menor na região Sudeste Asiático / Pacífico Ocidental (8,80%) (Varmaghani, et al., 2019).

Em pessoas com DPOC é frequente ocorrer exacerbações dos sintomas respiratórios, devido a infeções por vírus/bactérias. Durante estes períodos, ocorre um aumento e acumulação de gás, e o fluxo expiratório é reduzido, aumentando, assim, a dispneia. Existem algumas condições que podem agravar estas exacerbações, nomeadamente a pneumonia (Vollgemeier & al., 2020). A pneumonia é uma doença inflamatória aguda causada por micro-organismos (vírus, bactérias ou fungos) ou pela inalação de produtos tóxicos que comprometem os

espaços aéreos dos pulmões (de Souza, 2019).

Como referido anteriormente, a DPOC é uma das principais causas de morte a nível mundial, revelando ter um impacto económico e social cada vez maior, uma vez que restringe as atividades diárias e a capacidade de trabalho. Estima-se que o valor gasto por pessoa em cada ano na Noruega, Dinamarca, Alemanha, Itália, Suécia, Grécia, Bélgica e Sérvia seja de 10.701 euros, 9580 euros, 7847 euros, 7847 euros, 7448 euros, 7045 euros, 2896 euros, 1963 euros e 2047 euros, respetivamente. No que diz respeito ao valor gasto, anualmente, por pessoa consequência da perda de produtividade do trabalho, a Alemanha encontra-se no topo da tabela, com 5735€, enquanto a Grécia ocupa o último lugar, com 998€ (Rehman, et al., 2020). Nos Estados Unidos, o valor gasto com despesas médicas e hospitalização por pessoa, anualmente, ronda os 10367 US \$ e 6852 US \$, o que corresponde a cerca de 9241 e 6108 euros, respetivamente (ur Rehman, 2019).

Adicionalmente, é também necessário abordar o impacto social da DPOC, uma vez que existe uma alta prevalência de depressão e ansiedade associada às pessoas com esta patologia. A prevalência de depressão (cerca de 20%) e de ansiedade (cerca de 30%) em pessoas com DPOC vem corroborar a questão de que os médicos devem considerar uma avaliação para a depressão e ansiedade aquando do diagnóstico (Vincent, Dangi, & Deo, 2019).

Quando o acompanhamento destas patologias secundárias não é feito de forma adequada, pode vir a ter grandes implicações para o cumprimento do tratamento médico, frequência e duração de internamentos e ainda realização de reabilitação respiratória. O tratamento das pessoas com estas patologias e o respetivo controlo de sintomas é uma dimensão muito importante, pois potencia os resultados neste grupo de pessoas, que tem vindo a crescer (Vincent, Dangi, & Deo, 2019).

Os sintomas de DPOC têm um grande impacto na vida quotidiana das pessoas, sendo necessário apoio na realização das atividades da vida diária e sendo, também, necessário encontrar diferentes estratégias para viver o melhor possível, como por exemplo o controlo da respiração para lidar com a intolerância à atividade e cansaço fácil (Johansson & al., 2019).

A intolerância à atividade define-se como: “Energia fisiológica ou psicológica insuficiente para suportar ou completar as atividades diárias requeridas ou desejadas” (Herdman & Kamitsuru, 2018). Esta intolerância leva a consequências em várias dimensões da pessoa e, ainda que os conceitos de dispneia e intolerância à atividade sejam distintos, apresentam uma relação recíproca de causa-efeito. Isto porque, a intolerância à atividade é causada pela inatividade gerada pelo aparecimento da dispneia, levando a pessoa a reduzir a sua atividade física, criando um ciclo vicioso de desadaptação progressiva ao exercício (Simão, Pinto, Linhares, Pestana, & Sousa, 2019).

A Reabilitação Respiratória (RR) surge como sendo o tratamento não farmacológico indicado neste contexto. O objetivo é melhorar a condição física e emocional e promover a adesão prolongada a comportamentos de saúde, uma vez que, estes programas reduzem a dispneia e aumentam a tolerância ao exercício físico, melhorando a função cardiorrespiratória e músculo-esquelética, bem como, a capacidade aeróbica com ganhos na qualidade de vida, promovendo assim o autocuidado (Gaspar & Martins, 2018).

A ventilação não invasiva (VNI), tem um papel igualmente importante ao do exercício físico, em pessoas com DPOC. Este tipo de ventilação desempenha um papel fundamental no controlo das doenças respiratórias, o que se traduz em ganhos significativos para a pessoa (Jacinto, Reis, Leite, & Fonseca, 2020). Os objetivos da VNI passam por aumentar a ventilação alveolar, corrigir e melhorar as trocas gasosas para reverter/prevenir a

insuficiência respiratória, reduzir sinais/sintomas, diminuir a taxa de mortalidade, evitar intubação traqueal e diminuir o tempo de internamento (Teixeira, Pinto, Alves, & Henriques, 2020).

Com este estudo de caso pretendeu-se elaborar uma proposta de plano de Cuidados de Enfermagem com enfoque na troca de gases prejudicada e na intolerância à atividade numa pessoa com DPOC.

MÉTODOS

O presente estudo de caso, definido com base em evidências, e partindo de uma metodologia de investigação coerente, poderá ser apropriado pela enfermagem, contribuindo para a compreensão dos episódios complexos inerentes ao quotidiano de indivíduos e organizações (ANDRADE et al., 2017).

O estudo de caso obedece às diretrizes da CAsE REport (CARE) (RILEY et al., 2017), bem como, ao fluxograma para a exposição do caso Clínico (Equator Network, 2019).

A consulta informática de dados clínicos, realização de exame físico, entrevista, e observação da pessoa, permitiu a recolha de dados. Para tal, foi necessário expor à pessoa a intenção da realização do estudo em questão, e esclarecer os seus direitos, garantindo o anonimato e confidencialidade de todos os dados, obtendo, assim, o consentimento verbal informado da mesma de acordo com os princípios éticos da investigação em enfermagem, no: beneficência, não maleficência, fidelidade, justiça, veracidade e confidencialidade (NUNES, 2013).

Dado ao contexto de pandemia, que atravessamos, a obtenção do consentimento escrito não foi possível, pelo que, com vista à publicação do estudo, os dados foram fundamentados, e o anonimato respeitado, cumprindo os princípios estabelecidos na Declaração de Helsínquia (OLIVA -TELES, 2013) e seguindo as recomendações patentes na Convenção de Oviedo (PORTUGAL, 2001), de forma a assegurar a dignidade humana.

A avaliação da pessoa tem por base o Modelo das atividades de Vida Diárias (Roper, Logan, & Tierney, 1995). Após a recolha dos dados clínicos referentes à pessoa e seu contexto, procedeu-se à realização de um plano de cuidados de enfermagem, visando responder às necessidades verificadas. Os diagnósticos de enfermagem foram (DE) selecionados de acordo com a taxionomia North American Nursing Diagnosis Association - International (NANDA-I) (Herdman & Kamitsuru, 2018); as intervenções de enfermagem foram justificadas pela Nursing Intervention Classification (NIC) (Butcher et. al., 2018); e os resultados foram suportados e avaliados de acordo com os indicadores Nursing Outcome Classification (NOC) (Moorhead, Johnson,

Maas, & Swanson, 2018)

O estudo de caso em questão é referente a uma pessoa do sexo feminino, de 72 anos, raça caucasiana, viúva, com a quarta classe de escolaridade, reformada e com DPOC, com um episódio de insuficiência respiratória global como patologia principal. Tem pluripatologia crónica e episódios cirúrgicos e ortopédicos relevantes.

Em seguida, apresenta-se a avaliação de acordo com o modelo teórico selecionado (tabela 1) e o fluxograma de acordo com a CARE guidelines (Equator Network, 2019) para melhor compreensão do caso. Os dados de avaliação apresentados reportam-se apenas ao momento da recolha, sem referência aos hábitos individuais, face aos objetivos do estudo.

Manutenção de ambiente seguro: Pessoa orientada na pessoa, espaço e tempo. Cansaço a médios esforços, não realiza as atividades diárias autonomamente. Risco elevado de queda (Escala de Morse=80)

Comunicação: O discurso é coerente, fluido e sem alterações do ritmo. Realiza contacto visual, linguagem não-verbal conexa.

Respiração: Apresenta dispneia a moderados esforços (Escala de Borg modificada=4). Pessoa eupneica com oxigénio a 2L/min. A cabeceira da cama é mantida elevada. Realiza VNI noturno.

Alimentação: Realiza esta atividade de forma independente e refere “comer de tudo”. Ingere bastante água ao longo do dia.

Eliminação: A eliminação vesical e intestinal é realizada diariamente na casa-de-banho, arrastadeira ou fralda. Tanto a urina como as fezes são em moderadas quantidades.

Trabalho e lazer: Interação com pares, atividades de leitura e visionamento de televisão.

Higiene Pessoal e Vestuário: A pessoa toma banho todos os dias, na casa-de-banho, pela manhã. Incapaz de realizar todas as ações, devido à obesidade. A roupa que usa é trazida de casa.

Controlo da temperatura corporal: Apirética. refere saber avaliar a temperatura e tem conhecimento sobre medidas a adotar quando a temperatura está elevada. Consegue reconhecer a sensação de frio e calor.

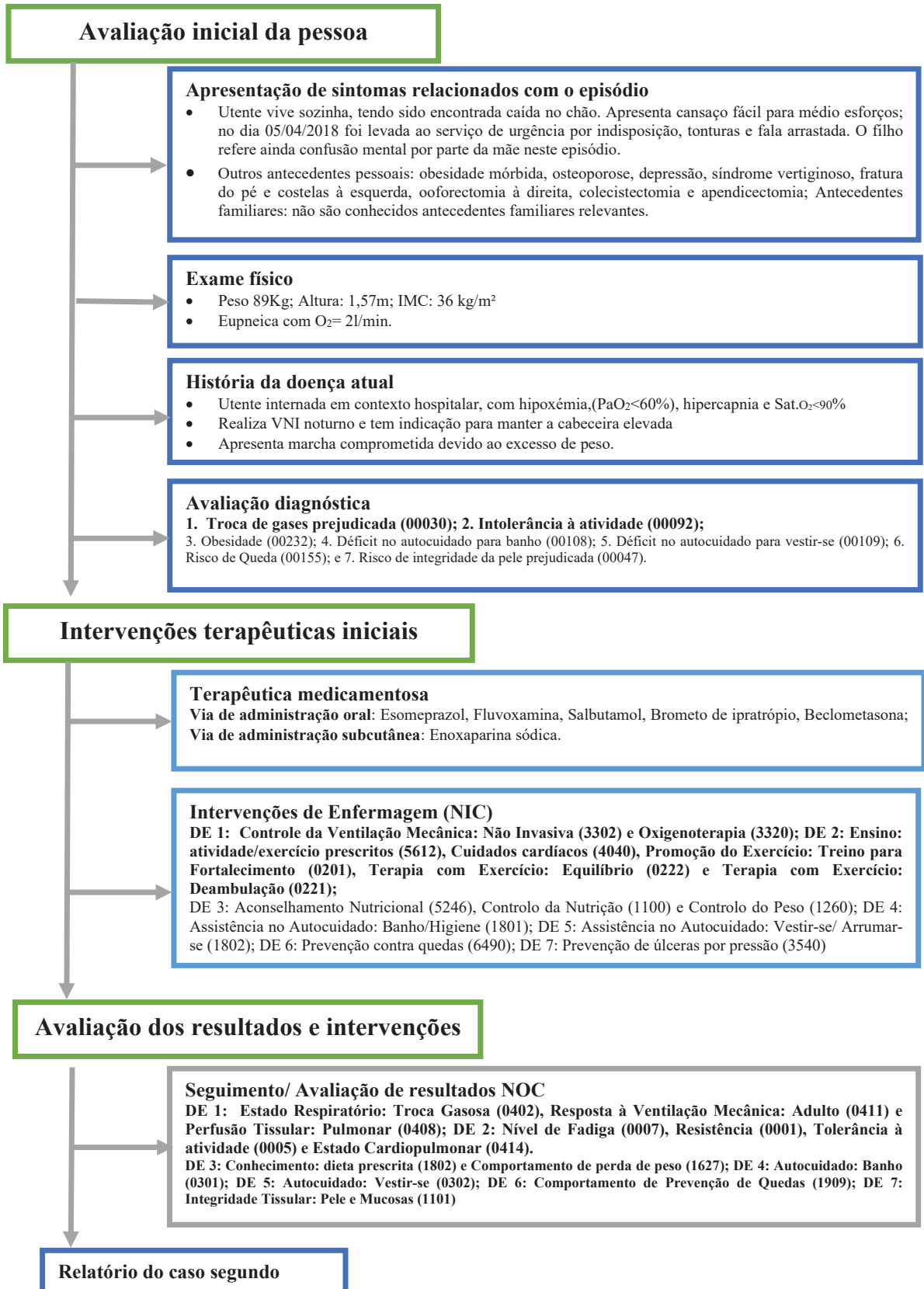
Mobilidade: A pessoa alterna períodos de repouso no leito com períodos de repouso no cadeirão, sendo necessária ajuda durante a sua transferência. A pessoa é obesa (IMC= 36Kg/m²) o que limita a sua mobilidade. Baixo risco de UPP (Escala de Braden=16)

Expressão da sexualidade: A pessoa não se mostrou disposta a abordar esta atividade.

Sono: A pessoa refere dormir por longos períodos na noite sem qualquer problema.

Morte: A pessoa refere que os filhos têm a sua vida e que não lhe dão muita atenção.

Tabela 1 Avaliação das atividades de vida diárias (Roper, Logan & Tierney, 1999)



Fluxograma 1. Apreciação inicial

Tendo em conta os dados apresentados anteriormente, foram identificados dois diagnósticos de enfermagem principais: 1. Troca de gases prejudicada (00030) e 2. Intolerância à atividade física (00092). O primeiro diagnóstico identificado tem como intervenções principais: Controlo da Ventilação Mecânica: Não invasiva (3302) e Oxigenoterapia (3320). O outro diagnóstico destacado tem como intervenções principais:

Ensino: atividade/exercício prescritos (5612), Cuidados cardíacos (4040), Promoção do exercício: Treino para fortalecimento (0201), Terapia com exercício: Equilíbrio (0222) e Terapia com exercício: Deambulação (0221). Na tabela 2 é apresentado o plano de cuidados elaborado.

Tabela 2

Plano de cuidados segundo taxonomia NANDA-I, NIC, NOC.

1. TROCA DE GASES PREJUDICADA (00030) define-se por “excesso ou déficit na oxigenação e/ou na eliminação de dióxido de carbono na membrana alveolocapilar”. Caracteriza-se por dispneia e está associado a desequilíbrio na relação ventilação-perfusão. (HERDMAN; KAMITSURU, 2018).				
RESULTADOS (NOC)	Indicadores (MOORHEAD <i>et al.</i> , 2018)	Pontuação inicial	Pontuação final	
0402 – Estado Respiratório: Troca Gasosa.	040211- Saturação de Oxigénio	4	4	Escala varia de 1- Desvio grave da variação normal a 5 – Sem desvio da variação normal
	040203- Dispneia em esforço leve	3	4	
	040207- Sonolência	4	4	
0411 – Resposta à Ventilação Mecânica: Adulto.	041102- Frequência respiratória	4	4	
	041126- Capacidade inspiratória	4	4	
	041109- Pressão parcial de oxigénio no sangue arterial	3	4	
	041110- Pressão parcial de dióxido de carbono no sangue arterial	3	4	
0408- Perfusão Tissular: Pulmonar.	040816- Pressão arterial sistólica	4	4	
	040817- Pressão arterial diastólica	3	4	
	040810- Ventilação- perfusão	4	4	
INTERVENÇÕES (NIC) (BUTCHER <i>et al.</i>, 2018)	<p>3302- Controlo da Ventilação Mecânica: Não invasiva</p> <ul style="list-style-type: none"> – Monitorar para deteção de contra-indicações a suporte de ventilação não invasiva – Colocar a pessoa em posição semi-Fowler – Orientar a pessoa e a família sobre o fundamento e as sensações esperadas associadas ao uso de respiradores mecânicos e dispositivos não invasivos – Iniciar a instalação e aplicação do respirador – Assegurar que os alarmes do respirador estejam ligados – Verificar todas as conexões de ventilação regularmente – Certificar-se de períodos de descanso diário – Realizar fisioterapia respiratória, conforme apropriado – Documentar todas as respostas da pessoa ao respirador e alterações do respirador <p>3320- Oxigenoterapia</p> <ul style="list-style-type: none"> – Limpar secreções orais, nasais, traqueais, conforme apropriado – Monitorar a eficácia da oxigenoterapia – Manter a permeabilidade das vias aéreas – Configurar o equipamento de oxigénio e administrá-lo através de um sistema aquecido e umidificado – Administrar oxigénio suplementar como prescrito 			

2. INTOLERÂNCIA À ATIVIDADE (00092) define-se por “energia fisiológica ou psicológica insuficiente para suportar ou completar as atividades diárias requeridas ou desejadas”. Caracteriza-se por dispneia ao esforço e fadiga, está relacionado com desequilíbrio entre a oferta e a demanda de oxigênio e estilo de vida sedentário e está associado a condição respiratória. (HERDMAN; KAMITSURU, 2018).					
RESULTADOS (NOC)	Indicadores (MOORHEAD <i>et al.</i> , 2018)	Pontuação inicial	Pontuação final		
0007 – Nível de Fadiga	000721 – Equilíbrio entre atividade e repouso.	3	4	Escala varia de 1- Gravemente comprometido a 5 – Não comprometido.	
	000724- Saturação de oxigênio	4	4		
0001 Resistência	000101- Desempenho da rotina normal	3	4		
	000102- Atividade física	3	4		
0005 Tolerância à atividade	000518- Facilidade de realizar as atividades de vida diária (AVD)	3	4		
	000508- Facilidade de respirar durante a atividade	3	4		
	000501- Saturação de oxigênio durante a atividade	4	4		
	000514- Capacidade de falar durante a atividade física	4	4		
0414- Estado Cardíopulmonar	041424- Dispneia em repouso	4	5		Escala varia de 1- Desvio grave da variação normal a 5 – Nenhum desvio da variação normal
	041425- Dispneia em esforço leve	3	4		
INTERVENÇÕES (NIC) (BUTCHER <i>et al.</i> , 2018)	5612- Ensino: atividade/exercício prescritos				
	– Avaliar o atual nível de exercício da pessoa e o que conhece da atividade/exercício prescritos.				
	– Orientar a pessoa sobre como fazer a atividade/exercício.				
	– Orientar a pessoa como monitorizar a tolerância à atividade/exercício.				
	4040- Cuidados cardíacos				
	– Combinar exercícios e períodos de repouso para evitar fadiga.				
	– Monitorizar a tolerância da pessoa à atividade.				
	– Monitorizar a ocorrência de dispneia, fadiga, taquipneia e ortopneia.				
	– Orientar a pessoa sobre a importância de informar imediatamente qualquer desconforto no peito.				
	<u>Intervenções Adicionais</u>				
0201- Promoção do exercício: Treino para fortalecimento					
– Fornecer informações sobre a função muscular, a fisiologia do exercício e as consequências da falta de uso					
– Auxiliar a estabelecer objetivos de curto e longo prazos e apropriar-se do plano de exercício					
0222- Terapia com exercício: Equilíbrio					
– Cooperar com terapeutas ocupacionais, recreacionais e o fisioterapeuta no desenvolvimento e execução de um programa de exercício, conforme apropriado					
– Orientar a pessoa sobre a importância da terapia com exercícios para manter e melhorar o equilíbrio					
0221- Terapia com exercício: Deambulação					
– Auxiliar a pessoa na deambulação inicial e conforme necessário					
– Auxiliar a pessoa a estabelecer aumentos reais na distância para deambulação					
– Auxiliar a pessoa a usar calçados que facilitem a deambulação e evitem lesões					
– Auxiliar a colocar-se de pé (sentar) e a balançar o corpo para os lados, estimulando mecanismos de equilíbrio					
– Adotar o ambiente para facilitar a concentração					

Pela análise dos indicadores, podemos concluir que houve uma melhoria nos resultados: Estado Respiratório: Troca Gasosa (0402), Resposta à Ventilação Mecânica: Adulto (0411), Perfusão Tissular: Pulmonar (0408), Nível de Fadiga (0007), Resistência (0001), Tolerância à atividade (0005) e - Estado Cardiopulmonar (0414).

De um modo geral, houve um controle de sintomas como a dispneia, cansaço, melhoria do autocuidado por diminuição da intolerância à atividade, melhoria nos sinais vitais, saturações de O₂ e parâmetros gasométricos.

DISCUSSÃO

A utente abordada neste estudo enquadra-se no perfil de pessoa com DPOC, com necessidade de VNI. A senhora em questão tem uma panóplia de antecedentes pessoais, de entre os quais a depressão. A prevalência deste tipo de quadros clínicos ronda os 20% (Vincent, Dangi, & Deo, 2019). O seu valor de índice de massa corporal encontra-se nos 36 kg/m², sendo considerado obesidade grau 2 (Costa, Leal, Silva, Pernambuco, & de Andrade Brunherotti, 2019).

Os sintomas relacionados com a DPOC, a força muscular expiratória e a capacidade funcional para fazer exercício têm uma maior influência sobre as AVD (Ozsoy, et al., 2019). Quando existe um declínio na capacidade de realização das atividades da vida diária (AVD) ocorre uma ameaça à vida independente, à gestão da saúde e à qualidade de vida de pessoas com DPOC (Kaptain, Helle, Patomella, Weinreich, & Kottorp, 2020). Com a intervenção de enfermagem nos dois diagnósticos principais foi possível verificar uma melhoria nos parâmetros gasométricos, no controlo de sintomas e no autocuidado, relacionado com a capacidade de executar as atividades de vida diária. É fundamental haver uma intervenção coordenada entre os enfermeiros de cuidados gerais e os enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação, de modo a otimizar a intervenção nos utentes com DPOC. Os enfermeiros têm

aqui um importante papel no empoderamento e capacitação das pessoas com DPOC, através dos ensinamentos empoderam as pessoas para a tomada de decisão, consequentemente para a autonomia e por meio do treino das AVD contribuem para a independência desta (Sousa, Novo, & Martins, 2020).

A sensação de dispneia é proporcional ao sedentarismo, pelo que o exercício físico tem sido destacado como sendo o pilar da reabilitação respiratória, em indivíduos com DPOC que apresentem dispneia, intolerância ao esforço e limitação na realização das atividades de vida. Isto porque, os programas de reabilitação que incluem treino de exercício, permitem aos utentes uma melhor gestão da sua doença, através da melhoria do desempenho no exercício, na realização das AVD, na dispneia, na exacerbação da doença e na qualidade de vida (Santana, Nunes, & Marques, 2020).

Neste sentido, o recurso à reabilitação respiratória permite aumentar a tolerância à atividade e reduzir a dispneia, melhorando assim a independência funcional. (Gaspar & Martins, 2018). Em cerca de 68% dos utentes com DPOC é alcançado o sucesso da reabilitação respiratória, devido ao seu efeito na redução da dispneia e fadiga muscular presente, melhorando a condição física e psicológica e promovendo, ainda, a aquisição de instrumentos de autogestão da doença (Gaspar, Martins, & Gomes, 2019).

Após a reabilitação, os utentes com DPOC usaram uma proporção significativamente menor da sua capacidade aeróbica e ventilação de pico para realizar AVDs, acompanhadas de valores mais baixos na escala de Borg relativamente a parâmetros como a dispneia e a fadiga (Vaes, et al., 2019). Além da escala de Borg, a escala London Chest Of Daily Living, pode ser um instrumento válido fiável e responsivo que permite avaliar o impacto da dispneia na realização das AVD em pessoas com DPOC (Ferreira et al., 2018; Latado et al., 2017).

Neste caso específico, houve necessidade

de submeter a utente a VNI, para ajudar a controlar os sintomas e melhorar a ventilação. As vantagens da VNI são variadas, desde o controle dos sintomas, a qualidade de vida, a redução da percepção da dispneia, o aumento da tolerância à atividade até à diminuição do uso dos serviços de saúde (Teixeira, Pinto, Alves, & Henriques, 2020).

Implicações para a prática profissional e políticas de saúde

Impedir a progressão da doença limitando-a aos estágios iniciais e prevenir exacerbações pode reduzir o custo associado à DPOC (ur Rehman, 2019).

O nível de independência para realizar as AVD's pode ser aumentado e, consequentemente, melhorar a capacidade de exercício funcional, reduzir os sintomas e aumentar a força muscular expiratória em utentes com DPOC (Ozsoy, et al., 2019). Por outro lado, é importante orientar os indivíduos sedentários à adoção de um estilo de vida mais ativo e de programas de reabilitação individualizados, que melhorem a qualidade de vida. (Santana, Nunes, & Marques, 2020).

Antes do início de um programa de reabilitação respiratória é necessária uma avaliação multidimensional e multidisciplinar do indivíduo com doença respiratória crónica, que permita a prestação de cuidados adequados às características do indivíduo. A utilização de técnicas de conservação de energia é considerada uma das principais intervenções neste contexto e permite à pessoa ser capaz de realizar o autocuidado com o menor consumo de energia e de oxigénio possível, e consequentemente diminuição dos sintomas como a dispneia e o aumento e manutenção da sua independência funcional (Santana, Nunes, & Marques, 2020).

Limitações

As possíveis limitações desta revisão referem-se à amostra de artigos utilizados, uma vez que foram incluídos apenas os artigos disponíveis on-line e gratuitamente, o

que pode ter levado à não inclusão de alguns estudos relacionados à temática.

CONCLUSÕES

A identificação de fatores secundários e o estabelecimento de prioridades ao longo de todo o processo clínico demonstrou ser fundamental para a melhoria da vida da utente em várias áreas da sua vida.

O modelo teórico selecionado facilitou a elaboração de diagnósticos de enfermagem, tendo sido utilizada a taxonomia NANDA-I, NIC e NOC como recurso. Além disto, foi estabelecida uma prioridade nos diagnósticos e intervenções, anteriormente estabelecidos, com o objetivo de dar resposta às necessidades identificadas e às características pessoais da utente.

Destacaram-se os diagnósticos “Troca de gases prejudicada” (00030) e “Intolerância à atividade” (00092) como sendo os principais, uma vez que resolvendo estes, todos os outros diagnósticos acabam por se resolver também. A resolução dos diagnósticos principais contribui para a resolução dos restantes diagnósticos uma vez que se encontram associados, o que vem contribuir para o desenvolvimento do raciocínio clínico e da acurácia diagnóstica no âmbito da prestação de cuidados de enfermagem. O objetivo proposto inicialmente foi atingido, demonstrando a importância de envolver e compreender a pessoa durante o processo de transição para o autocuidado.

