





# Revista INVESTIGAÇÃO EM ENFERMAGEM

Nº8 SÉRIE II - AGOSTO 2014

## SUMÁRIO / SUMMARY

<b>EDITORIAL</b>	7
ARMÊNIO GUARDADO CRUZ	
<b>DEPRESSÃO NA PESSOA COM TUMOR CEREBRAL</b>	
<i>DEPRESSION IN PERSON WITH BRAIN TUMOR</i>	9
<i>DEPRESIÓN EN PERSONA CON TUMOR CEREBRAL</i>	
ANA FERREIRA; CARLA PACHECO; JOANA PINTO; OSVALDO TAVARES; JOSÉ CARLOS SANTOS	
<b>UM MODELO DE EFETIVIDADE DE CUIDADOS EM ENFERMAGEM</b>	
<i>ONE MODEL FOR THE NURSING ROLE EFFECTIVENESS</i>	20
<i>UN MODELO DE EFECTIVIDAD PARA EL CUIDADO EN ENFERMERÍA</i>	
ANTÓNIO FERNANDO SALGUEIRO AMRAL	
<b>CRITÉRIOS DE DECISÃO SOBRE O DESTINO DO DOENTE DEPENDENTE NO AUTOCUIDADO APÓS A ALTA HOSPITALAR</b>	
<i>DECISION CRITERIA ON THE DESTINATION OF THE PATIENT DEPENDENT ON SELF-CARE AFTER DISCHARGE</i>	35
<i>CRITERIOS DE DECISIÓN SOBRE EL DESTINO DEL PACIENTE DEPENDE EN AUTOCUIDADO DESPUÉS DEL ALTA HOSPITALARIO</i>	
FERNANDO ALBERTO SOARES PETRONILHO; FILIPE MIGUEL SOARES PEREIRA; ABEL AVELINO DE PAIVA E SILVA	
<b>IMPACTO DAS DOENÇAS DO HUMOR NA QUALIDADE DE VIDA</b>	
<i>IMPACT OF MOOD DISORDERS ON QUALITY OF LIFE</i>	44
<i>IMPACTO DE LOS TRASTORNOS DEL HUMOR EN LA CALIDAD DE VIDA</i>	
ERMELINDA DE FÁTIMA DIAS DA CUNHA DE MACEDO; PAULO NUNO SOUSA NOSSA; CARLOS FERNANDES DA SILVA	
<b>A REPRESENTAÇÃO DA DOENÇA E O COPING NA PESSOA COM TUMOR DO APARELHO LOCOMOTOR</b>	
<i>REPRESENTATION OF THE DISEASE AND COPING IN PERSON WITH TUMOR OF THE LOCOMOTOR SYSTEM</i>	54
<i>REPRESENTACIÓN DE LA ENFERMEDAD Y EL AFRONTAMIENTO EN PERSONA CON TUMOR DEL APARATO LOCOMOTOR</i>	
<i>Tese apresentada ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, sob orientação de Prof. Doutor Paulo Joaquim Pina Queirós</i>	
RUI MANUEL JARRÓ MARGATO	
<b>CUIDADOS DE ENFERMAGEM E INDICADORES DE IMPACTO ECONÓMICO ASSOCIADOS AO CATETERISMO VENOSO PERIFÉRICO</b>	
<i>NURSING CARE AND INDICATORS OF ECONOMIC IMPACT ASSOCIATED WITH PERIPHERAL INTRAVENOUS CATHETERIZATION</i>	72
<i>CUIDADOS DE ENFERMERÍA Y INDICADORES DE IMPACTO ECONÓMICO ASOCIADOS AL CATETERISMO VENOSO PERIFÉRICO</i>	
JOÃO MANUEL N. GARCIA GRAVETO; JOÃO CARLOS AMARAL RIBEIRO; LAURA RAQUEL SANTOS BARROS; DANIELA VIDAL C. PEREIRA DOS SANTOS	



**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)

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

Águeda Gonçalves Marques, PhD, *Escola Superior de Enfermagem de Coimbra*

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

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

Carlos Santos Ferreira, 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*

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*

Maria Teresa Calvário Antunes, PhD, *Escola Superior de Enfermagem de Coimbra*

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 Diis 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 e Administração/Ownership**

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€

**Internet** - [www.sinaisvitais.pt/rie.php](http://www.sinaisvitais.pt/rie.php)

**E-mail** - [suporte@sinaisvitais.pt](mailto: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

---

**C**oncebida e associada a uma prática social, a enfermagem tem procurado definir a especificidade do seu objecto de investigação e dos seus processos de trabalho, em consonância com outras áreas da saúde, de forma a explicar a sua característica social e profissional na construção de um saber interdisciplinar.

Essa construção interdisciplinar implica uma abordagem complexa, em que os sentimentos e as relações humanas participam na construção do conhecimento, e onde a compreensão dos valores e percepções da pessoa sobre a sua saúde se tornam fundamentais.

Neste contexto, e face às mudanças rápidas que se observam na nossa sociedade, que impõem novas lógicas vivenciais e subjectivas, com reflexos nas necessidades humanas e de saúde, considerada por alguns por fase pós-moderna, a enfermagem teve necessidade de recorrer a novos paradigmas teóricos. De facto, tem-se verificado nos últimos anos a substituição do tradicional paradigma quantitativo positivista por uma dimensão interdisciplinar, onde os contextos sociais e psicossociais se interligam, onde o indivíduo se situa na sociedade e como os valores socialmente partilhados passam a integrar o sujeito individual, permitindo uma avaliação mais completa das dimensões objetivas e subjetivas do processo saúde-doença.

Foi assim que surgiu a necessidade de utilização de novas metodologias de investigação, associadas ao paradigma qualitativo, derivadas das ciências sociais e humanas, como a sociologia, psicologia social e antropologia, onde a fenomenologia, a fenomenografia, a teoria fundamentada e etnografia, entre outras, tem sido alguns dos métodos usados com maior regularidade nos últimos anos, na formação avançada da Enfermagem.

Associado a este novo paradigma, surgiu a Teoria das Representações Sociais (TRS) em 1961, com a contribuição de Serge Moscovici, considerado um marco histórico em todo o processo. Segundo este autor (1961), e partindo do princípio que as representações coletivas se concebem na interação social, as representações são construídas pelos indivíduos na partilha do conhecimento, reforçando a ideia de estarmos perante um fenómeno psicossocial, isto é, o contexto social influencia o comportamento dos indivíduos, enquanto estes constroem a sua realidade social.

Também Abric (2001), refere-se à representação social como um produto e um processo de uma actividade mental, através do qual um indivíduo ou um grupo reconstitui a realidade com a qual se confronta e para a qual ele atribui um significado específico.

Esta teoria tem vindo a ser usada cada vez mais na área da saúde nos últimos anos, inclusive na enfermagem, com utilização dos seus próprios métodos e técnicas de colheita (ex: evocação ou associação livre de palavras; entrevista) e análise de dados (ex: técnica de construção do quadro das quatro casas, análise de

similitude, análise co-ocorrência, comparação pareada), já com ajuda de diversos *softwares* específicos (ex: Evoc; Alceste, etc...).

A TRS surge pois como uma nova opção metodológica, como um conjunto de processos aliados à fracasso de antigos paradigmas do conhecimento e do aparecimento de novos. Nesta nova fase do conhecimento, é necessário investir em novos princípios de racionalidade, onde a competência profissional de enfermagem passa por desenvolver a capacidade de observar e de ouvir, permitindo a reelaboração de conceitos, descrições e taxonomias a partir de discursos e de gestos.

Arménio Guardado Cruz

# DEPRESSÃO NA PESSOA COM TUMOR CEREBRAL

Ana Ferreira<sup>(1)</sup>; Carla Pacheco<sup>(1)</sup>; Joana Pinto<sup>(1)</sup>; Osvaldo Tavares<sup>(2)</sup>; José Carlos Santos<sup>(3)</sup>



## Resumo

A associação entre depressão e outras doenças é frequente, levando a pior evolução do quadro psiquiátrico e da doença clínica, situação comum nos tumores cerebrais. Objetivos do estudo: Relatar a ocorrência de depressão em pessoas com tumor cerebral; Identificar os fatores preditores da depressão na pessoa com tumor cerebral; Descrever quais as complicações da depressão que influenciam a Qualidade de Vida (QdV) da pessoa com tumor cerebral e Averiguar as intervenções de Enfermagem, no âmbito da Saúde Mental, mais eficazes nas pessoas com tumor cerebral deprimidas. Foi realizada uma Revisão Integrativa da Literatura nas bases de dados Medline, Cinahl, Science Direct e Psychology and Behavioral Sciences Collection, num horizonte temporal de 2005 a 2014. A ocorrência da depressão no tumor cerebral ocorre num intervalo de 9% a 44,4%. São fatores preditores o género, o estado civil, o nível de escolaridade e os antecedentes clínicos. A depressão está associada com a redução da QdV. O Enfermeiro deve abordar a pessoa de forma holística intervindo através da psicoeducação. Sugerimos a realização de estudos na área da Neuro-oncologia, com uma avaliação das intervenções de Enfermagem.

**Palavras-chave:** Depressão, Tumor cerebral, Intervenções de Enfermagem

## Abstract

### DEPRESSION IN PERSON WITH BRAIN TUMOR

*The association between depression and other illnesses is frequent, leading to worse prognosis of psychiatric symptoms and the clinical disease, a common situation in brain tumors. Object of study: report the occurrence of depression in people with a brain tumor; identify predictors of depression in people with a brain tumor; which describe the complications that influence the quality of life of people with brain tumors and to investigate the nursing interventions under the Mental Health, more effective in depressed people with brain tumor. An integrative review of the literatura was held, using MEDLINE, CINAHL, Science Direct and Psychology and Behavioral Sciences Collection database, in a ten-year timeframe, from 2005 to 2014. Occurrence of depression in people with brain tumor occur in an interval of 9% to 44.4%. Predictors are gender, marital status, level of education and the clinical history. Depression is associated with the reduction in quality of life. The nurse should approach the person in a holistically way and may intervene through psychoeducation. We suggest conducting studies in the field of Neuro-oncology, with a review of Nursing interventions.*

*Keywords:* Depression, Brain Tumor, Nursing Interventions

## Resumen

### DEPRESIÓN EN PERSONA CON TUMOR CEREBRAL

*La asociación entre la depresión y otras enfermedades es frecuente, lo que lleva a un peor pronóstico de los síntomas psiquiátricos y la enfermedad clínica, una situación común en los tumores cerebrales. Objetivos del estudio: Determinar la incidencia de la depresión en las personas con un tumor cerebral; Identificar predictores de la depresión en las personas con un tumor cerebral; Describir las complicaciones de la depresión que influyen en la calidad de vida (CV) de las personas con tumores cerebrales y investigar las intervenciones de enfermería bajo la Salud Mental, más eficaz en personas con tumores cerebrales deprimido. Una revisión integradora de la literatura en Medline, CINAHL, ScienceDirect y Psicología y Ciencias de la Conducta Collection, una línea de tiempo de 2005 a los datos de 2014. Ocurriencia de la depresión en el tumor cerebral se presenta en una gama de 9% a 44,4%. Los predictores son el sexo, el estado civil, el nivel educativo y su historia médica. La depresión está asociada con una reducción en la calidad de vida. La enfermera debe acercarse a la persona de manera integral interviniendo a través de la psicoeducación. Sugerimos la realización de estudios en el campo de la neuro-oncología, con una revisión de las intervenciones de enfermería.*

**Palabras clave:** Depresión, tumor cerebral, Intervenciones de Enfermería

Rececionado em Maio 2014. Aceite em Julho 2014

<sup>(1)</sup> Licenciado em Enfermagem pela Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

<sup>(2)</sup> Aluno da Licenciatura

<sup>(3)</sup> Professor Coordenador, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

## INTRODUÇÃO

Nos últimos anos, tem-se assistido a um avanço no rastreio e tratamento da doença oncológica e consequentemente o aumento da esperança média de vida das pessoas diagnosticadas com esta doença. No entanto, impõe-se a necessidade de ter em conta outros domínios do sofrimento humano, nomeadamente os aspetos emocionais que acarretam o adoecer.

Este estudo trata a “Depressão na pessoa com tumor cerebral”. Definimos como objetivos: Relatar a ocorrência de depressão em pessoas com tumor cerebral; Identificar os fatores preditores da depressão na pessoa com tumor cerebral; Descrever quais as complicações da depressão que influenciam a Qualidade de Vida da pessoa com tumor cerebral e Averiguar as intervenções de Enfermagem, no âmbito da Saúde Mental, mais eficazes nas pessoas com tumor cerebral deprimidas. Desta forma, assume-se como um meio para aprofundar conhecimentos, adquirir competências individuais e coletivas e justificar intervenções implementadas.

## FUNDAMENTAÇÃO

Segundo Trancas *et al.* (2010), estima-se que o risco de apresentar uma doença oncológica ao longo da vida é de 41%. Na perspetiva de Ownsworth *et al.* (2009), o processo de ajustamento à doença oncológica observa-se numa perspetiva biopsicossocial, isto é, está amplamente associado aos fatores pessoais, socioculturais e biológicos.

Entende-se que a depressão clínica surge como uma das principais morbilidades psiquiátricas associadas à doença oncológica, tendo um impacto significativo no sofrimento e na forma como a pessoa e família vivenciam a doença somática (Trancas *et al.*, 2010). Em 2010, Whiteford *et al.* (2013) aferiram que a depressão é responsável por 40,5% dos anos de vida desajustados por incapacidade e por 42,5% dos anos vividos com incapacidade em todo o Mundo.

A abordagem da depressão clínica no contexto oncológico encontra diversos problemas metodológicos e práticos. Trancas *et al.* (2010) afirmam que

os obstáculos a esta abordagem prendem-se com o facto dos profissionais de saúde apresentarem dificuldade em falar com os doentes sobre as suas emoções; a ambiguidade da sintomatologia da doença oncológica ou do seu tratamento se sobrepor aos sintomas pesquisados aquando o diagnóstico de depressão, como a anorexia, insónia, lentificação psicomotora, entre outros. Os autores salientam ainda o facto de entre os profissionais de saúde e familiares persistir a ideia de que a depressão no decorrer de uma sintomatologia somática grave é “inevitável e constitui uma resposta natural e esperada” (p. 1104), constituindo-se uma razão pela qual não é diagnosticada e consequentemente tratada. Acresce ainda o facto da componente histórica e estigma ainda associados à doença mental justificarem a secundarização desta em relação às doenças somáticas. Por outro lado, a presença de tumor cerebral dificulta, também, o diagnóstico diferencial uma vez que este poderá ser neurologicamente silencioso, apresentado somente sintomas psiquiátricos, como a depressão, distúrbios de ansiedade, avolia, episódios de mania e diminuição da concentração. Além disso, a localização do tumor tem uma influência na sintomatologia depressiva. Nestes casos, há uma resistência da sintomatologia depressiva aos psicofármacos, sendo necessário a realização de exames complementares de diagnóstico como a Tomografia Axial Computorizada (TAC) e a Ressonância Magnética (RM) para obter o diagnóstico diferencial (Betul e Ipek, 2011).

A associação entre depressão e doenças clínicas é muito frequente, levando a pior evolução tanto do quadro psiquiátrico como da doença clínica, com menor adesão às orientações terapêuticas, além de maior morbilidade e mortalidade (Teng *et al.*, 2005). No contexto de uma condição que coloca em risco a vida, sintomas subjetivos como a depressão podem ser negligenciados pelos profissionais de saúde devido ao comprometimento neurológico subjacente (Fox *et al.*, 2007).

De acordo com Ownsworth *et al.* (2009), indivíduos com diagnóstico de tumor cerebral enfrentam comumente um prognóstico reservado devido aos efeitos diretos do tumor, às consequências do tratamento, que podem conduzir à debilidade física, cognitiva e a nível do comportamento e ajust-

tamento psicossocial. Assim, enfrentam questões relativas a alterações das circunstâncias de vida e um declínio progressivo da esfera cognitiva.

No que concerne à epidemiologia dos tumores cerebrais, os autores supramencionados referem que a taxa de incidência mundial do tumor cerebral maligno primário é de 3,7‰ nos homens, e de 2,6‰ nas mulheres, sendo que as taxas de incidência são maiores nos países mais desenvolvidos do que nos em vias de desenvolvimento. Em comparação com outros tumores, a incidência do tumor cerebral é relativamente baixa. No entanto, estes representam uma carga significativa para o indivíduo e seus cuidadores, sendo que as taxas de sobrevivência são baixas.

Do ponto de vista psiquiátrico, os tumores cerebrais são merecedores de especial atenção pois tendem a estar associados a distúrbios desta natureza durante o processo de doença. A prevalência de sintomas depressivos tem variado 7% a 30% em diferentes amostras de pessoas com tumor cerebral primário maligno e benigno (Pringle *et al.*, 1999). Os autores afirmam ainda que estudos têm associado o gênero com a depressão, sendo que o feminino reporta níveis mais elevados comparativamente ao masculino.

Segundo Rodin *et al.* (2007), existe evidência de que a depressão não tratada afeta negativamente os resultados de saúde em contexto oncológico, uma vez que esta tem sido associada a uma pior qualidade de vida e recuperação. Assim, os enfermeiros desempenham um papel importante no que concerne a reconhecer os sinais e sintomas sugestivos de depressão, realizar a triagem desta com instrumentos válidos e disponíveis e integrar intervenções baseadas na evidência (Fulcher *et al.*, 2008).

## MATERIAL E MÉTODOS

Procedeu-se a uma Revisão Integrativa de Literatura com recurso ao método PICOD para elaborar as seguintes questões de investigação: “Existe relação entre o tumor cerebral e a depressão?” e “Quais as intervenções de Enfermagem mais eficazes nas situações de tumor cerebral acompanhado de depressão?”. Após a formulação das questões de

investigação, foram, então, definidos os objetivos pretendidos com o estudo.

De modo a conduzir a investigação foi elaborado um protocolo de pesquisa que contemplou o trajeto realizado com vista a alcançar os estudos, os critérios de inclusão e exclusão de forma a refinar a pesquisa direcionando para o foco a ser estudado. Como critérios de inclusão definimos adultos com tumor cerebral e sintomatologia depressiva; avaliação da ocorrência de depressão, da Qualidade de Vida e avaliação do *Distress*; estudos primários com abordagem qualitativa e/ou quantitativa. Nos critérios de exclusão incluímos pessoas com depressão concomitantemente outras patologias clínicas, pessoas submetidas a cirurgia cabeça e pescoço, pessoas em fase de menopausa, pessoas com outros tipos de lesões cerebrais, grávidas, idade pediátrica, testes em animais; validação de escalas; estudos de fatores genéticos; estudos de ação enzimática e hormonal; resumos.

Com o intuito de orientar a pesquisa, foram definidas as seguintes palavras-chave Depressão (*depression*); Tumor cerebral (*brain tumor*) e Intervenções de Enfermagem (*nursing interventions*). Das referidas palavras-chave foram utilizadas as seguintes combinações de descritores: (a) *Depression* (presente no título e assunto) AND *brain tumor* (presente no título e assunto), (b) *Depression* (presente no título e assunto) AND *brain tumor* (presente no assunto) AND *nursing interventions* (presente no título e assunto).

Para efetuar a pesquisa, recorreu-se às seguintes bases de dados MEDLINE with Full Text, CINAHL Plus with Full Text, Science Direct e Psychology and Behavioral Sciences Collection. A seleção dos artigos foi realizada no período de abril a junho de 2014.

Através da primeira combinação de descritores, (a), nomeada anteriormente, foram encontrados 10 060 artigos. Perante este número elevado de artigos, foram aplicados os critérios de inclusão e exclusão, definido um horizonte temporal de 10 anos, 2005 a 2014, sendo definidos como idiomas preferenciais o português e inglês. Desta forma, o número de artigos foi reduzido para 1393 artigos. Passamos à leitura dos títulos dos estudos extraindo, assim, 150 artigos. Destes artigos selecionados

passou-se à leitura do resumo, através da qual selecionamos 39 artigos. Realizou-se, por último, a leitura do texto integral dos artigos selecionados da qual extraímos para a nossa pesquisa 9 artigos.

O mesmo processo foi realizado para a segunda combinação de descritores, (b), onde foram encontrados 236 artigos. Fazendo uso do mesmo horizonte temporal, idiomas e com aplicação dos critérios de inclusão e exclusão previamente definidos reduziram-se os achados para 226 artigos, que no decorrer da leitura do título e resumo dos mesmos, foram extraídos 13 artigos. Após leitura do texto integral desse material, não foram selecionados artigos por desvio do foco de atenção da nossa questão de investigação.

Em suma, um total de 9 estudos primários satisfazem os critérios previamente definidos para a pesquisa sendo, portanto, selecionados e que serão apresentados cronologicamente.

## RESULTADOS

### *Gender difference in relation to depression and quality of life among patients with a primary brain tumor (Mainio et al., 2006)*

Neste estudo foram comparados os níveis de depressão e qualidade de vida entre os gêneros antes e após 3 e 12 meses da cirurgia do tumor cerebral. Nos resultados mostram que após 1 ano da cirurgia encontra-se maior percentagem de mulheres deprimidas em relação aos homens, contudo esta diferença não atinge significância estatística. Nos homens os níveis de depressão diminuíram significativamente entre a avaliação pré-operatória e após 1 ano da cirurgia, enquanto nas mulheres apenas se averiguou uma diminuição dos níveis de depressão entre a avaliação pré-operatória e após 3 meses. O aumento dos níveis de sintomas depressivos foi estatisticamente significativo quando associado a pior QdV, em todos os momentos de avaliação. Verificou-se, ainda, que em pessoas com tumor cerebral benigno deprimidas existe uma diminuição considerável do estado funcional comparando com pessoas não deprimidas. Nas pessoas com gliomas de alto grau, a depressão está associada à diminuição da capacidade funcio-

nal nas duas primeiras medições e a diminuição da QdV não estava diretamente associada com a malignidade do tumor, mas foi associada com o nível de sintomas depressivos em tumores benignos.

### *Symptom Clusters in Patients with high-grade glioma (Fox et al., 2007)*

Na investigação, foram relatadas a coocorrência de sintomas como a depressão, fadiga, dor e alterações do padrão do sono, apontando para uma prevalência da depressão de 95%. Encontrou-se uma relação significativa na coocorrência destes sintomas com a disfunção cognitiva. Porém, verificou-se que a depressão e a dor não estão significativamente correlacionadas. Aferiu-se que os sintomas supra mencionados foram significativamente correlacionados com a QdV. Estes sintomas tiveram também uma relação significativa com o nível de funcionalidade. Quando colocadas as variáveis independentes de forma hierárquica para determinar a sua contribuição individual na QdV, constatou-se que a depressão foi fortemente significativa.

### *State and trait anxiety and depression in patients with primary brain tumors before and after surgery: 1-year longitudinal study (D'Angelo et al., 2008)*

Numa avaliação longitudinal da depressão, antes da cirurgia aponta-se para 9,7% de presença de depressão. Nos meses após a cirurgia verificou-se um aumento significativo na presença de depressão no decorrer do primeiro mês depois da cirurgia (27,7%), que continuou a aumentar nos períodos seguintes: 3 meses depois para 36,1%, 6 meses depois para 38,8%, e 1 ano depois do tratamento cirúrgico para 44,4%. No período de 3 meses após a cirurgia o principal determinante para o aumento da depressão foi a sua presença no primeiro mês pós-cirúrgico. Verificou-se, ainda, que a presença de depressão antes e depois da cirurgia era significativamente maior nas mulheres, nomeadamente no primeiro mês.

### *Evaluation and characterization of generalized anxiety and depression in patients with primary brain tumours (Arnold et al., 2008)*

No estudo verificou-se que as variáveis género, educação, grau de tumor e história psiquiátrica

ou doença prévia são preditores significativos de diagnóstico de depressão. O estudo mostra que as mulheres têm maior probabilidade de depressão, assim como as pessoas com menor escolaridade, pessoas com tumor de baixo grau, e com história de distúrbios psiquiátricos ou passado ou presente de patologia clínica. Porém, indivíduos casados apresentam menos probabilidade de ficar deprimidos do que indivíduos solteiros. Pessoas com tumor de grau III ou IV têm também menor probabilidade de depressão concomitante com ansiedade comparado com pessoas com tumor de baixo grau (I ou II), contudo, quando analisados casos apenas de depressão não se verificou esta relação.

***Screening for distress in patients with brain cancer using the NCCN's rapid screening measure (Keir et al., 2008)***

Os autores aferiram que 52% dos participantes reuniram critérios de *distress*. Pessoas que identificaram *distress* devido a fatores relacionados com preocupações, tristeza e depressão tenderam para pontuações mais elevadas no Termómetro do *Distress* do que aqueles que não detinham estes fatores. As pessoas diagnosticadas com tumor cerebral no último ano relataram mais itens de preocupação do que aqueles com um diagnóstico há mais de 12 meses, sugerindo que mais fatores de preocupação estão presentes em pessoas recém-diagnosticadas. Em média, os participantes com tumor cerebral apontaram mais 1,1 de preocupações do que a população com outros cânceres (5,8 e 4,7 respetivamente). Pessoas com tumor cerebral estão mais propensas a experienciar *distress* em algum momento durante o seu percurso de doença, devido a sequelas funcionais, cognitivas e psicológicas graves associadas à mesma.

***Depression in relation to anxiety, obsessiveness and phobia among neurosurgical patients with a primary brain tumor: A 1-year follow-up study (Mainio et al., 2011)***

De acordo com o estudo, 16% das pessoas estudadas apresentavam depressão *Major* antes da intervenção cirúrgica, comparado com 10% após 3 meses e 15% após 1 ano da cirurgia. Relativamente à relação da depressão com os níveis de ansiedade,

obsessão e fobia, averiguou-se que a ansiedade tem um nível de significância estatisticamente mais elevado nos três momentos de avaliação (pré-operatório e 3 e 12 meses após cirurgia) comparados com os valores correspondentes em pessoas com tumor cerebral não deprimidas. Os valores médios de obsessão nas pessoas com tumor cerebral deprimidas são significativamente mais elevados antes da cirurgia e após um ano, comparativamente a pessoas não deprimidas. De igual modo, as pontuações de fobia são significativamente mais elevadas nas pessoas deprimidas antes da intervenção cirúrgica e após 12 meses desta. Os níveis das comorbidades psiquiátricas não têm diferenças estatisticamente significativas nos géneros nos três períodos de mensuração. Comorbidades psiquiátricas estão associadas com o aumento da gravidade e cronicidade da depressão bem como com o comprometimento social e prejuízo ocupacional. As características sociodemográficas não diferem das pessoas com tumor cerebral deprimidas das não deprimidas, assim como não há diferenças significativas na malignidade do tumor e sua localização. O tratamento das comorbidades psiquiátricas em pessoas deprimidas deve ter um cuidado especial, tendo a psicoterapia com a farmacoterapia boa eficácia. Os principais métodos psicológicos consistem em intervenção em crise com terapia de suporte, produzindo estratégias de coping eficazes e técnicas psicoeducacionais. Numa abordagem dinâmica, a psicoterapia ajuda a pessoa a atribuir significado à doença.

***Quality of life and physical limitations in primary brain tumor patients (Gazzotti et al., 2011)***

Na análise efetuada neste estudo, foi verificada correlação positiva significativa entre a FACT-Br com parâmetros da SF-36, averiguou-se uma correlação negativa entre todos os itens da HADS com a FACT-Br e relativamente ao IB, nenhuma correlação foi encontrada com a FACT-Br.

***Depression, anxiety and positive affect in people diagnosed with low-grade tumours: the role of illness perceptions (Keeling et al., 2013)***

As pontuações médias para as subescalas do IPQ-R sugerem que os participantes que tinham conhecimento de que o seu tumor era crónico

apresentaram respostas emocionais adversas, o que teve fortes consequências negativas na sua vida. As estratégias de coping mais frequentemente adotadas foram: aceitação, apoio emocional, *coping* funcional, humor e auto-distração.