Os estudos realizados anteriormente vieram corroborar os resultados apresentados neste caso clínico, isto porque demonstraram uma melhoria no alívio de sintomas, uma maior tolerância à atividade física, que ajudou a melhoria do autocuidado na realização das AVD e ainda uma troca gasosa mais eficaz por parte da utente, consequentemente, contribuiu-se para a melhoria da qualidade de vida desta utente.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Andrade, S. R., Ruoff, A. B., Piccoli, T., Schmitt, M. D., Ferreira, A., & Xavier, A. C. (2017). O estudo de caso como método de pesquisa em enfermagem: uma revisão integrativa. *Texto & Contexto Enfermagem*, 26(4). <https://doi.org/10.1590/0104-07072017005360016>
- Butcher, K., & al., e. (2018). *Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC) (7ª ed.)*. Rio de Janeiro: Elsevier.
- Costa, A. C., Leal, J. C., Silva, R. V., Pernambuco, A. P., & de Andrade Brunherotti, M. A. (2019). Relação entre índice de massa corporal e a funcionalidade/incapacidade de mulheres obesas. *Fisioterapia Brasil*, 20(5), 634-641. doi:10.33233/fb.v20i5.2584
- Equator Network. (2019). CARE guidelines. Obtido em 26 de junho de 2020, de <https://static1.squarespace.com/static/5db7b349364ff063a6c58ab8/t/5db7b175f869e5812fd4293/1572323098501/CARE-checklist-English-2013.pdf>
- Ferreira, D. S., Teodoro, A. D., Gaspar, L. J., Ferreira, M. D., Sousa, M. d., et al.. (2018). *Guia Orientador de Boa Prática: Reabilitação Respiratória: Reabilitação Respiratória (Vol. 10)*. Lisboa: Ordem dos enfermeiros.
- Gaspar, L., & Martins, P. (2018). Impacto de um programa de reabilitação respiratória nos autocuidados higiene, vestir-se/despirm-se e andar avaliados pela escala London Chest Of Daily Living em pessoas com doença respiratória crônica. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 1(1), 13-17. Obtido em 27 de junho de 2020, de <https://www.aper.pt/ficheiros/revista/rperv1n1.pdf>
- Gaspar, L., Martins, P., & Gomes, F. (2019). Efeito da reabilitação respiratória nos sintomas avaliado pelo CAT e a sua relação com a tolerância à atividade em pessoas com DPOC. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 2(1), 5-10. Obtido em 27 de junho de 2020, de <https://www.aper.pt/ficheiros/revista/RPERv2n1.pdf>
- Herdman, T., & Kamitsuru, S. (2018). *Diagnósticos de Enfermagem da NANDA-I, Definições e Classificação, 2018-2020 (11ª ed.)*. artmed.
- Jacinto, M., Reis, C., Leite, T., & Fonseca, C. (2020). Respiratory Rehabilitation Gains in People With Respiratory Insufficiency Submitted to Noninvasive Ventilation. In Fonseca, C., Lopes, M. J. Mendes, D., Garcia-Alonso, J. & Mendes, F. (eds). *Noninvasive Ventilation Technologies and Healthcare for Geriatric Patients*, 1-9. doi:10.4018/978-1-7998-3531-8.ch001
- Johansson, H., & al., e. (2019). To live a live with COPD- the consequences of symptom burden. *International journal of chronic obstructive pulmonary disease*, 14, 905-909. doi:10.2147/COPD.S192280
- Kaptain, R. J., Helle, T., Patomella, A. H., Weinreich, U. M., & Kottorp, A. (2020). Association between everyday technology use, activities of daily living and health-related quality of life in chronic obstructive pulmonary disease. *International Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*, 15, 89-98. doi:10.2147/COPD.S229630
- Latado, V., Casal, J., Proença, S., Costa, M., Castanheira, V., & Sousa, L. (2017). Propriedades métricas da Escala London Chest Activity of Daily Living. *Revisão Sistemática da Literatura, Enformação*, 8, 16-22. Obtido de <http://hdl.handle.net/20.500.12253/1303>
- Lortet-Tieulent, J., Soerjomataram, I., López-Campos, J., Ancochea, J., Coebergh, J., & Soriano, J. (2019). International trends in COPD mortality, 1995-2017. *The European Respiratory Journal*, 54(6). doi:10.1183/13993003.01791-2019
- Moorhead, S., Johnson, M., Maas, M. L., & Swanson, E. (2018). *NOC, Classificação dos Resultados de Enfermagem (6ª ed.)*. Elsevier Health Sciences.
- Oliva -Teles, N. (2013). Bioética e Documentos Nacionais e Internacionais. *Nascere Crescer*, 22(1), 38-41. Obtido de http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?pid=S0872-07542013000100009&script=sci_arttext&tlng=en
- Ozsoy, I., Kahraman, B., Acar, S., Ozalevli,

- S., Akkoclu, A., & Savci, S. (2019). Factors influencing activities of daily living in subjects with COPD. *Respiratory care*, 64(2), 189-195. doi:10.4187/respcare.05938
- Rehman, A. U., Hassali, M. A., Muhammad, S. A., Harun, S. N., Shah, S., & Abbas, S. (2020). The economic burden of chronic obstructive pulmonary disease (DPOC) in Europe: results from a systematic review of the literature. *The European journal of health economics: HEPAC: health economics in prevention and care*. doi:10.1007/s10198-019-01119-1
- Riley, D. S., Barber, M., Kienle, G., Aronson, J., von Schoen-Angerer, T., Tugwell, P., . . . Rison, R. S.-B. (2017). CARE guidelines for case reports: explanation and elaboration document elaboration document. *Journal of Clinical Epidemiology*, 89, 218-235. doi:https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2017.04.026
- Santana, S., Nunes, L., & Marques, F. (2020). Daily activities and dyspnea presence in individuals with chronic obstructive pulmonary disease. *Journal of Aging & Innovation*, 9(1), 121-130. doi:10.36957/jai.2182-696X.v9i1-7
- Simão, C. A., Pinto, C. S., Linhares, M., Pestana, H. C., & Sousa, L. M. (2019). Fortalecimento muscular na pessoa com intolerância à atividade secundária à DPOC estudo de caso. *Revista Investigação em Enfermagem, série 2*(28), 19-32. Obtido em 26 de junho de 2020, de http://www.sinaisvitalis.pt/images/stories/Rie/RIE28_s2.pdf
- Sousa, L., Novo, A., & Martins, M. (2020). A enfermagem de reabilitação no empoderamento e capacitação da pessoa em processos de transição saúde-doença. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 3(1). Obtido em 28 de junho de 2020
- Souza, P. D. (2019). Intervenção fisioterapêutica pneumofuncional em paciente com insuficiência cardíaca congestiva, doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) e pneumonia bacteriana: um relato de caso. *Anais do Seminário Internacional de Educação (SIEDUCA)*, 4(1). Obtido em 28 de junho de 2020, de <https://www.ulbracds.com.br/index.php/sieduca/article/view/2436/307>
- Teixeira, P., Pinto, M., Alves, L., & Henriques, A. F. (2020). Rehabilitation Nursing Care for the Person in the Context of Non-Invasive Ventilation. In Fonseca, C., Lopes, M.J. Mendes, D., Garcia-Alonso, J. & Mendes, F. (eds). *Noninvasive Ventilation Technologies and Healthcare for Geriatric Patients*, 10-30. doi:10.4018/978-1-7998-3531-8.ch002
- ur Rehman, A. A. (2019). the economic burden of chronic obstructive pulmonary disease (COPD) in the USA, Europe and Asia: results from a systematic review of the literature. *Expert Review of Pharmacoeconomics & Outcomes Research*. doi:10.1080/14737167.2020.1678385
- Vaes, A. W., Delbressine, J. M., Mesquita, R., Goertz, Y. M., Janssen, D. J., & Nakken, N. (2019). Impact of pulmonary rehabilitation on activities of daily living in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Journal of Applied Physiology*, 126(3), 607-615. doi:10.1152/jappphysiol.00790.2018
- Varmaghani, M., Dehghani, M., Heidari, E., Sharifi, F., Moghaddam, S. S., & Farzadfar, F. (2019). Global prevalence of chronic obstructive pulmonary disease: systematic review and meta-analysis. *East Mediterr Health J*, 25(1), 47-57. doi:10.26719/emhj.18.014
- Vincent, A., Dangi, A., & Deo, M. (2019). Prevalence of anxiety and depression in copd patients and its correlation with age, gender, disease severity and health related quality of life. *International journal of scientific research*, 8(3). Obtido em 26 de junho de 2020, de <http://www.worldwidejournals.net/index.php/IJSR/article/view/548/544>
- Volgemeier, C., & al., e. (2020). The global strategy for diagnosis, management, and prevention of COPD (updates 2020). Obtido em 26 de junho de 2020, de https://goldcopd.org/wp-content/uploads/2019/12/GOLD-2020-FINAL-ver1.2-03Dec19_WMV.pdf

APLICAÇÃO DO QUESTIONÁRIO DN4 NO ESTUDO DA DOR NEUROPÁTICA NUM HOSPITAL DISTRITAL

Ana Carina Madeira da Silva⁽¹⁾; Paulo Reis Pina⁽²⁾



Resumo

Introdução: A Dor com componente Neuropática (DN) diminui a qualidade de vida do doente internado.
Material e Método: Estudo experimental longitudinal, prospectivo, quantitativo, descritivo observacional. Realizado com 35 utentes: i) com registo >1 numa escala numérica de auto-avaliação da dor; e ii) internados em dois Serviços de Medicina ou numa Unidade de Convalescência de um Hospital distrital. Foi aplicado o questionário DN4 (Dor Neuropática em 4 Questões), para determinar as síndromes clínicas com mais DN e as características demográficas associadas.
Resultados: A idade média dos pacientes com DN foi de 65,6 anos. As síndromes mais relevantes foram: Status pós-AVC (31,8%) e Neuropatia Diabética (27,3%). A maioria dos casos com DN estava na Unidade de Convalescência (78,6%).
Conclusões: O instrumento DN4 pode ser aplicado para verificar a eficácia do tratamento da DN ao fim de sete dias de internamento. Esta eficácia existe quando o DN4 tem uma redução de 2 pontos.
Palavras-Chave: Dor Neuropática, Tratamento da Dor; Dor Crónica

Abstract

APPLICATION OF THE QUESTIONNAIRE DN4 IN THE STUDY OF NEUROPATHIC PAIN IN A DISTRICT HOSPITAL
Introduction: Pain with a Neuropathic component decreases the quality of life of the hospitalized patient.
Material and Method: This is a longitudinal, prospective, quantitative, descriptive, experimental and observational study, performed in 35 patients in a district hospital: i) score > 1 in a numerical scale for pain self-assessment; ii) patients hospitalized in two different services – Medicina A and Convalescência. The DN4 questionnaire (Neuropathic Pain in 4 Questions) was applied to determine the clinical syndromes more prevalent for Neuropathic Pain (NP) and also studied its associated demographic characteristics.
Results: The mean age of patients with NP was 65.6 years. The most relevant syndromes were: Post-stroke Status (31.8%) and Diabetic Neuropathy (27.3%). Most cases with NP were in the Convalescência Unit (78.6%).
Conclusions: The instrument for assessment DN4 can be applied to verify the effectiveness of DN treatment after seven days of hospitalization. This effectiveness exists when the DN4 has a reduction of 2 points.
Keywords: Neuropathic pain, Pain Management, Chronic Pain

Resumen

APLICACIÓN DEL CUESTIONARIO DN4 EN EL ESTUDIO DEL DOLOR NEUROPÁTICO EN UN HOSPITAL DISTRITO
Introducción: El dolor con un componente neuropático (DN) disminuye la calidad de vida del paciente hospitalizado.
Material y método: Estudio experimental longitudinal, prospectivo, cuantitativo, descriptivo, observacional, analítico realizado con 35 usuarios: i) registro > 1 en escala numérica para la autoevaluación del dolor; ii) enfermos de los Servicios Medicina A e Convalecencia de un Hospital de distrito. Se aplicó el cuestionario DN4 (Dolor Neuropático en 4 preguntas) para determinar los síndromes clínicos con más predominio para la Dolor Neuropático y sus características demográficas asociadas.
Resultados: La edad media de los pacientes con NP fue de 65,6 años. Los síndromes más relevantes fueron: estado post-accidente cerebrovascular (31.8%) y neuropatía diabética (27.3%). La mayoría de los casos con NP estaban en la Unidad de Convalecencia (78,6%).
Conclusiones: El instrumento DN4 se puede aplicar para verificar la efectividad del tratamiento de DN después de siete días de hospitalización. Esta efectividad existe cuando el DN4 tiene una reducción de 2 puntos.
Palabras clave: Dolor Neuropático, Manejo del Dolor, Dolor crónico.

Submetido em Março 2020. Aceite para publicação em Agosto 2020

⁽¹⁾Enfermeira, Mestre em Cuidados Continuados Integrados

⁽²⁾Médico, Especialista em Medicina Interna, Especialidade em Medicina da Dor e Geriatria

INTRODUÇÃO

O controlo da Dor é uma prioridade na prestação de cuidados de saúde, dada a sua relevância para a qualidade de vida dos pacientes. A investigação de questões associadas à Dor com componente Neuropática (DN) reveste-se de particular interesse pela escassez de estudos nacionais. Existe necessidade de dar resposta a doentes que manifestam a sua dor através de expressões verbais muito semelhantes (“sensação de choque”, “formigueiro”, “picar” ou até “que o membro queima”) e que reagem de formas diversas à prescrição de analgésicos e de adjuvantes, como os antidepressivos e anticonvulsivantes.

A DN é um tipo específico de dor, obrigando a um diagnóstico e tratamento diferenciado. (Bates et al., 2019); (Hecke et al., 2015).

Presentemente, ainda prevalece a avaliação da dor conforme o Guia Orientador de Boas Práticas da Ordem dos Enfermeiros (OE, 2008), com recurso a Escala Visual Analógica (EVA) e ao software SCLINICO®. Porém, cabe ressaltar que este é um instrumento não discriminatório do tipo de dor, avaliando somente a sua intensidade, numa escala de 0 a 10, em que 0 corresponde a “sem Dor” e 10 corresponde a “Dor máxima”.

Recomenda-se a aplicação do rastreio DN4 como forma de diagnosticar a DN e de a tratar precoce e eficazmente, colmatando as lacunas sentidas na prestação de cuidados aos utentes.

A presente investigação pode ser entendida como um estudo-piloto, fundador de futuros estudos mais alargados e atuais.

ENQUADRAMENTO

A definição de Dor, mantém-se inalterada desde 1979 (IASP), e define-se como uma experiência sensorial e emocional desagradável, associada a dano real ou potencial no tecido, ou descrita em termos de tal lesão”. (Murat, 2019).

Quanto aos mecanismos fisiopatológicos, a dor classifica-se como dor nociceptiva, dor neuropática, dor mista (nociceptiva

e neuropática simultaneamente) e dor psicogénica (Rodríguez, 2015).

De acordo com a terminologia suprarreferida, a dor neuropática é causada por uma lesão ou doença que afeta o sistema somatosensorial. Diferente da dor inflamatória ou nociceptiva, a dor neuropática requer uma abordagem terapêutica distinta (NICE 2020).

Nos países desenvolvidos, as síndromes que mais comumente apresentam risco de desenvolvimento de DN são a nevralgia pós-herpética, a nevralgia pós-cirúrgica, a Polineuropatia (por exemplo diabética, alcoólica, pós-quimioterapia, associada ao HIV), o AVC (Acidente Vascular Cerebral) a Esclerose Múltipla, o trauma medular e a dor fantasma (Haanpää et al., 2011).

Estima-se que este tipo de dor afete milhões de pessoas em todo o mundo. No entanto, a escassez de estudos científicos que comprovem este facto, com a maioria dos dados epidemiológicos disponíveis relativos a etiologias específicas e não à globalidade da doença, permite concluir que a DN está subdiagnosticada e subtratada. (Scholz et al., 2019)

Apesar de já estarem disponíveis orientações para o tratamento específico deste tipo de dor, diversos autores consideram que está também submedicada (Haanpää et al., 2011).

Considerada subjetiva, a DN encontra-se pobremente descrita e analisada. No entanto, considera-se que, quanto ao estímulo, a DN pode ser considerada espontânea (quando não existe nenhum fator causal ou estímulo para o seu aparecimento, podendo ocorrer de modo contínuo ou intermitente) ou provocada (dependente de um estímulo para o seu aparecimento, por exemplo, o toque quente ou frio) (Leone et al., 2011).

Para diagnosticar a DN é necessário identificar os seus sinais e sintomas característicos (Lombardo & Wallace, 2013), sendo que os sinais podem ser negativos ou positivos. Sintomas negativos indicam que a neuropatia presente causa uma diminuição da sensação local, o que aponta para danos nas

fibras aferentes de pequeno diâmetro ou na via espinotalâmica. Contrariamente, os sintomas positivos provocam maior sensibilidade à dor. Os sinais positivos mais frequentemente encontrados nos doentes com DN são a alodínia (dor em resposta a um estímulo térmico ou mecânico não doloroso) e a hiperalgesia (resposta de dor muito aumentada perante um estímulo doloroso térmico ou mecânico), sendo também frequente a ocorrência de ambas em simultâneo (Colloca et al., 2017; Jensen & Finnerup, 2014). Os descritores verbais mais comuns utilizados pelos pacientes são sensação de choque elétrico, queimadura, formigueiro, frio, picada e prurido.

Quanto aos instrumentos de rastreio de DN, os mais citados na literatura são o Leeds Assessment of Neuropathic Symptoms and Signs (LANSS); o Neuropathic Pain Questionnaire (NPQ), o Doleur Neuropathique en Quatre Questions (DN4), o Pain DETECT e o ID-Pain.

Embora estas ferramentas de rastreio tenham sido desenvolvidas para línguas e locais distintos, é curioso verificar que todas utilizam um conjunto de termos descritivos muito semelhantes, tendo capacidades de discriminação para a dor neuropática também muito próximas (sensibilidades e especificidades $\pm 80\%$). (Eckli, et al., 2016)

O instrumento de rastreio DN4, originalmente desenvolvido e validado em França (Bouhassirà et al., 2004), é o único que se encontra traduzido e validado em 2007 para a língua e cultura portuguesas, pela Faculdade de Medicina da Universidade do Porto (FMUP, 2007). Consiste num questionário de 10 itens, 7 itens relacionados com as características da dor referidas pelo doente, com recurso a termos descritivos, e 3 itens preenchidos de acordo com os resultados de um exame físico simples realizado pelo profissional de saúde, para identificar a presença de regiões de hipoestesia ao tato ou à picada ou regiões de alodínia tátil. O DN4 tem demonstrado ser uma excelente ferramenta no auxílio da identificação da dor associada a lesões do

sistema nervoso (central ou periférico), tendo revelado muito boa especificidade (90%) e sensibilidade (83%) (Padua et al., 2012). A sua simplicidade, a rapidez de execução, os bons indicadores e o facto de se encontrar já adaptado ao contexto português foram as razões que levaram à aplicação do questionário DN4 na presente investigação.

QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO

O presente estudo visa responder a quatro questões de investigação:

Q1: Os resultados do questionário DN4 dependem do sexo e da idade dos pacientes?

Q2: Os resultados do questionário DN4 dependem da síndrome clínica?

Q3: Há diminuição dos sinais indicativos de DN, com redução da pontuação do DN4, após uma semana de internamento?

Q4: A diminuição da pontuação DN4 ao fim de uma semana depende da síndrome clínica?

MATERIAL E MÉTODOS

O presente estudo é descritivo e experimental de carácter longitudinal e abordagem quantitativa. A amostra foi selecionada no ano de 2015, recorrendo a um processo de amostragem simples a partir da população de doentes admitidos nos Serviços de Medicina A, Medicina B e Unidade de Convalescença do Hospital do Litoral Alentejano, com registo de dor feito pelo(a) enfermeiro(a) na Escala Visual Analógica (EVA) e com sinais compatíveis com a suspeita de presença de Dor Neuropática. Os critérios de inclusão na amostra são: idade superior a 18 anos, nível de consciência e orientação mantidos, registo de dor ≥ 1 na EVA e diagnóstico de doença compatível com neuropatia. Obteve-se assim, uma amostra de conveniência, com 35 indivíduos. Após a primeira aplicação do Questionário DN4, a amostra foi reduzida a 22 pacientes, cujos resultados do teste obtiveram pontuação > 4 , o que sugere presença de Dor Neuropática.

A ferramenta de diagnóstico DN4 permite identificar a presença de regiões de hipoestesia

ao tato, picada ou regiões de alodínia tátil, ou seja, dor em resposta a um estímulo não doloroso. A sensibilidade tátil foi avaliada recorrendo a um algodão; a sensibilidade à picada através de um mono filamento de 10g de Semmes-Weinstein, a sensibilidade térmica através de objetos quentes e frios (frasco de soro aquecido ou luva com gelo) e a sensibilidade vibratória por meio de um diapásão de 128Hz. Estas avaliações foram feitas nas áreas corporais em que o utente manifestava alterações de sensibilidade.

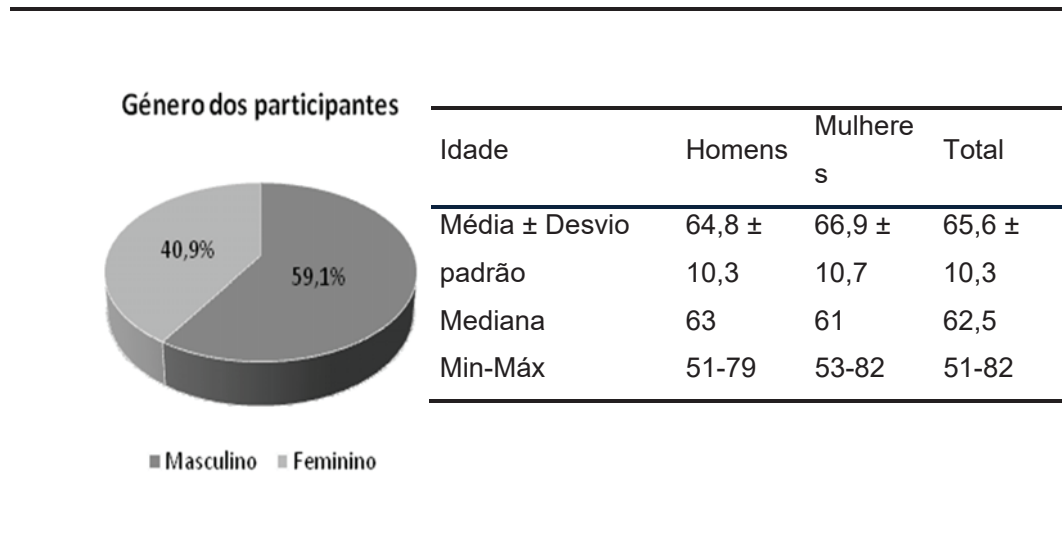
O estudo foi autorizado pelo Conselho de Administração da Unidade de Saúde Local do Litoral Alentejano, e foi obtido o consentimento informado por parte de todos os participantes.

Os dados foram tratados através do programa SPSS Statistics 19.0® para Microsoft Windows 7 Starter®. Na estatística descritiva dos dados, foram calculadas as frequências absolutas e relativas, medidas de tendência central (médias e medianas) e de dispersão (desvio-padrão, mínimo e máximo). Aplicaram-se os testes de Mann-Whitney e Kruskal-Wallis. A significância estatística foi aceite para um valor de $p < 0,05$.

RESULTADOS

Dos 35 doentes referenciados, 22 (62,9%) apresentaram DN4 >4, que constituíram a amostra. Esta tinha 59% de homens (n=13), sendo a idade média de 65,6 anos (variando de 51 a 82 anos). Não houve diferenças por sexo ($p=0,645$).

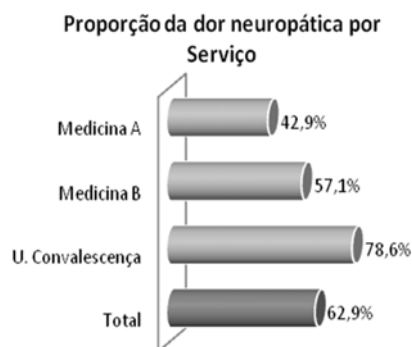
Tabela I - Participantes por sexo (n=22)



Os resultados do DN4 por serviço hospitalar apresentam-se na tabela II. Verifica-se uma prevalência de DN de 42,9% no Serviço de Medicina A, de 57,1% no Serviço de Medicina B e de 78,6% na Unidade Convalescença.

Tabela II – Dor Neuropática por Serviço

Serviço	Pacientes referenciados		Pacientes DN4 ≥4	
	Nº.	%	Nº.	%
Medicina A	7	20	3	42,9
Medicina B	14	40	8	57,1
U. Convalescença	14	40	11	78,6
Total	35	100	22	62,9



No que concerne à etiologia, os síndromes mais prevalentes foram o Status-pós AVC (31,8%) e a Neuropatia Diabética com (27,3%), constituindo 59,1% do total de DN identificada por DN4>4. Os resultados da distribuição por síndrome e serviço encontram-se representados na Tabela III e no Gráfico 1.

Tabela III – Distribuição de síndrome por Serviço

Diagnóstico	Serviço						Total	
	Medicina A		Medicina B		Convalescença		Nº.	%
	Nº.	%	Nº.	%	Nº.	%		
S.P. AVC	0	0,0	4	50,0	3	27,3	7	31,8
ND	1	33,3	2	25,0	3	27,3	6	27,3
NPH	1	33,3	1	12,5	1	9,1	3	13,6
LM	1	33,3	1	12,5	1	9,1	3	13,6
DMF	0	0,0	0	0,0	2	18,2	2	9,1
NVIH	0	0,0	0	0,0	1	9,1	1	4,5
Total	3	100	8	100	11	100	22	100

S.P.AVC – Status pós Acidente Vascular Cerebral; ND – Neuropatia Diabética; NPH- Nevralgia pós Herpética; LM – Lesão Medular;

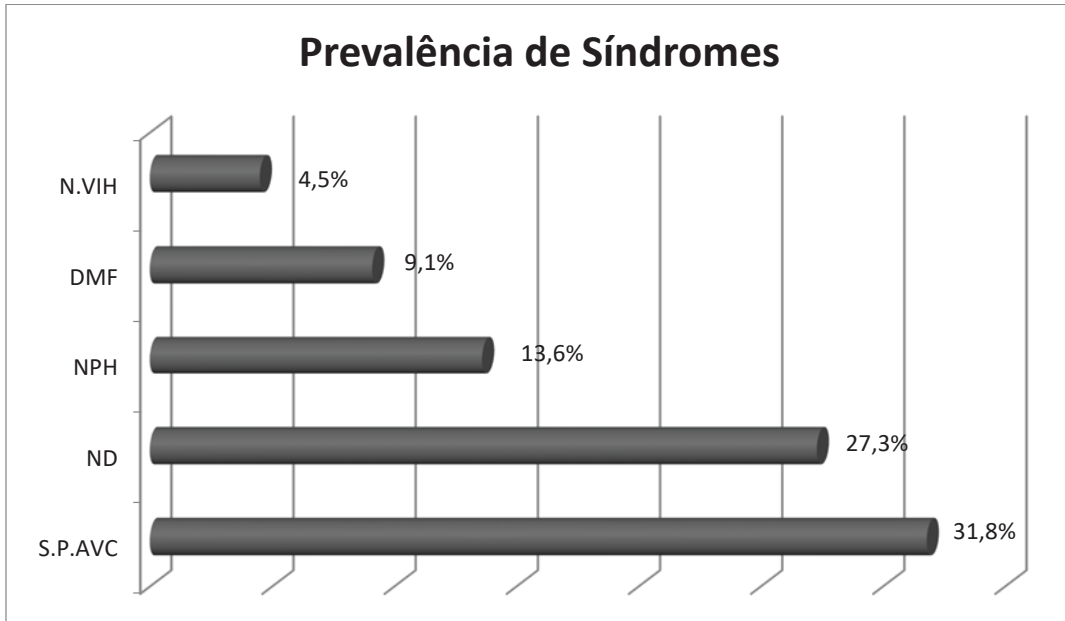


Gráfico 1 – Distribuição dos síndromes por Serviço

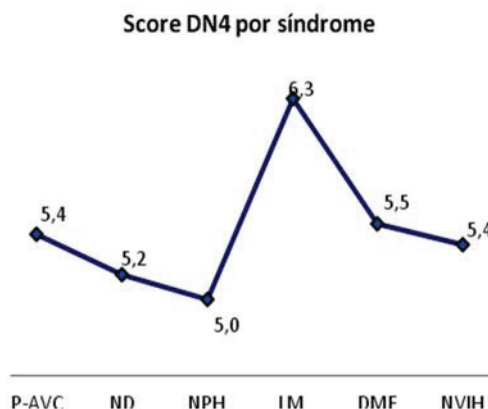
Não se verificaram diferenças significativas na distribuição das síndromes por serviço ($p=0,556$) nem por sexo ($p=0,952$).

No que diz respeito às inferências estatísticas, aplicaram-se diferentes testes estatísticos para responder às questões de investigação. Assim, para a Q1 o valor médio do DN4 não diferiu por sexo ($p_{\text{MANN-WHITNEY}}=0,888$), apresentando o sexo masculino um valor médio de 5.38 e o feminino de 5.33. Por outro lado, não se encontraram correlações entre o DN4 e a idade ($p_{\text{SPEARMAN}}=0,994$).

Os valores médios da pontuação do DN4 por síndrome encontram-se na tabela IV. O valor médio mais elevado registou-se nas pessoas com Lesões Medulares, embora esta diferença não tenha significado estatístico ($p_{\text{KW}}=0,533$).

Tabela IV – Resultados DN4 por síndrome

Síndrome	Pontuação do DN4		
	$\bar{x} \pm \sigma$	Mediana	Mín.- Máx.
P-AVC	5,43 ± 0,98	5	4-7
ND	5,17 ± 0,75	5	4-6
NPH	5,00 ± 1,00	5	4-6
LM	6,33 ± 1,16	7	5-7
DMF	5,50 ± 0,71	5,5	5-6
NVIH	5,36	-	-



Para responder à Questão 3 procedeu-se à comparação do valor médio da pontuação do DN4 aplicado às 72h de internamento (Antes) e após uma semana (Depois). Verifica-se que a média foi de 5,36 na primeira aplicação e de 4,05 na segunda. Também se recorreu ao

teste não paramétrico de Wilcoxon (para avaliar a eficácia das terapias), observando-se uma redução significativa após uma semana ($p=0,001$). O Gráfico 2 ilustra a distribuição das pontuações observadas Antes e Depois.

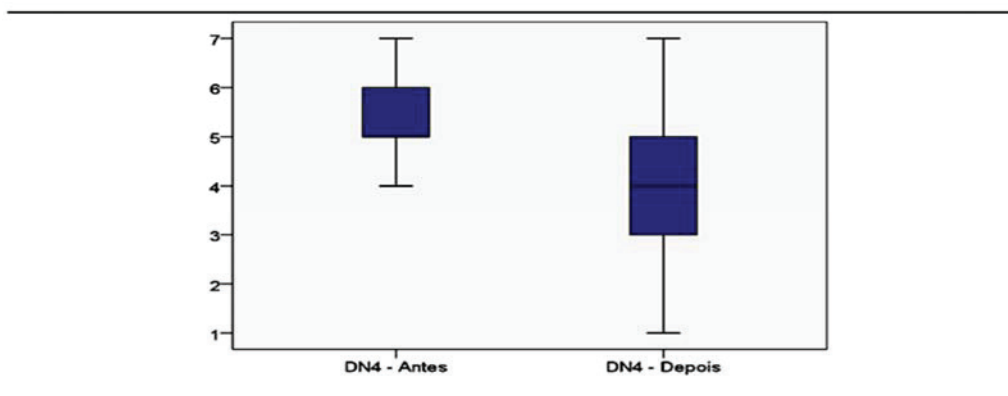


Gráfico 2 – Diagrama de extremos e quartis de frequência da pontuação do DN4 Antes e Depois

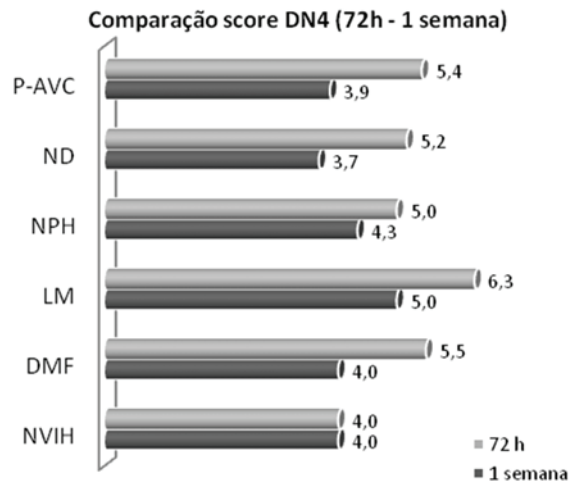
As diferenças observadas são estatisticamente significativas ($+ = 7.50$; $+ = 0,0$; $Z = -3.329$; $\text{valor-p} = 0.000$; $N = 22$). Note-se que 8 dos utentes deixaram de ter DN consoante um $\text{DN4} < 4$ após uma semana de internamento.

Por fim, aplicaram-se testes estatísticos para encontrar resposta à Questão 4.

Houve uma diminuição da pontuação DN4 em todas as síndromes, conforme a Tabela V, sendo significativas para as síndromes de Status-pós AVC ($p = 0.031$) e Neuropatia Diabética ($p = 0.031$).

Tabela V – Frequência da pontuação DN4 antes e depois por síndrome

Síndrome	Valores médios DN4		Valor-p
	72 h	1 semana	
P-AVC	5.43	3.86	<0,05
ND	5.17	3.67	<0,05
NPH	5.00	4.33	n.s.
LM	6.33	5.00	n.s.
DMF	5.50	4.00	n.s.
NVIH	4.00	4.00	-



DISCUSSÃO

A DN é um problema de saúde pública que se encontra ainda pouco estudada a nível nacional, sendo a sua prevalência em Portugal ainda desconhecida, o que acarreta diagnóstico escasso e subtratamento. (DGS, 2017); (Reis-Pina, et al. 2018).

Apesar da amostra reduzida, a presente investigação revela que o questionário DN4 permite auxiliar na distinção entre Dor Nociceptiva e Dor Neuropática. As dimensões da amostra não permitem tirar conclusões ou realizar inferências alargadas. No entanto, para a média de idades com DN obteve-se o valor de 65,6 anos, o que vai ao encontro de outros estudos. (Jones, et al., 2016; McDermott et al, 2006).

Segundo Schmader et al. (2010), os idosos têm maior risco de DN, visto que a incidência de muitos dos síndromes associados, como o

Diabetes Mellitus tipo II, o Herpes Zooster, a Amputação de membros e o AVC, aumentam em proporção com a idade.

Quanto à proporção de utentes com DN por serviço de internamento avaliado, a Unidade de Convalescência foi aquele em que se obteve uma maior percentagem (78,6%). Estes resultados poderão advir do facto deste serviço acolher mais doentes de outros serviços associados ao desenvolvimento de DN, como o serviço de cirurgia.

No que diz respeito a síndromes, os resultados mais relevantes são para o Status pós AVC, com 31,8% e para a Neuropatia Diabética (27,3%). Apesar de não ser possível estabelecer comparações com outros estudos nacionais, estes resultados aproximam-se dos obtidos em estudos internacionais (Kutsal, et al., 2016 ; McDermott et al., 2006).

No que diz respeito à evolução dos sinais/

sintomas presentes no doente, constatou-se uma diminuição da DN4 na segunda aplicação, uma semana após o primeiro questionário, o que pode indicar que a convalescença em internamento contribui para uma melhoria da DN.

CONCLUSÃO

Tal como se tem referido ao longo desta investigação, embora as prevalências nacionais sejam ainda uma incógnita, estudos noutros países têm sido desenvolvidos com especificidades para cada síndrome, e os resultados obtidos descrevem também prevalências semelhantes às obtidas. Independente da unidade de internamento de cada doente, a presença de dor neuropática por diagnosticar é uma realidade. A distinção entre Dor nociceptiva e Dor Neuropática é útil na medida em que permitirá adequar o tratamento mais adequado para o alívio da dor, contribuindo assim para a melhoria da qualidade de vida do doente internado. O questionário DN4 foi uma ferramenta de auxílio ao diagnóstico útil, como suporte fundamental à adequada caracterização do tipo de dor. Sugere-se que os profissionais de saúde desenvolvam condutas de melhoria contínua no diagnóstico dos cuidados prestados e utilizem instrumentos, como o utilizado na pesquisa, para identificar a melhor estratégia de para a abordagem do tratamento da Dor Neuropática, já que este instrumento pode ser aplicado por qualquer profissional de saúde desde que esteja capacitado. Espera-se que as evidências permitam uma reflexão sobre as limitações existentes e as estratégias implementação no adequado tratamento da Dor.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Arnstein, P. (2016). Assessment of Nociceptive versus Neuropathic Pain in Older Adults. Try This: Best Practices in Nursing Care to Older Adults, 1. Disponível em <https://consultgeri.org/try-this/specialty-practice/sp1nocieptive2016r3.pdf>
- Bates, D., Schultheis, C., Hanes, M., Jolly, S., Chakravarthy, K., Deer, T., Levy, R., Hunter, C. (2019). A Comprehensive Algorithm for Management of Neuropathic Pain, Pain Medicine, Volume 20, Issue Supplement_1, June 2019, Pages S2–S12. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/pm/pnz075>
- Bouhassira, D., Attal, N., Alchaar, H., Boureau, F., Brochet, B., Bruxelle, J., Cunin, G., Fermanian, J., Ginies, P., Grun-Overdyking, A., Jafari-Schluep, H., Lantéri-Minet, M., Laurent, B., Mick, G., Serrie, A., Valade, D. & Vicaut, E. (2005). Comparison of pain syndromes associated with nervous or somatic lesions and development of a new neuropathic pain diagnostic questionnaire (DN4), Pain (114,1-2), 29-36. Disponível em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15733628>
- Colloca, L., Ludman, T., Bouhassira, D., Baron, R., Dickenson, A.H., Yarnitsky, D., Freeman, R., Truini, A., Attal, N., Finnerup, N.B., Eccleston, C., Kalso, E., Bennett, D.L., Dworkin, R.H. & Raja, S.N. (2017). Neuropathic Pain. Nature Reviews Disease Primers, 3. Doi: 10.1038/nrdp.2017.2
- DGS (2017). Norma no 043/2011 de 23/12/2011: Tratamento Farmacológico da Dor Neuropática no Adulto e Idoso. Atualizada a 13/07/2017. Lisboa: Direção Geral de Saúde.
- Eckeli, F., Teixeira, R. e Gouvêa, A., (2016). Instrumentos de avaliação da Dor Neuropática. Rev. dor vol.17 supl.1 São Paulo 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5935/1806-0013.20160041>
- Dworkin, R.H., Jensen, M.P., Gammaitoni, A.R., Olaleye, D.O. & Galer, B.S. (2007). Symptom profiles differ in patients with neuropathic versus non-neuropathic pain. Journal Pain, 8(2), 118-126. Disponível em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16949878>
- FMUP (2007). Questionário Específico para Rastreamento de Dor Neuropática. Dor, 15, 56. Disponível em https://www.aped-dor.org/socios/material_bibliografico/diversos_QuestEspecificoRastreamentoDorNeuropatica-DN4.pdf
- Hannpää, M., Attal, N., Backonja, M., Baron, R., Bennett, M., Bouhassira, D., Cruccu, G., Hansson, P., Haythornthwaite, J.A., Iannetti, G.D., Jensen, T.S., Kauppila, T., Nurmillo, T.J., Rice, A.S., Rowbotham, M., Serra, J., Sommer, C., Smith, B.H., & Treede, R.D. (2011). NeuPSIG guidelines on neuropathic pain assessment. Pain 152(1), pp. 14-27. doi: 10.1016
- Hecke, O., Kamerman, P. R., Attal, N., Baron, R., Bjornsdottir, G., Bennett, D. L., Bennett, M. I., Bouhassira, D., Diatchenko, L., Freeman, R., Freynhagen, R., Haanpää, M., Jensen, T. S., Raja, S. N., Rice, A. S., Seltzer, Z., Thorgeirsson, T. E., Yarnitsky, D., & Smith, B. H. (2015). Neuropathic pain phenotyping by international consensus (NeuroPPIC) for genetic studies: a NeuPSIG systematic review, Delphi survey, and expert panel recommendations. Pain, 156(11), 2337–2353. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000000335>
- IASP, Terminology – Pain Terms (1979), Disponível em: <https://www.iasp-pain.org/Education/Content.aspx?ItemNumber=1698#Pain>
- Jensen, T.S. & Finnerup, N.B. (2014) Allodynia and hyperalgesia in neuropathic pain: clinical manifestations and mechanisms. The Lancet Neurology 13(9), 924-935. Disponível em [http://www.thelancet.com/journals/laneur/article/PIIS1474-4422\(14\)70102-4/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/laneur/article/PIIS1474-4422(14)70102-4/fulltext)
- Kutsal, Yesim & Eyigor, Sibel & Doğan, Asuman & Zardoust, S. & Durmuş, B. & Evcik, Deniz & Günaydin, R. & Aydeniz, A. & Oztop, Pinar & Ordu-Gokkaya, N. Kutay & Hizmetli, S. & Borman, Pinar & Paker, N.

- & Demir, Gözde & Kayalar, G. & Aydin, E. & Özyemişci, Ö. (2016). Neuropathic pain in elderly: A multicenter study. 19. 9-18. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/300048472_Neuropathic_pain_in_elderly_A_multicenter_study/citation/download
- Leone, C., Biasiotta, A., La Cesa, S., Di Stefano, G., Cruccu, G. & Truini, A. (2011). Pathophysiological Mechanisms of Neuropathic Pain. *Future Neurology* 6(4), pp. 497-509. Disponível em http://www.medscape.com/viewarticle/745911_3
- Lombardo, L.A. & Wallace, M.S. (2013). Assessment and Treatment of Neuropathic Pain. Disponível em <https://www.practicalpainmanagement.com/pain/neuropathic/diabetic-neuropathy/assessment-treatment-neuropathic-pain>
- McDermott, A.M., Toelle, T.R., Rowbotham, D.J., Schaefer, C.P. & Dukes, E.M. (2006). The burden of neuropathic pain: results from a cross-sectional survey. *European Journal of Pain*, 10(2), 127. Disponível em <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1016/j.ejpain.2005.01.014>
- Merskey, H. & Bogduk, N. (eds.) (1994). *Classification of Chronic Pain. Descriptions of Chronic Pain Syndromes and Definitions of Pain Terms*. 2.^a ed. Seattle: IASP Press.
- Murat, A., Does the IASP definition of pain need updating?, *PAIN Reports*: September/October 2019 - Volume 4 - Issue 5 - p e777 Disponível em: doi: 10.1097/PR9.0000000000000777
- NICE (2020). Neuropathic pain in adults: pharmacological management in non-specialist settings. Disponível em <https://www.nice.org.uk/guidance/cg173>
- OE (2008). *Dor. Guia Orientador de Boa Prática. Cadernos OE, Série I, Número 1*. Disponível em <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/cadernosoe-dor.pdf>
- Padua, L., Briani, C., Truini, A., Aprile, I., Bouhassirà, D., Cruccu, G., Jann, S., Nobile-Orazio, E., Pazzaglia, C., Morini, A., Mondelli, M., & Ciaramitaro, P. (2012). Consistence and discrepancy of neuropathic pain screening tools DN4 and ID-Pain. *Neurological Sciences*. DOI: 10.1007/s10072-012-1011-3
- Reis-Pina, P., Acharya, A., & Lawlor, P. G. (2018). Cancer Pain With a Neuropathic Component: A Cross-sectional Study of Its Clinical Characteristics, Associated Psychological Distress, Treatments, and Predictors at Referral to a Cancer Pain Clinic. *Journal of pain and symptom management*, 55(2), 297–306. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2017.08.028>
- Rodriguez, L. (2015) Pathophysiology of Pain: Implications for Perioperative Nursing. *AORN Journal* 101(3), 338-344.
- Schmader, K.E., Baron, R., Hannpää, M.L., Mayer, J., O'Connor, A.B., Rice, A.S.C., & Stacey, B. (2010). Treatment Considerations for Elderly and Frail Patients With Neuropathic Pain. *Mayo Clinic Proceedings*, 85(3), 26-32. Disponível em <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0025619611602875>
- Scholz, J., Finnerup, N., Attal N., Aziz, Q., Baron, R. Bennett, M., Benoliel, R., Cohen, M., Cruccu, G., ;Davis, K., Evers, S., First, M., Giamberardino, M., Hansson, P., Kaasa, S., Korwisi, B., Kosek, E., Lavand'homme, P., Nicholas, M., Nurmikko, T., Perrot, S., Raja, S., Rice, A., Rowbotham, M., Schug, S., Simpson, D., Smith, B., Svensson, P. Vlaeyen, Wang, S., Barke, A., Rief, W., Treede, R.; (2019). The IASP classification of chronic pain for ICD-11: chronic neuropathic pain. *PAIN*. 160(1):53–59, JANUARY 2019. Disponível em: <https://insights.ovid.com/pain/jpain/2019/01/000/iasp-classification-chronic-pain-icd-11/7/00006396>

RELAÇÃO ENTRE PRESENTEÍSMO E A VIOLÊNCIA NO LOCAL DE TRABALHO: REVISÃO INTEGRATIVA

Ana Sá Fernandes⁽¹⁾



Resumo

Introdução: O conceito de comparecer no local de trabalho, mas estar mentalmente ausente durante o turno de trabalho representa um impacto negativo para o profissional e para a instituição. **Objetivo do estudo:** Identificar a relação entre o presenteísmo e a violência no local de trabalho. **Metodologia:** A revisão integrativa decorreu em janeiro de 2019 em 3 bases de dados: PubMed®, Medline® e b-ON®. Foi desenvolvida uma estratégia de pesquisa adequada para identificar os estudos relevantes que se enquadrassem nos critérios de inclusão e ficaram incluídos 7 artigos para estudo e posterior análise dos dados. **Apresentação e interpretação dos resultados:** Inferiu-se que o presenteísmo estava relacionado com um elevado risco de deterioração da saúde e bem-estar havendo uma predisposição a longo prazo para dar origem ao absentismo. **Conclusão:** O presenteísmo está presente no quotidiano do local de trabalho. A sua avaliação é subjetiva e pouco visível sendo difícil de quantificar, no entanto, apresenta elevados custos indiretos associados. **Palavras-chave:** Presenteísmo; Violência; Local de trabalho.

Abstract

RELATIONSHIP BETWEEN PRESENTEEISM AND VIOLENCE IN THE WORKPLACE: INTEGRATIVE REVIEW

Introduction: The concept of appearing in the workplace, but being mentally absent during the work shift represents a negative impact for the professional and the institution. **Objective of the study:** To identify the relationship between presenteeism and violence in the workplace. **Methodology:** The integrative review took place in January 2019 in 3 databases: PubMed®, Medline® and b-ON®. An adequate research strategy was developed to identify the relevant studies that fit the inclusion criteria and 7 articles were included for study and further analysis of the data. **Presentation and interpretation of results:** It was inferred that presenteeism was related to a high risk of deteriorating health and well-being, with a long-term predisposition to give rise to absenteeism. **Conclusion:** presenteeism is present in the daily life of the workplace. Its assessment is subjective and barely visible, being difficult to quantify, however, it has high associated indirect costs.

Keywords: Presenteeism; Violence; Workplace.

Resumen

APLICACIÓN DEL CUESTIONARIO DN4 EN EL ESTUDIO DEL DOLOR NEUROPÁTICO EN UN HOSPITAL DISTRITO

Introducción: El concepto de aparecer en el lugar de trabajo, pero estar mentalmente ausente durante el turno de trabajo representa un impacto negativo para el profesional y la institución. **Objetivo del estudio:** Identificar la relación entre presentismo y violencia en el lugar de trabajo. **Metodología:** La revisión integradora tuvo lugar en enero de 2019 en 3 bases de datos: PubMed®, Medline® y b-ON®. Se desarrolló una estrategia de investigación adecuada para identificar los estudios relevantes que se ajustan a los criterios de inclusión y se incluyeron 7 artículos para su estudio y posterior análisis de los datos. **Presentación e interpretación de los resultados:** se infirió que el presentismo estaba relacionado con un alto riesgo de deterioro de la salud y el bienestar, con una predisposición a largo plazo para dar lugar al absentismo. **Conclusión:** el presentismo está presente en la vida diaria del lugar de trabajo. Su evaluación es subjetiva y apenas visible, siendo difícil de cuantificar, sin embargo, tiene altos costos indirectos asociados.

Palabras clave: Presentismo; Violencia; Lugar de trabajo.

INTRODUÇÃO

O conceito atual de saúde nas instituições é uma atividade complexa que se baseia na prevenção, no tratamento de doenças e na procura do bem-estar dos profissionais. Hoje, as instituições vêm-se face a um novo problema no local de trabalho que diz respeito à presença parcial do profissional no seu posto de trabalho. Ao conceito de estar presente fisicamente no local de trabalho, mas estar ausente mentalmente é uma problemática cada vez mais vivida no mundo de trabalho. O profissional não está capaz de assumir as suas funções o que resulta numa redução na produtividade e diminuição da rentabilidade. A esta definição dá-se o nome de presenteísmo (Flores-Sandí, 2006), que representa comparecer no local de trabalho estando doente (Johns, 2010).

O presenteísmo pode surgir em qualquer momento e com o tempo pode ter repercussões no trabalho e na vida social do profissional. Uma pessoa saudável pode a qualquer momento ser afetado por uma doença, e.g., cefaleias, lombalgias, uma doença crónica que agudiza, algumas das quais podem ser contagiosas, e.g., gripe, constipação. Qualquer que seja a tipologia de doença, a mesma vai ter uma ação direta no desempenho do profissional e pode de forma indireta afetar/influenciar as ações dos outros profissionais (Levin-Epstein, 2005; Taloyan et al., 2012). A área da saúde representa um tipo de atividade mais propensa à presença do presenteísmo. Pelas suas características, a área da saúde tem potencial de expor o profissional à doença o que pode interferir negativamente nos cuidados prestados pelos profissionais aos doentes (Oliveira, Costa, Fernandes, Gouveia & Rocha, 2018). Os médicos e os enfermeiros são dos grupos profissionais mais afetados pelo presenteísmo e que pode ter um impacto significativo nos custos terapêuticos, na diminuição do bem-estar e saúde do profissional e no absentismo (Lui, Andres & Johnston, 2017).

É fundamental não confundir a diminuição de produtividade por pausas intencionais, e.g., usar o telemóvel, pausa para café, fumar ou simular uma doença com o intuito de evitar desempenhar determinadas funções no trabalho (Revuelta & Francisco, 2014) com o verdadeiro significado de presenteísmo. O termo presenteísmo surge pela primeira vez nos anos 90, em Inglaterra, pelo Professor Cary Cooper, psicólogo especialista em gestão organizacional da Universidade de Manchester. O Professor Cooper definiu presenteísmo como sendo a relação entre doença e perda de produtividade que surge como consequência de diferentes fatores, e.g., sensação de insegurança e o trabalho excessivo (Flores-Sandí, 2006), havendo uma forte relação com o estado de saúde e uma má situação económica do profissional (Aronsson, Gustafsson & Mellner, 2011).

A base do sucesso de uma instituição são os profissionais e para ser possível alcançar os objetivos e metas delineadas é necessário que os mesmos se sintam bem no trabalho. Nos últimos anos surgiu uma crescente preocupação por parte das instituições para melhorar as condições de trabalho. Um profissional saudável representa produtividade que se traduz em resultados económicos positivos para a instituição (Flores-Sandí, 2006). Vários episódios de presenteísmo representam um fator de risco acrescido para episódios futuros de absentismo que vão simbolizar futuros custos para as instituições (Bergström, Bodin, Hagberg, Aronsson & Josephson, 2009a).

Analisar o custo do presenteísmo, na realidade, é uma ação de extrema dificuldade porque como o profissional apresenta-se no seu posto de trabalho, mas não produz o esperado para a função desempenhada, o que torna o custo real uma incógnita (Levin-Epstein, 2005). Se associarmos o potencial de erro clínico e os riscos relacionados à diminuição da segurança nos cuidados prestados (Páez & Abellán, 2015), esta análise ainda se torna mais difícil. As baixas por doença são uma despesa no orçamento das

instituições, contudo, ter um profissional ao serviço, que tem um elevado risco de cometer erros representa um custo superior.

Estar presente no local de trabalho doente ou não comparecer é uma decisão que em conjunto com outros fatores que afetam o profissional e podem ter repercussões no seu futuro (Taloyan et al., 2012). É importante entender-se os fatores associados ao contexto pessoal e familiar, o relacionamento com os pares e o ambiente de trabalho. Só assim, se poderá prevenir o surgimento de fatores que induzem ou agravam o presenteísmo (Yaphe, 2015). O excesso de pressão exercida pela evolução da sociedade origina a que o profissional perca dinamismo levando-o a evitar as suas tarefas e em casos mais extremos optar pelo absentismo (Oliveira et al., 2018).