***Predictors of health-related quality of life in neurosurgical brain tumor patients: focus on patient-centered perspective (Bunevicius et al. 2014)***

O estudo mostrou que uma maior estabilidade emocional e melhor estado cognitivo estão associados a uma melhor QdV. Contrariamente, *distress*, incapacidade funcional e cognitiva são fatores determinantes na redução da mesma. A presença de depressão é o maior fator relacionado com a fadiga e diminuição do bem-estar emocional para a QdV, sendo esta, também, um fator determinante na função social

## DISCUSSÃO

### Ocorrência de Depressão no Tumor Cerebral

No estudo de D'Angelo et al. (2008) podemos constatar que existe um aumento linear da percentagem de pessoas com tumor cerebral deprimidas, sendo que após 12 meses se encontra uma maior percentagem. Todavia, no estudo de Mainio et al. (2011) verifica-se uma diminuição da percentagem de pessoas deprimidas após a cirurgia. Contudo, após três meses desta cumpre-se o processo inverso, aproximando-se a percentagem de pessoas deprimidas com a percentagem inicial. Comparando estes resultados, verifica-se que estes não são consensuais. No entanto, apesar da divergência de resultados, ambos os estudos concluem que, no final de 12 meses após a intervenção cirúrgica do tumor, existe uma incidência semelhante ou mais elevada da depressão. Podemos relacionar este aumento com o facto de que o diagnóstico de tumor faz com que as pessoas tenham de enfrentar decisões repentinas, baseadas em escolhas complexas, ao mesmo tempo que têm de se ajustar à doença. A partir do início do tratamento, a pessoa lamenta a perda de saúde, a identidade ou papel da comunidade, alterando as suas perspetivas de futuro. Este grande rit-

mo de perda pode dificultar a transição no processo de luto. Assim, o sofrimento pode ser adiado até que a crise inicial de diagnóstico do tumor cerebral já tenha desvanecido. Desta forma, em vez de ser um período de alívio este torna-se num momento de reflexão em que a pessoa se depara com as perdas. Paradoxalmente, é muitas vezes depois de a pessoa começar a relaxar e a sentir-se menos vulnerável que a doença tende a repetir-se, pelo que estas pessoas têm necessidade de lidar com altos níveis de incerteza (Keir et al., 2008).

Assim, podemos considerar um intervalo da percentagem de depressão de 9% a 44,4% nas pessoas com tumor cerebral. Verificamos um aumento do intervalo da prevalência da depressão relativamente à prevalência determinada em estudos anteriores, 7 a 30%, dada por Pringle et al. em 1999. A razão pela qual este pode ser um largo intervalo, prende-se com a diferença das amostras no que diz respeito à caracterização do tumor (histologia, localização e volume) que influenciará o tempo de sobrevivência, os tratamentos a serem realizados, bem como possíveis défices que os mesmos poderão causar.

### Fatores Preditores de Depressão

Do estudo de Mainio et al. (2006), relativo à incidência da depressão no género encontra-se uma maior percentagem de mulheres deprimidas em relação aos homens, bem como, no estudo de D'Angelo et al. (2008), verifica-se que ao longo das várias medições a presença de depressão antes e depois da cirurgia era significativamente maior nas mulheres, os mesmos resultados, são encontrados no estudo de Arnold et al. (2008). Posto isto, podemos concluir que o sexo feminino tem uma maior incidência da depressão. Tal como haviam referido Pringle et al. (1999) pelo que se pode identificar como um preditor para a depressão na pessoa com tumor cerebral.

Voltando ao estudo de Arnold et al. (2008), quanto ao estado civil, os indivíduos casados tem menor probabilidade de desenvolverem depressão relativamente aos indivíduos solteiros. Esta evidência pode ser devida ao facto de pessoas casadas terem, por norma, um maior suporte e apoio familiar, o que poderá induzir à procura precoce de cuidados de saúde.

No que concerne ao nível de escolaridade, quanto maior o grau académico menor a probabilidade das pessoas ficarem deprimidas. Este resultado pode ser fundamentado pela maior facilidade das pessoas, com maior literacia, obterem informação, consciencializando-as das suas necessidades físicas e psicológicas levando a uma maior procura de ajuda especializada. Por outro lado, o maior grau académico está, geralmente, correlacionado com maior nível socioeconómico e consequentes melhores condições financeiras o que possibilita um maior acesso a cuidados de saúde e tratamentos.

A ausência de história prévia de distúrbios psiquiátricos e/ou doença crónica diminui a probabilidade de depressão durante o processo de doença. Pessoas com vivências atuais ou passadas, de processos patológicos experimentam uma exacerbação do diagnóstico, além de manifestarem mais preocupações relativamente à saúde e prognóstico, aumentando sentimentos de tristeza.

As experiências passadas revertem-se em padrões apreendidos que podem influenciar a resposta adaptativa ao indivíduo. A exposição prévia ao agente stressor, grau de adaptação anterior a esses agentes bem como respostas de coping já adquiridas são parâmetros que comprometem a resposta da pessoa (Townsend, 2011). O facto de a pessoa ter vivenciado uma experiência passada com o mesmo agente stressor traumatizante ou vivido um distúrbio de difícil recuperação, vai influenciar negativamente a resposta da pessoa à nova situação vivenciada, pelo que se torna num fator predisponente muito importante a avaliar.

Ainda no estudo de Arnold et al. (2008) é ressaltado que pessoas com tumores de baixo grau têm uma maior tendência para depressão concomitante com ansiedade, do que aqueles com tumores de alto grau. Porém, não se verifica esta diferença entre os graus do tumor quando apenas se refere à depressão. Desta análise podemos considerar que o grau do tumor não se constitui um preditor para a depressão quando avaliada separadamente da ansiedade.

Apesar de se encontrar um conjunto de evidências que demonstram a relação entre variáveis sociodemográficas e a depressão, Mainio et al. (2011) afirmam não existir uma significância estatística destas variáveis entre pessoas deprimidas

e não deprimidas. Contudo, estes dados podem ser refutados uma vez que a análise das variáveis não foi foco de estudo. Do ponto de vista da Saúde Mental, os fatores predisponentes envolvidos na doença podem aumentar significativamente o potencial para o desenvolvimento de distúrbios, diminuir o potencial de recuperação ou ambos. As variáveis socioculturais, isoladamente, não nos dão informações relevantes, contudo o conjunto delas dão aos Enfermeiros o perfil sociocultural da pessoa, o que é relevante para a prática de Enfermagem (Oakley, 2001). Os fatores predisponentes influenciam o modo como a pessoa percebe e responde a uma situação stressante. Estes fatores influenciam a opção entre a resposta adaptativa ou mal adaptativa, pelo que se torna importante identificar os fatores preditores.

### **Comorbilidades da Depressão**

Vários autores referem complicações da depressão em pessoas com tumor cerebral e de que forma estas vão influenciar a QdV. As principais comorbilidades associadas são fadiga, dor, alterações do padrão de sono, défices cognitivos, incapacidade funcional, ansiedade e fobias. Em regra, todos os estudos coligam o aumento da depressão com uma baixa significativa da QdV (Mainio et al., 2006; Fox et al., 2007; Mainio et al., 2011; Gazzotti et al., 2011; Bunevicius et al., 2014).

Embora a depressão contribua para a ocorrência destas comorbilidades, estas também estão associadas com o aumento da gravidade e cronicidade da depressão bem como com comprometimento social e prejuízo ocupacional (Mainio et al., 2011).

Alguns dos estudos concluem ainda, que a depressão é o fator que mais influencia o estado funcional da pessoa com tumor cerebral, principalmente em tumores benignos ainda (Mainio et al., 2006; Fox et al., 2007; Gazzotti et al., 2011). Contudo, tal como referem Mainio et al. (2006) são necessárias mais pesquisas para avaliar o possível efeito retardador da depressão no processo de reabilitação das pessoas com tumor cerebral.

### **Papel do Enfermeiro**

O estudo de Keeling et al. (2013) faz referência ao cuidado a pessoas com tumor cerebral, enten-

dida como uma doença potencialmente terminal, que requer uma abordagem global, que permita avaliar a componente psicológica, comportamental e social da pessoa. Esta abordagem permite à equipa multidisciplinar compreender melhor a pessoa a nível emocional, as suas preocupações e todos os potenciais obstáculos ao tratamento que podem afetar diretamente a QdV.

Mainio *et al.* (2011) referem que numa abordagem dinâmica, a psicoterapia, ajuda a pessoa a atribuir significado à doença. Sugerem, ainda, que no tratamento das comorbilidades psiquiátricas em pessoas deprimidas deve existir uma especial atenção, mencionando que a psicoterapia concomitante com a farmacoterapia demonstra bons resultados. As principais intervenções psicológicas consistem na intervenção em crise com terapia de suporte e técnicas psicoeducacionais. Estas ajudam a pessoa a encontrar estratégias de *coping* eficazes.

Também Keeling *et al.* (2013) identificaram as estratégias de coping como importantes, sendo as mais frequentemente adotadas: apoio emocional, coping funcional, humor, autodistração e a religião. Por sua vez, Fulcher *et al.* (2008) defendem que os enfermeiros além de identificar e avaliar os sintomas depressivos, podem educar sobre a depressão, oferecer suporte e encaminhar para cuidados diferenciados.

Desta análise, apesar de apresentar uma visão mais clínica, podemos tirar algum partido para a abordagem dos Enfermeiros. Tendo em conta que a Enfermagem de Psiquiatria de Ligação visa manter a ponte com as restantes especialidades clínicas com o intuito de valorizar as componentes biopsicossociais do indivíduo, esta disciplina torna-se útil na intervenção junto da pessoa com tumor cerebral, uma vez que esta apresenta um distúrbio psiquiátrico consequente de uma patologia física.

A abordagem holística por parte do Enfermeiro permite obter um conhecimento global da pessoa e de todas as componentes que a caracterizam e a tornam um ser único. Todas estas componentes (biológica, psicológica, social e cultural) influenciam diretamente a perceção do processo de doença, bem como o seu conceito de QdV. Desta forma, o Enfermeiro apenas consegue ter um impacto na QdV do indivíduo se realizar uma abordagem global.

Assim sendo, a prática da Enfermagem neste âmbito, tenta responder às reações do indivíduo face à doença física e à hospitalização, baseando-se em teorias de stress, enfrentamento e adaptação à doença (Scherer *et al.*, 2002). Através da psicoeducação o Enfermeiro pode fazer a diferença na medida em que atua na prevenção e promoção da saúde ao transmitir conhecimentos, bem como fornecer mecanismos adaptativos para ultrapassar o sofrimento e facilitar a adaptação à nova realidade.

## CONCLUSÃO

Conclui-se que a ocorrência da depressão em pessoas com tumor cerebral ocorre num intervalo de 9% a 44,4%, sendo o largo espectro deste intervalo devido à heterogeneidade das amostras no que diz respeito às características do tumor. São fatores preditores da depressão na pessoa com tumor cerebral, o sexo feminino, o estado civil (solteiro), o baixo nível de escolaridade e a história prévia de distúrbios psiquiátricos e/ou doença crónica. Por último, constatamos que a depressão está associada com uma redução da QdV da pessoa, sendo as comorbilidades desta a fadiga, a dor, alterações do padrão do sono, défices cognitivos, incapacidade funcional, ansiedade e fobias.

Foram sentidas bastantes dificuldades na procura de artigos científicos referentes a intervenções de Enfermagem para a depressão na área da Neuro-oncologia. Apesar disto, podemos concluir que o Enfermeiro deve abordar a pessoa de forma holística com o intuito de obter o conhecimento necessário para intervir nos vários domínios desta, que interferem no seu bem-estar e consequente QdV. Na tentativa de responder às reações individuais da pessoa face à doença e hospitalização, o Enfermeiro pode intervir através da psicoeducação de forma a desenvolver mecanismos de adaptação adequados à situação vivenciada.

Um dos contributos de maior importância deste estudo foi o facto alertar para a necessidade de encorajar a pessoa e familiares para encararem a depressão como um problema de saúde prioritário e não como uma causa secundária da doença oncológica. Os sintomas da depressão e as comorbilida-

des são muitas vezes associados ao tumor, sendo considerados parte integrante da vivência da doença oncológica e não recebendo, por isso, a atenção devida.

O Enfermeiro, enquanto profissional de saúde, tem competências para intervir e ajudar a pessoa no domínio da Saúde Mental. Utilizando como instrumento base o estabelecimento da Relação de Ajuda, estabelecendo uma ligação terapêutica com a pessoa, intervindo na sua esfera cognitivo-comportamental, sendo imprescindível proporcionar formação adequada dando-lhes o tempo e a oportunidade para trabalhar as estratégias para lidar com a depressão. Frisando que desta forma o Enfermeiro poderá incrementar cuidados de Saúde Mental adequados que acarreta não só melhorias na saúde das pessoas, mas também maior satisfação no papel desenvolvido enquanto cuidador. Embora esta intervenção apresente um desafio significativo e um papel mais ativo na atitude face à depressão, é um passo importante para a aplicação prática de uma visão holística nos cuidados de Enfermagem.

Dada a inexistência nas bases de dados utilizadas, de estudos específicos que permitam uma abordagem das intervenções de Enfermagem, sugerimos a realização de estudos na área da Neuro-oncologia com este propósito. É necessário que o Enfermeiro adote uma postura pró-ativa nesta área, de forma a identificar as suas contribuições no acompanhamento de pessoas com tumor cerebral deprimidas, salientamos a necessidade de produzir evidências científicas, para identificar intervenções autónomas e sua efetividade junto da pessoa com tumor cerebral deprimida.

## BIBLIOGRAFIA

- <sup>1</sup> ARNOLD, S. [et al.] (2008). Evaluation and characterization of generalized anxiety and depression in patients with primary brain tumors. *Neuro-Oncology* [Em linha]. 10:2. 171-181. [consult. 2 Jun. 2014]. Disponível em WWW: <<http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=b6c09267-92f9-4b4f-8137-3fd603a1c8c0%40sessionmgr4005&vid=2&hid=4112>>. ISSN 152285.
- <sup>2</sup> BETUL, O.; IPEK, M. (2011). Brain Tumor Presenting With Psychiatric Symptoms. *J. Neuropsychiatry Clin Neurosci* [Em linha]. 23:4. 43-44. [consult. 7 Jun. 2014]. Disponível em WWW: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22231349>>.
- <sup>3</sup> BUNEVICIUS, A.; [et al.] (2014). Predictors of health-related quality of life in neurosurgical brain tumor patients: focus on patient-centered perspective. *Acta Neurochirurgica*. [Em linha]. 156:2. 367-374. [consult. 2 Jun. 2014]. Disponível em WWW: <[http://download.springer.com/static/pdf/650/art%253A10.1007%252Fs00701-013-1930-7.pdf?auth66=1401874993\\_b43355c8c77773f45ef438d25b187](http://download.springer.com/static/pdf/650/art%253A10.1007%252Fs00701-013-1930-7.pdf?auth66=1401874993_b43355c8c77773f45ef438d25b187)>. ISSN 0942-0940.
- <sup>4</sup> CARDOSO, G. [et al.] (2009). Aspectos Psicológicos do Doente Oncológico. Repositório do Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca [Em linha]. Vol. 6, nº2, p. 8-18. [Consult. 19 Mar. 2014]. Disponível em WWW: <URL: //hdl.handle.net/10400.10/429> ISSN 2182-3146.
- CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMEIROS (2011). CIPE Versão 2: Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. trad. Hermínia Castro. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. 99 p. ISBN: 978-929-509-4352.
- <sup>5</sup> D'ANGELO, C. [et al.] (2008). State and trait anxiety and depression in patients with primary brain tumors before and after surgery: 1-year longitudinal study. *Journal Of Neurosurgery*. [Em linha]. 108:2. 281-286. [consult. 2 Jun. 2014]. Disponível em WWW: < [https://www.researchgate.net/publication/5611078\\_State\\_and\\_trait\\_anxiety\\_and\\_depression\\_in\\_patients\\_with\\_primary\\_brain\\_tumors\\_before\\_and\\_after\\_surgery\\_1year\\_longitudinal\\_study?ev=srch\\_pub&sg=%2BQ2%2F5v0c%2FUrBtzITjXpuF9FMdLQU4%2BeWm%2FXRUUSdIxMEkqZrRDxbWzrUIXNZau1g\\_hczobSkq42oT7%2FIF1Xfrz3BpACT8VCsmTCFLgeSSyCknZF8rJyLRTysZAASj0T2](https://www.researchgate.net/publication/5611078_State_and_trait_anxiety_and_depression_in_patients_with_primary_brain_tumors_before_and_after_surgery_1year_longitudinal_study?ev=srch_pub&sg=%2BQ2%2F5v0c%2FUrBtzITjXpuF9FMdLQU4%2BeWm%2FXRUUSdIxMEkqZrRDxbWzrUIXNZau1g_hczobSkq42oT7%2FIF1Xfrz3BpACT8VCsmTCFLgeSSyCknZF8rJyLRTysZAASj0T2)>. ISSN: 0022-3085.
- <sup>6</sup> FOX, S.; LYON, D.; FARACE, E. (2007). Symptom clusters in patients with high-grade glioma. *Journal Of Nursing Scholarship*. [Em linha]. 39:1. 61-67. [consult. 2 Jun. 2014]. Disponível em WWW: <<http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=2c15fecdd-7e35-4bac-870d-375ec548df3d%40sessionmgr4002&vid=2&hid=4112>>. ISSN: 15276546.
- <sup>7</sup> FULCHER, C. [et al.] (2008). Putting Evidence Into Practice: Interventions for Depression. *Oncology Nursing Society* [Em linha]. Vol. 12, nº1, p. 131-140. [Consult. 19 Mar. 2014]. Disponível em WWW: <URL: <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=cecabf77-62cf-4f4a-b768-6c18b3808fd4%40sessionmgr4001&vid=2&hid=4109>> ISSN: 1092-1095.
- <sup>8</sup> FUREGATO, A. [et al.] (2006). Depressão e Auto-estima entre Académicos de Enfermagem. *Rev. Psiq. Clín.* [Em linha]. 33:5. 239-244. [consult. 7 Jun. 2014]. Disponível em WWW: <[www.scielo.br/pdf/rpc/v33n5/a03v33n5.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rpc/v33n5/a03v33n5.pdf)>.
- <sup>9</sup> GAZZOTTI, M. [et al.] (2011). Quality of life and physical limitations in primary brain tumor patients. *Quality Of Life Research*. [Em linha]. 20:10. 1639-1643. [consult. 10 Abr. 2014]. Disponível em WWW: <<http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=556ce03c-d298-4248-be30-002788d612bf%40sessionmgr115&vid=2&hid=108>>.

ISSN 1573-2649.

- <sup>10</sup> GOEBEL, S. [et al.] (2011). Distress in Patients with Newly Diagnosed Brain Tumours. *Psycho-Oncology* [Em linha]. 20:0. 623-630. [consult. 7 Jun. 2014]. Disponível em WWW: <[http://www.nursing.unboundmedicine.com/nursingcentral/ub/citation/21449043/Distress\\_in\\_patients\\_with\\_newly\\_diagnosed\\_brain\\_tumours\\_](http://www.nursing.unboundmedicine.com/nursingcentral/ub/citation/21449043/Distress_in_patients_with_newly_diagnosed_brain_tumours_)>.
- <sup>11</sup> KEELING, M.; BAMBROUGH, J.; SIMPSON, J. (2013). Depression, anxiety and positive affect in people diagnosed with low-grade tumours: the role of illness perceptions. *Psycho-Oncology*. [Em linha]. 22:6. 1421-1427. [consult. 2 Jun. 2014]. Disponível em WWW: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/pon.3158/pdf>>. ISSN 1057-9249.
- <sup>12</sup> KEIR, S. [et al.] (2008). Screening for distress in patients with brain cancer using the NCCN's rapid screening measure. *Psycho-Oncology*. [Em linha]. 17:6. 621-625. [consult. 2 Jun. 2014]. Disponível em WWW: <<http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=6c4d2536-0958-447e-85d3-47ad0cbf6ae4%40sessionmgr4001&vid=2&hid=4112>>. ISSN 1057-9249.
- <sup>13</sup> LITOFSKY, N.; RESNICK, A. (2009). The Relationships between depression and brain tumors. *J. Neurooncol.* [Em linha]. 94:153. 153-161. [consult. 7 Jun. 2014]. Disponível em WWW: <<http://link.springer.com/article/10.1007%2Fs11060-009-9825-4>>.
- <sup>14</sup> MAINIO, A. [et al.] (2006). Gender difference in relation to depression and quality of life among patients with a primary brain tumor. *European Psychiatry: The Journal Of The Association Of European Psychiatrists*. [Em linha]. 21:3. 194-199. [consult. 10 Abr. 2014]. Disponível em WWW:<[http://ac.els-cdn.com/S0924933805001276/1-s2.0-S0924933805001276-main.pdf?\\_tid=527842a6-ea3b-11e3-82eb-00000aacb35f&acdnat=1401702806\\_09c5deda2f2f6ba da202b6d65ed6be6e](http://ac.els-cdn.com/S0924933805001276/1-s2.0-S0924933805001276-main.pdf?_tid=527842a6-ea3b-11e3-82eb-00000aacb35f&acdnat=1401702806_09c5deda2f2f6ba da202b6d65ed6be6e)>. ISSN 0924-9338.
- <sup>15</sup> MAINIO, A. [et al.] (2011). Depression in relation to anxiety, obsessionality and phobia among neurosurgical patients with a primary brain tumor: A 1-year follow-up study. *Clinical Neurology and Neurosurgery*. [Em linha]. 103. 649-653. [consult. 10 Abr. 2014]. Disponível em WWW:<[http://ac.els-cdn.com/S0022399907002504/1-s2.0-S0022399907002504-main.pdf?\\_tid=11adf312-c0ae-11e3-8663\\_00000aacb361&acdnat=1397134140\\_f455028f00d983d5201ac92de3e520be](http://ac.els-cdn.com/S0022399907002504/1-s2.0-S0022399907002504-main.pdf?_tid=11adf312-c0ae-11e3-8663_00000aacb361&acdnat=1397134140_f455028f00d983d5201ac92de3e520be)>. ISSN 0303 8467.
- <sup>16</sup> MENDES, K.; SILVEIRA, R.; GALVÃO, C. (2008). Revisão Integrativa: Método de Pesquisa para a Incorporação de Evidências na Saúde e na Enfermagem. *Texto Contexto - Enferm.* 17:4. 758-764. [consult. 10 Abr. 2014]. Disponível em WWW:<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072008000400018](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072008000400018)>. ISSN: 0104-0707.
- <sup>17</sup> MOTA, A. (2000). Psiquiatria de Ligação. *Revista de Medicina Interna* [Em linha]. 7:4. 239-245. [consult. 7 Jun. 2014]. Disponível em WWW: <<http://issuu.com/spesm/docs/revistan3/39>>.
- <sup>18</sup> NATIONAL COMPREHENSIVE CANCER NETWORK (2010). *Distress Management: NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology*. V.1. [consult. 5 Jun. 2014]. Disponível em WWW: <[http://www.nccn.org/professionals/physician\\_gls/f\\_guidelines.asp](http://www.nccn.org/professionals/physician_gls/f_guidelines.asp)>.
- <sup>19</sup> OAKLEY, L. Contexto Sociocultural do Cuidado de Enfermagem Psiquiátrica. In STUART, G.; LARAIA, M. (2001). *Enfermagem Psiquiátrica: Princípios e Prática*. 6ª ed. Porto Alegre: Artemed. IV. 7:1. p. 152-154. ISBN 0-815-2603-4.
- <sup>20</sup> OWNSWORTH, T. [et al.] (2009). A biopsychosocial perspective on adjustment and quality of life following brain tumor: A systematic evaluation of the literature. *Disability and Rehabilitation* [Em linha]. 31:13. 1038-1055. [consult. 7 Jun. 2014]. Disponível em WWW: <<http://cirrie.buffalo.edu/database/?au=Ownsworth%20T>>.
- <sup>21</sup> PORTO, J. (1999). Conceito e Diagnóstico. *Rev Bras Psiquiatr* [Em linha]. Vol.21. 6-11. [consult. 7 Jun. 2014]. Disponível em WWW: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1516-44461999000500003&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1516-44461999000500003&script=sci_arttext)>.
- <sup>22</sup> PRINGLE, A.-M.; TAYLOR, R.; WHITTLE, I.R. (1999). Anxiety and Depression in Patients with an Intracranial Neoplasm before and after tumour surgery. *British Journal of Neurosurgery* [Em linha]. 13:1. 46-51. [consult. 6 Jun. 2014]. Disponível em WWW:<<http://informahealthcare.com/doi/abs/10.1080/02688699944177>>.
- <sup>23</sup> RODIN, G. [et al.] (2007). The treatment of depression in cancer patients: a systematic review. *Supportive Care in Cancer* [Em linha]. Vol.15, nº2, p.123-136. [Consult. 19 Mar. 2014]. Disponível em WWW: URL:<<http://link.springer.com/article/10.1007/s00520-006-0145-3>> ISSN 1433-7339.
- <sup>24</sup> SANTOS, C.; PIMENTA, C.; NOBRE, M. (2007). A Estratégia PICO Para a Construção da Pergunta de Pesquisa e Busca de Evidências. *Rev. Latino-am Enfermagem*. [Em linha]. 15:3. 508-511 [consult. 5 Jun. 2014]. Disponível em WWW: <[http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n3/pt\\_v15n3a23.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n3/pt_v15n3a23.pdf)> ISSN: 0104-1169.
- <sup>25</sup> SCHERER, Z.; SCHERER, E.; LABATE, R. (2002). Interconsulta em Enfermagem Psiquiátrica: Qual a Compreensão do Enfermeiro sobre esta atividade?. *Rev Latino-am Enfermagem*. [Em linha]. 10:1. 7-14. [consult. 7 Jun. 2014]. Disponível em WWW: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v10n1/7765.pdf>>.
- <sup>26</sup> TENG, C.; HUMES, E.; DEMETRIO, F. (2005). Depressão e Comorbidades Clínicas. *Rev. Psiqu. Clin.* [Em linha]. 32:3. 749-159. [consult. 7 Jun. 2014]. Disponível em WWW: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_nlinks&ref=000211&pid=S01016083201300020000400047&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=000211&pid=S01016083201300020000400047&lng=pt)>.
- <sup>27</sup> TOWNSEND, M. (2011). *Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica: Conceitos de Cuidado na Prática Baseada na Evidência*. 6ª ed. Loures: Lusociência. I, 922 p. ISBN: 978-972-8930-61-5.
- <sup>28</sup> TRANCAS, B. [et al.] (2010). Depressão no Doente Oncológico. *Ata Médica do Porto* [Em linha]. Vol.23, nº6, p. 1101-1112. [Consult. 19 Mar. 2014]. Disponível em WWW :< URL:<<http://hdl.handle.net/10400.10/383>> ISSN 1646 – 0758.

<sup>29</sup> TSAY, S. [et al.] (2012). Factors influencing quality of life in patients with benign primary brain tumors: prior to and following surgery. *Supportive Care in Cancer* [Em linha]. 20:1. 57-64. [consult. 7 Jun. 2014]. Disponível em WWW: <<http://link.springer.com/article/10.1007/s00520-010-1053-0>>.

<sup>30</sup> WHITEFORD, H. [et al.] (2013). Global Burden of Disease Attributable to Mental and Substance Use Disorders: Findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *The Lancet* [Em linha]. Vol. 382. 1575-1586. consult. 6 Jun. 2014]. Disponível em WWW: <<http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736%2813%2961611-6/abstract>>.

# UM MODELO DE EFETIVIDADE DE CUIDADOS EM ENFERMAGEM

António Fernando Salgueiro Amral<sup>(1)</sup>



**Resumo** Os constrangimentos económicos e o esforço para obter ganhos de eficiência e de efetividade nos sistemas de saúde exigem que se considere o contributo dos enfermeiros. O *Nursing Role Effectiveness Model* permite avaliar o contributo dos enfermeiros nos cuidados de saúde, apresentando um conjunto de relações entre as variáveis de estrutura, processo e resultados. Estudo transversal e longitudinal, cujo objetivo foi testar este modelo. Decorreu em 26 serviços de quatro hospitais da região centro de Portugal, tendo-se constituído uma amostra de 1764 doentes e 364 enfermeiros. Os dados foram tratados com o SPSS e o AMOS. As relações entre as variáveis foram testadas através da Modelização de Equações Estruturais, que apresentaram um bom ajustamento aos dados e significância estatística nas associações. O modelo testado, para além de avaliar o contributo dos enfermeiros, permite evidenciar o valor e a efetividade dos cuidados de enfermagem.

**Palavras-chave:** Cuidados de enfermagem, Efetividade, Avaliação de Processos e Resultados (Cuidados de Saúde), Estrutura dos Serviços

**Abstract** *ONE MODEL FOR THE NURSING ROLE EFFECTIVENESS*  
*Given the economic constraints and efforts to achieve efficiency and effectiveness in health care systems, nurses' contribution should be analyzed. The Nursing Role Effectiveness Model examines nurses' contribution to health care based on specific relationships between structure, process and outcome variables. A cross-sectional and longitudinal study was carried out in 26 units of four hospitals in the central region of Portugal to test this model. A total sample of 1764 patients and 364 nurses was obtained. Data were analyzed using SPSS and AMOS 21. The relationships between the variables were tested using the Structural Equation Modelling, indicating a good data fit and statistical significance. In addition to assessing nurses' contribution, this model underlines the value and effectiveness of nursing care.*

*Keywords: Nursing care, effectiveness, Outcome and Process Assessment (Health Care), Structure of Services.*

**Resumen** *UN MODELO DE EFECTIVIDAD PARA EL CUIDADO EN ENFERMERÍA*  
*Las limitaciones económicas y el esfuerzo para obtener eficiencia y eficacia de los sistemas de salud requieren el estudio de la contribución de las enfermeras. El Nursing role Effectiveness Model nos permite evaluar la contribución de las enfermeras en el cuidado de la salud, la presentación de un conjunto de relaciones entre las variables de estructura, proceso y resultados. Estudio transversal y longitudinal, cuyo objetivo era poner a prueba este modelo. Realizada en 26 servicios de cuatro hospitales de la región central de Portugal, después de haber constituido una muestra de 1.764 pacientes y 364 enfermeras. Los datos fueron analizados utilizando el programa SPSS y AMOS. Las relaciones entre las variables se analizaron mediante modelos de ecuaciones estructurales, que mostró un buen ajuste a los datos y las asociaciones estadísticamente significativas. El modelo probado, además de evaluar la contribución de las enfermeras, nos permite destacar el valor y la eficacia de la atención de enfermería.*

**Palabras clave:** Cuidados de Enfermería, la efectividad, evaluación de procesos e resultados (Atención de Salud), estructura de las plantas

Rececionado em Abril 2014. Aceite em Junho 2014

<sup>(1)</sup> Professor at the Nursing School of Coimbra, Specialised nurse in Medical-surgical nursing, Master in Health Economics and Management by the University of Coimbra, preparing his PhD in Management at the University of Coimbra, member of the Sigma Theta Tau International. Researcher on the Health Sciences Research Unit affiliated on FCT (Portuguese Foundation for Science and Technology). amaral@esenfc.pt. This research is financed by the FCT/MCTES (PIDDAC) and co-financed by FEDER throughout COMPETE; POFC of QREN.

## INTRODUÇÃO

As organizações de saúde que promovem estratégias focadas na obtenção de valor para os doentes e, ao mesmo tempo, ambientes de prática onde os profissionais se sentem com maior liberdade e autonomia são aquelas que têm maior potencial para produzir benefícios (Britnell, Ambres, & Berg, 2012). Garantir a qualidade, a segurança e a satisfação dos consumidores e prestadores de cuidados de saúde num ambiente de contenção de custos, cria a necessidade de pensar a governação das organizações numa perspectiva de valor e de prestação de contas (Irvine, Sidani, Keatings, & Doidge, 2002; Newbold, 2008). Os esforços para obter ganhos de eficiência e de efetividade no sistema têm que considerar a contribuição dos profissionais, nomeadamente a dos enfermeiros, para assegurar cuidados de qualidade que sejam custos-efetivos (Aiken, Clarke, Cheung, Sloane, & Silber, 2003). Sendo a enfermagem o maior grupo profissional a prestar cuidados de saúde, os montantes envolvidos e o impacto das suas ações têm que ser necessariamente objeto da preocupação dos decisores e das políticas para o setor (Newbold, 2008). Neste sentido, Irvine, Sidani, and McGillis (1998) desenvolveram um modelo conceptual para orientar a avaliação do contributo da enfermagem no ambiente complexo da prestação de cuidados de saúde - o *Nursing Role Effectiveness Model* (NREM), em que a obtenção de resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem está relacionada com os cuidados prestados de forma independente, dependente e interdependente.

Assim, pretende-se com este artigo apresentar o NREM e os resultados de um estudo onde este foi testado através da utilização de algumas das suas proposições.

## MODELO DE EFETIVIDADE DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM

Na literatura destacam-se duas abordagens na investigação sobre as medidas que melhor captam a efetividade e a qualidade dos cuidados de enfer-

magem em contexto hospitalar (Van den Heede, Clarke, Sermeus, Vleugels, Aiken, 2007). A primeira, centrada no processo de cuidados, assenta no pressuposto de que a obtenção de resultados é variável e que essa variabilidade depende das características dos doentes, dos enfermeiros e dos contextos, do tipo de cuidados que são prestados e dos resultados esperados, assim como do estado anterior do doente ao evento que desencadeou a hospitalização (Sidani, Doran, & Mitchell, 2004). A segunda abordagem foca-se na segurança dos doentes, o que inclui os efeitos indesejados dos cuidados, tais como erros na medicação, quedas e infeções nosocomiais (McGillis-Hall, Doran, & Pink, 2004), que são analisados em relação com o nível de formação dos enfermeiros e o *mix* de competências existente nas equipas (Needleman, Buerhaus, Mattke, Stewart, & Zelevinsky, 2002; Aiken, Clarke, Cheung, Sloane, & Silber, 2003).

Ao contrário de outras abordagens, o NREM pretende explicar os múltiplos fatores que contribuem para o estado do doente e para os cuidados de enfermagem, refletindo a função mediadora que estes têm (Sidani, Doran, & Mitchell, 2004). A perspectiva centrada no processo de cuidados foi explorada neste modelo, em que os domínios do papel de enfermagem (autónomo, dependente e interdependente) são estudados como um elo de ligação entre a estrutura organizacional, as características dos doentes e os resultados obtidos. Assim, o modelo apresenta um conjunto de relações entre variáveis de estrutura, processo e resultados, seguindo a taxonomia proposta por Donabedian (1980) para qualificar as variáveis na promoção da qualidade e da efetividade dos cuidados em saúde (Irvine, Sidani, & McGillis-Hall, 1988). Neste sentido, existem resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem sempre que se verifiquem modificações no estado dos doentes que possam ser justificadas por uma ligação empírica entre estas e as intervenções que pertencem ao domínio da prática da enfermagem (Given et al., 2004).

As variáveis estruturais estão associadas aos enfermeiros, aos doentes e à unidade de internamento, e influenciam o processo e os resultados dos cuidados. A experiência, o conhecimento e

o nível de competência são variáveis utilizadas para os enfermeiros (Preuss, 1997). Em relação aos doentes, utilizam-se a idade, a função física, o diagnóstico e as co-morbilidades (Irvine, Sidani, Keatings, & Doidge, 2002). O número de horas de cuidados de enfermagem disponíveis nas 24h para cada doente, a forma como os cuidados estão organizados e o ambiente da prática são variáveis ligadas à unidade de internamento (Irvine, Sidani, & McGillis-Hall, 1988; Lake, 2002). As variáveis de processo dizem respeito aos domínios independente, interdependente e dependente do papel de enfermagem. O independente refere-se a todas as funções da responsabilidade dos enfermeiros, desenvolvidas em resposta a um diagnóstico de enfermagem e que, portanto, não necessitam de uma prescrição médica (Irvine, Sidani, & McGillis-Hall, 1988; Sidani, Doran, & Mitchell, 2004). O interdependente compreende as funções partilhadas com outros elementos da equipa, cuja finalidade é garantir a integração e a coordenação dos cuidados (Irvine, Sidani, Keatings, & Doidge, 2002). Por fim, o domínio dependente representa as atividades desenvolvidas pelos enfermeiros em resposta à prescrição de outro profissional; estas não foram consideradas neste estudo por dificuldade no acesso aos dados. As variáveis de resultado incluem o estado funcional, no que se relaciona com a forma como as pessoas gerem as atividades de vida diária (AVD) e as atividades instrumentais de vida diária (AIVD), e o auto-cuidado terapêutico, enquanto medida de preparação para gerir a doença, os sintomas e o tratamento (Sidani, 2011).

## MODELO CONCEPTUAL DE ANÁLISE

A capacidade de envolvimento dos enfermeiros é influenciada por variáveis individuais e da estrutura organizacional (Irvine, Sidani, Keatings, & Doidge, 2002). Por exemplo, para as intervenções serem bem-sucedidas tem que se estabelecer uma interação eficaz entre o enfermeiro e o doente, pelo que se deve estudar as características individuais de ambos, uma vez que estas podem influenciar a relação e, por essa via, os resultados que se obtém.

Assim, o nível de formação, nomeadamente a avançada, e a categoria profissional são indicadores de conhecimento e competência nos enfermeiros, sendo que os estudos indicam existir uma relação entre estes e os resultados nos doentes. A perícia clínica é definida como um híbrido entre o conhecimento teórico formal e o conhecimento prático (da experiência), refletindo a capacidade para tomar decisões críticas em situações complexas (Benner, 2001). Esta variável encontra-se muito associada aos resultados dos cuidados de enfermagem e à qualidade global dos cuidados de saúde (Aiken, Clarke, Cheung, Sloane, & Silber, 2003). Simultaneamente, a capacidade de estabelecer uma comunicação eficaz com os doentes/família tem sido relacionada com a eficácia na gestão do auto-cuidado terapêutico após a alta (Sidani, 2011). Esta característica também é referida como o garante de um bom relacionamento entre médicos e enfermeiros (Doran, 2011); na redução do tempo de internamento (Shortell et al., 1994); nas taxas de mortalidade (Knaus, Draper, Wagner, & Zimmerman, 1986); e nas idas às urgências e nos reinternamentos não planeados (Naylor citado por Doran, 2011).

As variáveis associadas aos doentes, como a idade, o género, o tipo de doença e o estado imunitário, têm influência nas respostas a algumas intervenções de enfermagem, sobretudo as que estão associadas à educação para a saúde e à educação terapêutica (Sidani & Braden, 1998), assim como o estado da pessoa antes de adoecer (Sidani, Doran, & Mitchell, 2004).

O conjunto das características organizacionais das unidades de internamento que facilitam ou constroem a prática profissional de enfermagem, definidas por Lake (2002) como ambiente da prática, também pode ter influência no processo e nos resultados dos cuidados de enfermagem (Aiken, Clarke, Cheung, Sloane, & Silber, 2003; Estabrooks, Midodzi, Cummings, Ricker, & Giovannetti, 2005). O tempo que os enfermeiros têm disponível para prestar os cuidados é uma variável de estrutura que influencia o desempenho nas intervenções e, conseqüentemente, os resultados obtidos. Esta tem sido relacionada com a segurança

do doente, ao nível da ocorrência de quedas, úlceras de pressão e erros na medicação, mas também na relação entre a disponibilidade de tempo e a escassez de intervenções no domínio psicoeducativo e social. Vários estudos indicam que a sobrecarga de trabalho dos enfermeiros e equipas subdimensionadas estão relacionadas com o aumento da incidência de resultados negativos (Aiken, Clarke, Cheung, Sloane, & Silber, 2003; McGillis-Hall, Doran, & Pink, 2004) e com a degradação do estado funcional entre a admissão e a alta (Lush et al. citado por Doran, 2011). Outros estudos revelam que as variáveis ligadas à organização do trabalho, ao número de enfermeiros e à diversidade de pessoal cuidador podem influenciar a comunicação do enfermeiro com o doente/ família, bem como a forma como este observa e valoriza as suas necessidades, perdendo-se a individualização dos cuidados (Suhonen, Välimäki, katajisto, & Leino-Kilpi, 2007).

No que toca à relação processo/resultado, as intervenções de enfermagem ligadas ao domínio independente dos cuidados têm um efeito direto nos resultados observados nos doentes ao nível clínico e funcional e na satisfação que estes têm com os cuidados. A educação ou ensino tem sido a intervenção independente de enfermagem mais investigada (Brown citado por Doran, 2011), sendo que o ensino ao doente/ família se centra sobretudo na gestão de estratégias para o controlo de sintomas e no autocuidado, o que significa ensinar para a independência na realização das AVD (Doran, 2011).

## METODOLOGIA

Estudo transversal, no que diz respeito aos enfermeiros, e longitudinal, relativamente aos doentes. Decorreu em 26 serviços de medicina e cirurgia de 4 hospitais da Região Centro de Portugal. Um é um hospital universitário com todas as valências médico-cirúrgicas (1375 camas); dois são hospitais centrais, ambos com todas as valências (416 e 626 camas); e um é um hospital distrital (356 camas). A escolha destes foi por conveniência, dada

a facilidade no acesso, e porque representam, de algum modo, a tipologia da realidade portuguesa. Aquando do desenvolvimento do estudo ocorreu a fusão entre dois hospitais num centro hospitalar universitário, o que não gerou nenhum comprometimento.

Foi pedida a autorização para a realização do estudo aos conselhos de administração dos hospitais participantes que, após parecer positivo das respetivas comissões de ética, a concederam. A participação dos enfermeiros e dos doentes foi voluntária, tendo sido solicitado a cada doente ou representante o consentimento escrito.

Foram envolvidos todos os enfermeiros na amostra, com exceção dos enfermeiros chefes. Só foram incluídos os doentes com um tempo de internamento igual ou superior a 3 dias e para os instrumentos de autorresposta, tinham que saber ler e escrever em português e não podiam ter nenhuma perturbação cognitiva e/ou física que impedisse o preenchimento.

O período de recolha dos dados, relativos aos doentes, decorreu entre março e julho de 2012 e, relativamente aos enfermeiros, entre julho e agosto do mesmo ano.

Os dados relativos aos enfermeiros foram recolhidos através de instrumentos do tipo questionário; os relativos aos doentes foram por instrumentos de autorresposta e por instrumentos cujo preenchimento era feito pelo enfermeiro a partir da avaliação que fazia do seu estado. Para garantir o anonimato nos questionários de autorresposta, colocou-se uma caixa em cada serviço para os doentes/ familiares os colocarem após o preenchimento.

## VARIÁVEIS E INSTRUMENTOS

Para o estudo construiu-se um modelo de análise de relações entre variáveis de estrutura, processo e resultados, com base na evidência científica e nos pressupostos do NREM.

### Variáveis de estrutura

As variáveis de estrutura correspondem às características dos serviços, dos enfermeiros e dos doentes.

Relativamente aos serviços, utilizaram-se como variáveis: (i) o ambiente de prática dos cuidados e (ii) o número de horas que os enfermeiros dispõem para cuidar dos doentes nas 24h. O ambiente de prática foi avaliado através da versão portuguesa do *Practice Environment Scale of the Nursing Work Index* (PES-NWI) (Amaral, Ferreira, & Lake, 2012), que é constituído por 31 itens agrupados em cinco dimensões: (1) participação nas políticas hospitalares; (2) fundamentos de enfermagem para a qualidade dos cuidados; (3) capacidade de gestão, liderança e de apoio dos enfermeiros; (4) adequação dos recursos humanos e materiais; e (5) relação colegial entre médicos e enfermeiros. O instrumento é preenchido por enfermeiros, que assinalam em cada item o seu nível de concordância numa escala de 1 (concordo completamente) a 4 (discordo completamente). As pontuações de cada item são invertidas de modo a que o valor maior corresponda a um maior acordo. Lake (2002) propõe para análise dos dados a utilização das médias obtidas em cada resposta.

O número de horas que os enfermeiros dispõem, por dia, para cuidar dos doentes resulta do somatório do número de enfermeiros a trabalhar num período de 24h multiplicado pelo número de horas que cada enfermeiro trabalha a dividir pelo número de camas existentes. Para este cálculo considerámos a lotação da unidade, não tendo em conta a taxa de ocupação.

Como variáveis associadas aos enfermeiros, utilizaram-se (i) o rácio de enfermeiros especialistas na equipa e (ii) a perícia clínica. O rácio de enfermeiros especialistas foi calculado pela razão entre o número de enfermeiros detentores de formação avançada numa área de especialização em enfermagem e o total de enfermeiros da equipa. A perícia clínica foi avaliada com o *Clinical Nursing Expertise Survey* (CNES), validado para a população portuguesa por Amaral e Ferreira (no prelo). Este é constituído por 34 itens que correspondem aos papéis e às funções que os enfermeiros desempenham, em que estes avaliam o seu nível de capacidade para o papel ou função numa escala de 1 a 5 pontos, variando de competente a perito.

As variáveis relacionadas com as características

dos doentes foram (i) a idade, (ii) o diagnóstico, (iii) o estado de saúde antes do episódio que originou a hospitalização e (iv) a demora média do internamento. Os dados para estas variáveis foram recolhidos através do instrumento que servia o registo do estado do doente, *International Resident Assessment Instrument – Acute Care* (InterRAI – AC) para a população portuguesa (Amaral & Ferreira, no prelo), que será descrito mais adiante.

### Variáveis de processo

Foram utilizadas como variáveis de processo (i) a individualização dos cuidados na perspetiva dos enfermeiros e a comunicação, que associámos à atividade independente; e (ii) a relação entre médicos e enfermeiros, relacionada à atividade interdependente.

A individualização dos cuidados foi avaliada através da *Individualized Care Scale - Nurse Version*, validada para a população portuguesa por Antunes et al. (2011), onde os enfermeiros referem o que fazem para garantir que os cuidados sejam centrados na pessoa. Esta escala é composta por 34 itens que avaliam duas dimensões: (1) apoio à individualidade dos doentes através de intervenções específicas de enfermagem e (2) a perceção do enfermeiro acerca da valorização da individualidade na prestação de cuidados ao doente. Estas duas dimensões são compostas por 17 itens que avaliam três sub-dimensões: (1) situação clínica; (2) situação de vida pessoal; e (3) apoio ao controlo decisório dos doentes sobre os cuidados. Os enfermeiros respondem através duma escala do tipo Likert que varia de 1 (discordo fortemente) a 5 (concordo fortemente), em que os valores mais altos refletem um alto nível de concordância com a prática de cuidados individualizados. A variável comunicação também é avaliada no CNES, através de uma subescala constituída por 13 itens. A relação entre médicos e enfermeiros foi avaliada através de uma subescala do PES-NWI (Amaral, Ferreira, & Lake, 2013).

### Variáveis de resultado

Focámo-nos no estado funcional dos doentes por este emergir na literatura como uma medida

que captura a forma como as pessoas desenvolvem as suas AVD e por permitir uma perspetiva positiva dos resultados. Para além disso, o estado funcional, enquanto medida de resultado, possui potencial para ser sensível aos cuidados de enfermagem, uma vez que grande parte da prática dos enfermeiros se relaciona com o diagnóstico e a intervenção sobre as respostas humanas às situações de doença e ao seu tratamento (Irvine, Sidani, Keatings, & Doidge, 2002).

Para a sua avaliação utilizou-se o instrumento InterRai-AC (Amaral & Ferreira, no prelo), que é composto por várias dimensões que avaliam diferentes domínios clínicos, em três momentos: (i) na Pré-admissão, ou seja, no período de três dias antes do aparecimento da doença que causou o internamento (os informantes poderão ser a família caso os doentes não sejam capazes de colaborar); (ii) na Admissão, ou seja, nas primeiras 24 horas de internamento; e (iii) na Alta, sendo que esta avaliação se reporta às 24 horas anteriores à saída. O conhecimento do estado de saúde anterior ao episódio de doença permite estabelecer uma ligação com o estado atual de saúde e serve como referência para o tratamento e reabilitação do doente, uma vez que este influencia os resultados dos cuidados (Sidani, Doran, & Mitchell, 2004).

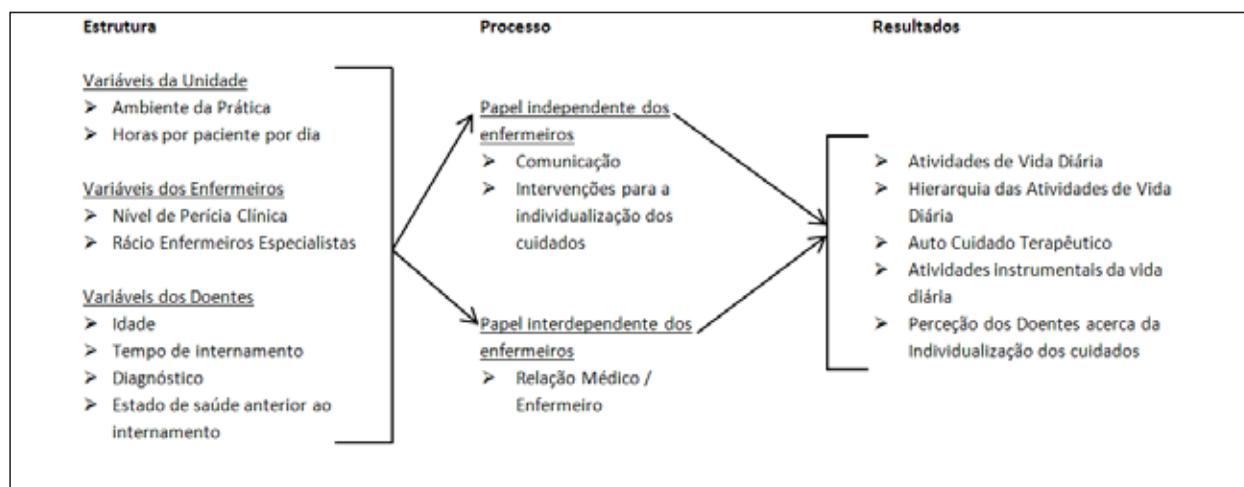
O instrumento tem várias secções, mas utilizaram-se os algoritmos preconizados pela organização InterRAI que combinam itens que têm a ver com as dimensões funcionais e cognitivas da pessoa e que produzem as seguintes escalas: (i) Escala das Atividades Instrumentais de Vida Diária (EAIVD); (ii) Escala Hierárquica das Atividades de Vida Diária (EHAVD); e (iii) Versão Curta da Escala Hierárquica das Atividades de Vida Diária (VCAVD). A EAIVD avalia o nível de dependência na realização das atividades e é construída através da recodificação e do somatório das variáveis auto desempenho nas AIVD e capacidade na ‘preparação das refeições’, ‘tarefas domésticas’, ‘gerir as finanças pessoais’, ‘gerir a medicação’, ‘uso do telefone’, ‘escadas’, ‘compras’ e ‘transporte’, originando uma classificação de 0 a 48, cujos valores mais altos representam maior dependência. A EHAVD avalia o nível de dependência na rea-

lização das AVD, sendo construída através de um algoritmo que combina as variáveis ‘auto desempenho na higiene pessoal’, ‘auto desempenho no caminhar’, ‘auto desempenho no uso da casa de banho’ e ‘auto desempenho na alimentação’. Este processo origina uma classificação em sete níveis de desempenho distintos: ‘independente’, ‘com supervisão’, ‘incapacidade diminuta’, ‘assistência alargada – 1’, ‘assistência alargada – 2’, ‘dependente’ e ‘dependência total’. A VCAVD utiliza as variáveis ‘auto desempenho na higiene pessoal’, ‘auto desempenho no caminhar’, ‘auto desempenho no uso da casa de banho’ e ‘auto desempenho na alimentação’, que são recodificadas e somadas, originando um intervalo de 0 a 16, cujos valores mais altos representam maior dependência na realização das AVD. Para estas variáveis foi calculada a diferença entre o seu valor na admissão e o na alta, em que uma maior diferença corresponde a uma melhor evolução.

Utilizou-se ainda a Escala do Autocuidado Terapêutico, traduzida e validada para a população portuguesa por Cardoso, Queirós, Ribeiro e Amaral (no prelo), em que os valores obtidos correspondem a uma melhor ou pior preparação para o regresso a casa. Esta aplica-se na alta, tem 12 itens e pede aos doentes para classificarem, numa escala de 1 a 6, (i) o seu conhecimento sobre os medicamentos e tratamentos prescritos; (ii) a capacidade para reconhecer sinais e sintomas; (iii) a capacidade para executar os tratamentos tal como são prescritos; e (iv) o conhecimento sobre o que fazer em caso de emergência.

Para além destas variáveis, estudou-se a percepção dos doentes sobre a individualização dos cuidados através da *Individualized Care Scale - Patient*, versão portuguesa (Amaral, Ferreira, & Suhonen, no prelo). Esta aplica-se na alta e contém 34 itens de autorresposta agrupados em duas partes: (i) perspetiva do doente sobre se a sua individualidade é tida em conta nas intervenções específicas de enfermagem (17 itens); (ii) avalia em que medida os doentes percebem que os seus cuidados são individualizados (17 itens).

Fig. 1 - Modelo com trajectórias entre variáveis de estrutura, processo e resultado



## ANÁLISE DE DADOS

Os dados foram analisados com recurso ao SPSS (versão 22) e ao AMOS (versão 21). As relações entre as variáveis de estrutura, processo e resultados, foram testadas com a utilização da modelização de equações estruturais (MEE), por esta ser recomendada quando se pretende testar a validade de modelos teóricos que tentam explicar relações causais hipotéticas entre variáveis. Nesta técnica é criado um esquema ou modelo de associações entre as variáveis, que são verificadas através de parâmetros que indicam a magnitude do efeito que as independentes têm sobre as dependentes (Marôco, 2010).

Produzimos um modelo de relações entre variáveis que testámos com a utilização da MEE (Figura 1). Considerando que este é constituído apenas por variáveis manifestas e que contemplam efeitos de mediação entre elas, utilizámos um modelo denominado *Path Analysis* ou Análise de Trajetórias.

O objetivo da utilização da MEE é determinar se as propostas descritas no *NREM* são consistentes com os nossos dados. A consistência entre as relações propostas e as observadas fornece o apoio empírico ao modelo. Para garantir a sua confiança, verificaram-se os pressupostos da normalidade das variáveis, avaliados através dos valores de assimetria e curtose; a inexistência de *outliers*; e a ausência de multicolinearidade entre as variáveis independentes (Valores de VIF e Tolerance). Para analisar a significância dos coeficientes de regres-

são procedeu-se à estimação dos parâmetros com o método da máxima verosimilhança.

Para avaliar a qualidade do MEE analisou-se o coeficiente de determinação ( $R^2$ ), em que valores superiores a 0.5 são indicadores de modelos com capacidades explicativas adequadas. A estatística de Z, e respetiva significância, foi o teste utilizado para avaliar a significância dos coeficientes de regressão das variáveis exógenas do modelo. Para avaliar a significância estatística das variáveis com efeitos de mediação, Cohen, Cohen, West e Aiken (2003) sugerem que se todas as trajetórias entre mediadores forem significativas, então o efeito total de mediação também será significativo.

Para verificar a qualidade de ajustamento do modelo aos dados, tendo em conta que o modelo não é saturado, foram analisados o *qui-quadrado* ( $\chi^2$ ), sendo que os valores mais aceites são  $p > 0.05$  ou  $p > 0.10$  (Barret citado por Marôco, 2010); o *Comparative Fit Index* (CFI), em que valores de CFI inferiores a 0.9 indicam um mau ajustamento, entre [0.9; 0.95[ um bom ajustamento e superiores ou iguais a 0.95 indicam um ajustamento muito bom; e o *Root Mean Square Error of Approximation* (RMSEA), em que valores superiores a 0.1 são indicativos de um ajustamento pobre e inferiores a 0.08 indicam um ajustamento adequado (Marôco, 2010).

Com vista a testar a relação entre as variáveis de estrutura, processo e resultado, foi necessário agregar os dados recolhidos sobre os enfermei-

ros para o nível do serviço e depois desagregá-los para o nível do doente. Assim, a cada doente foi consignado um valor médio para os dados referentes às variáveis de estrutura e de processo relacionadas com os enfermeiros e com o serviço.

A justificação da validade da agregação de cada constructo foi realizada através da determinação do grau de concordância de cada indivíduo no grupo e o grau de variabilidade de cada grupo para esse constructo. Idealmente, a última variância deve ser superior à primeira. Um valor do teste F significativo indica que existe diferença significativa entre os diferentes grupos e que se confirma a possibilidade de agregação dos dados (Dixon & Cunningham, 2006). Utilizou-se o teste *One-way Anova* para avaliar esta possibilidade, tendo obtido para todas as variáveis valores de F significativos, o que indica que os serviços são estatisticamente diferentes no que diz respeito às variáveis de estrutura e de processo.