O presenteísmo é um processo que tem origem em efeitos adversos ou acidentes que ocorreram durante o trabalho e que podem ter a influência de fatores fisiopsicológicos e ambientais (Flores-Sandí, 2006). Sendo um fator de risco para futuros problemas de saúde deve ser encarado como um alerta real (Bergström et al., 2009b). Os fatores psicossociais são elementos que influenciam a saúde e a doença podendo precipitar o aparecimento de incapacidades permanentes ou temporárias a longo prazo e de barreiras ao retorno saudável e do bem-estar (Pardo & García, 2018).

METODOLOGIA

A necessidade de conhecer o estado da arte sobre a relação do presenteísmo e a violência levou a que fosse feita uma revisão integrativa. A questão de investigação, qual a relação entre presenteísmo e violência no local de trabalho tem como objetivo identificar a relação entre o presenteísmo e a violência. A pesquisa foi conduzida em janeiro de 2019 de forma independente. Procurou-se identificar estudos com pelo menos dois descritores no título entre o período de 2014 a janeiro de 2019. Os descritores DeSC e MeSH utilizados na pesquisa foram presenteísmo,

violência e local de trabalho. A pesquisa foi efetuada em três bases de dados: PubMed®, Medline® e b-ON®. A pesquisa abrangeu a inclusão de artigos publicados entre 2014 e 2019, com texto completo e considerados os artigos escritos em inglês, português e espanhol. Como exclusão foi definido o ano de publicação dos estudos serem superior a cinco anos e foram identificados 252 artigos.

Foi utilizada as recomendações PRISMA (Galvão & Pansani, 2015) para ser construir o fluxograma 1. Dos 252 estudos identificados, 84 estavam duplicados e permaneceram 168 estudos. Em leitura do título e tendo por base pelo menos dois descritores ficaram 10 estudos para leitura integral. Os 157 artigos rejeitados só tinham no título um ou nenhum descritor e o título não era sugestivo do objetivo de estudo. Avaliou-se o conteúdo dos 10 estudos, que após leitura integral dos artigos foram incluídos para análise sete estudos.

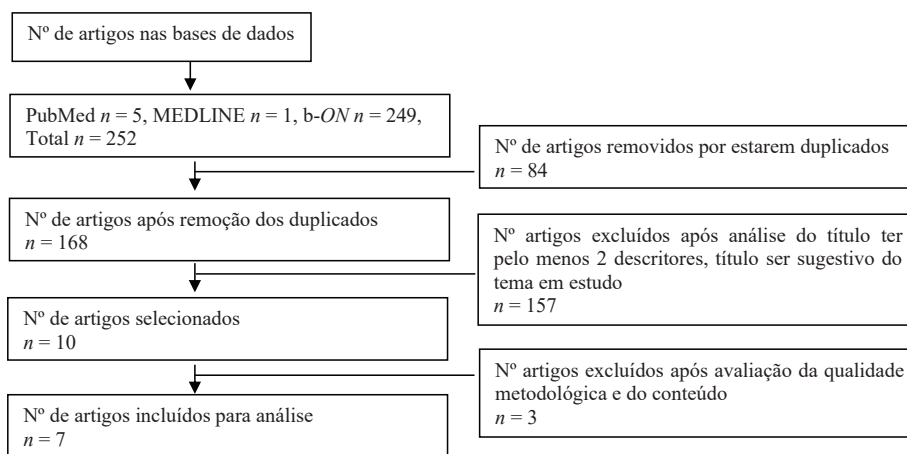


Figura 1 – Fluxograma das etapas metodológicas

No final da pesquisa realizada nas bases de dados permaneceram sete estudos para análise, todos eles apresentavam pelo menos a relação entre duas das palavras-chave selecionadas. Foi feita uma síntese (tabela 1) dos artigos onde se realça a seguinte informação: ano de publicação, autores, país, título e objetivos do estudo.

Tabela 1 – Síntese dos artigos analisados

Ano	País	Autores	Título	Objetivos do estudo
2018	Coreia	Choi, Yi e Kim.	Exposure to Adverse Social Behavior in the Workplace and Sickness Presenteeism among Korean Workers: The Mediating Effects of Musculoskeletal Disorders	Investigaram o mecanismo pelo qual o comportamento social adverso reduz a produtividade, examinando o papel mediador potencial dos distúrbios musculoesqueléticos
2017	China	Yang, Guo, Ma, Li, Tian e Deng.	Job Stress and Presenteeism among Chinese Healthcare Workers: The Mediating Effects of Affective Commitment	Examinar a associação entre stresse no trabalho, comprometimento afetivo e presenteísmo entre os trabalhadores
2017	Coreia do Sul	Joo e Rhie.	The relationship between emotional labor status and workplace violence among toll collectors	Identificar o estado emocional de violência no trabalho e os cobradores de portagem; avaliar e comparar o mesmo com o de trabalhadores em outras ocupações de serviço; analisar a relação entre trabalho emocional e violência no trabalho
2017	Portugal	Neto, Ferreira, Martinez e Ferreira.	Workplace Bullying and Presenteeism: The Path Through Emotional Exhaustion and Psychological Wellbeing	Examinar as variáveis intervenientes de exaustão emocional e bem-estar psicológico nas relações diretas e indiretas entre o <i>bullying</i> no trabalho e os indicadores de perda de produtividade devido ao presenteísmo.
2016	Inglaterra	Evans-Lacko e Knapp.	Global patterns of workplace productivity for people with depression: absenteeism and presenteeism costs across eight diverse countries	Examinar o impacto da depressão na produtividade no local de trabalho em oito países diferentes
2016	Coreia do Sul	Cho, Park, Lee, Min e Baek.	The association between Korean workers' presenteeism and psychosocial factors within workplaces	Investigar a associação entre presenteísmo e os vários fatores psicossociais nos locais de trabalho
2015	Dinamarca	Conway, Clausen, Hansen e Hogh.	Workplace bullying and sickness presenteeism: cross-sectional and prospective associations in a 2-year follow-up study	Investigar a exposição ao bullying no local de trabalho como um potencial fator de risco para o presenteísmo da doença

No estudo de Conway, Clausen, Hansen e Hogh (2015) concluiu que o bullying e o presenteísmo acima de oito dias por ano, no local de trabalho, apresentavam uma relação significativa entre ambos. No estudo de Choi, Yi e Kim (2018), os profissionais, vítimas de bullying ou violência física, tiveram tendência a ter um estado de saúde menos saudável e maior probabilidade de desenvolver presenteísmo.

No estudo de Yang et al. (2017), a relação entre as emoções negativas e o stress originaram diminuição na produtividade e na qualidade de cuidados prestados, com um aumento gradual significativo do presenteísmo. No estudo de Neto, Ferreira, Martinez e Ferreira (2017) foi encontrada uma relação significativa entre bullying no local de trabalho e o burnout, o que condicionava o desempenho do profissional e o seu desempenho.

No estudo de Cho (2016), os resultados revelaram que havia uma relação entre presenteísmo e diversos fatores psicossociais com implicações negativas na saúde fisiopsicológica e na perda de rendimento do profissional. O presenteísmo aumentou proporcionalmente quando estava associado ao trabalho a falta de apoio dos pares, a insatisfação no trabalho, níveis elevados de stresse e intensidade associada ao trabalho sobretudo quando associado ao trabalho emocional.

No estudo de Evans-Lacko e Knapp (2016), demonstrou-se que elevados casos de depressão tinham relação com elevado presenteísmo, mas cujo impacto era diferente em cada país.

No estudo de Joo e Rhie (2017), ficou claro que havia uma relação direta entre os profissionais que eram vítimas de violência no trabalho e que apresentavam elevados níveis de emoção no trabalho.

DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

O estudo de Cho et al. (2016) inferiu que o stress afetava negativamente o presenteísmo e a dedicação emocional, por sua vez, a dedicação emocional ao trabalho tinha um impacto negativo no presenteísmo (Yang et al., 2017). Como descrito em estudos prévios, o presenteísmo é um comportamento em que o profissional se apresenta fisicamente no trabalho, contudo, está doente física ou psicologicamente e como consequência tem um desempenho reduzido (Lui et al., 2017; Shimabuku, Mendonça & Fidelis, 2017). Pode surgir por diversas razões, e.g.: discriminação devido à idade no trabalho, à educação, origem, sexual, o tipo de emprego. Outras causas apresentadas foram a violência física, o assédio sexual, a insegurança laboral, a instabilidade no trabalho e na vida pessoal, descontentamento, falta de apoio no trabalho e stress emocional (Cho et al., 2016) que foi realçado na revisão de Pardo e García (2018). A forma como os sintomas físicos ou psicossomáticos afetam o desempenho do profissional e interferem com a instituição são distintos e condicionados pelo contexto pessoal e institucional (Shimabuku et al., 2017).

Os profissionais tentavam combater o stress do trabalho com o aumento da carga de trabalho para servir como forma de escape. O potencial de produtividade era mais elevado quando os profissionais eram desafiados a superar-se, embora houvesse um aumento de stress, mas que era considerado como positivo pelo próprio. Em contrapartida, o impedimento da realização de tarefas traduzia-se em stress negativo para o profissional com um efeito negativo no seu desempenho e implicações para o desenvolvimento do presenteísmo. Os profissionais concluíram que a exposição à sobrecarga de trabalho e ao stress, por muito desafiante que fosse teria repercussões negativas no profissional com implicações para o seu bem-estar, e.g., diminuição do desempenho, rotatividade no trabalho ou burnout (Yang et al., 2017).

O stress é um fenómeno que está presente no dia-a-dia e que pode influenciar o desempenho do profissional. As estratégias de coping quando bem aplicadas poderiam minimizar o stress e prevenir influências negativas no bem-estar do profissional (Umann, Guido & Silva, 2014).

Estudos preexistentes referiram que embora a sobrecarga possa ser uma ação intencional superior, por vezes, o cumprimento de horas extras excessivas é uma opção do profissional por apresentar uma elevada lealdade ao trabalho ou por estatuto social o que resulta em negligência da vida pessoal e social (Shimabuku et al., 2017; Yaphe, 2015). A diminuição de produtividade tem influência negativa no desempenho do profissional podendo aumentar o erro clínico e colocar em causa a segurança do doente (Martinez & Ferreira, 2011; Revuelta & Francisco, 2014).

A perceção dos profissionais sobre equidade no trabalho demonstrou que minimizava os efeitos nocivos do presenteísmo e do absentismo. Elevadas exigências e pedidos no trabalho tais como, sobrecarga do horário eram associadas ao presenteísmo dado que o profissional mesmo doente comparecia. Porém, revelava períodos mais longos de absentismo quando o problema se agravava (Deery, Walsh & Zatzick, 2014).

O estudo de Joo e Rhie (2017) demonstrou que havia uma relação importante entre violência no trabalho e o aumento de exigência e a regulação emocional que resultou em consequências no desempenho do profissional. O estudo de Neto et al. (2017) evidenciou que o burnout e a diminuição de bem-estar estavam relacionadas negativamente com o bullying e com a perda de produtividade no local de trabalho que, por sua vez, se refletia no presenteísmo.

As solicitações no trabalho causaram mais episódios de presenteísmo e como consequência a longo prazo surgia o burnout. A relação recíproca entre ambos fez com que quando um se intensificava, o outro também aumentava (Demerouti, Le Blanc, Bakker,

Schaufeli & Hox, 2009).

O bullying e o assédio levam a problemas na saúde e bem-estar do profissional com implicações no equilíbrio socio-pessoal (Cho et al., 2016). Um profissional saudável e produtivo que começa a apresentar uma crescente falta de rentabilidade deve ser sinalizado e os seus superiores devem ficar alertas dado que pode estar a ocultar um fenómeno de burnout ou bullying com repercussões de presenteísmo (Neto et al., 2017). No estudo de Conway, Høgh, Rugulies e Hansen (2014) e Martinez e Ferreira (2011) foi encontrada uma correlação negativa entre a saúde física e psicológica do profissional, e.g., alergia e lombalgias e o presenteísmo.

É do conhecimento público que na atualidade a depressão afeta mundialmente muitos profissionais. O estudo de Evans-Lacko e Knapp (2016) demonstrou que a depressão tem um impacto diferente de país para país, nos dias de baixa, no presenteísmo e no absentismo, o que os levou a considerar que os países menos desenvolvidos apresentavam menos casos de depressão quando comparado com países mais desenvolvidos tais como, os Estados Unidos. Este achado relançou a dúvida se essa conclusão não seria mais uma questão cultural de medo e falta de diagnóstico desses países menos desenvolvidos.

Estudos antigos comprovaram que mais de sete dias de presenteísmo estavam relacionados com um elevado risco de deterioração da saúde, tal como, o aumento do risco de depressão, havendo uma possível consequência negativa entre a presença de depressão e o desenvolvimento do presenteísmo (Conway et al., 2014; Taloyan et al., 2012). Uma questão da dinâmica social importante que influencia o profissional é a reação dos pares e da opinião pública. O ambiente que o profissional vive e que muitas vezes proporciona aos outros pode ser relevante para o incentivo ou desencorajamento por parte dos demais sobretudo quando há um contágio negativo (Johns, 2010).

Num dos estudos analisados foi observado que havia uma relação entre as vítimas de bullying ou violência física e o desenvolvimento de distúrbios musculoesqueléticos. O presenteísmo associado à exposição do bullying ou violência física retardava a recuperação desses tipos de distúrbio e inclusive poderia agravá-los (Choi et al., 2018).

Estudos anteriores associaram o presenteísmo com sintomas musculoesqueléticos que afetavam um elevado número de profissionais com repercussões na diminuição do desempenho dos mesmos. As lombalgias são a forma de distúrbio mais frequentes, porém, os profissionais descreviam que a dor no ombro os fazia perder a concentração no trabalho (Santos, Marziale & Felli, 2018).

As pesquisas anteriores relacionavam as queixas físicas e psicológicas associadas a uma diminuição do bem-estar e diminuição gradual da produtividade como sendo fortes preditores que indiciavam que o profissional poderia desenvolver presenteísmo ou absentismo. Ambos em conjunto ou isolados possuem uma influência prejudicial no profissional com repercussões futuras na saúde do profissional (Gustafsson & Marklund, 2011; Martinez & Ferreira, 2011) tendo sido encontrada uma correlação entre presenteísmo no presente e o desenvolvimento de absentismo no futuro (Janssens, Clays, De Clercq, De Bacquer & Braeckman, 2013). Foi encontrada uma relação entre bullying, assédio e o presenteísmo e a perda de produtividade (Cho et al., 2016), contudo, quando o bullying era ocasional não havia grande relação ao presenteísmo (Conway et al., 2015).

Os profissionais que tinham vínculo permanente apresentavam maior probabilidade de presenteísmo quando comparado com profissionais em part-time. Um dos motivos apresentados foi o fato desse tipo de profissionais terem de desenvolver tarefas que só eles, devido ao tempo de serviço, seriam capazes (Cho et al., 2016). Por outro lado, este vínculo permanente à instituição

aumentava a probabilidade de serem vítimas de bullying ou violência física e de distúrbios musculoesqueléticos quando comparados com os profissionais temporários (Choi et al., 2018).

Um rendimento maior e mais educação indicaram menor índice de presenteísmo e de absentismo (Cho et al., 2016; Evans-Lacko & Knapp, 2016) que foi sustentado pelas conclusões do estudo de Martinez e Ferreira (2011) que descreveram que os profissionais com mais experiência e bem remunerados tinham tendência a apresentar níveis de presenteísmo menor.

As instituições devem identificar situações de bullying, de perda de rentabilidade e de instalação de presenteísmo e atuar em conformidade, e.g., informar os profissionais de sinais de alerta e mecanismos de coping para prevenir situações idênticas (Neto et al., 2017). Como referido em estudos anteriores, as instituições precisam estar conscientes que práticas inflexíveis e a sobrecarga de trabalho podem estimular o presenteísmo. Por outro lado, os superiores precisam compreender que o presenteísmo pode levar subsequentemente a períodos mais longos de ausência, o que será um problema para o bom funcionamento do serviço (Deery et al., 2014).

A prevenção e a implementação de medidas para mitigar o fenômeno deverá ser o foco de atenção das instituições porque depois do problema instalado, a sua reversão poderá, em alguns casos, nunca mais ser possível. No estudo de Evans-Lacko e Knapp (2016), os custos médios de presenteísmo por pessoa apresentados eram superiores aos custos associados ao absentismo, atingindo valores elevados que rondavam os US \$ 5788 (cerca de 5.141.29 €) no Brasil, um dos países mais afetadas. Sendo salientado que os custos associados ao presenteísmo rondavam a proporção de cinco a 10 vezes mais que os custos do absentismo.

O grande problema do impacto econômico que o absentismo e o presenteísmo representam são os custos ocultos e indiretos que não são

mensuráveis, mas que estão presentes (Páez & Abellán, 2015). Embora o presenteísmo e o absentismo sejam difíceis de prevenir, as instituições devem adequar estratégias para ajudar o profissional, e.g., promover estabilidade profissional e períodos de férias. Por seu lado, o profissional pode, e.g., adotar estilos de vida saudáveis que incluam uma nutrição adequada, exercício físico regular e um bom descanso (Yaphe, 2015).

O presenteísmo é um risco para o profissional e para a instituição que a longo prazo provoca problemas para a saúde e aumenta os custos relacionados com a doença. O presenteísmo deve ser encarado como um risco para saúde e para a economia devendo ser implementadas estratégias preventivas para este risco (Demerouti et al., 2009; Taloyan et al., 2012), podendo a longo termo levar ao absentismo com implicações diretas nos custos da instituição e indiretas na economia da sociedade (Bergström et al., 2009a; Hansen & Andersen, 2009).

Conclusão

Ao traçar o perfil do panorama atual sobre a relação do presenteísmo e a violência no trabalho é perceptível que o presenteísmo está frequentemente presente, mas que pode ter diferentes origens, e.g., violência ou burnout. O presenteísmo é subjetivo e pouco visível o que o torna difícil de medir. Está implícito aos diversos ambientes de trabalho. Muitas vezes, não é visto como um problema o que implica que não seja visto como algo a ser prevenido ou resolvido.

O presenteísmo tem uma relação direta com o surgimento a longo prazo do absentismo pelo que deve ser prevenido para evitar consequências para o profissional e para a instituição. É necessário adequar estratégias preventivas para se fazer uma adequada gestão da saúde porque um profissional que não está saudável não será capaz de cuidar e executar as suas funções com eficiência.

Conflitos de interesse: Os autores não têm quaisquer conflitos de interesse a declarar.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aronsson, G., Gustafsson, K., & Mellner, C. (2011). Sickness presence, sickness absence, and self-reported health and symptoms. *International Journal of Workplace Health Management*, 4(3), 228–243. doi: <http://dx.doi.org/10.1108/17538351111172590>
- Bergström, G., Bodin, L., Hagberg, J., Aronsson, G., & Josephson, M. (2009a). Sickness presenteeism today, sickness absence tomorrow? A prospective study on sickness presenteeism and future sickness absenteeism. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 51(6), 629–638. doi: 10.1097/JOM.0b013e3181a8281b
- Bergström, G., Bodin, L., Hagberg, J., Lindh, T., Aronsson, G., & Josephson, M. (2009b). Does sickness presenteeism have an impact on future general health? *International Archives of Occupational and Environmental Health*, 82, 1179–1190. doi: 10.1007/s00420-009-0433-6
- Cho, Y. S., Park, J. B., Lee, K. J., Min, K. B., & Baek, C.I. (2016). The association between Korean workers' presenteeism and psychosocial factors within workplaces. *Annals of Occupational and Environmental Medicine*, 28(1). doi: 10.1186/s40557-016-0124-1
- Choi, S., Yi, Y., & Kim, J. (2018). Exposure to Adverse Social Behavior in the Workplace and Sickness Presenteeism among Korean Workers: The Mediating Effects of Musculoskeletal Disorders. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(10), E2198. doi: 10.3390/ijerph15102198
- Conway, P. M., Clausen, T., Hansen, Å. M., & Høgh, A. (2015). Workplace bullying and sickness presenteeism: cross-sectional and prospective associations in a 2-year follow-up study. *International Archives of Occupational and Environmental Health*, 89(1), 103–114. doi: <https://doi.org/10.1007/s00420-015-1055-9>
- Conway, P. M., Høgh, A., Rugulies, R. E., & Hansen, Å. M. (2014). Is sickness presenteeism

- a risk factor for depression? A Danish 2-year follow-up study. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 56(6), 595–603. doi: 10.1097/JOM.0000000000000177
- Deery, S., Walsh, J., & Zatzick, C. D. (2014). A moderated mediation analysis of job demands, presenteeism, and absenteeism. *Journal of Occupational & Organizational Psychology*, 87(2), 352-369. doi: 10.1111/joop.12051
- Demerouti, E., Le Blanc, P. M., Bakker, A. B., Schaufeli, W. B., & Hox, J. (2009). Present but sick: a three-wave study on job demands, presenteeism and burnout. *Career Development International*, 14(1), 50–68. doi: 10.1108/13620430910933574
- Evans-Lacko, S., & Knapp, M. (2016). Global patterns of workplace productivity for people with depression: absenteeism and presenteeism costs across eight diverse countries. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 51(11), 1525-1537. doi: 10.1007/s00127-016-1278-4
- Flores-Sandí, G. (2006). "Presentismo": Potencialidad en accidentes de salud. *Acta médica costarricense*, 48(1). On-line version, ISSN 0001-6012.
- Galvão, T. G., & Pansani, T. S. A. (2015). Principais itens para relatar Revisões sistemáticas e Meta-análise: A recomendação PRISMA. *Epidemiologia e serviços de saúde*, Brasília, 24(2), 335-342.
- Gustafsson, K., & Marklund, S. (2011). Consequences of sickness presence and sickness absence on health and work ability: A Swedish prospective cohort study. *International Journal of Occupational Medicine and Environmental Health*, (2), 153–165. doi: 10.2478/s13382-011-0013-3
- Hansen, C. D., & Andersen, J. H. (2009). Sick at work—a risk factor for longterm sickness absence at a later date? *Journal of Epidemiology and Community Health*, 63, 397–402.
- Janssens, H., Clays, E., De Clercq, B., De Bacquer, D., & Braeckman, L. (2013). The relation between presenteeism and different types of future sickness absence. *Journal of Occupational Health*, 55, 132–141.
- Johns, G. (2010). Presenteeism in the workplace: a review and research agenda. *Journal of Organizational Behavior*, 31, 519–542. doi: 10.1002/job.630
- Joo, Y., & Rhie, J. (2017). The relationship between emotional labor status and workplace violence among toll collectors. *Annals of Occupational and Environmental Medicine*, 29. doi: 10.1186/s40557-017-0193-9
- Levin-Epstein, J. (2005). Presenteeism and Paid Sick Days. Washington: Center for Law and Social Policy. Recuperado de <https://www.clasp.org/sites/default/files/public/resources-and-publications/publication-1/0212.pdf>
- Lui, J. N. M., Andres, E. B., & Johnston, J. M. (2017). Presenteeism exposures and outcomes amongst hospital doctors and nurses: a systematic review. *BMC Health Services Research*, 18(98). doi: <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3789-z>
- Martinez, L. F., & Ferreira, A. I. (2011). Sick at work: presenteeism among nurses in a Portuguese public hospital. *Stress Health*, 28(4), 297–304. doi: 10.1002/smi.1432
- Neto, M., Ferreira, A. I., Martinez, L. F., & Ferreira, P. C. (2017). Workplace Bullying and Presenteeism: The Path Through Emotional Exhaustion and Psychological Wellbeing. *Annals of Work Exposures & Health*, 61(5), 528-538. doi: 10.1093/annweh/wxx022
- Oliveira, A. L. C. B., Costa, G. R., Fernandes, M. A., Gouveia, M. T. O., & Rocha, S. S. (2018). Presenteísmo, fatores de risco e repercussões na saúde do trabalhador de enfermagem. *Avances en enfermería*, 36(1), 79-87. doi: 10.15446/av.enferm.v36n1.61488
- Páez, A. L., & Abellán, B. R. (2015). Implicaciones del presentismo en la productividad laboral del área de la salud. *Medicina Legal de Costa Rica - Edición Virtual*, 32(1). ISSN 1409-0015
- Pardo, J. M. V., & García, AL-G. (2018). Los factores psicosociales como predictores pronósticos de difícil retorno laboral tras incapacidad. *Medicina y Seguridad del*

Trabajo (Internet), 64(250), 50-74.

Revuelta, R., & Francisco, J. (2014). Nursing presenteeism. Patient safety implications. Possibilities of control and reduction. *Enfermería Global*, 35, 374-383. ISSN 1695-6141

Santos, H. E. C., Marziale, M. H. P., & Felli, V. E. A. (2018). Presenteísmo e sintomas musculoesqueléticos entre trabalhadores de enfermagem. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 26, e3006. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.2185.3006>

Shimabuku, R. H., Mendonça, H., & Fidelis, A. (2017). Presenteísmo: contribuições do Modelo Demanda-Controle para a compreensão do fenômeno. *Cadernos de Psicologia Social do Trabalho*, 20(1). ISSN 1516-3717

Taloyan, M., Aronsson, G., Leineweber, C., Hanson, L. M., Alexanderson, K., & Westerlund, H. (2012). Sickness presenteeism predicts suboptimal self-rated health and sickness absence: a nationally representative study of the Swedish working population. *Public Library of Science ONE*. 7(9), e44721. doi: [10.1371/journal.pone.0044721](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0044721)

Umann, J., Guido, L. A., & Silva, R. M. (2014). Estresse, coping e presenteísmo em enfermeiros que assistem pacientes críticos e potencialmente críticos. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 48(5), 891-8. doi: [10.1590/S0080-623420140000500016](https://doi.org/10.1590/S0080-623420140000500016)

Yang, T., Guo, Y., Ma, M., Li, Y., Tian, H., & Deng, J. (2017). Job Stress and Presenteeism among Chinese Healthcare Workers: The Mediating Effects of Affective Commitment. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 4(9). doi: [10.3390/ijerph14090978](https://doi.org/10.3390/ijerph14090978)

Yaphe, J. (2015). Presenteeism: why we work when we are sick. Editorial. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, 3, 242-243.

MODELOS DE PLANEAMENTO NO APOIO À GESTÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE: REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

Amaral, Mónica⁽¹⁾; João, Anabela⁽²⁾; Martins, Manuela⁽³⁾; Paiva, Noémia⁽⁴⁾; Pereira, Teresa⁽⁵⁾



Resumo

Introdução: O planeamento é uma ferramenta basilar no alcance de objetivos, que releva aprimorar. **Metodologia:** Realizou-se uma revisão integrativa da literatura colhendo-se os dados através das bases PubMed, BVS, EBSCOhost, SciELO e TRIPdatabase vindo posteriormente a organizar os resultados por categorias. **Objetivo:** Identificar os modelos de planeamento utilizados na gestão em saúde e os fatores envolvidos na sua implementação. **Resultados:** Identificaram-se 8 artigos, publicados na última década. Categorizaram-se os dados para análise e discussão em modelos de planeamento, fatores inibidores e facilitadores do planeamento. Os modelos estratégico, participativo e normativo são as tipologias de planeamento em saúde mais referenciadas. A implementação e avaliação de metodologias inovadoras e o recurso a instrumentos de planeamento podem incrementar o sucesso. A menor participação dos sujeitos e a frágil definição de elementos principais da gestão estratégica são apontados como fatores inibidores de sucesso. **Conclusão:** Não obstante o planeamento estratégico de abordagem participativa ser o modelo de maior sucesso, a escassez de tempo surge como maior entrave para o colocar em prática. Os poucos estudos identificados nesta revisão integrativa remete-nos para uma contínua investigação.

Palavras-chave: Gestão em saúde; Planeamento; Enfermagem

Abstract

PLANNING MODELS IN SUPPORT OF HEALTH SERVICES MANAGEMENT: INTEGRATIVE LITERATURE REVIEW

Introduction: Planning is a basic tool in achieving objectives, it is important to improve it. **Methodology:** An integrative literature review was performed by collecting the data through PubMed, BVS, EBSCOhost, SciELO and TRIPdatabase. Subsequently organizing the results by categories. **Objective:** To identify the planning models used in health management and the factors involved in their implementation. **Results:** We identified 8 articles, published in the last decade. We categorized the data for analysis and discussion into planning models, inhibitory factors, and planning facilitators. The strategic, participatory and normative models are the most referenced health planning typologies. The implementation and evaluation of innovative methodologies and the use of planning tools can increase success. The lower participation of the subjects and the fragile definition of the main elements of the strategic management are pointed out as factors inhibiting success. **Conclusion:** Despite the strategic planning of a participatory approach being the most successful model, the lack of time appears as a major obstacle to put it into practice. The few studies identified in this integrative review lead us to a continuous investigation.

Key Words: Health Management; Nursing; Planning.

Resumen

MODELOS DE PLANIFICACIÓN PARA APOYAR LA GESTIÓN DE SERVICIOS DE SALUD: REVISIÓN INTEGRATIVA DE LA LITERATURA

Introducción: la planificación es una herramienta básica para lograr los objetivos, que es importante mejorar. **Metodología:** se realizó una revisión bibliográfica integradora, que recopiló los datos a través de las bases de datos PubMed, VHL, EBSCOhost, SciELO y TRIPdatabase, y luego organizó los resultados por categorías. **Objetivo:** identificar los modelos de planificación utilizados en la gestión de la salud y los factores involucrados en su implementación. **Resultados:** se identificaron 8 artículos, publicados en la última década. Los datos se clasificaron para su análisis y discusión en modelos de planificación, inhibiendo y facilitando factores de planificación. Los modelos estratégicos, participativos y normativos son los tipos de planificación sanitaria más referenciados. La implementación y evaluación de metodologías innovadoras y el uso de herramientas de planificación pueden aumentar el éxito. La menor participación de los sujetos y la débil definición de los principales elementos de la gestión estratégica se señalan como factores que inhiben el éxito. **Conclusión:** a pesar de que la planificación estratégica de un enfoque participativo es el modelo más exitoso, la escasez de tiempo aparece como un obstáculo importante para ponerlo en práctica. Los pocos estudios identificados en esta revisión integradora nos llevan a una investigación continua.

Palabras clave: gestión de la salud; Planificación; Enfermería.

Submetido em Julho 2020. Aceite para publicação em Agosto 2020

⁽¹⁾ Enfermeira no Serviço Neonatologia/UCIN do Centro Hospitalar Tâmega e Sousa EPE, Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, Aluna do Curso de Pós-Graduação em Gestão dos Serviços de Enfermagem. E-mail: monicamaral@sapo.pt

⁽²⁾ Enfermeira no Serviço de Angiologia e Cirurgia Vasculardo Centro Hospitalar Universitário de S. João, Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação, Aluna do Curso de Pós-Graduação em Gestão dos Serviços de Enfermagem. E-mail: anabelafojo@gmail.com

⁽³⁾ Professora Coordenador da ESEP. Núcleo de Investigação de Enfermagem de Família (NIEF) Grupo de Investigação - NursID: Inovação e Desenvolvimento em Enfermagem - CINTESIS - center for health technology and services research - FMUP. E-mail: mmartins@esen.pt

⁽⁴⁾ Enfermeira em Conforto no Futuro, Lda - Serviços de Enfermagem e Apoio Domiciliário; Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação, Aluna do Curso de Pós-Graduação em Gestão dos Serviços de Enfermagem. E-mail: nomipaiva@gmail.com

⁽⁵⁾ Pereira, Teresa. Enfermeira no Serviço Neonatologia/UCIN do Centro Hospitalar Tâmega e Sousa EPE, Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, Aluna do Curso de Pós-Graduação em Gestão dos Serviços de Enfermagem. E-mail: tfpereira@sapo.pt

INTRODUÇÃO

A prática do planeamento é bem mais antiga do que o senso comum supõe. Desde os primórdios da história o Homem, de algum modo, mesmo que rudimentarmente, já fazia uso do planeamento.

O planeamento é uma função administrativa essencial, para se atingir os objetivos organizacionais, em qualquer modelo de gestão. Na área da saúde, diante da complexidade e das especificidades inerentes à gestão das instituições, verifica-se que o planeamento representa uma necessidade ainda mais evidente.

No presente estudo apresentamos algumas questões que consideramos relevantes para a compreensão e prática proficiente do planeamento. Tentamos justificar a importância no contexto atual, trazendo conceitos, caracterizações e, em particular, a nossa percepção dos limites e desafios do planeamento na área da saúde.

Considerando-se os diferentes tipos de planeamento adotados pelos serviços de saúde, tem-se como questão norteadora deste estudo: Que modelos de planeamento são utilizados no apoio à gestão nos serviços de saúde?

Face à imensidão e complexidade de informações na área da saúde, a revisão integrativa é destacada como método de revisão de literatura profícuo. Esta metodologia viabiliza uma prática baseada em evidências, favorecendo o desenvolvimento e / ou a incorporação de resultados de pesquisa na prática clínica ^(1,2). A aplicabilidade deste método para a pesquisa na saúde e enfermagem é apontada como relevante, na medida em que, permite a busca, a avaliação crítica e a síntese das evidências disponíveis do tema investigado. O seu produto final traduz o estado atual do conhecimento do tema investigado, a implementação de intervenções efetivas na assistência à saúde e a redução de custos, bem como, a identificação de lacunas que direcionam para o desenvolvimento de futuras pesquisas ⁽¹⁾.

Nesta linha, este estudo focaliza-se

na realização duma revisão integrativa da literatura das pesquisas centradas em programas/modelos de planeamento em saúde, evidenciando e discutindo os conceitos de planeamento, visando traçar um panorama e tendências do planeamento nos serviços de saúde.

REFERENCIAL TEÓRICO

O planeamento da saúde, durante a sua evolução, acompanhou as mudanças ambientais e contextuais, procurando adaptar o que fazer da saúde face aos novos desafios. Neste devir, passou por várias etapas, em que se desenvolveram propostas metodológicas, umas vindas da teoria administrativa e outras da área da saúde, mas que hoje constituem um rico acervo, com elementos conceituais, metodológicos e instrumentais, suscetíveis de se articularem ⁽³⁾.

O processo de planeamento das ações em saúde é fundamental para a sistematização do processo de trabalho das organizações e serviços. Este reflete-se na qualidade da assistência aos clientes, podendo ser entendido como um método de se pensar as ações, de se organizar, de se alcançar resultados e de efetivar metas estabelecidas. Não há garantia de sucesso, ou seja, os resultados não serão sempre positivos simplesmente por terem sido planeados, realçando-se como um processo dinâmico, ativo e deliberativo, mas que sem ele as hipóteses de fracasso são maiores ⁽⁴⁾.

No processo de trabalho em saúde, o planeamento das ações é essencial para o desempenho das atividades gerenciais, de forma eficiente e eficaz, com reflexos positivos na qualidade da assistência prestada aos clientes ⁽⁵⁾. Assim, espera-se que o gestor de saúde ao planejar incorpore atitudes reflexivas, capazes de transformar iniquidades em processos de trabalho humanizados, ao contrário dos processos normativos e burocráticos com baixa capacidade de resolução de necessidades de saúde, permitindo, assim, um olhar e uma oferta ao usuário na proporção da sua integralidade ⁽⁶⁾.

O planeamento pode ser realizado aos três níveis da instituição: estratégico, tático e operacional. No nível estratégico, visualiza-se o futuro, buscando oportunidades e evitando problemas que possam acarretar complicações para o negócio. No nível tático, procura-se concretizar projetos que possibilitem alcançar os objetivos estratégicos que foram elencados. Já no nível operacional, é preciso planejar as atividades que serão executadas para que os projetos aconteçam. Estes níveis, em complementaridade, são igualmente muito importantes para atingir o objetivo final ⁽⁷⁾.

A responsabilidade de gerir uma instituição de saúde compreende o exercício de diversas funções, entre elas o planeamento relativo aos seus principais tipos de planeamento: normativo ou operacional, estratégico e participativo ⁽⁴⁾.

O planeamento normativo é referido também como tradicional e é largamente adotado pelas instituições de saúde, apesar de ser constantemente criticado pela literatura em relação aos outros modelos. Este tipo de planeamento está ancorado no paradigma positivista, que valoriza a produção em detrimento da subjetividade humana. É mais pontual e responde à ideia de fragmentação do serviço em diferentes departamentos. Leva em conta o cientificamente comprovável e quantificável, atuando na lógica da razão. É um tipo de planeamento de curto prazo ou ao acaso, voltado para a ação imediata, no sentido de manter o funcionamento dos serviços. É importante para problemas que exigem solução imediata e urgente, visto que o enfoque é de imposição e tomada de atitude rápida ⁽⁴⁾.

No entanto, o planeamento estratégico identifica os factos atuais e projeta os passos a serem dados por uma organização, de acordo com o diagnóstico, procurando antecipar-se aos possíveis problemas que possam surgir, otimizando os seus aspetos positivos e adaptando-se às mudanças necessárias. O planeamento estratégico traduz a identidade de uma organização, podendo, a partir disso,

traçar objetivos e metas com base numa missão a ser constantemente perseguida. Deve descrever as atividades a serem desenvolvidas e ter uma visão crítica do processo. Considera ações imediatas, mas agrega o pensamento e reflexão à ação, de forma mais abrangente, o que o torna um planeamento de médio a longo prazo ⁽⁴⁾.

O planeamento participativo prevê a participação de vários atores sociais na tomada de decisões. É um modelo de planeamento do tipo histórico, visto ser consequência de conquistas ocorridas num contexto de lutas político-democráticas oriundas de momentos históricos de regimes totalitários. Ocorre o compartilhamento de poder, que condiciona os diferentes resultados do planeamento, sejam conquistas ou fracassos, como responsabilidade coletiva. A valorização da linguagem, da comunicação e da opinião dos diferentes sujeitos dá espaço ao pensamento coletivo que tenta ganhar força perante o pensamento individual, que se reflete no trabalho em equipa ⁽⁴⁾.

O modelo de planeamento participativo destaca-se por adotar a filosofia do pensar e agir em conjunto, contribuindo para melhores resultados. Quando ocorre a contribuição de maior número de pessoas, o trabalho tende a ser qualitativamente melhor do que quando se restringe a uma aristocracia organizacional. Assim, a qualidade dos resultados tem relação com a forma e o modelo de planeamento que as instituições adotam, e é consequência de uma gestão integrada, sistémica e coerente, que crie condições para que a ação assistencial ocorra com segurança, respeitando os direitos das pessoas ⁽⁸⁾.

Déficits no âmbito da gestão são reconhecidos como um dos principais problemas do setor da saúde. Neste cenário, é reconhecido que a gestão participativa tem forte aceitação, mas pouca aplicação efectiva ⁽⁹⁾.

Ao reconhecer os elementos estratégicos do planeamento, gestor e equipa poderão atuar como atores sociais e trabalhar no

enfrentamento de problemas, na capacidade de gestão e no desenvolvimento de ações que atendam às necessidades e expectativas da população e dos trabalhadores ⁽¹⁰⁾.

Para o gestor ou equipa gestora, um dos grandes desafios é desenvolver coletivamente um planeamento que contribua para melhorar a saúde da população, estimulando a adesão das equipas para atingir resultados. O planeamento em equipa é complexo, bem como as ações de saúde a serem desenvolvidas com a população, o que exige constante atenção ao trabalho e à capacitação multidisciplinar, visando à integração de todos os envolvidos nos serviços de saúde ⁽¹⁰⁾.

O planeamento estratégico é um instrumento que possibilita à organização estudar as suas extensões internas e externas, conhecer e refletir sobre os propósitos e, com isso, elaborar componentes basilares para o bom desempenho, como missão, visão, valores, objetivos, metas e estratégias ⁽¹¹⁾.

A gestão estratégica, quando bem utilizada, é um forte recurso de direcionamento institucional, apesar de pautada por dificuldades relativamente à utilização das ferramentas estratégicas, o que conduz ao distanciamento por parte da administração do planeamento estratégico ⁽¹²⁾.

Na saúde o planeamento estratégico tem a função de melhorar o desempenho das políticas, a eficiência e efetividade dos serviços no cumprimento dos seus objetivos, bem como, pode ser utilizado de forma a identificar os principais problemas de gestão, tornando-se um importante instrumento de gestão, pois, estabelece parâmetros que vão direcionar ações dentro das possíveis mudanças de mercado e que trarão resultados competitivos ⁽⁷⁾.

As mudanças que tem ocorrido nas organizações de saúde nos últimos anos influenciaram também o sistema de gestão da saúde. Desta forma, várias ferramentas de gestão têm sido adotadas visando a melhoria dos processos, aumento da produtividade e redução de custos do setor. A amplitude

da utilização das técnicas de planeamento cresce e evolui com a necessidade da profissionalização das organizações de saúde ⁽⁷⁾.

OBJETIVO

Esta revisão tem por objetivos identificar os modelos de planeamento utilizados na gestão em saúde e quais os fatores que facilitam ou inibem a sua implementação.

METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura procurando responder à questão formulada, tendo por base a metodologia PICO: Que modelos de planeamento são utilizados no apoio à gestão nos serviços de saúde?

Para a identificação dos artigos na literatura, realizou-se uma busca nas bases de dados: *PubMed*, *BVS*, *EBSCOhost*, *Scielo* e *TRIPdatabase*, tendo-se procedido à colheita de dados em maio de 2019.

Foram utilizados, para a busca dos artigos, os seguintes descritores e suas combinações nas línguas portuguesa e inglesa: “*Planeamento, Gestão, Saúde*”, aos quais se adicionou o operador booleano “AND” para limitar a pesquisa.

Foram incluídos artigos: publicados em português, inglês e espanhol, no período de janeiro de 2009 a maio de 2019, com texto integral, acesso livre on-line e em contexto organizacional de saúde. Foram excluídos artigos: repetidos, com a metodologia e/ou resultados não claramente apresentados e que não respondiam à questão de partida.

Foram selecionados os artigos de maior relevância face ao objetivo deste estudo. No total, houve o levantamento de 585 artigos. A análise dos textos incluídos na revisão iniciou-se com vista a filtragem dos artigos, tendo sido estabelecidas três etapas: na primeira etapa foi realizada análise dos títulos tendo resultado 25 artigos; na segunda etapa após leitura dos resumos dos 25 artigos; selecionaram-se 10 artigos para proceder à leitura integral, tendo

sido excluídos 02 por não responderem ao objetivo do estudo, Assim, obteve-se uma amostra final de 08 artigos científicos, com informações relevantes para esta revisão integrativa.

No que se refere à análise e síntese dos dados extraídos dos artigos foram realizadas de forma descritiva, possibilitando observar, contar, descrever e classificar os dados, com o intuito de reunir o conhecimento produzido sobre o tema explorado na revisão.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Nesta análise e discussão sobre planeamento em enfermagem e saúde procedeu-se, numa primeira fase, à identificação dos tipos de planeamento descritos, das principais dificuldades apontadas e das ferramentas mais utilizadas na sua implementação. De seguida, procuramos estabelecer as suas inter-relações e perspetivar tendências evolutivas inferidas a partir da literatura pesquisada.

Caraterísticas dos estudos

Os estudos analisados ancoraram-se no estudo do planeamento, adotando abordagens qualitativas, do tipo estudos exploratórios⁽¹³⁻¹⁵⁾ e estudos de caso^(16,17), acrescentando-se uma pesquisa convergente assistencial⁽¹⁸⁾ e uma revisão bibliográfica integrativa⁽¹⁹⁾. Os participantes nos estudos integravam-se na área da saúde, em contextos de unidades assistenciais hospitalares^(14,18-20), e em contexto de planeamento da assistência a nível regional^(13,15-17). Os estudos incluíram intervenientes nos variados níveis de intervenção/ decisão, desde gestores de municípios saúde^(13,15-17), a presidentes de conselhos de administração⁽¹⁴⁾ a enfermeiros gestores e do âmbito assistencial^(18,19).

Modelos de planeamento em enfermagem e saúde

De forma transversal, nos diferentes estudos, sobressai a relevância atribuída ao planeamento como metodologia a incrementar e aperfeiçoar na organização do trabalho e na melhoria dos contextos assistenciais^(14, 15, 17-19).

O processo de planeamento contribui para a redução de custos, para o aumento da eficiência, da economia e da eficácia na prestação de cuidados de saúde, sendo basilar a utilização de instrumentos de monitorização e avaliação^(13,14).

Os gestores reconhecem o impacto do planeamento para a estruturação e a resolubilidade da gestão em saúde⁽¹³⁾. Assumem, por vezes, a sua ação centralizada na tomada de decisões e na organização da gestão, apontando a dificuldade de horizontalidade das ações e efetivo planeamento coletivo compartilhado⁽¹³⁾. Por outro lado, os enfermeiros surgem como elementos competentes para intervir na gestão dos sistemas de saúde, constatando-se avanços e retrocessos na sua afirmação de espaços de atuação e visibilidade social⁽¹⁹⁾.

Ao nível da categorização e referência teórica a modelos de planeamento, surgem nos estudos a tipologia de planeamento estratégico^(14, 19, 20), participativo^(13-15,18,19) e centralizado / autoritário^(13,15,19). A tabela seguinte (tabela 1) descreve algumas das características destes tipos de planeamentos.

Nº	Autor	Título	Ano	Resultados
13	Ferreira J, Celuppi I, Baseggio L, Geremia D, Madureira V, Souza J	Planejamento regional dos serviços de saúde: o que dizem os gestores? Saúde e Sociedade	2018	O conceito de planeamento participativo conceptualizado como partilha de informação e envolvimento na tomada de decisão, surge como dominante ^(13-16,18) . Este método permite que novas alternativas sejam incorporadas à dinâmica dos serviços. A partilha de poder envolve os sujeitos intervenientes e consciencializa-os da corresponsabilidade pelo processo de trabalho e decisões, promovendo a resolução de problemas e persecução das metas definidas, dado que o processo decisório parte de uma construção coletiva. Neste contexto, independentemente do produto decisório ser positivo ou negativo, assume-se como um resultado compartilhado coletivamente ^(13-16,18) .
16	Abreu M, Melo E, Silveira A.	Contribuições do Planejamento Participativo Regionalizado (PPR) para a ampliação da cidadania e promoção da saúde	2018	Este aspeto surge em oposição ao tradicionalismo, vigente no modelo normativo, centralizado e autoritário, em que a imposição das decisões unilateral é dominante, sendo os seus resultados atribuídos a um sujeito único, que coordena a tomada de decisão e as iniciativas ⁽¹³⁾ .
18	Junior N, Shimizu H.	Planejamento regional compartilhado em Minas Gerais: avanços e desafios	2015	

Tabela 1 – Características dos vários tipos de planeamento

Em suma e comum a vários estudos verifica-se que se se assume três modelos de planeamento, o estratégico, participativo e o centralizado / autoritário, dando preferência ao participativo em prol do centralizado / autoritário.

Fatores promotores e inibidores do sucesso do planeamento

A realização do planeamento só por si, não é garantia de sucesso e de atingimento de metas estabelecidas. São apontadas dificuldades na utilização efetiva do planeamento na gestão em saúde e enfermagem ⁽¹⁸⁾. Neste contexto, releva analisar e refletir criticamente acerca do curso dos processos de planeamento. Assim, consideramos profícuo elencar a gama de fatores que poderão contribuir ou

obstaculizar o sucesso do planeamento em saúde. Da análise elaborada extraíram-se alguns aspetos apontados como possíveis entraves ao planeamento em saúde apontados na tabela 2.

Nº	Autor	Título	Ano	Resultados
13	Ferreira J, Celuppi I, Baseggio L, Geremia D, Madureira V, Souza J	Planejamento regional dos serviços de saúde: o que dizem os gestores? Saúde e Sociedade	2018	A escassez de tempo decorrente da sobrecarga de trabalho e da necessidade de priorização de problemas, aliada ao deficit de recursos humanos e económicos, são causas identificadas como condicionantes significativas do envolvimento e participação dos sujeitos ^(13,15,17) .
15	Silva B, Wandekoken K, Araujo M, Benito G.	A importância do planeamento como prática de gestão na microrregião de saúde de São Mateus	2015	
17	Junior N, Shimizu H.	Planejamento regional compartilhado em Minas Gerais: avanços e desafios.	2015	

Tabela 2 – Fatores inibitórios ao planeamento em saúde

De igual forma tenta-se apontar os aspetos que de alguma forma são benéficos e contribuem para o sucesso do planeamento em saúde: tabela 3.

Nº	Autor	Título	Ano	Resultados
14	Mesquita C, Santos J, Silva A, Silva A.	Novos modelos de planeamento e controlo de gestão nos hospitais públicos portugueses. Rev Gestão Sistemas Saúde	2018	O planeamento participativo é apontado como facilitador do sucesso organizacional e nesta linha, a não participação dos profissionais surge como um constrangimento ⁽¹⁸⁾ A definição dos elementos principais da gestão estratégica como, a missão, visão e valores, readequação de metas, ações estratégicas, orçamentos e instrumentos de controle é considerada fulcral na definição do planeamento estratégico da organização ^(14,20) .
18	Junior N, Shimizu H.	Planejamento regional compartilhado em Minas Gerais: avanços e desafios	2015	Os estudos descrevem o recurso a algumas metodologias ou instrumentos que se consideram ser potenciadores do sucesso do planeamento ^(14,18,19) . A implementação e avaliação de tecnologias e metodologias inovadoras como a PRAXIS® tecnologia de gestão em enfermagem ⁽¹⁸⁾ e a avaliação para a melhoria da qualidade- modelo de planeamento estratégico para auto-avaliação, gestão e fortalecimento ⁽¹⁹⁾ .
19	Peres A, Freitas L, Calixto R, Riera J, Quiles A.	Conceções dos enfermeiros sobre planeamento, organização e gestão de enfermagem na atenção básica: revisão integrativa	2013	Encontra-se a referência a instrumentos como: Table Board, Balanced Score Card, Benchmarking, Contabilidade analítica ⁽¹⁴⁾ e dados epidemiológicos ^(14,19) associados ao maior controlo e sucesso no planeamento.
20	Silva C, Assis L.	Aplicabilidade do planeamento estratégico em hospitais universitários federais2016	2016	

Tabela 3 – Contribuidores para o sucesso do planeamento em saúde.

Em boa verdade se verifica que uma organização cujas metas são alteradas e os elementos da equipa chamados a participar, pode funcionar como fatores promotores do planeamento. No entanto, a não participação da equipa por falta de recurso humanos, escassez de tempo ou por falta de recursos económicos são sem dúvida fatores inibidores.

CONCLUSÃO

Face ao objetivo que visa identificar os modelos de planeamento utilizados na gestão em saúde nesta revisão identificaram-se modelos de planeamento utilizados na gestão em saúde, de variados contextos de intervenção. Constatou-se que o planeamento estratégico, de abordagem participativa, surge mais referenciado, sendo apontado como o modelo mais indutivo de sucesso nos processos de planeamento. A implementação e avaliação de metodologias inovadoras, bem como, o recurso a instrumentos de planeamento podem incrementar esse sucesso. Relativamente ao objetivo de identificar os fatores que facilitam ou inibem a sua implementação verifica-se que, a escassez de tempo e a sobrecarga de trabalho, podem implicar menor envolvimento e participação dos sujeitos. Esta condição é entendida como fator inibidor de sucesso, assim como, uma inexistente definição de elementos principais da gestão estratégica como: missão, visão, valores, readequação de metas, ações estratégicas e instrumentos de controle.

Será necessário suportar e ampliar a tendência participativa do planeamento estratégico, na valorização da comunicação, na partilha e na linguagem de pensamento coletivo.

Reconhecemos as condicionantes desta revisão, em parte pelo limitado número de estudos identificados na nossa colheita realizada em bases de dados científicos, e pela parca homogeneidade e similitude das abordagens.

O interesse e as pesquisas na área do planeamento em saúde têm expandido.

Contudo, não são ainda suficientes para responder a todas as interrogações suscitadas, nem permitem o estabelecimento de indubitáveis linhas orientadoras ou fórmulas para o sucesso nos processos de planeamento.

É consensual que o processo de planeamento é dinâmico, ativo e deliberativo e que ao planear as hipóteses de sucesso são incrementadas. Esta relevância atribuída ao planeamento em saúde, concorre para a argumentação da sua incorporação na prática.

Nesta linha, destaca-se a importância de continuar a realizar estudos centrados na análise das práticas de planeamento em saúde, na exploração dos fatores influenciadores do seu sucesso e nos resultados decorrentes dessas práticas.

Os desafios residem no próprio processo de planeamento em saúde, pelas suas especificidades e implicações significativas no sujeito, enquanto ser individual e enquanto elemento integrante na sociedade; sendo chamado a intervir, participando e responsabilizando-se pelas escolhas e processos decisórios em todo o planeamento. Neste contexto, urge que os serviços de saúde e seus profissionais incorporem diferentes métodos de planeamento nas suas ações, valorizando o envolvimento dos sujeitos implicados no processo de planeamento e tomada de decisão. Corresponsabilizando e partilhando o produto final do planeamento, independentemente dos resultados serem favoráveis ou não, considerando as especificidades e circunstâncias de cada serviço, associada à conjuntura sociopolítica em que se insere, visando a melhoria da qualidade da assistência disponibilizada aos cidadãos.