Antes da utilização do MEE fez-se uma regressão linear com a idade dos doentes, o tempo de internamento, o diagnóstico e os resultados, com vista a controlar os seus efeitos nos resultados. Para isso agregaram-se os diagnósticos em 9 grupos (doenças pulmonares, doenças renais, doenças cardiológicas, doenças cerebrovasculares, infeção, doenças abdominais, neoplasias, trauma e outras) e transformaram-se em variáveis *dummy* antes da regressão por serem variáveis qualitativas. Os grupos diagnósticos que apresentaram maior frequência foram os associados a problemas abdominais e pulmonares. O tempo de internamento foi considerado por poder influenciar a possibilidade dos enfermeiros obterem resultados significativos nos doentes. Partiu-se do pressuposto que, quando o tempo de internamento é curto, não há tempo suficiente para a obtenção de resultados; e quando o tempo é demasiado longo, pode significar uma maior complexidade da situação clínica que, por sua vez, pode atenuar o efeito das intervenções de enfermagem (Irvine, Sidani, Keatings, & Doidge, 2002). Após esta regressão foram guardados os resíduos não estandardizados das variáveis de resultado que foram utilizados como variáveis dependentes no MEE.

## RESULTADOS

Obeve-se um total de 1823 doentes, mas após a eliminação dos registos muito incompletos e dos que não cumpriam os critérios de inclusão, restaram 1764. Comparadas as amostras dos 4 hospitais, verificou-se, através do teste *qui-quadrado*, que não existem diferenças significativas na proporção de homens e mulheres ( $\chi^2= 6,626$ ;  $p=0,085$ ). Em relação à idade, verificou-se que a média global foi de 70,78 anos ( $\sigma=16.9$  anos). Através do teste ANOVA, verificou-se que não existem diferenças significativas entre as médias de idades nos quatro hospitais ( $F=0,604$ ;  $p=0,612$ ).

Dada a necessidade de não existirem *missings* na análise do MEE, eliminaram-se os casos em que isso se verificava nas variáveis que iam ser utilizadas. Como o instrumento do Auto Cuidado Terapêutico obteve um número de respostas inferior (1016) ao número global de respostas, o número de *missings cases* aumentou. Assim, retirados todos esses casos, ficaram 702 casos válidos.

Em relação aos enfermeiros, registou-se uma taxa de resposta de 66,2% com 361 questionários válidos, sendo 55.7% de serviços de medicina e 44.3% de cirurgia. A média de idades dos respondentes é de 35 anos ( $\sigma=8$  anos). Relativamente às habilitações literárias, 80.4% dos enfermeiros têm a licenciatura, 15% uma pós-licenciatura, 2.6 % o mestrado e 16.9 % possuem uma especialização em enfermagem, sendo que destes 37.7% são especializados em enfermagem médico-cirúrgica e 34.4% em enfermagem de reabilitação. A média do tempo de exercício na profissão é de 12 anos ( $\sigma=7$  anos). Em média, os enfermeiros trabalham no serviço há 8 anos ( $\sigma=6$  anos). O número médio de horas de cuidados por doente nas 24 horas foi de 3 horas ( $\sigma=0.57h$ ). Os dados relativos à distribuição das amostras estão sintetizados na Tabela 1.

Tabela 1 – Distribuição da amostra

	Variável	Valores		N°	%	Média	Desvio Padrão
Dados dos doentes	Género	N=1764	Masculino	849	50.0%		
			Feminino	850	50.0%		
		N=702	Masculino	379	56.1%		
			Feminino	296	43.9%		
	Idade	N=1764				70.78	16.99
	N=702				68.88	17.02	
		N=682 Sem outliers				68.99	16.996
Dados dos enfermeiros	Idade	N=361				35.17	8.02
	Habilitações literárias	Licenciatura		274	80.4%		
		Mestrado		9	2.6%		
		Pós-licenciatura		51	15.0%		
	Especialização	Com especialização		61	16.9%		
		Sem especialização		300	83.1%		
	Tipo de especialização	Enfermagem Médico-Cirúrgica		23	37.7%		
		Enfermagem de reabilitação		21	34.4%		
	Tipo de serviço	Medicina		201	55.7%		
		Cirurgia		160	44.3%		
	Tempo de exercício profissional				11.87	7.35	
	Tempo de exercício o serviço				8.08	6.49	
Dados dos serviços	Horas por paciente por dia				3.00	0.57	
	Média Global de enfermeiros nos 26 serviços				20.93	6.20	
	Doentes por serviço				28.54	7.58	

Na Tabela 2 evidenciam-se os resultados obtidos em cada variável, bem como a fiabilidade de cada escala utilizada. A consistência interna das escalas foi avaliada com o alfa de Cronbach e todas apresentaram valores superiores a 0.80, o que indica uma boa fidelidade interna (Cramer & Bryman, 2003). Em relação à média de idade dos doentes, verifica-se que depois de retirar os *missings* e os *outliers*, o valor é mais baixo com 68,99 anos ( $\sigma=16,99$  anos).

A análise de trajetórias, já depois de retirar os efeitos das características dos doentes, e utilizando os resíduos não estandardizados, gerou o modelo apresentado na Figura 2.

## RESULTADOS DO MODELO

Ao analisarmos os resultados verificámos que existem várias trajetórias com efeitos diretos não significativos e *outliers*. As trajetórias não significativas, analisadas com a estatística de Z, são:

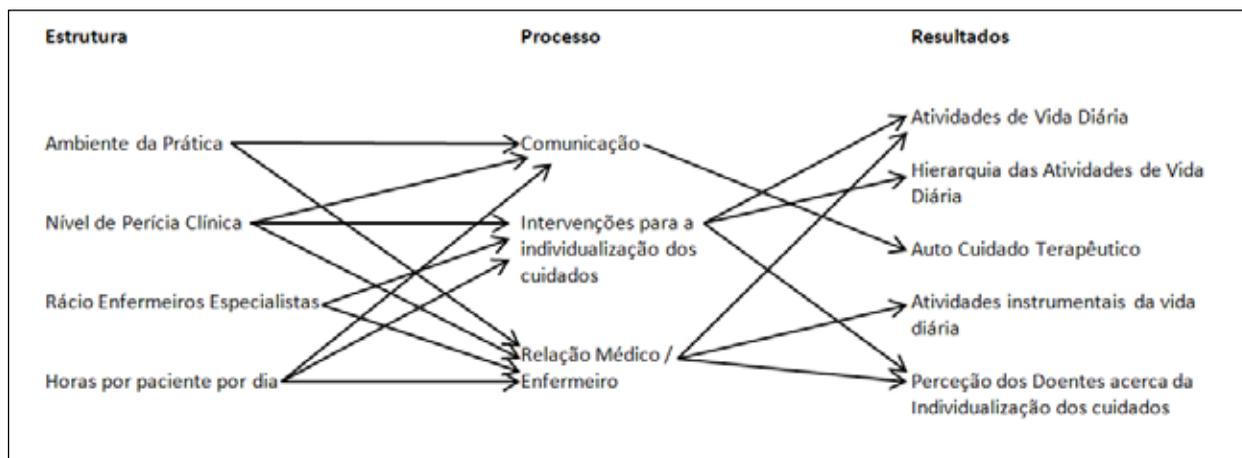
o efeito do rácio de enfermeiros especialistas na comunicação ( $Z=1.318$ ;  $p=0.187$ ); o efeito do ambiente da prática nas intervenções para a individualização dos cuidados ( $Z=0.868$ ;  $p=0.385$ ); o efeito da comunicação nos resultados para os doentes ao nível das AVD medidas com a Escala Curta ( $Z=-0.001$ ;  $p=0.999$ ); o efeito da comunicação nos resultados para os doentes ao nível das AVD medidas com a Escala Hierárquica ( $Z=-0.620$ ;  $p=0.535$ ); o efeito da comunicação nos resultados para os doentes ao nível das AIVD ( $Z=1.548$ ;  $p=0.122$ ); o efeito das intervenções para a individualização dos cuidados nos resultados para os doentes ao nível do Auto Cuidado Terapêutico ( $Z=0.185$ ;  $p=0.853$ ); o efeito das intervenções para a individualização dos cuidados nos resultados para os doentes ao nível das AIVD ( $Z=-0.726$ ;  $p=0.468$ ); e o efeito das relações nos resultados para os doentes ao nível do Auto Cuidado Terapêutico ( $Z=1.092$ ;  $p=0.275$ ).

Depois de eliminarmos os *outliers*, as trajetórias não significativas do modelo inicial mantiveram-

Tabela 2 - Cronbach's  $\alpha$ , Média e Desvio Padrão das variáveis do modelo

Variáveis do modelo (Cronbach's $\alpha$ )		Média ( $\bar{X}$ )	Desvio Padrão ( $\sigma$ )
Escala dos Cuidados Individualizados – Enfermeiros ( $\alpha = 0.949$ )		4.06	0.450
Ambiente da Prática ( $\alpha = 0.891$ )		2,57	0.307
Relação Médico / Enfermeiro ( $\alpha = 0.813$ )		2.66	0.503
Experiência clínica ( $\alpha = 0.986$ )		3.464	0.814
Comunicação ( $\alpha = 0.968$ )		3.30	0.821
Horas por doente por dia		3.004	0.579
Escala dos Cuidados Individualizados – Doentes ( $\alpha = 0.954$ )		4.232	0.7109
Rácio Enfermeiros Especialistas (%)		0.123	0.079
Auto Cuidado Terapêutico	Com outliers n=702 $\alpha = 0.978$	3.331	1.413
	Sem outliers n=682 $\alpha = 0.978$	3.332	1.416
Escala Hierárquica das AVD	Com outliers n=702 (algoritmo)	1.35	2.094
	Sem outliers n=682 (algoritmo)	1.34	2.101
Atividades instrumentais da vida diária	Com outliers n=702 $\alpha = 0.961$	17.47	18.776
	Sem outliers n=682 $\alpha = 0.961$	17.25	18.741
Escala curta das AVD	Com outliers n=702 $\alpha = 0.972$	3.34	5.535
	Sem outliers n=682 $\alpha = 0.972$	3.33	5.554
Tempo de internamento	Com outliers n=702	9.75	6.481
	Sem outliers n=682	9.68	6.425

Fig. 2 - Modelo Final com Trajetórias entre as variáveis de estrutura, processo e resultado



-se e ficámos com 682 casos. Refazendo as análises e eliminando as trajetórias não significativas, continuaram a surgir duas trajetórias com efeitos diretos não significativos entre as variáveis: o efeito das relações nos resultados para os doentes ao nível das AVD medidas com a Escala Hierárquica ( $Z=1.353$ ;  $p=0.176$ ); e o efeito da comunicação na percepção dos doentes acerca da individualização dos cuidados ( $Z=-0.219$ ;  $p=0.826$ ). Estas foram também eliminadas, tendo surgido o modelo final sem trajetórias não significativas apresentado na Figura 2.

Os valores do modelo ajustado são apresentados na Tabela 3 e verifica-se que este explica 1% da variabilidade das atividades de vida diária medidas pela ECAVD e 2% quando são medidos pela EHAVD. Verifica-se ainda que o modelo explica apenas 0,6% da variabilidade da Escala do Auto Cuidado Terapêutico e 0,7% da EAIVD. Já em relação à percepção dos doentes sobre a individualização dos cuidados, o modelo explica 7% da sua variabilidade. No que toca às variáveis de processo, o modelo explica 72% da dimensão “Relação colegial entre médicos e enfermeiros” e 91% da

dimensão “Estabelecimento de uma boa comunicação e de uma relação de confiança com os doentes e família”, assim como 14% das intervenções que os enfermeiros desenvolvem para a individualização dos cuidados, sendo que todos os efeitos diretos entre as variáveis são significativos.

Ao analisar os resultados dos índices de ajustamento do modelo, verifica-se que este se ajusta aos dados:  $\chi^2=28.667$ , g.l.=29,  $p=0.482$ ; Comparative Fit Index =1.000; e Root Mean Square Error of Approximation<0.08.

**Análise das relações entre as variáveis de estrutura, de processo e de resultado**

O rácio de enfermeiros especialistas tem um efeito direto positivo significativo na individualização dos cuidados e nas relações que se estabelecem entre enfermeiros e médicos. Tem, no entanto, um efeito indireto positivo significativo no estado funcional dos doentes, medido com a EHAVD, mediado pelas intervenções que os enfermeiros realizam para a individualização dos

cuidados. Por fim, também se verifica um efeito indireto positivo significativo no estado funcional dos doentes, medido com a VCEAVD, mediado pelas relações que se estabelecem entre enfermeiros e médicos.

O número de horas que os enfermeiros dispõem para cuidar dos doentes num período de 24 horas tem um efeito direto positivo significativo na individualização dos cuidados e nas relações que se estabelecem entre enfermeiros e médicos, e tem um efeito direto negativo significativo na comunicação que estabelecem com os doentes e família. Esta variável tem também um efeito indireto positivo significativo na perceção dos doentes acerca da individualização dos cuidados, mediado pela comunicação que os enfermeiros estabelecem com os doentes e família.

O nível de perícia clínica tem efeitos diretos positivos significativos nas seguintes variáveis: comunicação que os enfermeiros estabelecem com os doentes e família; relações que se estabelecem entre enfermeiros e médicos; e intervenções que

Tabela 3 - Coeficientes de Regressão Estandarizados e respetiva Significância Estatística

		Comunicação	Individualização dos Cuidados - Enfermeiros	Relações	Auto Cuidado Terapêutico	Hierarquia das Atividades de Vida Diária	Atividades de Vida Diária	Atividades Instrumentais de Vida Diária	Média Global ECI Doentes
Rácio Enfermeiros Especialistas	Z (valor p)	-	Z=11.646 p<0.05	Z=3.876 p<0.05	-	Sig.	Sig.	Sig.	Sig.
	Efeito Total	-	.400	.093	-	.063	.040	-.008	.107
Horas por doente por dia	Z (valor p)	Z=-5.278 p<0.05	Z=5.586 p<0.05	Z=3.039 p=0.002	Sig.	Sig.	Sig.	Sig.	Sig.
	Efeito Total	-.065	.230	.074	-.006	.036	.024	-.006	.060
Nível de Perícia clínica	Z (valor p)	Z=75.875 p<0.05	Z=4.761 p<0.05	Z=9.052 p<0.05	Sig.	Sig.	Sig.	Sig.	Sig.
	Efeito Total	.947	.182	.201	.081	.029	.029	-.017	.038
Ambiente da Prática	Z (valor p)	Z=14.959 p<0.05	-	Z=37.690 p<0.05	Sig.	-	Sig.	Sig.	Sig.
	Efeito Total	.153	-	.828	.013	-	.056	-.068	-0.56
Comunicação	Z (valor p)	-	-	-	Z=2.308 p=0.021	-	-	-	-
	Efeito Total	-	-	-	.085	-	-	-	-
Individualização dos Cuidados - Enfermeiros	Z (valor p)	-	-	-	-	Z=4.229 p<0.05	Z=2.194 p=0.028	-	Z=2.968 p=0.003
	Efeito Total	-	-	-	-	.158	.083	-	.283
Relações	Z (valor p)	-	-	-	-	-	Z=3.032 p=0.002	Z=-2.243 p=0.025	Z=-2.053 p=0.040
	Efeito Total	-	-	-	-	-	.068	-.083	-.067
<b>R<sup>2</sup></b>		.909	.141	.716	.006	.025	.012	.007	.073

$\chi^2=28.667$ , g.l.=29,  $p=0.482$ ; Comparative Fit Index =1.000; Root Mean Square Error of Approximation<0.08

os enfermeiros realizam para a individualização dos cuidados. Tem também um efeito indireto positivo significativo nos resultados obtidos pelos doentes ao nível do auto cuidado terapêutico, mediado pela comunicação que os enfermeiros estabelecem com os doentes e família.

O ambiente da prática tem um efeito direto positivo significativo na comunicação que os enfermeiros estabelecem com os doentes e família e nas relações que se estabelecem entre enfermeiros e médicos. Tem também um efeito indireto positivo significativo no estado funcional dos doentes, medido com a VCEAVD.

A comunicação que os enfermeiros estabelecem com os doentes e família tem um efeito direto positivo significativo nos resultados obtidos pelos doentes ao nível do auto cuidado terapêutico.

As intervenções que os enfermeiros realizam para a individualização dos cuidados têm um efeito direto positivo significativo nos resultados para os doentes ao nível do estado funcional, medido com a EHAVD e com a VCAVD, e na perceção dos doentes acerca da individualização dos cuidados.

As relações que se estabelecem entre enfermeiros e médicos têm, por outro lado, um efeito direto positivo significativo nos resultados obtidos pelos doentes ao nível do estado funcional, medido com a VCAVD e um efeito direto negativo significativo nos resultados obtidos pelos doentes ao nível do estado funcional, medido com a EAIVD, e na perceção dos doentes acerca da individualização dos cuidados.

## DISCUSSÃO

O contributo da enfermagem é influenciado por vários fatores, pelo que melhorá-los pode ser uma forma de obter cuidados com mais qualidade, sistemas de saúde mais organizados e profissionais mais satisfeitos. A maioria dos estudos não examina o complexo conjunto de relações que se estabelecem, pelo que a MEE nos pareceu a técnica de análise estatística mais adequada por fornecer uma visão holística do fenómeno.

As variáveis da componente estrutura que dizem respeito ao serviço, como o ambiente da prática,

têm efeitos na comunicação, enquanto processo de intervenção dos enfermeiros, e no estado funcional dos doentes. Estes resultados são concordantes com vários estudos internacionais que identificam o ambiente da prática como uma variável que influencia os resultados dos cuidados de enfermagem (Aiken, Clarke, Cheung, Sloane, & Silber, 2003; Estabrooks, Midodzi, Cummings, Ricker, & Giovannetti, 2005). Contudo, a maioria analisa-os em termos de risco e segurança dos doentes, como sejam o aumento da taxa de mortalidade em 30 dias e da taxa de complicações em ambientes desfavoráveis (Frieze, Lake, Aiken, Silber, & Sochalski, 2008). Esta análise numa perspetiva positiva de melhores ambientes melhores resultados para os doentes é fundamental para avaliar o valor e a efetividades dos cuidados de enfermagem, constituindo uma base de evidência para a tomada de decisão acerca das políticas e cuidados de saúde.

A média de horas de enfermagem disponíveis por dia para o doente é outra variável da componente estrutura relativa ao serviço que tem efeitos no desempenho da função dependente e interdependente dos enfermeiros, assim como na perceção que os doentes têm da individualização dos cuidados. Esta variável tem sido relacionada com a segurança do paciente ao nível da ocorrência de quedas, úlceras de pressão, erros de medicação, etc., e vários estudos indicam que a sobrecarga de trabalho dos enfermeiros está associada à incidência destes resultados negativos (Aiken, Clarke, Cheung, Sloane, & Silber, 2003). Em complemento, Doran (2011) identificaram uma relação positiva entre o tempo para prestar cuidados e o desempenho independente dos enfermeiros.

O rácio de enfermeiros especialistas, variável de estrutura associada aos enfermeiros, tem efeito no desempenho da sua função dependente e interdependente, assim como no estado funcional dos doentes. A formação e a categoria profissional são habitualmente utilizadas como indicadores do conhecimento e da competência dos enfermeiros, sendo que os estudos indicam uma relação positiva entre estas variáveis e a prevenção de complicações, nomeadamente a mortalidade (Aiken, Clarke, Cheung, Sloane, & Silber, 2003; Needleman,

Buerhaus, Mattke, Stewart, & Zelevinsky, 2002); com a satisfação dos doentes e a diminuição da ocorrência de incidentes, embora com mais custos (Lengacher et al., 1996); e com a qualidade dos cuidados com impacto positivo nos resultados observados nos doentes (Doran, 2011).

O nível de perícia clínica é outra variável de estrutura relativa aos enfermeiros com efeitos no desempenho da função dependente e interdependente destes e nos resultados nos doentes ao nível do auto cuidado terapêutico, o que é concordante com a teoria que a apresenta como uma variável associada aos resultados dos cuidados de enfermagem e à qualidade global dos cuidados em saúde.

A função interdependente dos enfermeiros, que foi avaliada no nosso modelo pelas relações que se estabelecem entre estes e os médicos, tem efeito no estado funcional dos doentes. Outros estudos (Knaus, Draper, Wagner, & Zimmerman, 1986; Shortell et al, 1994; Naylor citado por Doran, 2011; Irvine, Sidani, Keatings, & Doidge, 2002) também constata a existência de relação entre a natureza da comunicação que os profissionais de saúde estabelecem entre si e os resultados obtidos nos doentes.

O papel independente dos enfermeiros foi avaliado pela comunicação que estes estabelecem com os doentes e família, sendo que esta apresentou efeitos nos resultados nos doentes ao nível do auto cuidado terapêutico, e pelas intervenções que os enfermeiros realizam para a individualização dos cuidados, que revelaram efeitos no estado funcional dos doentes e na percepção que estes têm acerca da individualização dos cuidados. Estes resultados foram concordantes com outros estudos, que também identificaram a existência de relações entre as intervenções de enfermagem que refletem a sua função independente e os resultados nos doentes ao nível do estado funcional (Brown & Grimes citado por Doran, 2011) e do auto cuidado terapêutico (Doran, 2011).

O modelo testado no presente estudo tem fundamentação teórica convergente nas conclusões sobre as associações estabelecidas entre as variáveis constituintes do modelo. No entanto existem algumas limitações como a baixa percentagem de

variabilidade total explicada pelas variáveis de estrutura e processo nas variáveis de resultado. Isto pode dever-se a vários fatores, nomeadamente às variáveis que foram abordadas no modelo que podem ter uma baixa influência nos resultados obtidos nos doentes comparativamente a outras que não foram consideradas. Outra explicação pode ser o facto das variáveis agregadas ao nível da unidade corresponderem a 26 serviços, pelo que seria importante replicar este tipo de estudo com um maior número de serviços.

Este estudo, apesar de ser uma abordagem embrionária do complexo sistemas de relações que constituem o processo de prestação dos cuidados de enfermagem, é relevante pelas conclusões apresentadas ao nível do valor e da efetividades dos cuidados de enfermagem, tornando-se uma base de evidência para futuras investigações e para a tomada de decisão relativas aos sistemas de saúde.

## CONCLUSÃO

O MEE testado no presente estudo, baseado no NREM, permite avaliar o contributo dos enfermeiros no contexto dos cuidados de saúde, auxiliando nas tomadas de decisão, e a sua abordagem numa perspetiva positiva de melhores ambientes melhores resultados permite evidenciar o valor e a efetividade dos cuidados de enfermagem.

Com base na teoria sobre os cuidados de enfermagem, construiu-se um modelo de relações entre as variáveis correspondentes às dimensões estrutura, processo e resultados do contexto de cuidados de enfermagem. Este foi testado através da MEE, tendo apresentado um bom ajustamento aos dados e significância estatística nas associações entre as variáveis do modelo. Isto fornece evidência empírica de que os resultados obtidos nos doentes são influenciados não somente pelas características dos doentes, mas também por outros fatores relativos ao contexto, aos profissionais e às intervenções de enfermagem, captando assim a efetividade e a qualidade dos cuidados de enfermagem. Para além disto, os resultados também sugerem que as associações entre as variáveis da estrutu-

ra e dos resultados são mediadas pelas variáveis do processo no que diz respeito às intervenções de enfermagem. Contudo, este modelo apresenta algumas limitações como a baixa percentagem de variabilidade total explicada pelas variáveis de estrutura e processo nas variáveis de resultado, pelo que se sugerem outros estudos que considerem outras variáveis e que incluam um maior número de serviços.

## REFERENCES

- Aiken, L., Clarke, S., Cheung, R., Sloane, D., & Silber, J. (2003). Educational levels of hospital nurses and surgical patient mortality. *Journal of American Medical Association*, 290 (12), 1617-1623.
- Amaral, A.F.; Ferreira, P.; Gray, L.C. (2014). Validation of the International Resident Assessment Instrument - Acute Care (InterRai-AC) for the Portuguese population. *Revista de Enfermagem Referência*. IV (1) Fev/Mar. p 103-115
- Amaral, A.F., & Ferreira, P. (2014). Adaptation and validation of the clinical expertise survey to the Portuguese nursing population. *Anna Nery Revista de Enfermagem (accepted for publication)*.
- Amaral, A., Ferreira, P., & Lake, E. (2012). Validation of the Practice Environment Scale of the Nursing Work Index (PES-NWI) for the Portuguese nurse population. *International Journal of Caring Sciences*, 5(3), 280-8.
- Amaral, A., Ferreira, P., & Suhonen, R. (2014). Translation and Validation of the Individualized Care Scale. *International Journal of Caring Sciences* January-April. Vol 7 Issue 1, p 90-101.
- Antunes, D., Batuca, C., Ramos, A., Fonseca, C., Ferreira, M., Suhonen, R.,... Sousa, V. (2011). International Cross-Cultural Comparative Study on Perceptions of Nurses in relation to the Individualized Nursing care. *Revista de Investigação em Enfermagem*, 24, 7-15 (in Portuguese).
- Benner, P. (2001). *From Novice to Expert* (1<sup>a</sup> ed.). Quarteto Editora. Coimbra, Portugal (in Portuguese)
- Britnell, M., Ambres, C., & Berg, M. (2012). *Healthcare. Contracting value: Shifting paradigms*. [online]. Accessed in March 1, 2014, in <http://www.kpmg.com/Global/en/IssuesAndInsights/ArticlesPublications/contracting-value/Documents/contracting-value-v7.pdf>
- Cardoso, A., Queirós, P., Ribeiro, C., & Amaral, A. (2014). Cultural Adaptation and Psychometric Properties of the Portuguese Version of the Therapeutic Self-Care Scale. *International Journal of Caring Sciences*. May-August, Vol 7 Issue 2, p 426-436
- Christensen M, Hewitt-Taylor J. (2006). From expert to tasks, expert nursing practice redefined? *Journal of Clinical Nursing*. 15: 1531–1539
- Cohen, J., Cohen, P., West, S., & Aiken, L. (2003). *Applied multiple regression/correlation analysis for the behavioural sciences* (3<sup>a</sup> ed.). L. Erlbaum Associates. Mahwah, New Jersey, USA.
- Cramer, D., & Bryman, A. (2003). *Data Analysis in Social Sciences*. Celta Ed. Oeiras, Portugal. (in Portuguese)
- Dixon, M., & Cunningham, G. (2006). Data Aggregation in Multilevel Analysis: A Review of Conceptual and Statistical Issues. *Measurement in Physical Education and Exercise Science*, 10(2), 85-107.
- Donabedian, A. (1980). *Exploration in quality assessment and monitoring* (Volume 1) - *The definition of quality and approaches to its assessment*. Health Administration Press. Ann Arbor, Michigan, USA
- Doran, D. M. (2011). *Nursing Sensitive outcomes: State of the science* (2<sup>a</sup>ed). Jones & Bartlett Learning. Mississauga, Ontário, Canada.
- Estabrooks, C., Midodzi, W., Cummings, G., Ricker, K., & Giovannetti, P. (2005). Determining the impact of hospital nursing characterization 30 day mortality among patients in Alberta acute care hospitals. *Nursing research*, 54(2), 74-84.
- Friese, C., Lake, E., Aiken, L., Silber, J., & Sochalski, J. (2008). Hospital nurse practice environment and outcomes for surgical oncology patients. *Health Service Research*, 43(4), 1145-1163.
- Given, B., Beck, S., Etland, C., Gobel, B., Lamkin, L., & Marsee, V. (2004). Nursing sensitive patient outcomes – description and framework. *Oncology Nursing Society*. Accessed in <http://www.ons.org/research/nursingsensitive/description>.
- Irvine, D., Sidani, S., & McGillis-Hall, L. (1998). Linking outcomes to nurses' roles in health care. *Nursing Economics*, 16, 58–64.
- Irvine, D., Sidani, S., Keatings, M., & Doidge, D. (2002). An empirical test of the Nursing Role Effectiveness model. *Journal of Advanced Nursing*, 38(1), 29-39.
- Knaus, W., Draper, E., Wagner, D., & Zimmerman, J. (1986). An evaluation of outcome from intensive care in major medical centers. *Annals of Internal Medicine*, 104, 410–418.
- Lake, E. T. (2002a). Development of the Practice Environment Scale of the Nursing Work Index. *Research in Nursing & Health*, 25, 176-188.
- Lake, Eileen (2002). Measuring Clinical Nursing Expertise for Outcomes Research. *Paper presented to the State Of The Science Congress*. Washington, DC.
- Lengacher, C., Mabe, P., Heinemann, D., Van Cott, M., Swymer, S., & Kent, K. (1996). Effects of the PIPC model on outcome measures of productivity and costs. *Nursing Economics*, 14(4), 205-213.
- Marôco, J. (2010). *Structural Equations analysis: Theoretical Foundations, Software and applications*. Author edition. Pêro Pinheiro, Portugal.
- McGillis-Hall, L., Doran, D., & Pink, G. (2004). Nurse Staffing Models, Nursing Hours, and Patient Safety Outcomes. *The Journal of Nursing Administration*, 34 (1), 41-45.

- Needleman, J., Buerhaus, P., Mattke, S., Stewart, M., & Zelvevinsky, K. (2002). Nurse-staffing levels and the quality of care in hospitals. *New England Journal of Medicine*, 346, 1715-1722.
- Newbold, D. (2008). The production economics of nursing: A discussion paper. *International Journal of Nursing Studies*, 45(1), 120-128.
- Preuss, G. A. (1997). Labor, skills, and information in service delivery: An examination of hospital care. *Academy of Management*, 1, 282-286.
- Shortell, S., Zimmerman, J., Rousseau, D., Gillies, R., Wagner, D., Draper, E. Duffy J. (1994). The performance of intensive care units: does good management make a difference? *Medical Care*, 32, 508-525.
- Sidani, S. (2011). Self-Care. In Doran, D. *Nursing Outcomes: the state of science*. (2<sup>a</sup> ed., pp. 131-200). Jones & Bartlett Learning. Mississauga, Ontário, Canada.
- Sidani, S., & Braden, C. J. (1998). *Evaluating nursing interventions - A theory-driven approach*. SAGE. London, United Kingdom.
- Sidani, S., Doran, D., & Mitchell, P. (2004). A Theory-Driven Approach to Evaluating Quality of Nursing Care. *Journal of Nursing Scholarship*, 36(1), 60-65.
- Suhonen, R., Välimäki, M., katajisto, J., & Leino-Kilpi, H. (2007). Hospitals' organizational variables and patients' perceptions of individualized nursing care in Finland. *Journal of Nursing Management*, 15, 197-206.
- Van den Heed, K., Clarke, S., Sermeus, W., Vleugels, A., & Aiken, L. (2007). "International experts" perspectives on the state of the nurse staffing and patient outcomes literature. *Journal of Nursing Scholarship*, 39(4), 209-297.

# CRITÉRIOS DE DECISÃO SOBRE O DESTINO DO DOENTE DEPENDENTE NO AUTOCUIDADO APÓS A ALTA HOSPITALAR\*

Fernando Alberto Soares Petronilho<sup>(1)</sup>; Filipe Miguel Soares Pereira<sup>(2)</sup>; Abel Avelino de Paiva e Silva<sup>(3)</sup>



## Resumo

**Objetivo:** conhecer os critérios que estão envolvidos na decisão sobre o destino dos doentes dependentes após a alta hospitalar. **Método:** foram realizadas entrevistas exploratórias a 18 profissionais de saúde de 4 hospitais da região norte de Portugal. **Resultados:** emergiram 4 categorias relativas aos critérios de decisão: 1) aspetos centrados no doente dependente, 2) aspetos centrados na família, 3) aspetos centrados nas respostas da comunidade e, 4) aspetos centrados nas respostas dos serviços de saúde. Associado a estas categorias foram identificadas 21 subcategorias. Uma vez identificados os critérios utilizados na decisão sobre o destino após a alta, foi estudada uma amostra de 273 doentes dependentes. Destes, 58,6% foram para casa ao cuidado dos familiares; 28,2% foram encaminhados para as unidades da Rede Nacional Cuidados Continuados Integrados existente em Portugal; 9,5% foram encaminhados para lares de idosos e 3,7% para famílias de acolhimento. **Conclusão:** as terapêuticas de enfermagem são um recurso essencial na promoção das transições dos doentes dependentes no regresso a casa e famílias, uma vez que, os critérios envolvidos na decisão, inscrevem-se no âmbito da decisão clínica dos enfermeiros.

**Palavras-chave:** Critérios de decisão; Autocuidado; Dependência; Destino; Alta hospitalar

## Abstract

### DECISION CRITERIA ON THE DESTINATION OF THE PATIENT DEPENDENT ON SELF-CARE AFTER DISCHARGE

**Objective:** identify the criteria that are involved in deciding the destiny of dependent patients on self-care after discharge. **Method:** Exploratory interviews were conducted at 18 health professionals of 4 hospitals in the north of Portugal. **Results:** emerged 4 categories on the decision criteria: 1) Aspects patient-centered, 2) Aspects family-centered, 3) Aspects focused on community responses, and 4) Aspects focused on the responses of health services. Associated with these categories were identified 21 subcategories. Once identified the criteria used in deciding the destination after discharge was studied a sample of 273 dependent patients. Of these, 58,6% went home with family care; 28,2% was referred for the inpatient units of the National Network for Integrated Continuous Care; 9,5% were referred to nursing homes and 3,7% were for host families. **Conclusion:** the nursing therapeutic are an essential resource in promoting transitions of dependent patients in return home and families, once the criteria involved in the decision, it is inscribed within the scope of nurses' clinical decision.

**Keywords:** Decision criteria; Self-care; Dependency; Destination; Patient discharge

## Resumen

### CRITERIOS DE DECISIÓN SOBRE EL DESTINO DEL PACIENTE DEPENDE EN AUTOCUIDADO DESPUÉS DEL ALTA HOSPITALARIO

**Objetivo:** identificar los criterios que están involucrados en la decisión del destino de los pacientes dependientes después del alta hospitalario. **Método:** se realizaron entrevistas exploratorias a 18 profesionales de la salud de 4 hospitales de la región norte de Portugal. **Resultados:** surgieron 4 categorías sobre los criterios de decisión: 1) Aspectos centrados en el dependiente, 2) Aspectos centrados en la familia, 3) Aspectos centrados en las respuestas comunitarias, 4) Aspectos centrados en las respuestas de los servicios de salud. Asociado a estas categorías se identificaron 21 subcategorías. Una vez identificados los criterios utilizados para decidir el destino del alta se estudió una muestra de 273 pacientes dependientes. 58,6% se fue a casa al cuidado de las familias; 28,2% se refiere a las unidades de la Red Nacional Cuidado Continuo Integrado en Portugal; 9,5% fueron enviados a residencias de ancianos y 3,7% para las familias de acogida. **Conclusión:** las intervenciones de enfermería son un recurso esencial en la promoción de las transiciones de los dependientes de regreso a casa y familias, ya que los criterios que intervienen en la decisión, entran en el ámbito de la decisión clínica de las enfermeras.

**Palabras clave:** Criterios de decisión; Autocuidado; Dependencia; Destino; Alta del paciente **Palabras clave:**

Rececionado em maio 2014. Aceite em julho de 2014

\* Extraído da tese de doutoramento em enfermagem "A alta hospitalar do doente dependente no autocuidado: decisões, destinos, padrões de assistência e de utilização dos recursos - estudo exploratório sobre o impacto nas transições do doente e do familiar cuidador", Universidade de Lisboa, 2013.

<sup>(1)</sup> Mestre em Ciências de Enfermagem, Especialista em Enfermagem de Reabilitação, Professor Adjunto da Escola Superior de Enfermagem da Universidade do Minho, E-mail: fpetronilho@ese.uminho.pt

<sup>(2)</sup> Doutor em Ciências de Enfermagem, Mestre em Ciências de Enfermagem, Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, Professor Coordenador da Escola Superior de Enfermagem do Porto, E-mail: filipeira@esenf.pt

<sup>(3)</sup> Doutor em Ciências de Enfermagem, Mestre em Ciências de Enfermagem, Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, Professor Coordenador da Escola Superior de Enfermagem do Porto, E-mail: abel@esenf.pt

## INTRODUÇÃO

Em Portugal, tal como nos países da União Europeia, os resultados estatísticos do último censo da população indicam que o fenómeno do duplo envelhecimento da população - aumento do número de idosos e diminuição da população jovem - agravou-se na última década (INE, 2011). Em Portugal, 19% da sua população residente pertence ao grupo dos mais idosos (65 ou mais anos de idade). Os avanços verificados no domínio da saúde, bem como, a melhoria das condições socioeconómicas, têm vindo a contribuir para o progressivo aumento da longevidade da população e, inevitavelmente, para o aumento de pessoas com doenças crónicas e em situação de dependência no autocuidado.

As decisões decorrentes das políticas atuais relacionadas com a redução do período de internamento hospitalar justificam, por si, uma maior preocupação por parte das equipas de saúde e das famílias quanto ao processo de preparação da alta hospitalar e, deste modo, à decisão sobre o destino dos doentes dependentes após a alta hospitalar. Em Portugal, com o objetivo de encontrar respostas mais adequadas às novas necessidades de saúde e sociais, associadas ao fenómeno do envelhecimento da população e ao consequente aumento de pessoas em situação de dependência, foi criada em 2006 a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI: Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de Junho).

O estudo aqui relatado, teve como objetivo, conhecer os critérios de decisão sobre o destino dos doentes dependentes após a alta hospitalar. Este destino refere-se ao local ou contexto de cuidados para o qual o doente dependente é encaminhado após a alta hospitalar, constituindo este local um tipo de modelo assistencial determinante das transições saudáveis das famílias (Meleis, 2007; Petronilho, 2010; Schumacher et al, 2000; Shyu, 2000). As famílias têm desempenhado ao longo dos tempos um papel fundamental no apoio aos membros dependentes. Na verdade, múltiplos estudos têm demonstrado que os familiares são a principal fonte de suporte mas, também, frequentemente, o único apoio disponí-

vel (Schumacher et al, 2000; Shyu, 2000). No entanto, pouco se sabe sobre o nível de participação dos doentes dependentes, familiares e equipas de saúde quanto ao processo de tomada de decisão sobre o destino do doente após a alta hospitalar e, fundamentalmente, quais os principais critérios utilizados (Popejoy, 2010; Tavares, 2011). As decisões tomadas pela equipa de saúde multidisciplinar sobre o destino dos doentes dependentes após a alta hospitalar não levam em conta a sua própria vontade, assim como, as (possíveis) tensões existentes nas relações entre os membros da família (Opie, 1998).

As decisões sobre o destino do doente dependente após a alta hospitalar apontam para a existência de diferentes níveis de participação das famílias - ativa, colaborativa, passiva - (Popejoy, 2010). A participação é influenciada pela qualidade da relação entre os membros da família, entre estes e a equipa de saúde, a vontade expressa do doente dependente, a gravidade da doença, as exigências do processo de cuidar, as experiências prévias com os serviços de saúde e o apoio percebido da rede formal (Popejoy, 2010).

Num estudo já realizado em Portugal, foi possível identificar alguns aspetos envolvidos na decisão sobre os destinos dos doentes dependentes no autocuidado, após a alta hospitalar. Dos resultados do estudo importa destacar o facto do nível de suporte familiar e o potencial de recuperação do dependente serem os critérios mais utilizados pela equipa de saúde (Tavares, 2011).

O momento da alta hospitalar é considerado pela sua complexidade um momento crítico para as famílias que integram membros dependentes. Vários estudos revelam que as decisões inadequadas relativamente ao processo de preparação da alta hospitalar e da continuidade de cuidados no seio das famílias têm impacto negativo na transição do indivíduo associada à dependência no autocuidado e na forma como os familiares assumem o papel de prestador de cuidados e, em consequência, no aumento das taxas de readmissão hospitalar (Petronilho, 2007, Petronilho, 2010; Pringle, Hendry & McLafferty, 2008; Rotondi et al, 2007; Schumacher, 1995; Schumacher et al, 2000; Shyu, 2000; Shyu et al, 2008; Stoltz, Udén & Willan, 2004).

## MATERIAL E MÉTODOS

### *Participantes*

Foram realizadas entrevistas exploratórias a 18 profissionais de saúde de 4 hospitais da região Norte de Portugal, dos quais, 13 enfermeiros, 3 assistentes sociais e 2 médicos. O elevado grau de envolvimento no processo de preparação da alta hospitalar foi o critério estabelecido para a seleção dos participantes. Assim, foram realizadas entrevistas a elementos das Equipas de Gestão de Altas (EGA) intra-hospitalares e a enfermeiros das unidades de cuidados do contexto do estudo, conseguindo-se uma perspectiva multidisciplinar do fenómeno em estudo.

### *Procedimento de recolha de dados*

As entrevistas com os participantes foram realizadas nos respetivos hospitais de origem e foram gravadas para posterior transcrição e análise.

### *Técnica de recolha de dados*

Foi utilizada a técnica da entrevista exploratória temática, uma vez que a finalidade do estudo era examinar com detalhe uma área de interesse na perspetiva e ponto de vista dos participantes sem modelos prévios ou um guião pré-estabelecido (Polit, Beck & Hungler, 2004). A opção por esta abordagem dá liberdade aos participantes de expressarem o seu pensamento ou opinião sobre a problemática, de forma livre e espontânea. No início de cada entrevista, cada participante foi desafiado a dar a sua visão sobre o foco do estudo, a partir da seguinte questão aberta: *De acordo com a sua experiência e prática quotidiana, quais os critérios que são utilizados na tomada de decisão sobre o destino após a alta hospitalar dos doentes dependentes no autocuidado?* Em média, cada entrevista durou cerca de 20 minutos, tendo sido finalizada quando o participante entendeu esgotar os seus contributos.

### *Técnica de análise dos dados*

As narrativas resultantes do discurso dos participantes foram submetidas a análise de conteúdo, com base nos pressupostos metodológicos propostos por Bardin (2009). Assim, procedeu-se à trans-

crição integral do discurso dos participantes, o que correspondeu ao *corpus* documental, atendendo à exaustividade, representatividade, homogeneidade e respetiva adequação. Depois desta etapa, avançamos para a codificação dos dados, que se reporta ao processo de transformação e agregação dos dados brutos em unidades que permitem a descrição concisa das características relevantes do conteúdo. Dos dados recolhidos através das entrevistas realizadas emergiram as categorias e as respetivas subcategorias.

### *Questões éticas*

Foram garantidos os pressupostos deontológicos inerentes à ética da investigação. Obtivemos a autorização para a realização da investigação pelas Comissões de Ética/Conselhos de Administração dos hospitais envolvidos no estudo, assim como, o consentimento livre e informado dos participantes que se mostraram disponíveis para participar no estudo.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

O presente estudo pretendia identificar os critérios utilizados na decisão sobre o destino após a alta hospitalar dos doentes dependentes no autocuidado. Do processo de análise de conteúdo dos relatos dos participantes foram identificadas 4 categorias: 1) Aspectos centrados no doente dependente, 2) Aspectos centrados na família, 3) Aspectos centrados nas respostas da comunidade e, 4) Aspectos centrados nas respostas dos serviços de saúde. Estas categorias integram 21 subcategorias (Tabela 1).

### *Categoria 1: Aspectos centrados no doente dependente*

Os “aspectos centrados no doente dependente” é apontado pelos profissionais de saúde como o principal critério de decisão sobre o destino do doente dependente após a alta hospitalar. Associado a esta categoria, temos o *potencial de recuperação de autonomia*, onde, perante um elevado potencial, são privilegiadas como destino do doente dependente as unidades de convalescença e unidades de média duração e reabilitação (RNCCI):

Tabela 1 - Critérios de decisão sobre o destino do doente dependente no autocuidado após a alta hospitalar

Categorias	Subcategorias
Aspetos centrados no doente dependente	- Potencial de recuperação de autonomia
	- Dependência inaugural
	- Intensidade da dependência no autocuidado
	- Complexidade do regime terapêutico
	- Elevado risco de complicações
Aspetos centrados na família	- Disponibilidade dos familiares para tomar conta do membro dependente em casa
	- Capacidades do FC para tomar conta do dependente
	- Continuidade do processo de desenvolvimento das capacidades do FC
	- <i>Stress</i> do FC
	- Processos familiares
	- Recursos económicos da família
	- Vontade da família
	- Condições habitacionais
Aspetos centrados na comunidade	- Serviços de cuidados ao domicílio disponíveis
	- Suporte da rede social
Aspetos centrados nas respostas dos serviços de saúde	- Acesso às diferentes unidades de internamento da RNCCI
	- Distância geográfica entre a unidade de internamento da (RNCCI) para a qual o doente é encaminhado e a residência da família
	- Burocratização no processo de encaminhamento dos doentes dependentes
	- Necessidade de gestão da duração dos internamentos hospitalares por parte dos profissionais de saúde
	- Conhecimento dos profissionais de saúde sobre os recursos necessários para a tomada de decisão sobre o destino do doente após a alta hospitalar
	- Atitude dos profissionais de saúde no processo de encaminhamento do doente dependente para a RNCCI

“Portanto, doentes com potencial de recuperação, com algum potencial de recuperação... Maior ou menor, não é? Portanto, isso é que nos leva a que eles vão para umas ou para outras unidades...” (P1)

*Dependência inaugural* foi uma subcategoria, também, presente no discurso dos participantes:

“O principal critério quando foi criada a rede é a dependência de novo.... era um doente que era autónomo, ou seja, um doente que a partir de uma determinada situação passou a ser dependente... ou porque teve um Acidente Vascular Cerebral ou porque fez uma cirurgia que o deixou mais debilitado.” (P1)

A *intensidade da dependência no autocuidado* e, no concreto, o domínio e o nível de dependên-

cia é, também, referido como critério importante na decisão. Perante situações de elevados níveis de dependência, os doentes são encaminhados para as unidades de longa duração e manutenção (RNCCI):

“Portanto, são as dependências e, portanto, dependendo do tipo de dependências que o doente tem [...] escolhemos uma ou outra unidade.” (P1)

Os profissionais de saúde também valorizam como motivo de referência a necessidade dos doentes desenvolverem competências face à *complexidade do regime terapêutico (medicação)* prescrito como, por exemplo, a necessidade de aprendizagem sobre a alimentação adequada, monitorização e administração de insulina e a gestão de sinais e sintomas associado ao diagnóstico de

diabetes. As unidades de convalescença (RNCCI) são apontadas como destinos privilegiados nestas situações:

“Imagine uma pessoa que não era diabética e passou a ser! Não é num dia nem em dois que a pessoa vai saber lidar com a sua diabetes... a alimentação e outros aspetos inerentes... então nós requeremos, face às preocupações do doente com a sua nova doença, requeremos treino para o doente e para os cuidadores para dar resposta à nova situação... e referenciamos habitualmente para as unidades de convalescença!” (P18)

O *elevado risco de complicações*, sobretudo nos doentes com elevado nível de dependência, também surge como critério de decisão. As unidades de longa duração e manutenção (RNCCI) são, habitualmente, o destino destes doentes muito dependentes:

“...doente que até já era acamado, mas é um doente de risco porque tem úlceras de pressão ou desidratado, eu referencio, por norma, para uma unidade de longa duração...” (P5)

#### *Categoria 2: Aspetos centrados na família*

Os “aspetos centrados na família” é uma categoria também muito presente e relevante nas narrativas dos participantes. A *disponibilidade dos familiares para tomar conta do membro dependente em casa* é referida como critério de decisão. A força de vontade, a consciencialização e o envolvimento dos membros da família são determinantes para a experiência bem-sucedida da transição que as famílias vivenciam com a necessidade de integrar um membro dependente (Meleis, 2007; Schumacher et al, 2000, Shyu, 2000). A procura de recursos acerca do que é necessário, a utilização de modelos, a preparação ativa e a proatividade, são exemplos do nível do envolvimento dos membros da família no processo de transição. A falta de disponibilidade por parte dos familiares frequentemente é motivo para que as unidades de internamento da RNCCI, os lares de idosos ou as famílias de acolhimento sejam destinos privilegiados:

“[...] doente mais dependente e reparamos... há qualquer coisa que nos diz que a família não quer ter capacidade para dar resposta às necessidades do doente ... então aí, em conjunto com o médico,

preenchemos então a nota de alerta, a nota de pré-alta, contactamos a assistente social e a equipa de gestão de altas ....” (P6)

As *capacidades do familiar cuidador (FC) para tomar conta do dependente* é, também, referido como um critério importante de decisão sobre o destino dos doentes dependentes. A preparação e o conhecimento, como recurso individual necessário para antecipar e preparar o FC para a experiência de cuidar que irá vivenciar é um fator facilitador das transições saudáveis (Meleis, 2007; Petronilho, 2007; Pringle et al, 2008; Schumacher et al, 2000):

“Tivemos aí um senhor que a rede não o queria receber e nós à luz de 12 internamentos que o doente tinha feito num ano apenas, conseguimos que eles o aceitassem numa unidade de longa duração... porque de facto o cuidador não tinha competência para cuidar dele em casa!” (P18)

Destaca-se, igualmente, a *continuidade do processo de desenvolvimento das capacidades do FC* como estratégia para aumentar o seu reportório de conhecimentos e habilidades face há necessidade de exercer o seu papel com maior eficácia (Petronilho, 2007; Rotondi et al, 2007; Schumacher et al, 2000):

“... mas se é um doente com família e vai ser referenciado para uma unidade longe de casa ... e o cuidador precisa de aprender... isso condiciona muito... normalmente há a preocupação de colocar os doentes o mais próximo possível da área de residência para o FC poder aprender!” (P5)

O *stress do FC* é uma das subcategorias emergentes, conduzindo os doentes em que os familiares cuidadores experimentam níveis elevados de sobrecarga a terem como destino as unidades de longa duração e manutenção (RNCCI):

“Às vezes somos procurados pelos familiares... a pedir a referenciação.... Porque têm conhecimentos... e vêm pedir... alguns por cansaço! Portanto, para descanso do cuidador!” (P18)

Os *processos familiares* é uma subcategoria que também surge no discurso dos participantes. Destacamos o apoio ao principal cuidador e a (in) capacidade das famílias para se organizarem na prestação de cuidados relativamente, por exemplo, à forma como o processo de tomar conta irá

ser partilhado pelos diferentes membros da família (Schumache et al, 2000; Shyu, 2000):

“O mais difícil é depois as famílias organizarem-se numa situação de uma nova dependência, a gente questiona sempre, porque depois eles ficam sempre muito como é que hei-de dizer... sem saber o que fazer, e acontece muitas vezes que eles ficam sem saber o que fazer...” (P7)

Os *recursos económicos da família* também surge como critério de decisão determinante para o destino do doente dependente. O *status socio-económico* é considerado um fator facilitador/inibidor das transições (Meleis, 2007; Petronilho, 2010; Schumacher et al, 2000; Shyu, 2000). Os lares de idosos e as famílias de acolhimento são, frequentemente, o destino destes doentes após a alta hospitalar:

“Há famílias que gostariam de continuar a cuidar dos familiares... é complicado!.. não o fazem, porque não têm disponibilidade... têm grandes dificuldades... também não podem abandonar os seus empregos! não é?!... é complicado! [...] Estamos a falar de famílias carenciadas... com grandes dificuldades económicas...” (P14)

A *vontade da família* é, também, relatada como um critério que pode influenciar o destino do familiar dependente:

“Ou o próprio doente ou a família recusam! (refere-se à possibilidade de internamento numa unidade da rede... Bem... eu não entendo isto como recusa do doente! ao longo deste processo, nós conversamos muito com a família e essa dita recusa é transformada numa reformulação da referenciação... o que é que isto quer dizer?... é cancelado a referenciação para a rede e é arranjada uma alternativa com apoio domiciliário!” (P14)

Outra subcategoria que emerge nas narrativas são as *condições habitacionais*. A necessidade de proceder à adaptação dos espaços da habitação (ex. quarto, casa de banho, espaços comuns) muitas vezes com dimensões limitadas e com estruturas e equipamentos que passam a ser desadequados perante a nova condição de saúde do familiar dependente (ex. escadas, banheira, degraus, a disposição dos móveis nas divisões mais frequentadas), o acesso exterior à habitação, constituem barreiras limitadoras quer da autonomia

do dependente, quer do exercício do papel do FC. Nestas situações, os doentes com maior potencial de recuperação têm frequentemente como destino temporário as unidades de convalescença, ou, na ausência de potencial, os lares de idosos e as famílias de acolhimento:

“... Assim como não terem condições habitacionais mínimas!” (P3)

### *Categoria 3: Aspectos centrados nas respostas da comunidade*

Os “aspectos centrados nas respostas da comunidade”, como fator determinante das transições (Meleis, 2007; Schumacher et al, 2000; Shyu, 2000) é uma categoria também evidenciada nas narrativas dos participantes, na qual, uma das subcategorias que emerge é os *serviços de cuidados ao domicílio disponíveis*, tais como, o apoio das equipas de saúde na supervisão e no desenvolvimento de capacidades nos FC e a prestação de cuidados de maior complexidade (ex. tratamento às úlceras de pressão, cuidados de reabilitação):

“Aqui no concelho, surgiu no mês passado algo muito importante... uma equipa da rede de apoio domiciliário e nós temos muitas pessoas que querem ir para casa mas com apoio domiciliário!... não querem ir para as unidades da rede!... e esta equipa é uma boa solução! [...] assim conseguimos que muitos doentes tenham apoio muito próximo ... no domicílio, e assim, eles dão continuidade, por exemplo, a ensinamentos que nós iniciamos quer com o próprio doente, quer com os cuidadores... estes enfermeiros são especialistas em reabilitação!” (P9)

O *suporte da rede social* é uma subcategoria que também emergente como critério de decisão. Falamos dos lares de idosos, famílias de acolhimento, equipas de apoio domiciliário que auxiliam nos cuidados de higiene e conforto e no fornecimento das refeições diárias:

“Nós temos uma excelente rede social de apoio no concelho, o que significa que isto também é determinante para não termos nos serviços casos sociais e assim os doentes têm alta hospitalar sem grandes problemas! [...] Se tivermos uma situação que seja referenciada para a rede e que não tenha vaga de momento... facilmente é recebido e compreendido pelas equipas dos serviços por-

que como temos um bom apoio social, as pessoas percebem que o doente, apesar de não ter vaga na rede, fica muito pouco tempo no serviço, porque arranja-se vaga com facilidade e rapidamente na rede social ... lares, família de acolhimento, apoio domiciliário...” P8

*Categoria 4: Aspetos centrados nas respostas dos serviços de saúde*

Por último, emerge os “aspetos centrados nas respostas dos serviços de saúde” como categoria importante. Engloba o *acesso às diferentes unidades de internamento da RNCCI*:

“O número de vagas para cada unidade da rede também influencia o próprio destino do doente... já tivemos casos desses!... sabes que para a convalescença há menos vagas do que para uma média ou longa duração... e muitas vezes os médicos também são pressionados para isso... eu noto isso... tenho essa experiência...” (P3)

A *distância geográfica entre a unidade de internamento da RNCCI proposta e a residência da família* surge como critério de decisão a considerar, uma vez que a cobertura da RNCCI é ainda assimétrica na região norte do país. Assim, nas situações em que a distância é significativa as famílias demonstram menor disponibilidade para aceitar esta opção, tendo em conta os recursos económicos (gastos significativos com os transportes), a gestão do tempo necessário para as visitas diárias (limitado). Deste modo, a perceção de abandono do dependente por parte de muitas famílias está presente, o que influencia a sua decisão de rejeitar as unidades de internamento da RNCCI como destino do familiar após a alta hospitalar. Nestas situações, o regresso a casa é a opção muitas vezes tomada pelos familiares:

“Depois há coisas importantes que são quando os doentes são referenciados para a rede para locais longe de casa... a questão da deslocação também é muito importante para os familiares!... sobretudo se forem convocados para os ensinos e treinos e as pessoas dizem que assim não podem!... aqui estavam muito mais perto de casa!... e isto é uma situação que ninguém pensa...os médicos não pensam! Eu utilizo sempre este aspeto como um critério de referência e falo sempre

com a família...” (P3)

Outra das subcategorias presente é a *burocratização no processo de encaminhamento dos doentes dependentes*. A complexidade burocrática na referenciação do doente percecionada como um processo que faz aumentar o número de dias de internamento, ameaçador à produção de indicadores assistenciais da qualidade desejados, torna a opção de encaminhar o doente para casa, a decisão mais “fácil”:

“...Antigamente nós tínhamos a possibilidade de mandar estes doentes... ou terminais, ou que não tinham solução, ou que eram da área de residência dos sítios onde havia os hospitais das misericórdias e mandávamos os doentes no próprio dia... Facilitava-nos muito os internamentos... e claro... nós já chegamos à conclusão que o tempo médio de internamento neste último ano aumentou nos serviços!... e um dos motivos, de facto, foi esse!...deixamos de poder mandar os doentes diretamente para esses sítios e os doentes têm que ficar nos serviços à espera dessas vagas, em lista de espera e às vezes, fizeram com que os internamentos se prolongassem e muitos médicos não querem pedir, não querem referenciar o doente porque acham que com isso é complicar a situação!!!... Então preferem mandar o doente para o domicílio...” (P1)

A *necessidade de gestão da duração dos internamentos hospitalares por parte dos profissionais de saúde* é, igualmente, referida pelos participantes. Daí, razões como as dificuldades no encaminhamento dos doentes para as unidades de internamento da RNCCI, a perceção do aumento do número médio de dias de internamento nos hospitais com a implementação da RNCCI (dificuldades no acesso devido à falta de vagas), a pressão sentida para procederem à alta hospitalar o mais precoce possível, são, também, motivos referidos e que condicionam a decisão sobre o destino do doente dependente. O regresso a casa é, habitualmente, nestas circunstâncias, a decisão tomada pelos profissionais de saúde.