REFERÊNCIAS

1. Mendes K, Silveira R, Galvão C. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto Contexto Enferm*, 2008 Out-Dez; 17(4): 758-64. [Acedido em 25 de maio de 2019]. Disponível em: <http://www.>

scielo.br/pdf/tce/v17n4/18.pdf

2. Souza M, Silva M, Carvalho R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. Einstein. 2010; 8(1): 102-6.[Acedido em 25 de Maio de 2019]. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/eins/v8n1/pt_1679-4508-eins-8-1-0102.pdf

3. González, M. Planejamento estratégico em saúde com base em determinantes: o caso do município de Campo Bom (RS). Uma proposta metodológica para a gestão descentralizada. Ciência & Saúde Coletiva. 2009;14(1):1587-1597. [Acedido em 25 de Maio 2019]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S14131232009000800032&script=sci_abstract&tlng=pt

4. Lanzoni G, Lino M, Luzardo A, Meirelles B. Planejamento em enfermagem e saúde: uma revisão integrativa da literatura. Rev. enferm. UERJ. 2009 jul/set; 17(3):430-5. [Acedido em 25 de maio de 2019]. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v17n3/v17n3a23.pdf>

5. Benetti E, Kirchhof R, Guido L, Prochnow, A Lima, S Weiller. Percepções acerca do planejamento em enfermagem como ferramenta de gestão. Rev Contexto & Saúde. Jan./Jun 2011;10(20):1177-1180. [Acedido em 25 de Maio de 2019]. Disponível em: <https://www.revistas.unijui.edu.br/index.php/contextoesaude/article/view/1766>

6. Maerschner R, Bastos E, Gomes A, Jorge M, Diniz S. Apoio institucional – reordenamento dos processos de trabalho: sementes lançadas para uma gestão indutora de reflexões. Interface. 2014;18(1):1089-98. [Acedido em 25 de Maio de 2019]. Disponível em:

https://www.researchgate.net/publication/271731993_Apoio_institucional_reordenamento_dos_processos_de_trabalho_sementes_lancadas

para_uma_gestao_indutora_de_reflexoes

7. Fenili R, Correa C, Barbosa L. Planejamento estratégico em saúde: ferramenta de gestão para o complexo de regulação em saúde. Rev. Gestão & Saúde. Jan 2017;8(1):18-36. [Acedido em 25 de Maio de 2019]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v26n3/0103-7331-physis-26-03-00981.pdf>

8. Parente J. Planejamento Participativo em Saúde. Rev de Políticas Públicas. Jan/jun 2011;10(1):54-61.[Acedido em 25 de Maio de 2019]. Disponível em: <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/144/136>

9. Farias D, Araujo F. Gestão hospitalar no Brasil: revisão da literatura visando ao aprimoramento das práticas dministrativas em hospitais. Ciên. saúde coletiva. 2017;2(6):1895-1904.[Acedido em 25 de Maio de 2019]. Disponível em: www.scielosp.org/article/csc/2017.v22n6/1895-1904/

10. Gil C, Luiz I, Gil, M. Gestão Pública em Saúde: A importância do planejamento na gestão do SUS. São Luís: Edufma. 1ª ed. 2016.

11. Martins, V. Hospitais universitários federais e a nova reestruturação organizacional: o primeiro olhar, uma análise de um hospital universitário. Revista de Administração e Contabilidade. 2011 julho/dez;3(2):4-22. [Acedido em 20 de maio de 2019]. Disponível em: <http://www.reacfat.com.br/index.php/react/article/view/27/29>

12. Schmidt J. Policy, planning, intelligence and foresight in government organizations. Foresight. 2015;17(5):489-511. [Acedido em 20 de Maio de 2019]. Disponível em: <https://www.emeraldinsight.com/doi/abs/10.1108/FS-12-2014-0081>

13. Ferreira J, Celuppi I, Baseggio L, Geremia D, Madureira V, Souza J. Planejamento regional dos serviços de saúde: o que dizem os gestores? *Saúde e Sociedade*. 2018;27(1):69-79. [Acedido em 20 de maio de 2019]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v27n1/1984-0470-sausoc-27-01-69.pdf>
14. Mesquita C, Santos J, Silva A, Silva A. Novos modelos de planeamento e controlo de gestão nos hospitais públicos portugueses. *Rev Gestão Sistemas Saúde*. 2018 set/dez;7(3):239-256. [Acedido em 20 de maio de 2019]. Disponível em: <http://www.revistargss.org.br/ojs/index.php/rgss/article/view/414>
15. Silva B, Wandekoken K, Araujo M, Benito G. A importância do planeamento como prática de gestão na microrregião de saúde de São Mateus (ES) *SAÚDE DEBATE*. 2015 Jan/mar;39(104):183-196. [Acedido em 20 de Maio de 2019]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S01031042015000100183&script=sci_abstract&tlng=pt
16. Abreu M, Melo E, Silveira A. Contribuições do Planejamento Participativo Regionalizado (PPR) para a ampliação da cidadania e promoção da saúde. *SAÚDE DEBATE*. 2018 Dez;2(4):107-119. [Acedido em 20 de maio de 2019]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v42nspe4/0103-1104-sdeb-42-spe04-0107.pdf>
17. Junior N, Shimizu H. Planejamento regional compartilhado em Minas Gerais: avanços e desafios. *SAÚDE DEBATE*. 2015 Out/dez;39(107):962-971. [Acedido em 20 de maio de 2019]. Disponível em: https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/sdeb/v39n107/0103-1104-sdeb-39-107-00962.pdf
18. Vandresen L, Pires D, Martins M, Forte E, Lorenzetti J. Planejamento participativo e avaliação da qualidade: contribuições de uma tecnologia de gestão em enfermagem. *Escola Anna Nery*. 2019;23(2):1-8. [Acedido em 20 de Maio de 2019]. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/ean/v23n2/pt_1414-8145-ean-23-02-e20180330.pdf
19. Peres A, Freitas L, Calixto R, Riera J, Quiles A. Conceções dos enfermeiros sobre planeamento, organização e gestão de enfermagem na atenção básica: revisão integrativa. *Rev de Enfermagem Referência*. 2013 Jul; 3(10):153-160. [Acedido em 20 de Maio de 2019]. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserIIIIn10/serIIIIn10a18.pdf>
20. Silva C, Assis L. Aplicabilidade do planeamento estratégico em hospitais universitários federais. *Rev de Gestão em Sistemas de Saúde – RGSS*. 2016 Jul/Dez;5(2):39-56. [Acedido em 20 de Maio de 2019]. Disponível em: <http://www.revistargss.org.br/ojs/index.php/rgss/article/view/257>

PSICOEDUCAÇÃO EM SAÚDE MENTAL NA COMUNIDADE: UM ESTUDO DE CASO

Cláudia Margarida Campos



Resumo

As intervenções na gestão da doença e prevenção das recaídas na área da saúde mental estão em expansão e é prioritária uma mudança de paradigma ao nível dos sistemas e serviços de saúde mental. As políticas nacionais dirigidas à promoção da saúde mental e tratamento da doença pretendem desenvolver medidas no âmbito da implementação de programas psicoeducativos, visando a promoção do bem-estar e da saúde mental da população, assim como o tratamento e reabilitação das doenças mentais (Direção Geral da Saúde, 2017).

Pretende-se neste artigo descrever um programa psicoeducativo em uso numa Unidade de Saúde Mental Comunitária, compreender a psicoeducação como uma estratégia de intervenção em saúde mental e a sua contribuição na qualidade de vida e bem-estar dos utentes.

Recorreu-se ao estudo de caso como método de investigação inserido numa abordagem qualitativa. Foi analisado o programa psicoeducativo, e os instrumentos de avaliação (questionários, escalas), aplicados antes e após a realização do mesmo. Foram realizadas entrevistas compreensivas aos grupos de participantes após 6 meses, 1 e 2 anos depois da frequência do programa. Estas foram tratadas através de análise de conteúdo.

Concluiu-se que o programa trouxe benefícios que se prendem com a maior capacidade dos participantes em gerir as suas dificuldades no quotidiano e na aquisição de aprendizagens significativas na melhor gestão da doença, promovendo assim a sua estabilidade e maior bem-estar.

Palavras-chave: psicoeducação, comunidade, saúde mental, qualidade de vida

Abstract

PSYCHOEDUCATION IN MENTAL HEALTH IN THE COMMUNITY: A CASE STUDY

Interventions in disease management and prevention of relapses in mental health are expanding and a paradigm shift in mental health systems and services is a priority. National policies aimed at the promotion of mental health and treatment of the disease aim to develop measures in the context of the implementation of psychoeducational programs aimed at promoting the well-being and mental health of the population, as well as the treatment and rehabilitation of mental illnesses (Directorate General Health, 2017).

This article aims to describe a psychoeducational program in use in a Community Mental Health Unit and to understand psychoeducation as an intervention strategy in community mental health. Also the analysis and characterization of this same program, as well as the evaluation of its contribution in the quality of life and well-being of the users, are central objectives deriving from this study.

The case study was used as a research method inserted in a qualitative approach. We analyzed the psychoeducational program and the assessment instruments (questionnaires, scales), applied before and after it. Comprehensive interviews were conducted with groups of participants after 6 months, 1 and 2 years after the program. These were treated through content analysis.

It was concluded that the program brought benefits related to the participants' greater ability to manage their daily difficulties and the acquisition of significant learning in better management of the disease, thus promoting its stability and greater well-being.

Key words: psychoeducation, community, mental health, quality of life

Resumen

PSICOEDUCACIÓN EN SALUD MENTAL EN LA COMUNIDAD: UN ESTUDIO DE CASO

Las intervenciones en el manejo de enfermedades y la prevención de recaídas en la salud mental se están expandiendo y un cambio de paradigma en los sistemas y servicios de salud mental es una prioridad. Las políticas nacionales destinadas a la promoción de la salud mental y el tratamiento de la enfermedad tienen como objetivo desarrollar medidas en el contexto de la implementación de programas psicoeducativos destinados a promover el bienestar y la salud mental de la población, así como el tratamiento y la rehabilitación de las enfermedades mentales (Dirección General Salud, 2017).

Este artículo tiene como objetivo describir un programa psicoeducativo en uso en una unidad comunitaria de salud mental y comprender la psicoeducación como una estrategia de intervención en la salud mental comunitaria. Asimismo, el análisis y la caracterización de este mismo programa, así como la evaluación de su contribución en la calidad de vida y el bienestar de los usuarios, son objetivos centrales derivados de este estudio.

El estudio de caso se utilizó como método de investigación insertado en un enfoque cualitativo. Analizamos el programa psicoeducativo y los instrumentos de evaluación (cuestionarios, escalas), aplicados antes y después. Se realizaron entrevistas exhaustivas con grupos de participantes 6 meses, 1 y 2 años después del programa. Estos fueron tratados a través del análisis de contenido.

Se concluyó que el programa trajo beneficios relacionados con la mayor capacidad de los participantes para manejar sus dificultades diarias y adquirir un aprendizaje significativo en el mejor manejo de la enfermedad, promoviendo así su estabilidad y mayor bienestar.

Descriptores: psicoeducación, comunidad, salud mental, calidad de vida

Submetido em Julho 2020. Aceite para publicação em Agosto 2020

Artigo baseado na Dissertação da Tese de Mestrado para obtenção do grau de Mestre na área de especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, concluído em Dezembro 2018, na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

⁽¹⁾ Enfermeira Especialista em Saúde mental e Psiquiatria; Mestre na área de Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria; Hospital Fernando Fonseca, EPE, Serviço de Psiquiatria (Unidade Funcional Comunitária)
Claudia.m.campos@hff.min-saude.pt

INTRODUÇÃO

Apoiar a pessoa com doença mental grave no seu curso de vida requer um investimento significativo ao nível da educação em saúde, privilegiando atualmente o tratamento comunitário enquanto processo de reabilitação enquadrado no paradigma da desinstitucionalização. O seu foco visa a reinserção da pessoa no seu contexto familiar e social através dos recursos disponíveis, em que a psicoeducação pretende ser uma ferramenta terapêutica interventiva que permite capacitar o paciente na gestão de situações decorrentes da doença já instalada.

Como ponto de partida para este estudo foram colocados dois aspectos essenciais na sua elaboração. Por um lado, a necessidade de estruturar e expandir a intervenção do enfermeiro de saúde mental na comunidade. Por outro lado, a convicção de que a intervenção estruturada em grupo pode trazer benefícios em termos da gestão da doença e prevenção das recaídas

Está descrito na literatura que a psicoeducação traz múltiplos benefícios às pessoas com doença mental grave e suas famílias, tais como: redução dos sintomas, aumento da funcionalidade e consequente aumento do bem-estar, favorecendo assim outcomes positivos tanto para a pessoa com doença como para os familiares (Lukens & MacFarlane, 2004).

Num estudo realizado em Espanha por Colom et al (2003) com pessoas com doença mental grave verificou-se que os participantes envolvidos nas sessões psicoeducativas apresentaram menor probabilidade de recaídas no geral, aumentaram o período de tempo sem sintomas e tiveram menos hospitalizações. Os objetivos das sessões tinham como foco suporte informativo acerca dos sintomas, curso da doença e aquisição de estratégias de coping eficazes na gestão da doença.

Existem vários mecanismos que procuram compreender o efeito terapêutico da psicoeducação. Podem ser a experiência em grupo, o próprio material educacional, algum

outro efeito psicoterapêutico não específico, ou como mais provável a combinação dos três. Na evidência atual, é notável que as intervenções em grupo são mais eficazes que as intervenções familiares e individuais isoladamente. Também existe evidência que este tipo de intervenção aumenta a adesão à medicação (Colom et al 2003) e que os pacientes que já têm boa adesão à medicação também podem beneficiar noutros aspetos, relatando esta intervenção como eficaz. Esta pode também aumentar o autoconhecimento, maior reconhecimento dos sintomas prodrômicos, mudança no estilo de vida, redução do abuso no consumo de substâncias, regularização das rotinas, aumento das relações familiares, cuidadores e profissionais.

Este estudo tem como objetivo geral a compreensão da psicoeducação como uma estratégia de intervenção em saúde mental comunitária. Permite avaliar os ganhos em saúde que decorrem deste tipo de intervenção, reforçando assim novas formas de cuidados em saúde mental e psiquiatria inseridas no atual paradigma da crescente atenção nesta área da saúde, com o emergir da integração dos cuidados de saúde mental na rede de cuidados continuados em saúde.

Pretende-se analisar um programa psicoeducativo em uso numa Unidade de Saúde Mental Comunitária e avaliar a sua contribuição para a qualidade de vida e bem-estar dos utentes. A análise dos resultados permitiu compreender a contribuição do programa no bem-estar e qualidade de vida dos utentes com doença mental grave em tratamento nessa mesma Unidade.

METODOLOGIA

Recorreu-se à metodologia de estudo de caso, no âmbito de uma pesquisa qualitativa, com observação participante do investigador. Os instrumentos de recolha de dados utilizados foram: a entrevista compreensiva e semiestruturada, uma análise documental produzida no âmbito do programa (questionários, escala, registos

das enfermeiras), revisão da literatura acerca de estudos realizados no âmbito da psicoeducação.

A sistematização dos resultados foi realizada através da análise de conteúdo segundo Bardin, com a estruturação das narrativas dos participantes subdivididas por temas, domínios, categorias e subcategorias. As pessoas selecionadas estiveram presentes em todas as sessões do programa ou faltaram apenas a uma sessão, nos 3 grupos já realizados entre Janeiro 2013 e Junho 2017. Foram entrevistados 9 utentes após terem frequentado o programa.

Procedeu-se à entrega de um consentimento informado, livre e esclarecido para participação em investigação aos participantes do estudo, tendo sido o mesmo submetido ao parecer da comissão ética da instituição onde foi realizada a investigação.

CARACTERIZAÇÃO DO PROGRAMA

A intervenção estruturada em grupo, pelos seus benefícios, permitiu alargar a psicoeducação já realizada individualmente. O seu objetivo central é capacitar a pessoa a gerir a sua doença e ajudá-la a recuperar a sua funcionalidade e o seu projeto de vida adaptado ao seu contexto biopsicossocial. Como objetivos específicos para o programa pretende-se: proporcionar uma maior proximidade do utente com a equipa; ajudar os utentes a estabelecerem objetivos pessoais significativos; promover a literacia acerca da doença mental; promover a aquisição de competências para reduzir as recaídas, lidar com o stress e gerir sintomas; auxiliar os utentes no desenvolvimento ou melhoria dos seus suportes naturais para lidar com a doença e prosseguir com os seus objetivos. As estratégias utilizadas com os utentes no desenvolvimento do programa estiveram centradas em disponibilizar espaço para os utentes poderem verbalizar as suas experiências, promover a partilha e comunicação entre os elementos do grupo, fornecer suporte emocional, dar reforços

positivos na gestão adequada das dificuldades e treino na resolução de problemas. Foram realizados 3 grupos psicoeducativos: o 1º decorreu entre Janeiro e Junho 2013, o 2º entre Outubro 2014 e Março 2015, o 3º entre Fevereiro a Junho 2017. Constituídos por 7 sessões que decorrem entre 45 a 60 minutos, com periodicidade quinzenal. A duração total de cada programa é de 3 a 6 meses. Participaram 7, 8 e 10 participantes nos respetivos grupos já realizados.

De acordo com estudos realizados no âmbito da psicoeducação (Lukens & MacFarlane, 2004) verifica-se que os apoios relacionados com educação, intervenção na crise e técnicas de resolução de problemas são eficazes com pessoas com doença mental grave e suas famílias, ao longo de um período de pelo menos nove meses; Para pessoas que recebem terapia individual e medicação, ou apenas medicação, a taxa de recaída varia de 30 a 40%. Para aqueles que participam em grupos psicoeducativos durante pelo menos 9 meses, a taxa de recaída é de cerca de 15%. Concluiu-se que a utilização do treino de competências no âmbito da comunicação e treino de resolução de problemas em sessões psicoeducativas com pessoas com doença bipolar e suas famílias foram eficazes, tendo-se verificado menos recaídas, com períodos mais longos sem sintomas e melhor adesão à medicação.

Os temas desenvolvidos foram: sessão de quebra-gelo, gestão do quotidiano, higiene do sono, adesão ao tratamento, lidar com os problemas e sintomas, o estigma, suporte familiar/pessoas significativas.

O programa é coordenado pelas duas enfermeiras da equipa comunitária. Alternadamente uma coordena as sessões enquanto outra tem o papel de observadora e anota os registos das intervenções dos participantes que considera mais relevantes em cada sessão. Podem ser contemplados nos registos os conhecimentos pré-existentes dos utentes, as suas capacidades, competências, comportamentos e rotinas habituais e também

as principais dificuldades/limitações acerca do tema da sessão.

Foram estabelecidos critérios de inclusão e exclusão para a referenciação dos utentes no programa. Os critérios de inclusão prendem-se com os utentes serem acompanhados na equipa comunitária, com diagnóstico de doença bipolar, com características individuais que facilitem a boa integração no grupo, aceitar participar no programa. Como critérios de exclusão determina-se os utentes com limitações físicas que impeçam a deslocação às sessões e também com limitações na linguagem/défices cognitivos e/ou em descompensação clínica.

Foram utilizados como instrumentos de avaliação: um questionário de avaliação da satisfação dos utentes no grupo, com a finalidade de compreender a satisfação dos participantes relativamente ao programa, elaborado pelas enfermeiras que coordenam o mesmo. Este questionário é de autopreenchimento e foi aplicado aos participantes do 1º e 3º grupos, num total de 15 utentes, tendo em conta duas desistências no universo de 17 participantes. É constituído por seis questões de resposta múltiplas e duas perguntas abertas. Pela reduzida adesão dos participantes no 2º grupo não foi aplicado o questionário de satisfação. Também foi utilizado o instrumento da escala de qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL Bref) de forma a avaliar como é que a pessoa percebe a sua qualidade de vida antes e após a frequência do programa. Esta escala é de autopreenchimento e foi aplicado aos participantes do 3º grupo, pois surge nessa altura a necessidade de avaliar o contributo do programa na qualidade de vida da pessoa. Esta escala é constituída por 4 dimensões (física, psicológica, relações sociais, meio ambiente) e duas questões relacionadas com a percepção da qualidade de vida e satisfação com a saúde.

RESULTADOS

Globalmente verifica-se que as respostas dos participantes relativamente à satisfação com o programa superaram as suas expectativas. A identificação das dificuldades ao longo do programa permitiu uma reflexão crítica por parte dos participantes sobre o seu problema. A partilha das mesmas com o grupo facilitou o reconhecimento de soluções de forma a ultrapassar as adversidades sentidas na gestão da doença. A identificação de estratégias para lidar com as dificuldades esteve presente através da partilha com o grupo, facto este que permitiu a aquisição de ferramentas importantes na gestão das dificuldades. Os participantes também referiram que lhes foi dada informação útil e pertinente para a gestão do seu quotidiano. O melhor conhecimento da doença possibilita uma maior compreensão acerca do problema e a sua aceitação é facilitada, o que permite que as pessoas se tornem mais conscientes e autónomas na decisão das suas escolhas. Referem terem conseguido estabelecer objetivos pessoais significativos. Estes permitiram motivar os participantes em prosseguir com a sua vida, capacitando-os na concretização de tarefas que até então eram dificilmente ultrapassadas. No que se refere à proximidade com a equipa de tratamento, a importância em estreitar as relações com os profissionais é fundamental no sentido de favorecer a confiança mútua para que a aliança terapêutica seja efetiva.

Os temas que consideraram mais interessantes foram: lidar com os problemas/sintomas e suporte familiar/pessoas significativas. Relativamente à equipa de tratamento os participantes consideraram a sua capacidade de escuta, disponibilidade, apoio e proximidade como significativas no manejo do programa.

Relativamente às respostas da escala da qualidade de vida, 5 dos 7 participantes consideraram ter melhorado a média nos 4 domínios (físico, psicológico, relações sociais, meio ambiente) e 2 participantes melhoraram a percepção da sua qualidade de

vida e satisfação com a saúde.

A partir dos discursos dos participantes os dados foram organizados em torno de 2 temas que irei desenvolver posteriormente e que são: gestão do quotidiano e grupo psicoeducativo. No decorrer das suas narrativas, emerge a dimensão do bem-estar que pretende estar integrada em todos os domínios da vida quotidiana, e nela estão incluídos vários aspetos que favorecem o equilíbrio e a satisfação pessoal dos participantes.

A gestão do quotidiano foi dividida em 4 domínios principais: relação com a família/pessoa significativa, relação consigo próprio, relação com a doença, participação em grupos estruturados. O grupo psicoeducativo foi dividido em 2 domínios: aprendizagens significativas, apreciação global do programa.

Os participantes realçam a relação com a família como uma variável fundamental na gestão do seu quotidiano e que influencia o seu bem-estar. Sentem-se de uma maneira geral estigmatizados e incompreendidos pela mesma. Sentem falta de apoio emocional e são ameaçados com o internamento “eles estão sempre a dizer que me mandam para uma casa de saúde e que eu não sou capaz de fazer as coisas, mas isso não é verdade” (H.). Os aspetos gratificantes na relação com a família e/ou pessoa significativa foram valorizados, em que o desejo de maior convívio e diálogo foi assinalado “tenho uma amiga de longa data com quem falo tudo...exponho os meus problemas e as minhas dúvidas...” (V.).

No que diz respeito à relação consigo próprio na gestão do quotidiano os participantes mostram preocupações que se prendem com dificuldades na gestão da sua autonomia e dependência da família “não consegui a minha independência totalmente...a minha irmã está sempre a avisar-me para não fazer dívidas” (A.). Por outro lado, têm medo de perder as suas referências e a sua capacidade funcional “tenho medo que um dia os meus pais faltem...se a minha mãe não estivesse aqui comigo seria um problema” (I.). A partilha das dificuldades para ultrapassar situações

mais adversas foi importante “as pessoas no grupo tinham maiores dificuldades na vida e mais graves do que eu e davam a volta por cima...isso foi um estímulo para seguir em frente...tenho que pensar em não me agarrar às dificuldades” (C.).

Relativamente ao manejo na adesão à medicação e controlo dos sintomas, os participantes referem-se ao tratamento como uma peça fundamental para a estabilidade e o bem-estar enquanto prevenção de reinternamentos “a adesão à medicação não é uma obrigação mas sim uma peça fundamental na nossa vida, já faz parte do quotidiano” (V.); “a toma da medicação ajuda-me a não ser tão excessivo e a não extravasar...”(M.). O estigma foi um aspeto que foi mencionado frequentemente e que cria obstáculos na relação com as pessoas “deve-se evitar falar sobre o problema a toda a gente...depois falam de nós...criticam-nos e não nos compreendem” (C.).

As várias estruturas hospitalares e recursos da comunidade tais como fóruns socioocupacionais e hospital de dia são essenciais na aquisição e promoção de competências pessoais que permitem a reabilitação e realização pessoal do indivíduo. Estes contextos foram considerados benéficos pelos participantes para a promoção da interação social, partilha de experiências e sentimentos e também no controlo dos sintomas “sozinhos não fazemos as coisas tão bem...é preciso partilhar ideias, emoções, projetos” (J.); “o hospital de dia ajuda-me no controlo da medicação...” (A.).

A procura de pensamentos positivos, ter um tempo para si, sentir prazer em estar com os outros e ter um bom ambiente familiar, são indicadores referidos que favorecem o equilíbrio e o bem-estar na gestão do quotidiano “sinto que tenho paz de espírito e sossego...sinto-me tranquila e confiante” (V.); “a leitura da bíblia e a minha fé ajudam-me” (C.); “estar bem é gostar de estar com os outros...é sentir muito amor e carinho...e quando esse amor é devolvido é muito bom “

(J.); “eleva-me a autoestima e o astral quando convivo com outros e partilho tarefas ou sentimentos” (V.); “no meu dia-a-dia também gosto de ter um espaço para mim a ler ou a ouvir música” (P.).

Relativamente ao programa psicoeducativo propriamente dito, as aprendizagens significativas manifestadas pelos participantes estiveram relacionadas com a troca de experiências sobre as dificuldades. O facto de poderem partilhar as suas experiências com outras pessoas que têm problemas semelhantes fez com que se sentissem menos rotulados “senti que havia pessoas com problemas parecidos com o meu que estavam a ouvir com interesse...senti-me menos rotulada” (H.); “discutem-se aqui coisas que no dia-a-dia não falamos nem com pessoas de família” (B.). Esta interação permitiu alargar a rede social e melhorar a gestão da doença, obter maior estímulo e incentivo para enfrentar os problemas “as outras colegas incentivaram-me a realizar as tarefas de casa com a ajuda das suas experiências”(A.); “com o programa fiquei a saber como gerir a doença...às vezes pensamos que sabemos mas não sabemos”(C.); “depois de ter estado no grupo estou com mais agilidade e sinto-me mais apta para resolver as dificuldades” (A.); “antes de frequentar as reuniões estava atrofiada em relação aos pensamentos, hoje penso com clareza” (B.); “o programa ajuda-me a ver melhor as coisas...” (B.). Quanto à apreciação global do programa os participantes consideram que as reuniões foram esclarecedoras e construtivas e a duração do mesmo foi considerada adequada e suficiente “os profissionais são pessoas muito preocupadas com o nosso bem-estar, com as nossas opiniões, com as nossas intervenções, com os nossos medos” (H.); “acho que os profissionais foram muito equilibrados e de um modo geral deixavam falar ou não consoante as pessoas se excediam ou não... senão há pessoas que monopolizam o grupo e os outros não falam” (B.). Também destacam a ligação afetiva entre as pessoas, o que favorece a partilha de emoções, intimidade,

a construção da confiança mútua e também de saberes entre os participantes “o que eu recordo do programa foram os afetos...é um programa de afetos que não serve só para falar sobre medicamentos” (C.). Os temas foram considerados relevantes e importantes para ajudar a clarificar determinados conceitos e ideias pré-concebidas. Os mais retidos pelos participantes são: o estigma, a gestão do quotidiano, a adesão ao tratamento e a higiene do sono. O recurso a dinâmicas de grupo na sessão do quebra-gelo com a utilização de recortes de imagem foi percecionado como positivo, favorecendo o diálogo e a transmissão de ideias “os recortes de imagens ajudaram a falar sobre os temas...dão ideias às pessoas para falarem” (A.); “os temas que debatemos contribuíram para o meu enriquecimento pessoal” (B.); Também foram referidas algumas sugestões relativamente à estrutura do programa, tais como a introdução de um tema livre escolhido pelos membros do grupo, acrescentar um tema exclusivamente sobre a medicação, dar maior ênfase na gestão das relações entre as pessoas mais próximas, tendo sido sugerida a possibilidade de incluir numa sessão um familiar ou pessoa significativa.

DISCUSSÃO

Existe escassa literatura relativamente ao manejo e desenvolvimento de grupos psicoeducativos realizados por enfermeiros na área da saúde mental, pelo que se torna essencial o desenvolvimento deste tipo de intervenção na contribuição da melhoria dos cuidados prestados à pessoa com doença mental grave. É importante proporcionar espaços aos profissionais de saúde e equipas multidisciplinares no sentido de poderem criar projetos consistentes e inovadores na reabilitação da pessoa com doença mental inserida na sua comunidade.

Constata-se que a duração mínima do programa deverá manter-se entre os 3-6 meses, tendo em conta o número de sessões determinadas, podendo alargar-se até um

período de 9 meses, de acordo com o descrito anteriormente na literatura.

Verifica-se que, na generalidade, a pessoa com doença mental grave depende de terceiros para a sua sustentabilidade e equilíbrio, pelo que um dos desejos e sugestões apontadas pelos participantes foi a integração dos familiares e/ou pessoa significativa numa sessão do programa.

A replicação do programa a outras equipas comunitárias está a ser pensada para um futuro próximo. Isto vem de encontro ao ponto de partida inicial para este estudo em que um dos aspetos colocados foi a necessidade de estruturar e expandir a intervenção do enfermeiro de saúde mental na comunidade.

CONCLUSÕES

A investigação permite responder a questões que nos inquietam e para as quais temos necessidade de aperfeiçoar e atualizar de forma mais sistemática e abrangente. Por isso, a oportunidade de investigar a partir da experiência clínica possibilita tomar decisões clínicas competentes e baseadas na evidência, capazes de transformar a prática e valorizar a profissão.

Através da conjugação dos instrumentos metodológicos utilizados tais como a análise documental, a observação participante e as narrativas dos participantes, foi possível responder aos objetivos propostos para este estudo. A articulação entre os diversos instrumentos vem reforçar a aquisição de maiores e melhores conhecimentos numa intervenção clínica que está em expansão e que pretende responder às melhores práticas na área da saúde mental.

Na análise das entrevistas foram identificadas dimensões que contribuem para a satisfação e realização pessoal dos participantes, o que permitiu compreender melhor a perceção da qualidade de vida e bem-estar dos mesmos. Isto responde a um dos objetivos centrais para este estudo que é avaliar a contribuição do programa na qualidade de vida e bem-estar dos utentes.

A partilha de experiências e sentimentos entre os membros do grupo, bem como a adoção de estratégias de enfrentamento eficazes, permitiu aprendizagens e estados de bem-estar entre os participantes. O facto de se sentirem plenamente compreendidos num espaço onde possam falar abertamente dos seus problemas com pares foi muito benéfico.

É de salientar os grupos terapêuticos existentes nos recursos comunitários e hospitalares tais como hospital de dia e fórum socio-ocupacional, enquanto facilitadores na redução do isolamento, no treino de competências pessoais e sociais, e promoção da funcionalidade. Estes contextos revestem-se de extrema importância para reduzir a discriminação e a exclusão social, favorecendo a plena integração na sociedade das pessoas com doença mental grave.

Reforço o papel da família como primordial na melhor reabilitação da pessoa com acrescida vulnerabilidade, pelo que necessita ser mais apoiada, informada e esclarecida acerca da doença do seu familiar. Isto irá permitir-lhe fazer um melhor acompanhamento e enfrentar todas as complexidades do processo de uma doença crónica.

A oportunidade de dar voz às pessoas é uma prioridade e as sugestões e observações assinaladas na análise dos grupos irão ser tidas em consideração no sentido de melhor responder às suas necessidades.

Termino com a certeza de que a intervenção estruturada em grupo traz benefícios em termos da gestão da doença e prevenção das recaídas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Colom, F., Vieta, E., Martinez-Aran, A., Reinares, M., Goikolea, J.M., Benabarre, A., Torrent, C., Comes, M., Corbella, B., Parramon, G., Corominas, J. (2003). A randomized trial on the efficacy of group psychoeducation in the prophylaxis of recurrences in bipolar patients whose disease is in remission. *Archives of General Psychiatry*. 60: 402

Luckens, E.P., McFarlane, W.R. (2004).

Psychoeducation as Evidence-Based Practice:
Considerations for Practice, Research, and
Policy. Brief Treatment and Crisis Intervention
Vol.4 No3, Oxford University Press.

Smith, D., Jones, I., Simpson, S. (2010).
Psychoeducation for bipolar disorder.
Advances in psychiatric treatment. Vol.16,
págs. 147-154 doi: 10.1192/apt.bp.108.006403

ADESÃO TERAPÊUTICA NA PESSOA SUBMETIDA A TRANSPLANTAÇÃO RENAL: RELATO DE CASO

Laura Moreira Leitão⁽¹⁾; Milene Silva Moita⁽²⁾; Luís Manuel Mota Sousa⁽³⁾, Isabel Bico⁽⁴⁾, Maria Frade⁽⁵⁾, Maria do Céu Marques⁽⁶⁾



Resumo

Objetivo: elaborar um plano de Cuidados de Enfermagem centrado na adesão e cumprimento do regime terapêutico da pessoa submetida a transplantação renal, a fim de diminuir a probabilidade de rejeição do órgão transplantado e aumentar, conclusivamente, a sua qualidade de vida. **Métodos:** Estudo de caso alusivo a um utente do sexo masculino, 58 anos, aposentado, com Hipertensão Arterial, Síndrome da Apneia Obstrutiva do Sono grave sob CPAP noturno e Doença Renal Crónica Estádio V sob hemodiálise desde 2015. A apreciação inicial fundamentou-se na Teoria Roper, Logan & Tierney sobre as Atividades de Vida Diárias e para a conceção do plano de cuidados de enfermagem utilizou-se a taxonomia NANDA-I, NIC E NOC. **Resultados:** Identificaram-se 10 diagnósticos de enfermagem e selecionaram-se 2 por serem determinantes no sucesso do pós-operatório de transplante renal, neste caso de dador falecido: Proteção ineficaz (00043) e Conhecimento deficiente (00126). **Conclusão:** A transplantação renal exige ao utente uma necessidade de transição e adaptação a uma nova condição. Os cuidados de enfermagem são promotores da aceitação deste processo, a capacidade do Enfermeiro em estabelecer uma relação terapêutica de grande proximidade contribui, para mais conhecimento e consequentemente, melhor adesão terapêutica imunossupressora e qualidade de vida do utente. **Descritores:** Insuficiência Renal Crónica; Transplante de Rim; Cuidados de Enfermagem; Cooperação e Adesão ao Tratamento.

Abstract

THERAPEUTIC ADHERENCE IN KIDNEY TRANSPLANT RECIPIENTS: CASE REPORT

Objective: to develop a Nursing Care plan focused on adherence and compliance with the therapeutic regime of the kidney transplant patient, in order to decrease the chances of organ rejection and, conclusively, to increase their quality of life. **Methods:** Case study referring to a 58 year old male patient, retired, with High Blood Pressure, Severe Sleep Obstructive Apnea Syndrome under nocturnal CPAP and End Stage Chronic Kidney Disease under hemodialysis since 2015. The initial assessment was based on the Roper, Logan & Tierney Theory of the Activities of Daily Living. For the design of the nursing care plan, NANDA-I, NIC AND NOC taxonomy was used. **Results:** 10 nursing diagnoses were identified and 2 were selected because they are decisive in the success of the post-operative kidney transplant, in this case of deceased donor: Ineffective protection (00043) and deficient knowledge (00126). **Conclusion:** Kidney transplantation requires the user to transit and adapt to a new condition. Nursing care can promote the acceptance of this process. The nurse's ability to establish a therapeutic relationship of great proximity contributes to more knowledge and, consequently, better immunosuppressive therapeutic adherence and quality of life for the user.

Descriptors: Renal Insufficiency; Chronic; Kidney Transplantation; Nursing Care; Treatment Adherence and Compliance

Resumen

ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN RECEPTORES DE TRASPLANTE DE RIÑÓN: REPORTE DE CASO

Objetivo: desarrollar un plan de atención de enfermería centrado en la adherencia y el cumplimiento del régimen terapéutico de la persona que se somete a un trasplante de riñón, a fin de disminuir la probabilidad de rechazo del órgano transplantado y, de manera concluyente, aumentar su calidad de vida. **Métodos:** estudio de caso que se refiere a un paciente masculino de 58 años, jubilado, con hipertensión arterial, síndrome de apnea obstructiva del sueño grave en CPAP nocturno y estadio de enfermedad renal crónica V en hemodiálisis desde 2015. La evaluación inicial se basó en Theory Roper, Logan & Tierney sobre las actividades de la vida diaria y para el diseño del plan de cuidados de enfermería se utilizó la taxonomía NANDA-I, NIC Y NOC. **Resultados:** se identificaron 10 diagnósticos de enfermería y se seleccionaron 2 porque son decisivos para el éxito del trasplante de riñón postoperatorio, en este caso del donante fallecido: protección ineficaz (00043) y conocimiento deficiente (00126). **Conclusión:** el trasplante de riñón requiere que el usuario haga la transición y se adapte a una nueva vida. El cuidado de enfermería es un promotor de la aceptación de este proceso, la capacidad de la enfermera para establecer una relación terapéutica de gran proximidad contribuye a un mayor conocimiento y, en consecuencia, una mejor adherencia terapéutica inmunosupresora y calidad de vida para el usuario.

Descritores: Insuficiencia Renal Crónica; Trasplante de Riñón, Atención de Enfermería; Cumplimiento y Adherencia al Tratamiento.

Submetido em Julho 2020. Aceite para publicação em Agosto 2020

⁽¹⁾Departamento de Enfermagem da Universidade de Évora, Évora, Portugal. ORCID: 0000-0002-0625-8235

⁽²⁾Departamento de Enfermagem da Universidade de Évora, Évora, Portugal. milene.moita@gmail.com; ORCID: 0000-0002-3612-3665

⁽³⁾Comprehensive Health Research Centre (CHRC), luismmsousa@gmail.com ; ORCID: 0000-0002-9708-5690

⁽⁴⁾Departamento de Enfermagem da Universidade de Évora, Évora, Portugal. isabelbico@uevora.pt; ORCID: 0000-0002-3868-2233

⁽⁵⁾Departamento de Enfermagem da Universidade de Évora, Évora, Portugal. mafrade@uevora.pt. ORCID: 0000-0003-0858-0719

⁽⁶⁾Comprehensive Health Research Centre (CHRC), Departamento de Enfermagem da Universidade de Évora, Évora, Portugal. mcmarques@uevora.pt ; ORCID: 0000-0003-2658-3550

INTRODUÇÃO

A Doença Renal Crônica (DRC) é um grave problema de saúde pública a nível mundial, que afeta aproximadamente entre 10-25% da população da Ásia, Austrália, Europa e Estados Unidos da América (Malik, et al., 2018) e que acarreta mudanças inevitáveis na vida das pessoas portadoras (Pedroso, et al., 2019). No estágio V da doença, ocorre falência renal, implicando o início da terapia de substituição da função renal (TSFR), organizadas em terapias dialíticas, como a hemodiálise e a diálise peritoneal, ou a transplantação renal (Pedroso, et al., 2019).

O transplante renal (TR) é considerado como a modalidade mais efetiva para este estágio terminal da doença, uma vez que é capaz de produzir melhorias significativas na vida da pessoa, com possibilidade de retomar a sua qualidade de vida e aumentar a sua sobrevivência (Pedroso, et al., 2019). Entendendo-se aqui qualidade de vida (QV) como a “percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto de sua cultura e no sistema de valores em que vive e em relação a suas expectativas, seus padrões e suas preocupações.” (Silva, Silveira, Fernandes, Lunardi, & Backes, 2011, p. 840), em conformidade com a OMS.

Neste sentido, a pessoa com DRC terminal anseia pela realização de TR e a sua qualidade de vida é diretamente influenciada pelo domínio físico, psicológico e ambiental (Antunes, et al., 2018). Este processo impõe algumas transformações nas atitudes e comportamento dos utentes, nomeadamente a nível familiar, no regime terapêutico medicamentoso e dietético, nos planos de vida, ou seja, no seu modo de vida (Pedroso et al., 2019). Sendo que a aceitação e adaptação a este novo estilo de vida definirá o sucesso no procedimento, pela adoção de comportamentos de saúde saudáveis, como, por exemplo, a adesão ao regime terapêutico (Pedroso, et al., 2019). Sempre que se verifica, por parte do utente, o cumprimento das prescrições, recomendações e orientações

dos profissionais de saúde, sendo de extrema importância para a redução de complicações da DRC” (Ferraz, Macie, Borba, Frazão, & França, 2017).

Os profissionais de saúde, sobretudo os enfermeiros, pela sua capacidade em estabelecer facilmente uma relação terapêutica, dada a proximidade que tem com os utentes, desempenham assim, um papel essencial no seguimento do tratamento terapêutico e na manutenção de atitudes e comportamentos saudáveis, que promovam a QV do utente transplantado. Para a obtenção de resultados positivos é fundamental atender as particularidades de cada pessoa e, deste modo, compete ao enfermeiro planear os cuidados de enfermagem valorizando a individualidade, que favorece a humanização dos cuidados (Pedroso, et al., 2019). Entre as várias intervenções possíveis de implementar, as ações educativas são, por exemplo, estratégias que permitem incentivar a adesão ao regime terapêutico (Ferraz, Macie, Borba, Frazão, & França, 2017), pelo seu potencial de promoção do empowerment quer do utente como da sua família (Lins, et al., 2018), tornando-se evidente o seu real benefício.

O TR, é um procedimento cirúrgico que traduz a transferência de um rim saudável proveniente de uma pessoa (dador) para outra (recetor), com a finalidade de restabelecer as funções, neste caso particular, perdidas. Necessita de monitorização, vigilância e avaliação clínica contínua, com a realização de exames complementares de diagnóstico, medicação imunossupressora ininterrupta e adesão de comportamentos adequados (Kochhann, & Figueiredo, 2020).

Após a sua realização, a prioridade é impedir que surjam complicações que possam conduzir ao fracasso do transplante, sobretudo a rejeição do enxerto que causa um declive da função renal e carece de intervenção precoce para impedir a sua perda total (de Castro Rodrigues Ferreira, et al., 2017; Gokoel et al., 2020; Kobayashi et al., 2020; Mattos, et al., 2019).

Nos últimos anos tem-se registado uma acentuada evolução no que respeita ao transplante de rim, nomeadamente a nível de progressos na sobrevivência do enxerto após procedimento cirúrgico, associado à terapia medicamentosa imunossupressora e às técnicas cirúrgicas utilizadas (Gokoel, et al., 2020). Sendo que, o objetivo basilar da terapêutica imunossupressora é prevenir a ocorrência de rejeições agudas e crónicas do órgão transferido (Mattos, et al., 2019).

A evidência aponta para valores a oscilar entre os 36-55% de prevalência de não adesão após o TR (Gokoel et al., 2020), constituída maioritariamente por indivíduos jovens (Doalto Munoz; Cruz Valle; Carreton Manrique, 2018), porém, na globalidade, todos os recetores apresentam tendência para ocultar este comportamento em contexto clínico (Kobayashi, et al., 2020).

A não adesão, deve ser, por isso, identificada atempadamente e envolvendo a participação de toda equipa multidisciplinar (enfermeiro, farmacêutico e médico), para que em parceria sejam estruturadas as intervenções mais ajustadas a cada situação, como a redução na quantidade de terapêutica, o recurso a estratégias de lembrete da sua toma e ações educativas em prol da adesão ao regime terapêutico (Gokoel, et al., 2020).

Portanto, este estudo tem como objetivo: elaborar um plano de Cuidados de Enfermagem centrado na adesão ao regime terapêutico do utente submetido a transplantação renal, a fim de diminuir a probabilidade de rejeição do órgão transplantado e aumentar, concludentemente, a sua qualidade de vida.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo de caso, que consiste numa metodologia de investigação, fundamentada e desenvolvida de evidência, que permite a compreensão de determinados fenómenos, como as doenças, pela sua complexidade e relação com indivíduos, grupos ou organizações (Andrade, et al., 2017). Este estudo de caso segue as guidelines

da CAsE REport (CARE) (Riley et al., 2017).

Os dados foram recolhidos através de entrevista ao utente, da observação e exame físico e ainda da consulta do processo clínico, sendo que os mesmos encontram organizados no fluxograma 1, conforme o modelo descrito por Equator Network (2019). O utente foi informado e esclarecido sobre o estudo e sua finalidade exclusivamente académica, bem como dos seus direitos, respeitando-se em todos os procedimentos realizados os princípios éticos em investigação em enfermagem, nomeadamente, beneficência, não maleficência, fidelidade, justiça, veracidade e confidencialidade (Nunes, 2013). Tal como os enunciados na Declaração de Helsínquia e Convenção de Oviedo relativa à investigação com seres humanos e também obtido o seu consentimento informado verbal (Nunes, 2013).

O presente estudo de caso reporta um homem de 58 anos com DRC de etiologia não determinada, caucasiano, casado, com 12º ano de escolaridade, aposentado, em programa de hemodiálise há cerca de 5 anos, submetido eletivamente a TR de dador falecido e sob terapêutica imunossupressora.

A apreciação inicial foi baseada na Teoria de Enfermagem de Roper, Logan, & Tierney (2000) (Tabela 1) da qual resultou, face aos problemas encontrados na sua análise, a identificação de diagnósticos de enfermagem (DE) segundo Taxonomia North American Nursing Diagnosis Association – NANDA-I (Herdman & Kamitsuru, 2018) e, sequente, elaboração de um plano de cuidados (Tabela 2 e 3). As intervenções de enfermagem foram sustentadas na Nursing Interventions Classification – NIC (Bulechek, Butcher, & Dochterman, 2010) e os resultados e seus indicadores de acordo com a Nursing Outcomes Classification- NOC (Moorhead, Johnson, Maas, & Swanson, 2016).

Avaliação inicial da pessoa

Apresentação de sintomas relacionados com o episódio

Homem, de 58 anos, com Doença Renal Crônica estadio V de etiologia desconhecida, a realizar hemodiálise há cerca de 5 anos. Foi programada transplantação renal para 05/01/2020, sendo que a última sessão hemodialítica ocorreu a 31/12/2019.

Apresenta antecedentes pessoais de HTA desde os 35 anos, SAOS grave sob CPAP noturno, hiperuricemia, anemia e hiperparatiroidismo secundário. Antecedentes familiares desconhecidos.

Exame físico

Da avaliação complementar pré-transplante o recetor destaca-se virologia HCV negativa, CMV (igG) positivo, EBV desconhecido. Da avaliação de compatibilidade imunológica destaca-se Donor specific antibodies elevados.

Do dador destaca-se virologia HCV negativa, CMV IgG positivo.

História da doença atual

Realizou imunossupressão com ATG e tacrolímus.

Foi submetido a transplante renal de dador falecido.

O procedimento cirúrgico decorreu sem intercorrências, sendo o rim direito transplantado para fossa ilíaca direita, com dreno in situ.

Avaliação diagnóstica

1. Proteção Ineficaz (00043 e 2. Conhecimento deficiente (00126);

3.Risco de Infecção (00004); 4. Risco de Quedas (00155); 5. Risco de Integridade da Mucosa Oral Prejudicada (00247); 6. Integridade da Pele Prejudicada (00046); 7. Risco de Hemorragia (00206); 8. Eliminação Urinária (00016); 9. Risco de Glicemia Instável (00179); 10. Sobrepeso (00233).

Intervenções terapêuticas iniciais

Terapêutica medicamentosa

No internamento: Benzidamina, Nistatina, Micofenolato de Mofetil 500mg, Prednisolona, Tacrolímus, Oxibutinina, Tansulosina, Pantoprazol, Butilescopolamina, Glucose 30%, Paracetamol e Insulina Neutra.

Intervenções de Enfermagem (NIC)

DE 1: Proteção contra Infecção (6550), Controlo do Medicamentos (2380), Ensino: Indivíduo (5606), Ensino: Medicamentos Prescritos (5616); DE 2: Ensino: Procedimento/Tratamento (5618), Controle de Medicamentos (2380), Ensino: Medicamentos Prescritos (5616).

DE 3:Cuidados com o Local de Incisão (3440), Supervisão da Pele (3590), Cuidados com Lesões (3660), Manutenção de Dispositivos para Acesso Venoso (2440), Cuidados com Sonda: Urinário (1876), Cuidados com Sondas/Drenos (1870), Controlo de Infecção (6540), Proteção contra Infecção (6550); DE 4: Identificação de Risco (6610), Monitorização Neurológica (2620), Prevenção contra Quedas (6469), Promoção da Mecânica Corporal (0140), Controlo do Ambiente (6480), DE 5: Manutenção da Mucosa oral (1710), Promoção da Saúde Oral (1720), Controle de Medicamentos (2380); DE 6: Cuidados com Lesões (3660), Cuidados com Local de Incisão (3440), Cuidados com Lesões: Drenagem Fechada (3662); DE 7: Precauções contra Sangramento (4010); DE 8: Controlo da Eliminação urinária (0590), Controlo Hídrico (4120), Monitorização Hídrica (4130), Administração de Medicamentos: Endovenosa (2314), Cuidados com Sondas: Urinário (1876); DE 9: Controlo da Hipoglicemia (2130), Controlo da Hiperglicemia 2120); DE 10: Controlo da Nutrição (1100), Promoção do Exercício (0200).

Avaliação dos resultados e intervenções

Seguimento/ Avaliação de resultados NOC

DE 1: Estado Imunológico (0702); DE 2: Comportamento de Aceitação: Medicamento Prescrito (1623);

DE 3: Controle de Riscos (1902); DE 4: Comportamento de Segurança: Prevenção de Quedas (1909); DE 5: Saúde Oral (1100); DE 6: Cicatrização de Feridas: Primeira Intenção (1102); DE 7: Estado de Coagulação (0409); DE 8: Eliminação Urinária (0503); DE 9: Controle de Glicemia (2300); DE 10: Comportamento de Perda de Peso (1627);

Relatório do caso segundo CARE

Fluxograma 1.

Apreciação inicial segundo PFS.

Tabela 1

Apreciação inicial conforme AVD's de Nancy Roper.