“Sabemos que há doentes com critérios de referenciação... Mas sabemos que há clínicos que acham que ao referencia-los vão permanecer muito mais tempo e como também lutam com indica-

dores assistenciais e querem mostrar bons resultados... acaba por ser um fator para não os referenciar!..” (P18)

*O conhecimento dos profissionais de saúde sobre os recursos necessários para a tomada de decisão sobre o destino do doente após a alta hospitalar.* O nível de conhecimento dos profissionais de saúde envolvidos sobre os recursos (ex. critérios de decisão específicos da RNCCI), são apontados pelos participantes como fatores determinantes no processo de decisão sobre o destino dos doentes dependentes:

“Nós percebemos que a RNCCI e a EGA não eram muito bem conhecidas pelos nossos colegas, pelos médicos e outros!... Fizemos formação como te disse e tivemos uma excelente adesão... mas continuamos a ter em algumas áreas pessoas que não frequentaram a formação ... e estou a falar dos médicos!... Mas há partida já contávamos com isso, porque de uma forma geral, os médicos participam pouco nestes processos! Alguns enfermeiros e muitos médicos... o conhecimento que têm sobre a rede e a EGA é ainda é muito deficitário! ... e isso condiciona o nosso trabalho e assim a referenciação dos doentes após a alta hospitalar...” (P9)

Outra subcategoria refere-se à *atitude dos profissionais de saúde no processo de encaminhamento do doente dependente para a RNCCI*. É apontado como fator que compromete a qualidade da comunicação dos vários elementos envolvidos no processo (profissionais dos serviços de internamento, da EGA, a própria família do doente dependente) e, deste modo, a decisão sobre o destino do doente dependente. Em muitas destas situações, o doente regressa a casa:

“Há alguns profissionais que são um bocado renitentes a referenciar para a RNCCI... porque não vêm os cuidados continuados como uma mais-valia para a melhoria do estado de saúde da pessoa...” (P11)

*Destino dos doentes dependentes no momento da alta hospitalar: uma amostra de 273 casos*

Este estudo que apresentamos, refere-se à etapa inicial de uma investigação mais abrangente,

do tipo longitudinal, que visou acompanhar uma amostra de dependentes no autocuidado (273 casos), durante 3 meses, após a alta hospitalar, com 3 momentos de avaliação (1º, 2º e 3º mês). No momento da alta hospitalar, existiram 273 casos de pessoas dependentes que aceitaram participar no estudo de acompanhamento. A maioria destes doentes teve alta para casa (58,6%) e uma percentagem significativa para as unidades de internamento da RNCCI (28,2%). Os lares (9,5%) e as famílias de acolhimento (3,7%) constituíram ainda locais de destino destes dependentes, mas em menor escala (Tabela 2).

*Tabela 2 – Distribuição dos doentes dependentes relativamente ao destino no momento da alta hospitalar (N=273)*

Destino dos doentes dependentes no momento da alta hospitalar	Nº	%
RNCCI		
Unidades de Convalescença (UC)	24	8,8
Unidades de Média Duração e Reabilitação (UMDR)	23	8,4
Unidades de Longa Duração e Manutenção (ULDM)	26	9,5
Unidades de Cuidados Paliativos (UCP)	4	1,5
Domicílio	160	58,6
Lares	26	9,5
Famílias de Acolhimento	10	3,7
Total (N)	273	100,0

## CONCLUSÕES

Na decisão sobre o destino dos doentes dependentes após a alta hospitalar, os profissionais de saúde suportam-se num conjunto de critérios orientados, no essencial, pela condição de saúde do doente, pelos recursos familiares, pelas respostas disponíveis na comunidade e nos serviços de saúde. Existem critérios sistematicamente referidos pelos participantes como de maior peso no processo de tomada de decisão, independentemente da sua categoria profissional. Destacariamos os aspetos centrados no doente dependente com enfoque no potencial de recuperação de autonomia e o grau de dependência, bem como, os aspetos centrados no suporte familiar com enfoque no grau de mestria do FC para tomar conta do dependente

em casa. Com base nos resultados, as terapêuticas de enfermagem são um recurso essencial na promoção das transições saudáveis das famílias com dependentes no seu regresso a casa, uma vez que, os critérios envolvidos na decisão, inscrevem-se essencialmente no âmbito da decisão clínica dos enfermeiros.

## BIBLIOGRAFIA

- Bardin, Laurence (2009). *Análise de conteúdo*. Edições 70.
- Instituto Nacional de Estatística (2011). *Censos de 2011: principais indicadores*. Disponível online: [http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_princindic](http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_princindic)
- Meleis, Afaf (2007). *Theoretical nursing: development and progress (4ª ed.)*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Opie, Anne (1998). “Nobody’s Asked Me for My View”: Users’ Empowerment by Multidisciplinary Health Teams. *Qualitative Health Research*. <http://qhr.sagepub.com/content/8/2/188>.
- Petronilho, Fernando (2007). Preparação do regresso a casa. Coimbra: Formasau.
- Petronilho, Fernando (2010). “A transição dos membros da família para o exercício do papel de cuidadores quando incorporam no seu seio um membro dependente no autocuidado: uma revisão da literatura”. *Revista de Investigação em Enfermagem*, fev., 43 – 58.
- Polit, D.; Beck, C. & Hungler, B. (2004). *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: Métodos, avaliação e utilização*, (5ª ed.). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Popejoy, Lori (2010). Participation of elder persons, families, and health care teams in hospital discharge destination decisions. *Applied Nursing Research*.
- Portugal – Ministério da Saúde - *Decreto-Lei n.º 101/06* – cria a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. *Diário da República*, 1ª Série, (109), 6 de junho de 2006, pp.3856-3865.
- Pringle, J.; Hendry, C. & Mclafferty, E. (2008). A review of the early discharge experiences of stroke survivors and their carers. *Journal of Clinical Nursing*, 17, 2384 – 2397.
- Rotondi, A.; J.; Sinkule, J.; Balzer, K.; Harris, J. & Moldovan, R. (2007). A Qualitative Needs Assessment of Persons Who Have Experienced Traumatic Brain Injury and Their Primary Family Caregivers. *Journal of Head Trauma Rehabilitation*, vol.22, nº1, 14-25.
- Schumacher, Karen (1995). Family Caregiver Role Acquisition: Role-Making Through Situated Interaction. *Scholarly Inquiry for Nursing Practice: An International Journal*, 9 (3), 211-226.
- Schumacher, K.; Stewart, B.; Archbold, P.; Dodd, M. & Dibble, S. (2000). Family Caregiving Skill: Development of the Concept. *Research in Nursing & Health*, 23, 191–203.
- Shyu, Y. (2000). The needs of Family Caregivers of Frail Elders During the Transition From Hospital to Home: a Taiwanese Sample. *Journal of Advanced Nursing*, 32(3), 619–625.
- Shyu, Y.; Chen, M.; Chen, S.; Wang, H. & Shao, J. (2008). A family caregiver-oriented discharge planning program for older stroke patients and their family caregivers. *Journal of Clinical Nursing*, 17, 2497 – 2508.
- Stoltz, P., Udén, J. & Willan, A. (2004). Support for family carers who care for an elderly person at home – a systematic literature review. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 18, 111–119.
- Tavares, Mónica (2011). *Destino dos doentes dependentes no autocuidado após a alta hospitalar: critérios, intervenientes e níveis de decisão*. Dissertação de candidatura ao grau de Mestre em Ciências da Enfermagem submetida ao Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto.

# IMPACTO DAS DOENÇAS DO HUMOR NA QUALIDADE DE VIDA\*

Ermelinda de Fátima Dias da Cunha de Macedo<sup>(1)</sup>; Paulo Nuno Sousa Nossa<sup>(2)</sup>; Carlos Fernandes da Silva<sup>(3)</sup>



## Resumo

**Introdução:** As Doenças do Humor (DH) provocam um forte prejuízo nas pessoas, embora ainda não seja muito claro o seu impacto na qualidade de vida (QDV) conforme a especificidade da doença.

**Objetivos:** Os objetivos deste estudo são: 1) identificar relações significativas entre a QDV e variáveis sociodemográficas em pessoas com doenças do humor; 2) identificar relações significativas entre a QDV e a Depressão Major (DM) Distímia (D) Doença Bipolar (DB) e Perturbações Depressivas Sem Outra Especificação (PDSOE).

**Material e Métodos:** Participantes - 39 sujeitos com DM, D, DB e PDSOE. Instrumentos - WHOQOL-Bref; Índice de Graffar e Questionário de Dados Sociodemográficos e Clínicos. Análises estatísticas: Utilizado o *IBM SPSS Statistics*, versão 19.0. Considerado estatisticamente significativo um valor de  $p < .05$ .

**Resultados:** Realçada a relação entre a idade, sexo, estado civil, escolaridade, classe social e a QDV. Os dados apontam ainda para um impacto diferencial na QDV conforme a DH. Os sujeitos com PDSOE apresentam índices superiores de QDV, existindo algumas relações significativas quando comparadas com a DM, D e DB.

**Conclusões:** Este estudo aponta para a existência de algumas relações entre a QDV e variáveis sociodemográficas e para a presença de diferenças na QDV conforme a DH.

**Palavras-chave:** Qualidade de vida; Transtornos do humor

## Abstract

*IMPACT OF MOOD DISORDERS ON QUALITY OF LIFE*

**Introduction:** Mood Disorders (MD) cause a great distress to people and their lives, although it is not very clear how it can affect Quality Of Life (QOL) according to the specific disease.

**Objectives:** The objectives of this study are: 1) to identify significant relationships between the Quality Of Life (QOL) and sociodemographic variables in people with Mood Disorders; 2) to identify significant relationships between QOL and Major Depression (MD) Dysthymia (D) Bipolar Disorder (BD) and Depressive Disorders Not Otherwise Specified (DDNOE).

**Method:** Participants - 39 subjects with DM, D, DB and PDSOE. Instruments - WHOQOL-Bref; The Graffar Index and the Questionnaire of Sociodemographic and Clinical Data. Statistical analysis: used IBM SPSS, version 19.0. A 0.05 level of significance was considered.

**Results:** It's highlighted the relationship between age, sex, marital status, education, social class and QOL. The data also point to a differential impact on QOL as the DH. Subjects with DDNOE have higher rates of QOL, there are some relationships that are significant when compared with the MD, D and BD.

**Conclusions:** This study points to the existence of some relationships between QOL and sociodemographic variables and the presence of differences in QOL as the mood disorders.

**Keywords:** Quality of life; Mood disorders

## Resumen

*IMPACTO DE LOS TRASTORNOS DEL HUMOR EN LA CALIDAD DE VIDA*

**Introducción:** Los trastornos del humor provocan un fuerte perjuicio en la gente, aunque no sea muy claro cuál su impacto de acuerdo a la enfermedad específica.

**Objetivos:** Los objetivos de este estudio son: 1) identificar las relaciones significativas entre la calidad de vida (CDV) y variables sociodemográficas en las personas con trastornos del humor; 2) identificar las relaciones significativas entre la calidad de vida y la depresión mayor (DM), Distímia (D) Trastorno Bipolar (TB) y los Trastornos Depresivos No Especificados (TDNE).

**Método:** Participantes - 39 sujetos con DM, D, TB y TDNE. Instrumentos - WHOQOL-BREF; Índice de Graffar y un cuestionario de datos demográficos y clínicos. Análisis estadístico: Se utilizó el *IBM SPSS Statistics*, versión 19.0, versión 19.0. Se consideró estadísticamente significativo un valor  $p < .05$ .

Rececionado em junho 2014. Aceite em julho de 2014

<sup>(1)</sup> Professora Adjunta da Escola Superior de Enfermagem da Universidade do Minho; Doutora em Psicologia. Largo do Paço, 4704-553 Braga, Portugal. e-mail: emacedo@ese.uminho.pt

<sup>(2)</sup> Professor Auxiliar da Faculdade de Letras da Universidade de Coimbra, Doutor em Geografia Humana. Largo da Porta Férrea, 3004-530 Coimbra, Portugal.

<sup>(3)</sup> Professor Catedrático do Departamento de Educação da Universidade de Aveiro; Doutor em Psicologia Clínica. Campus de Santiago, 3810 - 193 Aveiro, Portugal.

**Resultados:** Se puso de relieve la relación entre la edad, sexo, clase social y la calidad de vida. Los datos también apuntan para un impacto diferencial en la calidad de vida como el trastorno del humor. Los sujetos con TDNE fueron aquellos con índices más altos de calidad de vida en comparación con la DM, D y TB.

**Conclusiones:** Este estudio indica la existencia de alguna relación entre la calidad de vida y variables sociodemográficas y la presencia de diferencias en la CDV según la enfermedad que tienen los sujetos.

**Palabras clave:** calidad de vida; trastornos del humor

## INTRODUÇÃO

O estudo da Qualidade De Vida (QDV) das pessoas com doença mental tem uma história recente e o interesse em estudá-la tem crescido nos últimos anos. Alguns fatores têm sido apontados para este crescente interesse, nomeadamente o encerramento de hospitais psiquiátricos tradicionais e as políticas de desinstitucionalização que fomentam a (re)integração destas pessoas na comunidade<sup>1</sup>.

Tendo em conta as suas nefastas repercussões na vida das pessoas, as doenças do humor, nomeadamente a depressão *major*<sup>2</sup>, doença bipolar<sup>3</sup> e também a sintomatologia depressiva<sup>4,5</sup> têm sido alvo de preocupação, crescendo nos últimos anos a investigação que avalia a qualidade de vida nestas situações clínicas.

A depressão é considerada um dos problemas mais graves de saúde pública nos países industrializados<sup>6</sup>, sendo que as pessoas com mais sintomas depressivos recorrem mais aos serviços de saúde, permanecem mais tempo internados e apresentam mais absentismo laboral que as menos deprimidas<sup>7</sup>. De uma forma geral os estudos confirmam a natureza incapacitante da depressão e revelam limitações na QDV independentemente da idade dos sujeitos<sup>8,9</sup> e o funcionamento social e a qualidade de vida estão associados de forma negativa com sintomas depressivos, verificando-se pior funcionamento social e pior QDV em pessoas com sintomatologia depressiva do que em pessoas sem essa sintomatologia<sup>7</sup>.

Embora tenham surgido estudos que tentam perceber de entre as doenças mentais, e entre elas as doenças do humor, qual ou quais têm mais impacto na QDV<sup>10,11,12,13,14</sup>, os resultados são inconclusivos quanto a esta relação.

As medidas de QDV estão cada vez mais a ser usadas como complementares às medidas clínicas e biológicas objetivas para avaliar a qualidade dos

serviços, a necessidade de cuidados de saúde, a eficácia das intervenções e o custo benefício, sendo necessárias para captarem a perspetiva do doente acerca da sua doença, das suas necessidades de cuidados de saúde e a sua preferência relativamente ao tratamento e seus resultados<sup>15</sup>.

Com a presença dos aspetos ligados à subjetividade, multidimensionalidade e a evidência de dimensões negativas e positivas, o Grupo da Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL Group) definiu Qualidade de Vida como a perceção do indivíduo da sua posição na vida no contexto cultural e sistema de valores nos quais ele vive em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações<sup>16,17,18,19</sup>. A subjetividade implícita no conceito refere-se à possibilidade da sua definição depender da perceção de cada indivíduo e a multidimensionalidade refere-se a diferentes dimensões da vida que pode englobar.

Tendo em atenção as configurações teóricas de QDV da Organização Mundial da Saúde (OMS), os objetivos do presente estudo são: 1) Identificar relações significativas entre os domínios da QDV e variáveis sociodemográficas e de acompanhamento em pessoas com doenças do humor; 2) identificar relações significativas entre a QDV e a Depressão *Major* (DM) Distímia (D) Doença Bipolar (DB) e Perturbações Depressivas Sem Outra Especificação (PDSOE).

## MÉTODO

### Participantes

Participaram no estudo 39 sujeitos a frequentar a consulta externa de psiquiatria de um Hospital da região norte de Portugal. Estes sujeitos foram recrutados pelo médico psiquiatra de acordo com os seguintes critérios de inclusão previstos pelos

investigadores: terem idades superiores a 18 anos; terem como diagnóstico médico uma doença do humor; ambos os sexos e pertencerem à zona de abrangência do Hospital para a psiquiatria.

Os sujeitos estudados apresentavam diagnósticos médicos pertencentes ao grupo das doenças do humor tendo sido utilizada a *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders IV - Text Review* (DSM IV – TR). Com a colaboração de peritos na área da saúde mental e psiquiatria foi efetuada a respetiva codificação tendo resultado quatro diagnósticos. Assim, 48.7% dos sujeitos apresentavam o diagnóstico de Depressão *Major* (DM); 28.2% Distímia (D); 12.8% Perturbação Depressiva Sem Outra Especificação (PDSOE) e 10.3% Perturbação Bipolar (PB).

As características sociodemográficas dos sujeitos são descritas na Tabela 1.

**Tabela 1.** Características sociodemográficas dos sujeitos

	N=39	%
Idade (M: 52,18; DP: 11,33)		
<54	20	51.3
>54	19	48.7
Sexo		61.5
Feminino	24	38.5
Masculino	15	
Estado Civil		
Solteiro(a)	5	12.8
Casado(a)	25	64.1
União de facto	1	2.6
Divorciado(a)	2	5.1
Viúvo(a)	6	15.4
Escolaridade		
<6anos	32	82.1
>6anos	7	17.9
Classe social		
Classe I (Alta)	1	2.6
Classe II (Média – Alta)	2	5.1
Classe III (Média)	17	43.6
Classe IV (Média – Baixa)	19	48.7
Área de residência		
Predominantemente rural	21	53.8
Predominantemente urbana	18	46.2

A média de idades dos sujeitos foi de 52.18 (DP = 11.33). Mais de metade dos sujeitos era do sexo feminino (61.5%) e relativamente ao estado civil a

maioria encontrava-se casada (64.1%). A maioria dos sujeitos apresentava escolaridade do nível do 1º ciclo (51.3%). 82.1% possuíam uma escolaridade inferior a 6 anos. A classe social predominante foi a Classe IV (Média/Baixa) (48.7%). Mais de metade dos sujeitos vivia numa zona predominantemente rural (53.8%).

### Instrumentos

A QDV foi avaliada através da versão breve da World Health Organization Quality of Life (WHOQOL-Bref) para português de Portugal, resultante da versão longa (WHOQOL-100)<sup>20,21</sup>. O WHOQOL-Bref é constituído por 26 perguntas: duas mais gerais, que se referem à perceção geral de qualidade de vida e à perceção geral da saúde (Faceta QDV Geral) e 24 relativas a cada uma das 24 facetas específicas e está organizado em quatro domínios: Domínio Físico (DF), Domínio Psicológico (DP), Domínio Relações Sociais (DRS) e Domínio Ambiente (DA). A sua estrutura reflete a natureza multidimensional do conceito de QDV adotado pela Organização Mundial da Saúde<sup>17,18,19</sup>.

A classe social foi medida pelo Índice de Giffar<sup>22</sup>. Cada dimensão pode ser cotada entre 1 e 5 pontos, sendo que a pontuação máxima pode atingir 25 pontos e a mínima, 5 pontos. Resulta, daí, um valor médio que classifica a classe social em cinco níveis: I-Alta, II-Média/Alta, III-Média, IV-Média/Baixa e V-Baixa.

Os dados sociodemográficos, clínicos e também dados sobre as condições de acompanhamento (clínicas e sociais) foram obtidos por um questionário que foi designado por Questionário de Dados Sociodemográficos e Clínicos.

### Procedimentos

O processo de recrutamento dos sujeitos foi envolvido de algumas dificuldades que se prenderam com o facto de não ser, em todos os aspetos, controlado pelos investigadores, nomeadamente o acesso aos sujeitos. Aspetos relativos à posse e qualidade da informação e à autonomia neste recrutamento tornaram o processo muito moroso o que condicionou o número de participantes no estudo. Após o encerramento da amostra, os dados foram recolhidos no domicílio dos sujeitos após

contacto telefónico prévio dos investigadores.

Todos os sujeitos assinaram consentimento informado no qual eram explicados os objetivos do estudo, o papel dos investigadores e o cumprimento da confidencialidade. De seguida foi-lhes pedido que preenchessem os questionários, mantendo-se os investigadores disponíveis para o esclarecimento de dúvidas eventuais (Assistido pelos Investigadores). Em alguns casos, quando as competências de leitura eram limitadas, o questionário foi administrado pelos investigadores, seguindo as recomendações contempladas nos procedimentos de administração do WHOQOL-Bref.

#### Análises estatísticas

O tratamento e análise dos dados foram efetuados recorrendo ao *Statistical Package for Social Sciences IBM SPSS Statistics*, versão 19.0.

Foi efetuada a análise descritiva dos dados, tendo sido calculadas frequências absolutas, frequências relativas (%), médias (M), desvio padrão (DP), medianas (Mdn) e Intervalo interquartilico (IQQ) para as variáveis quantitativas, para os dados sociodemográficas e clínicos. Para análise do WHOQOL-Bref, foram seguidas as orientações de sintaxe (equações para calcular a pontuação dos domínios) fornecidas pelo Grupo da Universidade de Coimbra para a Qualidade de Vida representado pela Faculdade de Medicina e Faculdade de Psicologia e Ciências de Educação.

Para se analisarem os dados constantes no Índice de Graffar foram efetuados os cálculos seguindo as indicações constantes no próprio instrumento. Na análise inferencial foram utilizados testes paramétricos (Test T -  $t$ ), sempre que se verificou a normalidade das variáveis e não paramétricos (Mann-Whitney -  $U$  e Kruskal-Wallis -  $K$ ).

Para as variáveis de medida ordinal ou superior foram utilizadas medidas de correlação. O  $\rho$  de Spearman utilizou-se, quando as variáveis eram medidas em escala ordinal e nas variáveis intervalo-rácio como alternativa ao  $r$  de Pearson, quando neste último se violava o pressuposto da normalidade.

A confirmação da não normalidade das variáveis obteve-se através do teste não paramétrico Kolmogorov-Smirnov (K-S), com a correlação de Lilliefors<sup>23,24</sup>.

Em todas as análises estatísticas foi considerado estatisticamente significativo um valor de  $p$  inferior a .05 ( $p < .05$ ).

## RESULTADOS

### Qualidade de vida e dados sociodemográficos e de acompanhamento social e clínico

Os sujeitos com idades  $< 54$  anos apresentaram melhores índices de QDV no DF ( $t(37) = 3.43$ ,  $p < .001$ ) e no DP ( $t(37) = 2.60$ ,  $p < .001$ ) do que os que tinham idades  $> 54$  anos.

Dos 39 sujeitos, 24 eram do sexo feminino. As mulheres evidenciaram pior QDV no DF quando comparadas com os homens ( $t(37) = -2.22$ ,  $p = .018$ ).

Os sujeitos que não tinham companheiro (solteiros/divorciados/separados/viúvos) apresentaram valores na Faceta da QDV Geral superiores aos casados/união de facto ( $U = 102.0$ ,  $p = .02$ ) e os que possuem  $< 6$  anos de escolaridade revelaram piores valores na Faceta da QDV Geral ( $U = 58.0$ ,  $p = .021$ ), DP ( $U = 38.0$ ,  $p = .002$ ) e no DF ( $t(37) = -4.14$ ,  $p < .001$ ), quando comparados com os tinham  $> 6$  anos.

As correlações entre a classe social e a QDV evidenciaram diferenças positivas e significativamente associadas ao DP ( $\rho = 0.36$ ,  $p = .026$ ) e DRS ( $\rho = 0.41$ ,  $p = 0.01$ ), significando que, em média, quanto mais alta é a classe social, medida pelo Índice de Graffar, melhor é a QDV no DP e no DRS.

Quando se analisaram as condições de acompanhamento sociais e clínicas, no que diz respeito às condições de deslocação às consultas médicas de especialidade, verificou-se que os sujeitos que utilizavam apenas um transporte (1 conexão) apresentaram scores mais altos de QDV no DF ( $U = 109.5$ ,  $p = .041$ ), no DA ( $U = 104.0$ ,  $p = .027$ ) e no DP ( $t(26) = 2.74$ ,  $p = .011$ ) do que os que necessitavam de 2 conexões.

### Qualidade de vida e doença

Neste ponto apresentemos as análises descritivas dos Domínios do WHOQOL-Bref correspondente a cada doença do humor. Serão apresentadas e analisadas apenas as relações significativas entre

as variáveis DF, DP, DRS, DA e Faceta QDVG e as variáveis DM, D, PDSOE e DB.

Na Tabela 2 assinalamos a **bold** para cada doença o *score* mais baixo referente a cada domínio e a sublinhado o *score* mais alto.

A Distímia aparece com os valores mais baixos em três (DF, DP e DA) dos quatro domínios de WHOQOL-Bref. As PDSOE são as que apresentam em todos os domínios e na Faceta QDV Geral os valores mais altos (Tabela 2).

Ao fazerem-se as análises descritivas dos Domínios e Faceta QDV Geral no grupo das quatro doenças verifica-se que o domínio do WHOQOL-Bref que apresenta o *score* mais baixo é o DP (45.30) e o mais alto o DA (54.41).

Os sujeitos com Depressão Major apresentam *scores* mais baixos para a Faceta QDV Geral do que os indivíduos com PDSOE e as diferenças são estatisticamente significativas ( $U = 20.0, p = .024$ )

(Tabela 3).

Os sujeitos com Distímia apresentam *scores* inferiores referentes ao DF ( $t(14) = -3,63; p = .003$ ) e ao DP ( $U = 7.5, p = .01$ ) relativamente aos sujeitos com PDSOE (Tabela 4).

Os sujeitos com PDSOE apresentam valores superiores no DF ( $U = 0.5, p = .016$ ) e DP ( $U = 2.5, p = .04$ ) quando comparados com os sujeitos com Doença Bipolar (Tabela 5).

## DISCUSSÃO

Este estudo aproxima-se de outros estudos anteriores já realizados em que é realçada a relação entre algumas variáveis sociodemográficas e a qualidade de vida em pessoas com doença mental. No entanto, relativamente à idade os dados deste estudo, que apontam para que os mais novos revelem

**Tabela 2.** Análises descritivas dos Domínios e Faceta QDV Geral do WHOQOL-Bref distribuídas por cada uma das doenças do humor

Domínios	Doença do Humor (Classificação DSM IV-TR)	n	Média	DP	Mediana	IQQ
Domínio Físico (DF)	Depressão Major	19	50.38	21.36	46.43	32.14
	Distímia	11	42.53	12.32	39.3	14.29
	PDSOE	5	68.57	15.44	71.43	28.57
	Perturbação Bipolar	4	42.89	5.05	41.07	8.93
Domínio Psicológico (DP)	Depressão Major	19	46.93	17.78	41.67	33.33
	Distímia	11	38.64	14.68	37.50	12.50
	PDSOE	5	57.50	12.64	58.33	22.92
	Perturbação Bipolar	4	40.63	8.59	39.58	15.63
Domínio Relações Sociais (DRS)	Depressão Major	19	57.02	14.77	58.33	25.00
	Distímia	11	46.97	21.17	50.0	41.67
	PDSOE	5	66.67	16.67	58.33	29.17
	Perturbação Bipolar	4	43.75	17.18	41.67	31.25
Domínio Ambiente (DA)	Depressão Major	19	55.26	8.66	53.13	12.50
	Distímia	11	48.86	15.45	53.13	28.13
	PDSOE	5	64.38	19.09	59.38	28,13
	Perturbação Bipolar	4	53.13	2.55	53.13	4.69
Faceta QDV Geral	Depressão Major	19	43.42	14.05	37.5	12.50
	Distímia	11	53.41	20.23	50.0	25.00
	PDSOE	5	62.50	19.76	62,50	37.50
	Perturbação Bipolar	4	40.63	11.97	43.75	21.88

**Tabela 3.** Análise Teste T e Mann-Whitney - Comparação dos Domínios e Faceta QDV Geral do WHOQOL-Bref em função da Depressão Major e PDSOE

Domínios	Depressão Major (n=19)	PDSOE (n=5)	t	U	p
	Média±DP	Média±DP			
<b>DF</b>	50.38±21.36	68.57±15.44	-1.77		.09
<b>DP</b>	46.93±17.78	57.50±12.64	-1.24		.228
<b>DRS</b>	57.02±14.77	66.67±16.67	-1.27		.218
<b>DA</b>	55.26±8.66	64.38±19.09	-1.61		.123
	<i>Mediana/IQQ</i>	<i>Mediana/IQQ</i>			
<b>Faceta QDVG</b>	37.42/12.5	62.50/37.50		20.0	.024*

\*p < .05

**Tabela 4.** Análise Test T e Mann-Whitney – Comparação dos Domínios e Faceta QDV Geral do WHOQOL-Bref em função da Distímia e PDSOE.