<p>Manter um Ambiente Seguro</p> <p>O utente apresenta estrabismo divergente à direita com diminuição da acuidade visual unilateral.</p> <p>A presença do dreno Jackson Pratt (JP) com vácuo no flanco direito, da sutura abdominal e da drenagem vesical constituem um risco elevado de infeção que se encontra associado à proteção ineficaz, que advém sobretudo do seu estado imunológico.</p> <p>O risco de queda de acordo com a escala de <i>Morse</i>, oscilou entre um baixo risco à ausência de risco de queda, devido à remoção do acesso venoso periférico interrompção da terapia endovenosa.</p> <p>Eliminação</p> <p>O utente apresenta a eliminação urinária prejudicada, encontrando-se algaliado. A drenagem vesical manteve-se funcionante e a diurese foi contabilizada através do uriméter a cada turno, bem como a realização do balanço hídrico. Inicialmente, a urina apresentava-se concentrada, com uma cor rosada escura aclarando progressivamente, no entanto, por manifestar espasmo vesical com dor associada, contactou-se a equipa médica, que deu indicação para administração de oxibutinina 5mg e butilescopolamina 10mg, surtindo efeito. Posteriormente, a urina progrediu para uma coloração clara, cheiro <i>suis generi</i> sem presença de sedimentos. Este apresentou sempre bons débitos urinários um balanço hídrico equilibrado, com poucas oscilações do valor de referência demonstrando uma boa função renal do enxerto.</p> <p>Respiração</p> <p>No internamento, o utente apresentou uma frequência respiratória predominantemente toraco-abdominal, regular, simétrica, sem utilização de músculos acessórios, ruídos, acessos de tosse ou expectoração, com ciclos que oscilavam entre 14-15cpm e saturações de oxigénio no sangue em ar ambiente que oscilavam entre 96-97%. Manteve-se normotenso em todas as avaliações com tensões cujos valores sistólicos oscilavam entre 100-120mmHg diastólicos entre 60-80mmHg. Manteve-se normocárdico com frequência cardíaca com oscilações entre 60-80bpm e o pulso radial cheio e regular. O utente utilizou meias de contenção, por existir um risco de tromboembolismo venoso, derivado do estado acamado e mobilidade reduzida. O Sr. J.O. não manifesta alterações circulatórias dos membros inferiores, nem sinais de trombose venosa profunda, avaliada através do sinal de <i>Homan</i>. O tempo de preenchimento capilar avaliado nos membros inferiores é inferior a 2 segundos o que indica uma boa perfusão dos tecidos.</p> <p>Comunicação</p> <p>O utente apresenta-se consciente, orientado e autopsiquicamente comunicativo tanto com os outros utentes, como com os profissionais de saúde e bastante colaborante durante a realização de todos os procedimentos de enfermagem, respondendo quando é questionado sobre algo, e apresentando-se disponível para estabelecer diálogo, com linguagem não verbal e concordância. Não apresenta alterações no discurso, pensamento e percepção. Responde a estímulos externos, quer verbais, quer não verbais, e não demonstra falta de memória, conseguindo referir acontecimentos passados de forma lógica e sequencial. Este questiona acerca da sua situação clínica, demonstrando interesse na necessidade de readaptação à sua nova condição de doente transplantado renal.</p> <p>Higiene Pessoal e Vestuário</p> <p>O utente manifestou-se sempre colaborante, e após tolerar o 1º levante, começou a realizar a sua higiene corporal de forma independente, no WC.</p>	<p>Pelo facto de apresentar risco de integridade da membrana mucosa oral prejudicada, devido à imunossupressão, o utente reforçou a lavagem bucal diária, utilizando a Benzidamina e Nistatina, de forma apropriada. Este apresenta algumas lesões cutâneas visíveis, nomeadamente a nível dos membros superiores, com sintomatologia de prurido urémico. As mucosas apresentam-se coradas, ligeiramente desidratadas e acianóticas. O penso cirúrgico abdominal na fossa ilíaca direita que constitui um risco de infeção foi refeito em dias alternados e sempre que apresentava repasses de água., bem como o penso do local de inserção do dreno aspirativo com vácuo. O Sr. não necessita de ajuda para se vestir e despir, mantendo-se independente nesta tarefa.</p> <p>Mobilidade</p> <p>O utente após a intervenção cirúrgica e tolerância ao primeiro levante começou a deambular por períodos, deslocando-se ao WC de forma independente. No leito faz alternância de decúbitos, para alívio de pressão, após aplicação de escala de <i>Braden</i>, verificou-se que este não apresenta risco de lesão por pressão.</p> <p>Alimentação</p> <p>Após o procedimento cirúrgico, o Sr. iniciou a ingestão de líquidos, tendo progredido para a dieta mole, com tolerância. Posteriormente, iniciou a dieta diabética, devido ao risco de glicémia instável. Esteingere cerca de 2L de água por dia, de forma autónoma. Após determinação da glicémia, o utente apresentou sempre valores de glucose em jejum dentro dos valores de referência, oscilando entre os 90-110mg/dL, e valores de glucose pósprandial <160mg/dL, apresentando-se normoglicémico em todas as avaliações e sem sinais ou sintomas de hipoglicémia ou hiperglicémia. O índice de massa corporal do Sr. J.O. é = 29,0 kg/m², pelo que se encontra acima do peso recomendado para a sua altura, ou seja, em situação de sobrepeso.</p> <p>Controlo da Temperatura Corporal</p> <p>O utente apresentou temperaturas timpánicas que oscilavam entre 36,3 a 36,7, mantendo-se sempre apirético. Este demonstra reconhecer sensações de frio e calor. Apresenta as extremidades quentes e sem sinais de lesão.</p> <p>Dormir</p> <p>Desde a entrada, o utente cumpriu a pressão positiva contínua nas vias aéreas (CPAP) através de máquina própria, no período noturno e bem adaptado. Este descansou adequadamente durante a noite, dormindo cerca de 7 horas, e não manifestando cansaço aparente.</p> <p>Expressão da Sexualidade</p> <p>O utente é casado, e não manifestou qualquer alteração ao nível da sua sexualidade e autoestima, tendo sido possível verificar as demonstrações frequentes de afeto e preocupação por parte da esposa e vice-versa.</p> <p>Trabalho e Lazer</p> <p>Durante o internamento, o Sr. J.O. permaneceu maioritariamente no quarto, nomeadamente no leito, onde recebeu as visitas diárias da sua família. Quando não tinha visitas, entretinha-se a assistir a programas no seu Tablet ou a dialogar com os restantes colegas de quarto.</p> <p>Morrer</p> <p>De acordo com o utente nunca existiu qualquer tentativa de suicídio e não apresenta ideação suicida atual. Manifesta-se confiante sobre a sua recuperação, afirmando ainda, que tudo fará para que nos próximos anos consiga viver com uma melhor qualidade de vida.</p>
--	--

RESULTADOS

Da interpretação e análise dos dados colhidos definiram-se dois DE como primordiais para promover o sucesso do tratamento e a qualidade de vida do doente. Estes estão enunciados nas tabelas 2 e 3, bem como a proposta de planeamento de cuidados

de enfermagem elaborada e efetuada para lhe dar resposta e cuja avaliação obtida reflete o resultado que determinada intervenção conseguiu produzir para o efeito, neste caso, de adesão à terapêutica imunossupressora.

Plano de cuidados de enfermagem:

Tabela 2*Diagnóstico Proteção Ineficaz, com as respetivas intervenções e avaliações de enfermagem.*

00043 - Proteção ineficaz que se caracteriza pela deficiência de imunidade, associada ao regime de tratamento com agentes farmacêuticos imunossupressores (Herdman & Kamitsuru, 2018).			
Resultados NOC	0702 - Estado Imunológico		
		Pontuação Inicial	Pontuação Final
Indicadores (Moorhead, Johnson, Maas, & Swanson, 2016)	Estado geniturinário (TFG)	1	5
	Temperatura corporal	5	5
	Integridade da pele	1	4
	Peso	4	4
	Valores absolutos do leucograma	5	5
Intervenções NIC (Bulechek, Butcher, & Dochterman, 2010)	<p>6550 - Proteção contra infecção.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitorizar as análises sanguíneas; - Limitar a quantidade de visitas; - Manter a assepsia em todos os procedimentos; - Manter as técnicas de isolamento (protetor); - Monitorizar os sinais e sintomas sistémicos, e locais de infeção; - Promover a ingestão nutricional adequada; - Incentivar a ingestão hídrica, conforme apropriado; - Orientar o utente e família sobre precauções básicas por forma a evitar infeções; - Ensinar o utente sobre sinais e sintomas de infeção; <p>2380 - Controlo de medicamentos.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitorizar o doente quanto ao efeito terapêutico da medicação; - Monitorizar a adesão do regime de medicamentos; - Rever com o utente as características da medicação bem como as respetivas dosagens; - Monitorizar a adesão ao regime terapêutico; - Auxiliar o utente e a família a realizar os ajustes necessários no estilo de vida associados a determinados medicamentos (imunossupressores); - Fornecer ao utente os recursos e contactos para esclarecimentos de dúvidas. <p>5606 - Ensino: indivíduo.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Estabelecer uma relação de confiança; - Avaliar o nível de conhecimentos e a capacidade de compreensão do utente; - Determinar a capacidade do utente para aprender informações específicas (adaptação à doença e ao regime terapêutico); - Selecionar métodos/estratégias de ensino adequadas; - Fornecer folhetos informativos; - Reforçar comportamentos. <p>5616 - Ensino: medicamentos prescritos.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Orientar o utente sobre a finalidade e a ação de cada medicamento; - Avaliar a capacidade do utente para autoadministrar os medicamentos; - Avaliar o conhecimento do doente sobre as características dos medicamentos; - Informar o doente sobre as consequências da não adesão ao regime terapêutico, ou da sua interrupção abrupta; - Orientar o doente sobre os possíveis efeitos adversos de cada medicamento. - Incluir os familiares aquando a realização de ensinamentos. 		

Tabela 3

Diagnóstico Conhecimento Deficiente, com as respectivas intervenções e avaliações de enfermagem.

00126 - Conhecimento deficiente define-se como a ausência de informações cognitivas ou de aquisição de informações relativas a um tópico específico e está associado ao conhecimento insuficiente do utente sobre a terapêutica imunossupressora (Herdman & Kamitsuru, 2018).			
Resultados NOC	1623 – Comportamento de Aceitação: Medicamento Prescrito.		
		Pontuação Inicial	Pontuação Final
Indicadores (Moorhead, Johnson, Maas, & Swanson, 2016)	Criação da lista de todos os medicamentos com a dosagem e frequência correta	1	5
	Automedicação com a dose certa	1	5
	Automedicação na hora certa	1	5
	Modificação da dosagem conforme ajuste da prescrição médica	1	4
	Monitorização dos efeitos adversos da terapêutica	1	4
Intervenções NIC (Bulechek, Butcher, & Dochterman, 2010)	<p>5618 – Ensino: procedimento/tratamento.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Explicar o propósito do procedimento/tratamento; - Orientar o utente sobre as formas de colaborar/participar durante o procedimento/tratamento; - Determinar as expectativas do utente quanto ao procedimento/tratamento; - Oferecer tempo ao utente para assimilar a informação e colocar dúvidas ou expor as suas preocupações inerentes ao tratamento; - Determinar o impacto do tratamento no estilo de vida do utente; - Incluir a família e as pessoas significativas. <p>2380 – Controle de medicamentos</p> <ul style="list-style-type: none"> - Determinar a capacidade do utente para gerir a terapêutica; - Determinar o conhecimento do utente sobre a terapêutica imunossupressora; - Monitorizar a adesão ao esquema medicamentoso; - Determinar os fatores que condicionam a adesão terapêutica; - Desenvolver estratégias através do modelo de parceria de cuidados, que permitam uma adesão permanente ao esquema medicamentoso; - Oferecer feedback positivo quanto à aceitação de novas responsabilidades e/ou mudança de comportamento ao nível da adesão terapêutica. <p>5616 – Ensino: Medicamentos Prescritos</p> <ul style="list-style-type: none"> - Orientar o utente sobre a forma correta de administração terapêutica; - Avaliar diariamente os conhecimentos adquiridos sobre o esquema medicamentoso; - Alertar o utente sobre a importância da monitorização dos prazos de validade da medicação bem como o seu correto acondicionamento; - Fornecer informações sobre o reembolso dos medicamentos, conforme apropriado; - Reforçar as informações transmitidas por outros membros da equipa de cuidados de saúde. 		

Escala varia de 1- nunca demonstrado a 5 – consistentemente demonstrado

DISCUSSÃO

O período que antecede e que sucede a cirurgia é detentor de certa complexidade, ao exigir do utente a adaptação e readaptação a um novo estilo de vida que se reflete em mudanças capazes de alterar a sua QV.

O TR é considerado um procedimento de indução de elevada reação inflamatória, sendo o rim transplantado um “corpo estranho” que necessita de ser reconhecido e aceite pelo organismo do recetor, que produz uma resposta imunológica a antigénios (Studart, et al., 2019).

Segundo a literatura, o tempo de sobrevivência do rim é superior quando se trata de um dador vivo, pelo menor risco de complicações, como por exemplo, a isquemia fria (Gallego Español, et al., 2019). No caso de dador falecido, existe cerca de 25% de probabilidade do recetor não ter função inicial do rim transplantado, o que obrigará à realização transitória de sessões de diálise; outros estudos apontam para valores entre 20% e 60% de probabilidade para a apresentação de pelo menos um episódio de rejeição aguda que dependem diretamente do incumprimento da imunossupressão e aproximadamente 5% dos utentes transplantados poderão vir a desenvolver complicações técnicas ou necessidade de nova intervenção cirúrgica (Kochhann, & Figueiredo, 2020).

Para assegurar a manutenção do funcionamento do órgão transplantado é necessário que o utente siga a medicação imunossupressora prescrita, pois a sua situação clínica aumenta a suscetibilidade a infeções comuns e oportunistas, sobretudo ao longo dos primeiros 12 meses. Estas manifestam-se pela presença frequente de sinais como febre com valores baixos, outros sintomas/sinais típicos de infeção e eventuais exames laboratoriais com resultado negativo. Neste sentido, a prevenção, vigilância e o controlo do risco de infeção assumem-se como fulcrais para evitar complicações, que são o grande desafio pós-cirurgia, uma vez que podem vir a deteriorar a condição clínica do utente, terminando na

perda do enxerto, a diminuir a sua qualidade de vida e a aumentar os custos associados aos transplantes. Nos Estados Unidos, este procedimento é responsável por uma despesa anual de US \$ 4,5 bilhões (Tran, & Miniard, 2017; Studart, et al., 2019).

Neste caso particular, apesar do transplante ter sido de dador falecido, não se verificaram no pós-operatório imediato intercorrências no utente. Durante o seu internamento não se identificaram sinais de infeção: a ferida cirúrgica manteve-se em evolução cicatricial e sem sinais inflamatórios, o penso manteve-se íntegro e verificou-se uma proteção eficaz do seu estado imunológico pelo registo de valores dos leucócitos dentro dos parâmetros de referência, indicativo de baixo risco de infeção.

O Enfermeiro, na prestação de cuidados, é responsável por facilitar este processo de transição, através de ações educativas autónomas e interdependentes aos recetores do transplante, à sua família e/ou cuidadores com enfoque na minimização de riscos e que envolvam os fatores que favorecem o seu aumento, como por exemplo, o estado nutricional deficiente, associado a sobrepeso, e a não adesão à terapêutica. Isto porque, um estado nutricional adequado contribui para a cicatrização de feridas e o cumprimento da medicação imunossupressora estimula o controlo do risco de infeção. Neste sentido, a educação sobre o estado nutricional, tornar-se-ia uma intervenção benéfica ao contribuir para a diminuição do peso do doente e, conseqüentemente, para o alcance do valor de IMC considerado saudável (Pedroso, et al., 2019; Tran, & Miniard, 2017).

Relativamente ao risco de infeção, o Enfermeiro assume um papel central que implica cuidados mais rigorosos durante a sua prestação de cuidados diários no pós-operatório, de prevenção através de ações de ensinos que se devem iniciar no pré-operatório e estender até ao momento da alta hospitalar ou sempre que necessário, bem como no tratamento de infeções nestes doentes

específicos (Pedroso, et al., 2019). Também a identificação precoce de comportamentos de não adesão ao regime medicamentoso torna-se fundamental para assegurar o sucesso do TR e evitar custos adicionais em saúde.

Estudos indicam que a adesão aos imunossuppressores percebida pelo utente é superior comparativamente a que se verifica na realidade (Fellström, et al., 2018) e as suas crenças negativas sobre a medicação resultam em taxas reduzidas na sua adesão (Zanetti-Yabur et al., 2017). Assim, como estratégias estimuladoras destacam-se o recurso a instrumentos auxiliares como aplicações móveis (Zanetti-Yabur, et al., 2017; Levine, et al., 2019) e relógios inteligentes (Levine, et al., 2019), para além das habituais informações escritas.

Implicações para a prática profissional e políticas de saúde

O enfermeiro enquanto prestador de cuidados diferenciados, desempenha um papel de extrema relevância junto de utentes submetidos a transplantação renal, uma vez que implementa intervenções cujo enfoque são os ensinamentos sobre a terapêutica, que permitem uma contínua aquisição de conhecimentos e o desenvolvimento de competências, culminando numa adesão eficaz ao regime terapêutico e autogestão do mesmo. Perante o atual contexto pandémico que o mundo atravessa, e na impossibilidade de manter uma proximidade efetiva, urge a necessidade premente de recorrer a recursos tecnológicos, como as consultas por videochamada, os esclarecimentos via contacto e a criação de plataformas informativas, por forma a evitar a adoção de práticas erradas que potencializem a rejeição do rim recém transplantado, e consequentemente, acarretem um impacto negativo na qualidade de vida do utente.

Limitações

Decorrente da metodologia utilizada no presente trabalho, o estudo de caso, restringe a extrapolação de dados e resultados para outros indivíduos por serem considerados reduzidos e limitados ao se referirem apenas a uma pessoa, com todas as particularidades que lhe são inatas. Assim, o plano de cuidados de enfermagem foi elaborado e personalizado atendendo à individualidade do doente em estudo, apesar de seguir uma linha comum a outras situações de doentes submetidos a transplantação, em concreto, de rim.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A transplantação renal é uma TSFR que além de competências científicas e técnicas extremamente relevantes para o seu sucesso, impõem ao profissional de saúde a necessidade de durante todo este processo e na implementação das suas intervenções assegurar o estabelecimento de uma relação terapêutica de confiança que permita conhecer o utente na sua totalidade, de modo a focar o cuidado, aumentar a taxa de adesão ao regime terapêutico e a oferecer uma experiência positiva para a história de saúde da pessoa transplantada.

Frisaram-se os diagnósticos de enfermagem Proteção Ineficaz (00043) e Conhecimento Deficiente (00126), como os mais significativos para a diminuição do risco de infeção decorrente da cirurgia associado à adesão terapêutica que propicia este controlo.

Das intervenções planeadas e executadas assume-se que viabilizaram o alcance dos resultados esperados para esta situação em concreto, pelo aumento maioritário da pontuação na escala comparativamente ao valor inicial. A educação para a saúde revela-se uma estratégia essencial, que deve contemplar além dos ensinamentos sobre a terapêutica imunossupressora, outros aspetos valorizados pela própria pessoa que possam causar interferência neste processo de transição de saúde-doença.

Portanto, na generalidade, conclui-se que a resposta aos diagnósticos prioritários permitiu a promoção da adesão à terapêutica que suscitará no doente a adoção de comportamentos saudáveis no pós-operatório e sua posterior manutenção, que se traduzirá a longo prazo no êxito do transplante e no aumento da sua QV. Deste modo, considera-se que o objetivo inicialmente proposto foi superado.

REFERÊNCIAS

- Andrade, S. R., Ruoff, A. B., Piccoli, T., Schmitt, M. D., Ferreira, A., & Xavier, A. C. (2017). O Estudo De Caso Como Método De Pesquisa Em Enfermagem: Uma Revisão Integrativa. *Texto & Contexto*, 26(4). <https://doi.org/10.1590/0104-07072017005360016>
- Antunes, A.V., Sousa, L.M.M., Justo, C., Ferrer, J., Frade, F., Severino, S. S. P., & Santos, M. J. A. (2018). Assessment of the perceived quality of life of a kidney transplant patient. *Enfermería Nefrológica*, 21(2), 138-144. <https://dx.doi.org/10.4321/s2254-28842018000200005>
- Bulechek, G. M., Butcher, H. K., & Dochterman, J. M. (2010). *Classificação Das Intervenções De Enfermagem (NIC)*. (5ª ed.). Rio de Janeiro:: Elsevier Editora Ltda.
- Convenção sobre os Direitos do Homem e da Biomedicina (Convenção de Oviedo), aberta à assinatura dos Estados Membros em Oviedo, em 4 de abril de 1997, aprovada para ratificação por Resolução da Assembleia da República, em 19 de outubro e ratificada pelo Decreto do Presidente da República n.º 1/2001, de 3 de janeiro. Disponível em https://direitodamedicina.sancheoassociados.com/legislacao/resolucao-da-assembleia-da-republica-12001/?fbclid=IwAR27xS3fFlIxf2JyDIFeXMKfYZ7DncgIWOUjwsiW9-1c_w4YRiueR7nZM2w#fogo5
- de Castro Rodrigues Ferreira, F., Cristelli, M. P., Paula, M. I., Proença, H., Felipe, C. R., Tedesco-Silva, H., & Medina-Pestana, J. O. (2017). Infectious complications as the leading cause of death after kidney transplantation: analysis of more than 10,000 transplants from a single center. *Journal of Nephrology*, 30(4), 601–606. <https://doi.org/10.1007/s40620-017-0379-9>
- Doalto Muñoz, Y., Cruz Valle, R., & Carretón Manrique, M. L. (2018). Factores asociados a la resiliencia y adherencia terapéutica en pacientes con injerto renal funcionante. *Enfermería Nefrológica*, 21(2), 123-129. <https://dx.doi.org/10.4321/s2254-28842018000200003>
- Equator Network (2019). Flow Diagram — Case Reports following the CARE guidelines. Disponível em <https://www.equator-network.org/wp-content/uploads/2013/09/CAREFlowDiagram-updated-2019.pdf>
- Fellström, B., Holmdahl, J., Sundvall, N., Cockburn, E., Kilany, S., & Wennberg, L. (2018). Adherence of Renal Transplant Recipients to Once-daily, Prolonged-Release and Twice-daily, Immediate-release Tacrolimus-based Regimens in a Real-life Setting in Sweden. *Transplantation Proceedings*, 50(10), 3275–3282. <https://doi.org/10.1016/j.transproceed.2018.06.027>
- Ferraz, R. N., Maciel, C. d., Borba, A. K., Frazão, I. d., & França, V. V. (2017). Percepção dos profissionais de saúde sobre os fatores para a adesão ao tratamento hemodialítico. *Revista Enfermagem UERJ*, 25(e15504). <http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2017.15504>
- Gokoel, S. R. M., Gombert-Handoko, K. B., Zwart, T. C., van der Boog, P. J. M., Moes, D. J. A. R., & de Fijter, J. W. (2020). Medication non-adherence after kidney transplantation: A critical appraisal and systematic review. *Transplantation Reviews*, 34(1), 100511. <https://doi.org/10.1016/j.trre.2019.100511>
- Gallego Español, M.L., Díaz Jurado, M.L., Oliva Romero, S., Jovani Palu, M., Ruiz Lopez, A., Chacón Aparicio, A. (2019). Donante renal: vivencia del proceso. *Rev. Enfuro (Asociación Española de Enfermería en Urología)*, 14-18). Obtido de http://revistas-enfuro.enfuro.es/html/revista_136.html#../images/revista136/2
- Herdman, T. H., & Kamitsuru, S. (2018).

Diagnósticos de Enfermagem da NANDA – I (Definições e Classificação) 2018-2020 (11ª ed.). Porto Alegre: Artmed.

Johnson, M., Moorhead, S., Bulechek, G. M., Butcher, H. K., Maas, M., Swanson, E. (2013). *Ligações Nanda, Noc-Nic*. Rio de Janeiro: Elsevier Editora Ltda. 3ª ed.

Kobayashi, S., Tsutsui, J., Okabe, S., Hideki, I., Akaho, R., & Nishimura, K. (2020). Medication nonadherence after kidney transplantation: an internet-based survey in Japan. *Psychology, Health & Medicine*, 25(1), 91–101. <https://doi.org/10.1080/13548506.2019.1622745>

Kochhann, D. S., & Figueiredo, A. E. P. L. (2020). Enfermagem no transplante renal: comparação da demanda de cuidado entre escalas. *Acta Paulista de Enfermagem*, 33, eAPE20180220. <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2020AO0220>

Levine, D., Torabi, J., Choinski, K., Rocca, J. P., & Graham, J. A. (2019). Transplant surgery enters a new era: Increasing immunosuppressive medication adherence through mobile apps and smart watches. *The American Journal of Surgery*, 218(1), 18–20. <https://doi.org/10.1016/j.amjsurg.2019.02.018>

Lins, S. M., Leite, J. L., Godoy, S. d., Tavares, J. M., Rocha, R. G., & Silva, F. V. (2018). Adesão de portadores de doença renal crônica em hemodiálise ao tratamento estabelecido. *Acta Paulista de Enfermagem*, 31(1), 54-60. Disponível em <https://doi.org/10.1590/1982-0194201800009>

Malik, A. O., Sehgal, S., Ahmed, H. H., Devabhaktuni, S., Co, E., Malik, A. A., . . . Ahsan, C. (2018). Cardiovascular Aspects of Patients with Chronic Kidney Disease and End-Stage Renal Disease and End-Stage Renal Disease. In T. Rath, *Chronic Kidney Disease from Pathophysiology to Clinical Improvements* (pp. 105-128). IntechOpen. <https://doi.org/10.5772/intechopen.69294>

Mattos, L. M. P. de, Nunes, A. C., Queiroz, R. M. de, Bonfim, I. M., Studart, R. M. B., & Castro, K. S. de. (2019). Clinical

and Immunological Assessment of Renal Transplant Recipients / Avaliação Clínica e Imunológica dos Receptores de Transplante Renal. *Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online*, 11(5), 1202. <https://doi.org/10.9789/2175-5361.2019.v11i5.1202-1207>

Moorhead, S., Johnson, M., Maas, M. L., & Swanson, E. (2016). *NOC - Classificação das Intervenções de Enfermagem*. (5ª ed.). Rio de Janeiro: Elsevier Editora Ltda.

Nunes, L. (2013). Considerações éticas: a atender nos trabalhos de investigação académica de enfermagem. Setúbal: Departamento de Enfermagem ESS. Disponível em <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/4547/1/consid%20eticas%20na%20investig%20academica%20em%20enfermagem.pdf>.

Oliva -Teles, N. (2013). Bioética e Documentos Nacionais e Internacionais. *Nascer e Crescer*, 22(1), 38-41. Disponível em http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?pid=S0872-07542013000100009&script=sci_arttext&tlng=en

Pedroso, V. S. M., Siqueira, H. C. H., Andrade, G. B., Medeiros, A. C., Tolfo, F., & Moura, B. (2019). The nurse and the model of living of the renal transplanted user: seeking the quality of life / O enfermeiro e o modo de viver do usuário transplantado renal: buscando a qualidade de vida. *Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online*, 11(1), 241. <https://doi.org/10.9789/2175-5361.2019.v11i1.172-178>

Roper, N., Logan, W. W., & Tierney, A. J. (2000). *The Roper-Logan-Tierney model of nursing: based on activities of living*. Elsevier Health Sciences.

Silva, A. S., Silveira, R. S., Fernandes, G. F., Lunardi, V. L., & Backes, V. M. (2011). Percepções e mudanças na qualidade de vida de pacientes submetidos à hemodiálise. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 64(5), 839-844. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672011000500006>

Studart, R. M. B., Nunes, A. C., Queiroz,

R. M. de Brito, L. M. P. de M., Bonfim, I. M., & Castro, K. S. de. (2019). Avaliação clínica e imunológica dos receptores de transplante renal. *Rev. Pesqui. (Univ. Fed. Estado Rio J., Online)*, 1202–1207. Obtido de http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/7289/pdf_1

Tran, A., & Miniard, J. (2017). Preventing infections after renal transplant: Nursing, 47(1), 57–60. <https://doi.org/10.1097/01.NURSE.0000502757.64064.76>

Zanetti-Yabur, A., Rizzo, A., Hayde, N., Watkins, A. C., Rocca, J. P., & Graham, J. A. (2017). Exploring the usage of a mobile phone application in transplanted patients to encourage medication compliance and education. *The American Journal of Surgery*, 214(4), 743–747. <https://doi.org/10.1016/j.amjsurg.2017.01.026>

NORMAS DE PUBLICAÇÃO

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

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

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

1 - TIPOS DE ARTIGOS

1.1 - Cartas ao director:

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

1.2 - Artigos sobre teoria de investigação:

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

Devem estruturar-se da seguinte forma:

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

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

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

Desenvolvimento da temática

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

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

Extensão máxima recomendada 15 páginas.

1.3 - Artigos síntese de trabalhos de investigação:

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

Resumo; Palavras Chave; Introdução (com as características atrás enunciadas)

Fundamentação: Breve revisão e localização da problemática.

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

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

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

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

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

Bibliografia

Extensão máxima recomendada 20 páginas.

2 - RESPONSABILIDADES ÉTICAS

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

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

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

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

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

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

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

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

3 - COMO ENVIAR ARTIGOS PARA PUBLICAÇÃO

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

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

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

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

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

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

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

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

A taxa de submissão de artigo é de 10€.

4 - PROCEDIMENTOS DA RIE

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

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

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

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

A aceitação do artigo para publicação, implica o pagamento de taxa de publicação com um custo de 15€.

5 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

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

Monografias;

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

Artigos de publicações periódicas;

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

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