Domínios	Distímia (n = 11)	PDSOE (n = 5)	t	U	p
	Média±DP	Média±DP			
<b>DF</b>	42.53±12.32	68.57±15.44	-3.63		.003**
<b>DRS</b>	46.97±21.17	66.67±16.67	-1,83		.089
<b>DA</b>	48.86±15,45	64.38±19.09	-1,74		.105
	<i>Mediana/IQQ</i>	<i>Mediana/IQQ</i>			
<b>DP</b>	37.50/12.50	58.33/22.92		7.5	.01*
<b>Faceta QDVG</b>	50.0/25.00	62.50/37.50		19.5	.195

\*p < .05

**Tabela 5.** Análise Mann-Whitney – Comparação dos Domínios e Faceta QDV Geral do WHOQOL-Bref em função das PDSOE e Doença Bipolar.

Domínios	PDSOE Bipolar (n = 5)	Doença (n = 4)	U	p
	<i>Mediana/IQQ</i>	<i>Mediana/IQQ</i>		
<b>DF</b>	71.43/28.57	41.07/8.93	0.5	.016*
<b>DP</b>	58.33/22.92	39.58/15.63	2.5	.04*
<b>DRS</b>	58.33/29.17	41.67/31.25	3.0	.063
<b>DA</b>	59.38/28.13	53.13/4.69	4.5	.111
<b>Faceta QDVG</b>	62.50/37.50	43.75/21.88	3.5	.079

\*p < .05

melhor qualidade de vida no DF e DP, não entram em conformidade com alguma evidência científica anterior. Alguns dados apontam para que pessoas mais velhas com doença mental severa (esquizofrenia, doença bipolar e depressão major) sejam subjetivamente mais confortáveis no seu meio social e mais satisfeitos com as condições de vida gerais<sup>25</sup>. Também existe evidência que a percepção da qualidade de vida melhora à medida que aumenta a idade<sup>26</sup>. De realçar que estes dois últimos estudos analisaram a qualidade de vida de pessoas com doenças mentais para além das doenças do humor, facto que poderá limitar a leitura e comparação dos resultados. Contudo, os mais novos apresentam melhor funcionamento físico, desempenho físico, funcionamento social, saúde geral e saúde mental<sup>9</sup>. Estes dados devem também ser analisados com alguma precaução dado que esta análise foi realizada em três grupos em que dois são grupos com depressão moderada e depressão leve e outro sem depressão em que todos os sujeitos tinham mais de 65 anos.

Relativamente ao sexo, as mulheres apresentam pior QDV no DF que os homens, resultado corroborado com resultados obtidos anteriormente que indicam que as mulheres obtiveram piores índices de QDV no desempenho físico comparadas com os homens<sup>9</sup>. Da mesma forma mulheres entre os 36 e os 45 anos também expressam significativamente níveis mais baixos de satisfação do que os homens na mesma idade<sup>25</sup>.

No que respeita ao estado civil, os nossos resultados indicam que os que não tinham companheiro apresentaram valores da Faceta QDV Geral superiores do que os que tinham companheiro. De facto, relativamente a este dado, os resultados de estudos anteriores não são coincidentes, sendo que os casados e os solteiros apresentam melhor qualidade de vida que os viúvos<sup>9</sup>. Esta discordância pode dever-se ao facto de, por um lado, as dimensões de análise serem diferentes, dado que o que nos interessou saber foi a influência da presença de um companheiro na qualidade de vida e, por outro, estarmos perante uma amostra com características diferentes.

Num estudo alemão que envolvia pessoas com doença mental em regime ambulatorio, os resultados mostram que um nível mais elevado de escolaridade

se associa a *scores* mais altos de QDV. Obtiveram-se diferenças significativas no DF e DA, o que corrobora parcialmente os resultados obtidos no nosso estudo<sup>26</sup>. Também neste trabalho foram analisadas diferentes doenças mentais para além das doenças do humor, aspeto que se transforma numa limitação quando queremos comparar resultados.

Contudo, outros resultados não são análogos aos deste estudo, ao encontrarem uma associação inversa entre os elevados níveis de escolaridade e a Faceta QDV Geral, isto é os sujeitos com mais anos de escolaridade tinham uma percepção mais baixa da sua saúde<sup>27</sup>. O referido estudo para além de não concretizar as doenças mentais crónicas também difere do nosso estudo, na medida em que estamos perante pessoas inseridas em estruturas comunitárias o que nos pode dar outro tipo de resultados quando comparadas com pessoas integradas nos seus ambientes e a viverem nas suas próprias casas.

Verificou-se neste estudo que a classe social se correlaciona de forma positiva com o DP e DA. Não encontramos dados de outros estudos que tivessem analisado esta variável, no entanto, apenas ter um trabalho apresentou-se como um facto que aumenta os *scores* no domínio físico, no domínio ambiente nas facetas recursos financeiros, cuidados de saúde e sociais, e oportunidades para adquirir novas informações<sup>26</sup>.

No que diz respeito às condições de deslocação às consultas médicas de especialidade, verificou-se que os sujeitos que utilizavam apenas um transporte (1 conexão) apresentaram *scores* mais altos de QDV no DF do que os que necessitavam de 2 conexões. De facto, os fatores sociais e económicos, onde podemos incluir os recursos disponíveis para o acesso aos cuidados de saúde, são apontados pela OMS<sup>28</sup> como uma dimensão importante na adesão ao regime terapêutico, razão pela qual deve ser uma variável a estudar. Também este resultado pode sugerir que as pessoas com mais limitações físicas são as que precisam de mais recursos de transportes para aceder aos cuidados de saúde.

De entre os domínios do WHOQOL-Bref, os mais afetados foram o DP e o DF. De facto, também os DP e DF são encontrados como mais afetados

em sujeitos com sintomatologia depressiva<sup>2,4</sup>. Relativamente ao DP, este deve ser analisado tendo em conta que a depressão é acompanhada de profundas modificações da pessoa nas suas relações com o mundo especialmente na forma negativa como analisa o futuro<sup>29</sup>. As pessoas com doenças depressivas apresentam frequentemente queixas físicas múltiplas<sup>6</sup>, o que pode justificar a afetação do DF.

Quando tentamos perceber qual a doença que mais afetava a QDV verificámos que quando se compararam os sujeitos com DM e PDSOE os que têm o primeiro diagnóstico revelam a sua QDV mais afetada na Faceta QDV Geral. Da mesma forma, quando se compararam pessoas com diagnóstico de DM, utentes de centros de saúde e sujeitos da população geral, revelou que os sujeitos com DM são aqueles que apresentam piores índices de QDV em todos os domínios e faceta do WHOQOL-Bref. De referir que cerca de metade dos sujeitos que formava o grupo de pessoas com depressão maior era seguido em regime de internamento e os outros em regime ambulatorio (consulta externa) e que quando estes dois grupos são comparados, estes últimos apresentam maiores índices de QDV em todos os domínios e faceta do WHOQOL-Bref<sup>2</sup>.

No nosso estudo os sujeitos com distímia apresentaram piores índices de QDV no DF e DP do que os com o diagnóstico de PDSOE. De facto, a distímia tem sido apontada como uma importante causa de morbilidade, associada a uma acentuada diminuição da qualidade de vida, contribuindo para a elevada prevalência das doenças mentais e um dos problemas de saúde que aumenta os custos financeiros<sup>30</sup>.

Os sujeitos com doença bipolar também revelam piores índices de QDV no DF e DP do que os sujeitos com diagnóstico de PDSOE. A doença bipolar tem sido apresentada em alguns estudos como sendo uma das doenças do humor com baixos scores de QDV. The Netherlands Health Survey and Incidence Study (NEMESIS) ao analisar sujeitos com doença bipolar, sujeitos com outras doenças do humor, sujeitos com uso de substâncias, sujeitos com diagnóstico de ansiedade e outros como não tendo doença mental, concluiu que no domínio da saúde mental os sujeitos com doença bipolar apresentavam scores mais baixos quando aplicado o SF-36<sup>12</sup>. Os autores concluem

que a QDV está marcadamente comprometida nas pessoas com doença bipolar, mesmo quando são considerados clinicamente eutímicos.

## CONCLUSÕES

Embora, de uma forma geral, os resultados deste estudo corroborem os anteriores, na medida em que revelam que os domínios da QDV são afetados pelas doenças do humor, as comparações tornam-se difíceis devido a diferenças na avaliação da QDV, nomeadamente nas características das amostras em estudo, contexto de recolha de dados e instrumentos de avaliação utilizados.

Este estudo aponta para a existência de algumas relações entre a qualidade de vida e variáveis sociodemográficas e para a presença de diferenças na qualidade de vida conforme a doença do humor que os sujeitos apresentam. Sublinha, ainda, a importância de se usarem medidas corretas de diagnóstico no sentido de se perceber de entre as doenças mentais, concretamente as doenças do humor, quais as que afetam mais a qualidade de vida das pessoas.

O seu valor acrescentado revela-se na sua contribuição para o corpo de conhecimento sobre as relações entre variáveis sociodemográficas e clínicas e a QDV e na avaliação global, culturalmente sensível e subjetiva da QDV num contexto geográfico onde não tinha sido ainda realizado um estudo com estas características. Acrescenta, ainda, o facto de ser comparada a qualidade de vida em pessoas que apresentam como diagnóstico médico, apenas doenças do humor.

Através da análise dos nossos resultados e pela análise da evidência científica anterior, podemos concluir que a relação entre a qualidade de vida e as doenças mentais é complexa e nem sempre consensual. De facto, a qualidade de vida e a doença mental podem ser alvo de estudos com desenhos diferentes o que pode fazer divergir os resultados.

A investigação neste campo deve ser incrementada de forma sustentada, atendendo a que a qualidade de vida é, cada vez mais, encarada como uma medida de avaliação para medir o impacto da doença, os resultados e as intervenções.

**Agradecimentos:**

Os autores expressam o seu agradecimento ao Hospital que lhes permitiu ter acesso aos participantes e a todos os profissionais que nos ajudaram a ter acesso à amostra, particularmente à Enfermeira Maria das Dores, ao Médico Psiquiatra Dr. Patrício Ferreira e à Médica Psiquiatra Dr.<sup>a</sup> Natália Fernandes. Agradecem de forma especial às pessoas selecionadas por aceitaram participar no estudo e pela amabilidade de os terem recebido nas suas casas. Ao Grupo da Universidade de Coimbra para a Qualidade de Vida representado pela Faculdade de Medicina e Faculdade de Psicologia e Ciências de Educação um muito obrigada pelas orientações fornecidas relativamente ao WHOQOL-Bref.

**REFERÊNCIAS**

1. Souza L, Coutinho, E. Factores associados à qualidade de vida de pacientes com esquizofrenia. *Revista Brasileira Psiquiatria*. 2006; 28 (1), 50-8.
2. Gameiro S, Carona C, Silva S, Canavarro M. Qualidade de vida e depressão: um estudo comparativo com doentes com diagnóstico clínico de depressão major, utentes de centros de saúde e indivíduos da população geral. In: Canavarro M, Vaz Serra A, editores. *Qualidade de vida e saúde: Uma abordagem na perspectiva da Organização Mundial de Saúde* (Lisboa): Fundação Calouste Gulbenkian; 2010. p. 299-323.
3. Figueira M, Leitão J, Gameiro S. Qualidade de vida em doentes bipolares. In: Canavarro M, Vaz Serra A, editores. *Qualidade de vida e saúde: Uma abordagem na perspectiva da Organização Mundial de Saúde* (Lisboa): Fundação Calouste Gulbenkian; 2010. p. 283-98.
4. Gameiro S, Carona C, Pereira M, Canavarro M, Simões M, Rijo D, Quartilho M, Paredes T, Vaz Serra A. Sintomatologia depressiva e qualidade de vida na população geral. *Psicologia, Saúde & Doenças*. 2008; 9 (1): 103-12.
5. Mcntyre T, Barroso R, Lourenço M. Impacto da depressão na qualidade de vida dos doentes. *Saúde Mental*. 2002; 17 (5): 13-24.
6. Gusmão R, Xavier M, Heitor M, Bento A, Caldas de Almeida, JM. O peso das perturbações depressivas. Aspectos epidemiológicos globais e necessidades de informação em Portugal. *Acta Médica Portuguesa*. 2004; 18: 129-46.
7. Fleck M, Lima A, Louzada S, Schestasky G, Henriques A, Borges V, Camey S, Grupo LIDO. Associação entre sintomas depressivos e funcionamento social em cuidados de saúde primários de saúde. *Rev Saúde Pública*. 2002; 36 (4): 431-38.
8. Xavier F, Ferraz M, Bertollucci P, Poyares D, Moriguchi E. Episódio depressivo maior, prevalência e impacto sobre qualidade de vida, sono e cognição em octogenários. *Rev Bras Psiquiatr* 2001; 23 (2): 62-70.
9. Rodrigues C, Leal I. Limitações da qualidade de vida e depressão em pessoas idosas. In: Ribeiro J, Leal I, editores. *Actas do 5º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde «A psicologia da saúde num mundo em mudança»*; 28-30 de Junho 2004 (Lisboa); Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada; 2004. p. 771-76.
10. Atkinson M, Zibin S, Chuang H. Characterizing quality of life among patients with chronic mental illness: a critical examination of the Self-Report Methodology. *Am J Psychiatry*. 1997; 154 (1): 99-105.
11. The ESEMeD/MHEDEA 2000 investigators. Disability and quality of life impact of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD9 project). *Acta Psychiatr Scand*. 2004; 109 Suppl 420: S38-46.
12. Michalak E, Yatham L, Lam R. Quality of life in bipolar disorder: a review of the literature. *The Journal of Lifelong Learning in Psychiatry*. 2007; 5 (1): 117-34.
13. Saarni S. Health-Related quality of life and mental disorders in Finland. Helsinki: Publications of the National Public Health Institute, 2008.
14. Hellerstein D, Agosti V, Bosi M, Black S. Impairment in psychosocial functioning associated with dysthymic disorder in the NESARC study. *J Affect Disord*. 2010; 127 (1): 84-8.
15. Carr A, Higginson I. Are quality of life measures patient centred? *BMJ*. 2001; 322: 1357-60.
16. Rapley M. *Quality of life: A critical introduction*. London: Sage Publications; 2003.
17. World Health Organization. *Programme on Mental Health: WHOQOL - Measuring Quality of Life*. Geneva: World Health Organization; 1997.
18. WHOQOL Group. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL). Position paper from the World Health Organization. *Soc Sci Med*. 1995; 41 (10): 1403-09.
19. WHOQOL Group. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): Development and general psychometric properties. *Soc Sci Med*. 1998; 46 (12): 1569-85.
20. Canavarro M, Vaz Serra A, Pereira M, Simões M, Quintais L, Quartilho M. Desenvolvimento do instrumento de avaliação da qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100) para português de Portugal. *Psiquiatria Clínica*. 2006; 27 (1): 15-23.
21. Vaz Serra A, Canavarro M, Simões M, Pereira M, Gameiro S, Quartilho M. Estudos psicométricos do instrumento de avaliação da qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-Bref) para português de Portugal. *Psiquiatria Clínica*. 2006; 27 (1): 31-40.
22. Amaro, F. Escala de Graffar. In: Costa AB. et al., editores. *Currículos Funcionais*. IIE, II.: Lisboa, 1990.
23. Pestana M, Gageiro J. *Análise de Dados para as Ciências Sociais – A Complementaridade do SPSS*. 5.ed. Lisboa: Edições Sílabo, Lda; 2005.

24. Maroco, J. *Análise Estatística com Utilização do SPSS*. 3.ed. Lisboa: Edições Síbalo; 2007.
25. Mercier C, Péladeau N, Tempier R. Age, gender and quality of life. *Community Ment Health J*. 1998; 34 (5): 487-500.
26. Masthoff E, Trompenaars F, Van Heck G, Hodiament P, De Vries J. Demographic characteristics as predictors of quality of life in a population of psychiatric outpatients. *Social Indicators Research*. 2006; 76 (2): 165-84.
27. Pais-Ribeiro J, Guterres M. A qualidade de vida das pessoas com perturbações mentais crónicas apoiadas por serviços comunitários. In: Leal I, Cabral I, Pais-Ribeiro J, editores. *Actas do 4º congresso nacional de psicologia da saúde «a saúde numa perspectiva de ciclo de vida»; 2 a 3 de Outubro 2002* (Lisboa); Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada; 2002. p. 283-89.
28. World Health Organization. *Adherence to long term therapies: evidence for action*, Geneva: World Health Organization; 2003.
29. Leval N. Quality of life and depression: Symmetry concepts. *Qual Life Res*. 1999; 8: 283-91.
30. Spanemberg L, Juruena M. (2004). Distímia: características históricas e nosológicas e sua relação com transtorno depressivo maior. *Revista Psiquiatria*. Rio Gd. Sul [online]. 2004; 26 (3): 300-11.

# A REPRESENTAÇÃO DA DOENÇA E O COPING NA PESSOA COM TUMOR DO APARELHO LOCOMOTOR\*

Rui Manuel Jarró Margato<sup>(1)</sup>



**Resumo** Com este estudo pretendemos conhecer a representação da doença e o *coping* das pessoas com tumor do aparelho locomotor. Na tentativa de melhor conhecer este fenómeno, realizámos um estudo descritivo-correlacional, através do qual pretendemos compreender a representação da doença nas pessoas com tumor do aparelho locomotor, determinar a existência de relação com as estratégias de *coping*, com variáveis sócio-demográficas e clínicas.

Para obtermos uma representação fiável das variáveis em estudo, recorremos a três instrumentos de colheita de dados: o questionário sócio-demográfico, o Revised Illness Perception Questionnaire (IPQ-R) e o Inventário de Resolução de Problemas (IRP).

Verificámos que as pessoas integrantes da amostra apresentam uma forte representação da doença que explica, através de um modelo de regressão linear, 79,90% das estratégias de *coping* utilizadas. Neste sentido, as pessoas que têm a percepção de estar a viver uma doença crónica (“Duração aguda/crónica”), as que têm a percepção de estar a viver uma doença periódica (“Duração cíclica”) e as pessoas que atribuem significados emotivos à doença (“Representação emocional”), usam mais estratégias de *coping* no geral, sendo que as estratégias de resolução de problemas mais usadas pelas pessoas da amostra são o “Confronto e resolução activa dos problemas”, as “Estratégias de controlo das emoções” e a “Agressividade internalizada/externalizada”.

A representação da doença varia de acordo com o tempo de diagnóstico do tumor, visto que o factor “Coerência da doença” aumenta de acordo com o tempo decorrido após o diagnóstico do tumor e o factor “Representação emocional” diminui à medida que o tempo decorrido após o diagnóstico do tumor aumenta. Verificamos também que a representação da doença se correlaciona negativamente com a idade nos factores “Duração (aguda/cíclica)” e “Controlo pessoal”, ou seja, à medida que a idade aumenta, a representação da doença diminui nos factores “Duração (aguda/cíclica)” e no “Controlo pessoal”.

**Palavras-chave:** *coping*, representação da doença, tumor do aparelho locomotor

**Abstract** REPRESENTATION OF THE DISEASE AND COPING IN PERSON WITH TUMOR OF THE LOCOMOTOR SYSTEM

*As part of the evidence of practice, in the context of providing nursing care to individuals with bone and soft tissue tumors, we found that malignant disease causes drastic changes in lifestyle of individuals for which they are unprepared, lacking adequate strategies to adapt to the new life situation. This process is sudden and unexpected, and is influenced by the image that individuals have of their illness.*

*To obtain a reliable representation of the variables under study, we used three data collection tools: a socio-demographic questionnaire, the Illness Perception Questionnaire Revised (IPQ-R) and Problem-Solving Inventory (IRP).*

*We found that the surveyed individuals have a strong disease representation that explains, through a linear regression model, 79.90% coping strategies used. In this sense, individuals who perceive to be living a chronic illness (“Length acute/chronic”), who have the perception to be living a recurrent disease (“Length cyclical”) and that individuals attach emotional meanings to illness (“Emotional Representation”), use more coping strategies in general. The coping strategies more often used by individuals in the sample, are “Active confrontation and resolution of problems”, “Strategies for emotions control” and “Aggressiveness internalized / externalized”.*

*The illness representation varies with the time of tumor diagnosis, whereas the factor “Consistency of disease” increases with the time elapsed after the tumor diagnosis, and the factor “Emotional representation” decreases as the time elapsed after tumor diagnosis increases. We also found that the illness representation is negatively correlated with age in the factors “Duration (acute/cyclic)” and “Personal control”, ie as age increases, the representation of the disease reduces the factors “Length (acute/ cycle)” and “Personal control”.*

**Keywords:** Coping, illness representation, bone and soft tissue tumors

**Resumen** REPRESENTATION OF THE DISEASE AND COPING IN PERSON WITH TUMOR OF THE LOCOMOTOR SYSTEM

*Con este estudio se pretende comprender el significado de la enfermedad y afrontamiento de las personas con tumores del aparato locomotor. En un intento de comprender mejor este fenómeno, se realizó un estudio descriptivo correlacional, a través del cual hemos de entender la representación de la enfermedad en personas con tumores del aparato locomotor; para determinar la relación con las estrategias de afrontamiento con sociodemográfica y clínica. Para obtener una representación fiable de las variables objeto de estudio, hemos utilizado tres instrumentos de recolección de datos: el cuestionario sociodemográfico, el Cuestionario de Percepción Enfermedad*

Rececionado em maio 2014. Aceite em junho de 2014

\* Tese apresentada ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem.

(1)

*Revisado (IPQ-R) y la resolución de problemas de inventario (IRP). Hallamos que las personas incluidas en la muestra tienen una fuerte representación de la enfermedad que explica, a través de un modelo de regresión lineal, 79,90% de las estrategias de afrontamiento utilizadas. En este sentido, las personas que perciben estar experimentando una enfermedad crónica ("Duración crónica aguda"), los que perciben estar viviendo una enfermedad recurrente ("Duración cíclica") y la gente atribuye significado emocional para enfermedad ("Representación emocional"), el uso de estrategias de afrontamiento más en general, y de la resolución de problemas estrategias utilizadas por la mayoría de personas de la muestra son la "Cabeza y resolución activa de problemas", las "Estrategias para el control de las emociones" y la "agresión interiorizada / externalizada." La representación de la enfermedad varía según el momento del diagnóstico del tumor ya que el factor aumenta la "enfermedad" Coherencia con el tiempo transcurrido después del diagnóstico del tumor y el factor de la "representación emocional" disminuye a medida que el tiempo transcurrido después del diagnóstico de los aumentos de tumores. También tomamos nota de que la representación de la enfermedad se correlaciona negativamente con la edad en los factores de "Duración (aguda / cíclica)" y "control personal", es decir, a medida que aumenta la edad, la representación de la enfermedad disminuye en factores "Duración (aguda / cíclica)" y "control personal" .*

**Palabras clave:** *afrontamiento, la representación de la enfermedad, tumor locomotor*

## INTRODUÇÃO

Actualmente a enfermagem constitui-se como uma disciplina, fundamentando as suas práticas no conhecimento decorrente da investigação desenvolvida pelos enfermeiros, e de processos de reflexão sistemática sobre a prática. Entendendo os cuidados de enfermagem à luz do mandato social da profissão, numa perspectiva portadora de sentido para a pessoa cuidada, a nossa atenção centra-se nos processos adaptativos que a pessoa mobiliza para lidar com os fenómenos de transição, dotando-a de capacidades e competências para se tornar menos vulnerável aos prejuízos causados pela disfunção física, social ou afectiva.

As pessoas com tumor do aparelho locomotor, são confrontadas com uma doença rara, de mau prognóstico, muitas vezes em idade jovem, sendo submetidas a tratamentos de quimioterapia com efeitos secundários bastante agressivos, havendo necessidade de recorrer a cirurgias mutilantes. A maioria dos osteossarcomas são tumores de alto grau de malignidade, desenvolvendo-se preferencialmente nas pernas ou braços, e são caracterizados pela formação de tecido ósseo que cresce como uma bola, formando uma massa circular, que pode eventualmente penetrar no córtex ósseo para formar uma zona reactiva (Wittig *et al.*, 2002).

O estudo da representação da doença é relevante na medida que tem em consideração o conceito individual de saúde/doença, a forma como se interpreta os sinais e sintomas, as causas atribu-

ídas e a imagem criada para a representar. Esta conceptualização está em conformidade com as convicções individuais sobre os comportamentos relacionados com a saúde e a interpretação conferida às consecutivas ameaças sentidas no dia-a-dia (Santos, 2006).

Com o presente estudo pretendemos conhecer a representação da doença e o *coping* das pessoas com tumor do aparelho locomotor. Ao aprofundar o conhecimento sobre a representação da doença, é possível identificar focos de atenção de enfermagem no domínio da adaptação, com vista a ajudar as pessoas com tumor do aparelho locomotor no seu processo de transição.

Por esta ordem de razões justifica-se e é pertinente o estudo desta temática, já que a sua relevância clínica pode ser enorme e a investigação neste domínio é diminuta, o que levou a elaborar a seguinte questão central de investigação: "De que forma a representação da doença influencia o *coping* nas pessoas com tumor do aparelho locomotor?"

Tendo em consideração a questão de investigação, foram delineados os seguintes objectivos:

- Descrever a representação da doença nas pessoas com tumor do aparelho locomotor;
- Descrever as características de *coping* nas pessoas com tumor do aparelho locomotor;
- Verificar qual a relação existente entre a representação da doença e o *coping* nas pessoas com tumor do aparelho locomotor;
- Verificar se existe relação entre a representação da doença nas pessoas com tumor do aparelho

locomotor e as seguintes variáveis: tempo de internamento; sexo; idade; nível de escolaridade e vivência de experiências de doença crónica com familiares.

## REPRESENTAÇÃO DA DOENÇA

O estudo actual usará o modelo da auto-regulação de Leventhal como uma estrutura para investigar a representação da doença nas pessoas com tumor do aparelho locomotor. O conceito central do modelo é a representação ou a cognição que as pessoas têm sobre sua doença. A representação da doença dá significado subjectivo aos sintomas, e discute-se que actua como uma estrutura para o desenvolvimento de estratégias de *coping*. Leventhal *et al.*, (1997) sugerem que as pessoas dão forma às ideias sobre sua doença segundo cinco dimensões de representação.

Leventhal *et al.* (1997) sugeriram que as cognições sobre a doença proporcionavam aos doentes o apoio de um esquema para o *coping* com a doença, compreensão da própria doença, e o que devem ter em atenção para o caso de ficarem doentes. Integrada nesse sistema de crenças, podemos considerar que a representação da doença contém um número de atributos cognitivos, de acordo com os quais as experiências de doença são organizadas e que são a base para a adopção de mecanismos de *coping* para lidar com as ameaças à saúde. Identificaram assim cinco dimensões cognitivas destas crenças, nomeadamente:

- Identidade: refere-se ao nome atribuído a uma doença (o diagnóstico médico) e aos sinais e sintomas que lhe estão associados.

- Causa percebida da doença: ideia sobre a causa percebida da sua doença. Estas representações são baseadas na informação recolhida a partir da experiência pessoal, bem como nos pareceres de outros significativos, profissionais de saúde e comunicação social, reflectindo condicionantes como stress, poluição ambiental ou outros.

- Dimensão temporal: crença sobre a previsão acerca do tempo que a doença pode durar, se é aguda ou crónica. Estas crenças serão reavaliadas à medida que o tempo avança. Tem sido sugerido

que dentro de cada doente crónico está um doente agudo questionando-se sobre o que aconteceu.

- Consequências: podem reflectir as percepções dos doentes sobre os possíveis efeitos da doença nas suas vidas (consequências físicas, emocionais e sociais ou a combinação de diferentes factores).

- Possibilidade de cura e controlo da doença: crenças sobre se a doença pode ser curada ou controlada e que papel a pessoa desempenha neste aspecto.

## *Coping*

Lazarus e Folkman (1984) foram os autores que formularam a definição de *coping* mais referida na literatura. Por conseguinte, o *coping* diz respeito ao conjunto de esforços cognitivos e comportamentais que permitem gerir as exigências específicas, internas ou externas, que são percebidas como penosas ou como estando para além dos recursos individuais, sendo que as estratégias de *coping* utilizadas pelas pessoas, numa determinada situação, não permitem prever as estratégias de *coping* empregues em futuras vicissitudes. Para além de que, caso a pessoa enfrente simultaneamente diferentes fontes de *stress*, as várias tarefas adaptativas vão requerer a aplicação de diferentes estratégias de *coping*.

Foram identificadas duas funções do *coping*, nomeadamente: o *coping* que permite o controlo das emoções e o que permite a resolução do problema. O *coping* que permite o controlo das emoções é utilizado, geralmente, quando nada pode ser feito para alterar a ameaça ou o perigo. Logo, a alternativa é diminuir o desconforto emocional e o sofrimento, recorrendo-se à fuga, ao distanciamento do problema, à atenção selectiva e à desvalorização dos acontecimentos negativos. Tratam-se de estratégias que permitem a manutenção da esperança e do optimismo, assim como possibilitam negar os factos e as implicações dos mesmos, para não reconhecer o pior, para agir como se nada tivesse acontecido (*Idem*).

Ramos (2005, p.121) define *coping* como “o que fazemos para lidar com os problemas (*stressores*) de modo a recuperar o equilíbrio e o bem-estar de que eles provisoriamente nos privam. Isto significa que tanto podemos tentar resolver a crise

de stress, como testar ou modificar a percepção de stress, como minimizar os sintomas de stress, como ainda reforçar as características que nos ajudam a resistir ao stress”. A pessoa envolve-se assim em esforços dinâmicos e variáveis, tanto comportamentais como mentais, por forma a resolver, tolerar, reduzir ou minimizar tanto as exigências externas (do ambiente), como as exigências internas (provenientes de si próprio), com que se depara.

O mesmo autor sugere verificarem-se dois tipos de *coping*: de evitamento e de confrontação. O *coping* de confrontação define a mobilização de esforços para lidar aberta e directamente com o agente *stressor*, o que se traduz numa vontade de adesão à realidade. Por seu lado, o *coping* de evitamento pressupõe um afastamento relativamente ao agente *stressor* através de estratégias de negação e fuga, motivado pela necessidade de protecção da ameaça e ansiedade que ele encerra.

### Doença Oncológica

Os tumores ósseos malignos representam 5% de todas as doenças malignas nas crianças e 10% das doenças malignas na adolescência. O osteossarcoma (sarcoma osteogénico) é a malignidade óssea mais frequente na infância, representando 60% dos tumores ósseos. O sarcoma de Ewing representa 30% desses tumores e os restantes 10% são uma variedade de tumores malignos (Otto, 2000).

O osteossarcoma ocorre com mais frequência nos homens do que nas mulheres (1,75/1), e numa taxa de 5,6 por milhão de crianças brancas com menos de 15 anos, e uma taxa ligeiramente inferior em crianças negras. O pico de incidência ocorre na segunda década de vida, com mais frequência entre os quinze e os dezanove anos de idade (Idem). A etiologia do osteossarcoma ainda é pouco clara. Parece existir uma relação entre o crescimento súbito na adolescência e o desenvolvimento do osteossarcoma. Verifica-se também que aqueles que desenvolvem esta patologia são mais altos do que os seus iguais (Smeltzer e Bare, 2002)

Existe um risco maior de desenvolver um osteossarcoma em crianças como a forma hereditária de retinoblastoma e para as pessoas submetidas a radiação. Quase todos os casos de sarcoma oste-

ogénico, em pessoas com mais de quarenta anos, estão associados à doença de Paget, um precursor do osteossarcoma. Os traumatismos também foram associados ao desenvolvimento de osteossarcoma, revelando-se este facto coincidente com o surgimento tumoral (Matthews, Snell e Coats, 2006).

A maioria dos osteossarcomas são tumores de alto grau de malignidade, desenvolvendo-se preferencialmente nas pernas ou braços e são caracterizados pela formação de tecido ósseo, que cresce como uma bola, formando uma massa circular, que pode eventualmente penetrar no córtex ósseo para formar uma zona reactiva (Wittig *et al.*, 2002).

Desta forma, o osteossarcoma é um sarcoma maligno do osso com origem no ósteon. Existem dois grupos histológicos principais de osteossarcomas, com diferentes subtipos dentro de cada grupo: o grupo de tumores centro-medulares, o tipo mais comum, e o grupo de tumores que surgem na superfície óssea, ou tumores periféricos. Em crianças e adultos jovens, 50% dos tumores surgem no fémur, sendo que destes, a maioria encontra-se na região distal, junto ao joelho. Outras localizações primárias por ordem decrescente de frequência são a tibia, o úmero, a pelve, mandíbula, fibula, e as costelas (Matthews, Snell e Coats, 2006).

### Metodologia

Sendo um estudo descritivo-correlacional (nível II), pretende-se estudar a natureza preditiva da representação da doença sobre as estratégias de *coping*, e descrever a natureza das representações da doença associada às variáveis sócio-demográficas e clínicas, nomeadamente o tempo de internamento; sexo; idade; nível de escolaridade e vivência de experiências de saúde anteriores.

Tendo em consideração a questão de investigação central do estudo “De que forma a representação da doença influencia o *coping* na pessoa com tumor do aparelho locomotor?”, delinearão-se as seguintes hipóteses de investigação:

**Hipótese 1:** As formas de representação da doença implicam estratégias de *coping* diferenciadas na pessoa com tumor do aparelho locomotor.

**Hipótese 2:** Existe relação entre a representação da doença e o tempo decorrido após o diagnóstico

de tumor do aparelho locomotor.

**Hipótese 3:** Existem diferenças na representação da doença segundo o sexo na pessoa com tumor do aparelho locomotor.

**Hipótese 4:** A representação da doença diferencia-se em função da idade da pessoa com tumor do aparelho locomotor.

**Hipótese 5:** A representação da doença diferencia-se em função do nível de escolaridade da pessoa com tumor do aparelho locomotor.

**Hipótese 6:** A representação da doença diferencia-se em função da vivência de experiências de saúde anteriores, na pessoa com tumor do aparelho locomotor.

A amostra do estudo é constituída por 64 pessoas com tumor do aparelho locomotor, uma semana após iniciar tratamento com quimioterapia, no período de Janeiro a Junho de 2009, internados no serviço de Ortopedia B - Unidade de Tumores do Aparelho Locomotor dos Hospitais da Universidade de Coimbra (HUC)..

A amostra do estudo é constituída por 64 pessoas com tumor do aparelho locomotor, uma semana após iniciar tratamento com quimioterapia, no período de Janeiro a Junho de 2009, internados no serviço de Ortopedia B - Unidade de Tumores do Aparelho Locomotor dos Hospitais da Universidade de Coimbra (HUC).. Desta forma, temos uma amostra não probabilística accidental, constituída por pessoas entre os 40-49 anos, repartidos entre os dois géneros (34 representam o sexo masculino e 30 representam o sexo feminino), com formação do ensino superior (40,60%). Relativamente à categorização profissional, são essencialmente operários especializados e semi-especializados, pequenos comerciantes e proprietários agrícolas, dos quais 67,20% são activos. Apresentam como características clínicas o tempo decorrido após o diagnóstico de tumor, que se situa entre os seis e os dezassete meses (59,40%) e a vivência de experiências de doença oncológica, com familiares (53,90% da amostra). Os sintomas mais frequentemente referidos são os vômitos/náuseas e cansaço, correspondentes a 82,80% da amostra, seguida pela queda de cabelo que corresponde a 62,50% da amostra.

Os indivíduos foram informados acerca da fina-

lidade do estudo, pelo que a sua participação foi voluntária, sendo assegurada a confidencialidade e o anonimato das respostas. Foi enviado um ofício para a administração dos HUC, requerendo a autorização para a aplicação dos questionários. Os questionários foram aplicados após obtenção da aprovação.

Para obtermos uma representação fiável das variáveis em estudo, recorremos a três instrumentos de colheita de dados: o questionário sócio-demográfico, o Revised Illness Perception Questionnaire (IPQ-R) e o Inventário de Resolução de Problemas (IRP).

## RESULTADOS

Relativamente à amostra, esta é não probabilística accidental, constituída por pessoas entre os 40-49 anos, repartidos entre os dois géneros (34 representam o sexo masculino e 30 representam o sexo feminino), com formação do ensino superior (40,60%). Quanto à categorização profissional, são essencialmente operários especializados e semi-especializados, pequenos comerciantes e proprietários agrícolas, dos quais 67,20% são activos. Apresentam como características clínicas o tempo decorrido após o diagnóstico de tumor, que se situa entre os seis e os dezassete meses (59,40%) e a vivência de experiências de doença oncológica, com familiares (53,90% da amostra). Os sintomas mais frequentemente referidos são os vômitos/náuseas e cansaço, correspondentes a 82,80% da amostra, seguida pela queda de cabelo que corresponde a 62,50% da amostra.

### Relação da representação da doença com as estratégias de *coping* na pessoa com tumor do aparelho locomotor

Para testar a hipótese formulada determinámos os coeficientes de correlação bivariada de Pearson.

Face aos dados verificados no quadro nº 1, constatamos pela análise da matriz de correlações produzida, que as correlações entre as dimensões da representação da doença e o IRP são muito baixas e moderadas, visto que o coeficiente de Pearson varia entre  $-0,58 < r < 0,22$ .

Verificamos ainda a existência de correlações estatisticamente significativas entre as dimensões da representação da doença e o IRP, uma vez que  $p < 0,05$ , nomeadamente as dimensões “Duração (aguda/crónica)” ( $r=0,28$ ;  $p=0,02$ ), “Duração (cíclica)” ( $r=-0,44$ ;  $p=0,00$ ), “Representação Emocional” ( $r=-0,58$ ;  $p=0,00$ ).

Analisando as dimensões de ambos os instrumentos, verificamos as seguintes correlações entre as seguintes dimensões do IPQ-R e as dimensões do IRP:

A dimensão do IPQ-R “Duração aguda/crónica” e a dimensão do IRP “Atitude activa de não interferência na vida quotidiana pelas ocorrências” ( $r=0,36$ ;  $p < 0,03$ ). Dimensão do IPQ-R “Duração cíclica” e as dimensões do IRP “Confronto e resolução activa dos problemas” ( $r=-0,33$ ;  $p=0,01$ ), “Abandono Passivo” ( $r=-0,33$ ;  $p=0,01$ ), “Confronto com os problemas e planificação de estratégias” ( $r=-0,31$ ;  $p=0,01$ ) e “Controlo interno/externo dos problemas” ( $r=-0,52$ ;  $p=0,00$ ). A dimensão do IPQ-R “Consequências” e a dimensão do IRP “Estratégias de controlo das emoções” ( $r=-0,34$ ;  $p=0,01$ ). A dimensão do IPQ-R “Controlo pessoal” e as dimensões do IRP “Agressividade internalizada/externalizada” ( $r=-0,31$ ;  $p=0,01$ ), “Auto-responsabilização e medo das consequências” ( $r=-0,31$ ;  $p=0,01$ ), Confronto com os problemas e planificação de estratégias ( $r=0,37$ ;  $p=0,02$ ), “Controlo interno/externo dos problemas” ( $r=0,48$ ;  $p=0,00$ ) e “Estratégias de controlo das emoções” ( $r=-0,46$ ;  $p=0,00$ ). A dimensão do IPQ-R “Controlo do tratamento” e as dimensões do IRP “Confronto e resolução activa dos problemas” ( $r=-0,37$ ;  $p=0,00$ ) e “Abandono Passivo” ( $r=-0,37$ ;  $p=0,01$ ), “Pedido de ajuda” ( $r=-0,58$ ;  $p=0,00$ ), “Estratégias de controlo das emoções” ( $r=-0,45$ ;  $p=0,00$ ), “Atitude activa de não interferência na vida quotidiana pelas ocorrências” ( $r=-0,49$ ;  $p=0,00$ ) e “Auto-responsabilização e medo das consequências” ( $r=-0,61$ ;  $p=0,00$ ). A dimensão do IPQ-R “Coerência da doença” e as dimensões do IRP “Pedido de ajuda” ( $r=0,37$ ;  $p=0,02$ ), “Controlo interno/externo dos problemas” ( $r=-0,44$ ;  $p=0,00$ ), “Confronto com os problemas e planificação de estratégias” ( $r=-0,45$ ;  $p=0,00$ ). A dimensão do IPQ-R “Representação emocional” e as dimensões do

IRP “Controlo interno/externo dos problemas” ( $r=-0,66$ ;  $p=0,00$ ), “Confronto com os problemas e planificação de estratégias” ( $r=-0,60$ ;  $p=0,00$ ). A dimensão do IPQ-R “Factores de risco genéricos” e as dimensões do IRP “Atitude activa de não interferência na vida quotidiana pelas ocorrências” ( $r=-0,25$ ;  $p=0,04$ ).

Procedemos então à análise descritiva da variável *coping*. Calculámos a média e o desvio padrão para cada um dos factores do IRP da amostra, tendo sido posteriormente comparadas com as médias das dimensões de referência para os indivíduos da população geral, como apresenta o quadro nº 2. Assim, verificamos no factor “Confronto e resolução activa dos problemas” a média de 25,13, no factor “Estratégias de controlo das emoções” a média de 17,10 e no factor “Agressividade internalizada/externalizada” a média de 9,70, médias superiores às de referência para a população geral.

Os factores “Controlo interno/externo dos problemas” (31,09) e “Auto-responsabilização e medo das consequências” (16,22), apresentam médias próximas das médias de referência para a população geral. A média do IRP total da amostra em estudo, 152,03, é inferior, embora próxima, à média do IRP total para a população geral.

Analisando um modelo de regressão linear simples entre o IRP total e a representação mental da doença, assumindo como preditor os factores da representação mental da doença e como variável dependente o IRP total, verificamos que é possível um modelo de regressão ( $F=8,34$ ;  $p < 0,001$ ) com estas variáveis. Assim, encontramos um modelo que explica 79,90% da variância ( $r^2=0,64$ ), surgindo como preditor a “Duração (Aguda/Crónica)” ( $\beta=-0,41$ ;  $t=-2,83$ ;  $p < 0,01$ ), as “Consequências” ( $\beta=0,43$ ;  $t=2,74$ ;  $p < 0,01$ ), o “Controlo de Tratamento” ( $\beta=-0,83$ ;  $t=4,66$ ;  $p < 0,001$ ), a “Representação Emocional” ( $\beta=-1$ ;  $t=-3,72$ ;  $p < 0,001$ ). Deste modo, neste modelo as estratégias de resolução de problemas são explicadas em 79,90% pela representação da doença.

Da análise do quadro nº 6, podemos constatar que os sintomas mais referidos são Náuseas, Perda de força, Tonturas, Perda de peso, Perda de peso e Indisposição de estômago.

Quadro nº 1 - Matriz de correlações bivariadas de Pearson entre as dimensões do IPQ-R e as dimensões do IRP (n = 64)

DIMENSÕES IRQ-R	DIMENSÕES IRP																			
	Pedido de ajuda		Confronto e resolução activa dos problemas		Abandono Passivo		Controlo interno/ externo dos problemas		Estratégias de controlo das emoções		Atitude activa de não interferência na vida quotidiana pelas ocorrências		Agressividade internalizada/ externalizada		Auto-responsabilização e medo das consequências		Confronto com os problemas e planificação de estratégias		Total IRP	
	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p
Identidade da doença	0,15	0,24	0,12	0,33	0,12	0,33	0,23	0,86	-0,06	0,64	0,21	0,09	-0,14	0,29	0,14	0,27	0,98	0,12	0,21	0,10
Duração (aguda/ crónica)	0,08	0,55	0,10	0,42	0,10	0,42	0,24	0,06	-0,22	0,07	0,36	0,03	-0,11	0,41	0,07	0,56	0,22	0,08	0,28	0,02
Duração (cíclica)	0,15	0,24	-0,33	0,01	-0,33	0,01	-0,52	0,00	0,13	0,32	-0,14	0,28	-0,24	0,06	-0,17	0,17	-0,31	0,01	-0,44	0,00
Consequências	0,10	0,44	0,06	0,67	0,56	0,67	-0,67	0,18	-0,34	0,01	0,20	0,17	-0,06	0,61	0,08	0,56	-0,11	0,40	-0,03	0,81
Controlo Pessoal	-0,12	0,37	-0,24	0,85	-0,24	0,85	0,48	0,00	-0,46	0,00	-0,13	0,29	-0,31	0,01	-0,31	0,01	0,37	0,02	0,22	0,08
Controlo de Tratamento	-0,58	0,00	-0,37	0,00	-0,37	0,01	0,07	0,61	-0,45	0,00	-0,49	0,00	-0,17	0,18	-0,61	0,00	0,20	0,12	-0,23	0,06
Coerência da Doença	0,37	0,02	0,08	0,55	0,77	0,55	-0,44	0,00	0,14	0,27	0,12	0,36	0,23	0,06	0,20	0,12	-0,45	0,00	-0,21	0,10
Representação Emocional	0,12	0,31	-0,12	0,36	-0,12	0,36	-0,66	0,00	0,05	0,62	-0,20	0,90	-0,02	0,89	0,01	0,94	-0,60	0,00	-0,58	0,00
Atribuições Psicológicas	0,45	0,73	0,00	0,10	0,00	0,10	0,09	0,47	0,16	0,90	0,01	0,10	0,12	0,34	0,02	0,85	-0,24	0,85	0,61	0,63
Factores de risco genéricos	-0,12	0,33	-0,08	0,51	-0,83	0,51	-0,34	0,79	0,07	0,90	-0,25	0,04	0,02	0,10	-0,02	0,85	-0,15	0,25	0,00	0,10
Factores de risco específicos	0,80	0,53	0,13	0,30	0,13	0,30	0,04	0,98	0,22	0,08	0,09	0,48	0,11	0,38	0,16	0,22	0,41	0,75	0,14	0,26
Imunidade e acidente	0,10	0,40	0,15	0,25	0,15	0,25	0,09	0,48	-0,61	0,63	0,07	0,61	-0,31	0,81	0,09	0,48	-0,16	0,21	-0,04	0,75

Quadro n° 2 - Resumo estatístico comparativo referente aos factores do IRP

DIMENSÕES DO IRP	ÍNDICE POPULAÇÃO GERAL		ÍNDICE DA AMOSTRA (N=64)	
	MÉDIA	DESVIO PADRÃO	MÉDIA	DESVIO PADRÃO
Pedido de ajuda	17,15	4,11	16,22	3,45
Confronto e resolução activa dos problemas	24,70	4,72	25,13	3,48
Abandono passivo perante a situação	13,09	2,01	12,61	1,63
Controlo interno/externo dos problemas	31,35	4,99	31,09	4,35
Estratégias de controlo das emoções	16,66	3,00	17,10	23,26
Atitude activa de nãointerferência na vida quotidiana pelas ocorrências	13,30	2,87	11,42	3,05
Agressividade internalizada/externalizada	9,34	1,32	9,70	0,63
Auto-responsabilização e medo das consequências	16,57	3,16	16,22	2,37
Confronto com os problemas e planificação de estratégias	14,72	3,61	12,53	7,71
IRP TOTAL	153,83	16,40	152,03	13,17

Quadro n° 3 – Estatísticas descritivas da sub-escala “Identidade da Doença”

SINTOMA	n	%
Náuseas	53	82,80
Perda de força	50	78,10
Tonturas	49	76,60
Perda de peso	45	73,30
Indisposição de estômago	39	60,90
Dificuldade em dormir	39	60,90
Dores	26	40,60
Fadiga	53	34,40
Falta de ar	16	25,00
Dor de garganta	11	17,20
Dificuldade respirar	8	12,50
Olhos inflamados	4	6,30
Dores de cabeça	4	6,30

### Relação da representação da doença com o tempo decorrido após o diagnóstico de tumor do aparelho locomotor

Para testar a hipótese formulada, determinámos os coeficientes de correlação bivariada de Pearson. Face aos dados verificados no quadro n° 4, constatamos pela análise da matriz de correlações produzida, que as correlações entre as dimensões da representação da doença e o IRP são muito baixas e moderadas, visto que o coeficiente de Pearson varia entre  $-0,60 < r < 0,48$ .

Verificamos ainda, a existência de correlações estatisticamente significativas entre as dimensões da representação da doença e o tempo de diagnóstico de tumor, uma vez que  $p < 0,05$ , nomeadamente as dimensões “Coerência da doença” ( $r=0,48$ ;

$p < 0,001$ ), “Representação emocional” ( $r = -0,28$ ;  $p = 0,03$ ).

Quadro nº 4 - Matriz de correlações bivariadas de Pearson entre o IPQ-R e o tempo de diagnóstico de tumor ( $n = 64$ )

IPQ-R	Tempo diagnóstico do tumor	
	r	p
Duração (aguda/crónica)	$r = 0,03$	$p = 0,84$
Duração (cíclica)	$r = -0,15$	$p = 0,24$
Consequências	$r = -0,21$	$p = 0,09$
Controlo Pessoal	$r = -0,15$	$p = 0,23$
Controlo de Tratamento	$r = -0,25$	$p = 0,05$
Coerência da Doença	$r = 0,48$	$p < 0,001$
Representação Emocional	$r = -0,28$	$p = 0,03$
Atribuições Psicológicas	$r = 0,04$	$p = 0,74$
Factores de risco genéricos	$r = -0,12$	$p = 0,33$
Factores de risco específicos	$r = -0,60$	$p = 0,64$
Imunidade e acidente	$r = 0,06$	$p = 0,61$
Identidade da doença	$r = -0,01$	$p = 0,96$

### Relação entre a representação da doença com o sexo da pessoa com tumor do aparelho locomotor

Com os pressupostos cumpridos, dado que em ambos os casos, tanto no teste de normalidade como no teste de homogeneidade da variância os valores da significância do teste são  $> 0,05$ , podemos prosseguir para o teste t de student.

De acordo com análise do quadro nº 5, no qual são apresentados os resultados do teste t para grupos independentes, podemos constatar que existem diferenças estatisticamente significativas, uma vez que  $p < 0,05$ , para o factor “Consequências” ( $p = 0,003$ ) e para a “Coerência da Doença” ( $p = 0,01$ ).

Deste modo, podemos dizer que existem diferenças pontuais de género no que diz respeito à

representação mental da doença, apenas no que se refere ao às consequências e à coerência da doença.

Quadro nº 5 - Resultado da aplicação do teste t para grupos independentes entre o IPQ-R e o sexo ( $n = 64$ )

IPQ-R	GÉNERO	N	MÉDIA	DESVIO PADRÃO	t	p
Duração (aguda/crónica)	Masculino	34	19,06	3,86	-2,84	0,24
	Feminino	30	21,77	3,73		
Duração (cíclica)	Masculino	34	13,29	2,43	-1,51	0,09
	Feminino	30	14,20	2,35		
Consequências	Masculino	34	23,09	3,65	-1,67	0,00
	Feminino	30	24,30	1,62		
Controlo pessoal	Masculino	34	23,18	4,76	1,86	0,85
	Feminino	30	21,07	4,25		
Controlo de tratamento	Masculino	34	19,94	2,28	1,50	0,97
	Feminino	30	19,10	2,22		
Coerência da Doença	Masculino	34	13,41	3,77	0,06	0,01
	Feminino	30	13,37	2,34		
Representação Emocional	Masculino	34	20,41	3,36	-3,22	0,55
	Feminino	30	22,87	2,63		
Atribuições Psicológicas	Masculino	34	15,03	3,31	0,73	0,82
	Feminino	30	14,37	3,94		
Factores de risco genéricos	Masculino	34	10,59	1,97	1,64	0,69
	Feminino	30	9,80	1,84		
Factores de risco específicos	Masculino	34	11,18	2,11	0,25	0,63
	Feminino	30	11,03	2,47		
Imunidade e acidente	Masculino	34	7,18	1,53	-0,48	0,44
	Feminino	30	7,37	1,67		
Identidade da Doença	Masculino	34	6,44	1,48	-0,64	0,33
	Feminino	30	6,67	1,32		

### Relação da representação da doença com a idade da pessoa com tumor do aparelho locomotor

Para a hipótese formulada determinámos os coeficientes de correlação bivariada de Pearson.

Face aos dados verificados no quadro nº 6, constatamos pela análise da matriz de correlações produzida, que as correlações entre as dimensões da representação da doença e o IRP são muito baixas e moderadas, visto que o coeficiente de Pearson varia entre  $-0,38 < r < 0,40$ .

Verificamos ainda, a existência de correlações estatisticamente significativas entre as dimensões da representação da doença e a idade, uma vez que  $p < 0,05$ , nomeadamente as dimensões “Duração (aguda/cíclica)” ( $r = -0,38$ ;  $p < 0,001$ ), “Controlo pessoal” ( $r = -0,31$ ;  $p = 0,01$ ). À medida que aumenta a idade diminui a representação da doença nos factores “Duração (aguda/cíclica)” e no “Controlo pessoal”.

Quadro nº 6 - Matriz de correlações bivariadas de Pearson entre o IPQ-R e a idade do indivíduo ( $n = 64$ )

IPQ-R	Idade	
	r	p
Duração (aguda/crónica)	$r = -0,38$	$p < 0,001$
Duração (cíclica)	$r = 0,11$	$p = 0,40$
Consequências	$r = -0,21$	$p = 0,09$
Controlo Pessoal	$r = -0,31$	$p = 0,01$
Controlo de Tratamento	$r = 0,13$	$p = 0,32$
Coerência da Doença	$r = -0,05$	$p = 0,71$
Representação Emocional	$r = 0,17$	$p = 0,18$
Atribuições Psicológicas	$r = 0,30$	$p = 0,82$
Factores de risco genéricos	$r = 0,20$	$p = 0,11$
Factores de risco específicos	$r = 0,17$	$p = 0,19$
Imunidade e acidente	$r = 0,40$	$p = 0,76$
Identidade da Doença	$r = -0,02$	$p = 0,90$

### Relação entre a representação da doença com o nível de escolaridade da pessoa com tumor do aparelho locomotor

Para a hipótese formulada, determinámos a análise de variância ANOVA, para verificar o significado das diferentes médias existentes.

Verificadas as diferenças de médias nos factores do IPQ-R entre os três grupos de escolaridade, constatamos, pela análise do quadro nº10 que existem diferenças significativa para os factores “Duração (aguda/crónica)” ( $p = 0,01$ ), “Consequên-

cias” ( $p < 0,001$ ), “Controlo Pessoal” ( $p < 0,001$ ), “Controlo de Tratamento” ( $p < 0,001$ ), “Representação Emocional” ( $p = 0,02$ ).

Quadro nº 7 - Médias para o IPQ-R pelos níveis de escolaridade ( $n = 64$ )

IPQ-R	NÍVEL DE ESCOLARIDADE	n	MÉDIA	F	p
Duração (aguda/crónica)	Básico	19	18,26	4,81	<b>0,01</b>
	Secundário	19	20,37		
	Superior	26	21,81		
Duração (cíclica)	Básico	19	13,84	0,20	0,82
	Secundário	19	13,42		
	Superior	26	13,85		
Consequências	Básico	19	21,37	12,42	<b>0,00</b>
	Secundário	19	23,95		
	Superior	26	25,12		
Controlo Pessoal	Básico	19	17,79	21,70	<b>0,00</b>
	Secundário	19	23,00		
	Superior	26	24,81		
Controlo de Tratamento	Básico	19	17,95	9,30	<b>0,00</b>
	Secundário	19	20,68		
	Superior	26	19,88		
Coerência da Doença	Básico	19	14,21	1,83	0,17
	Secundário	19	12,32		
	Superior	26	13,58		
Representação Emocional	Básico	19	23,16	4,00	<b>0,02</b>
	Secundário	19	20,37		
	Superior	26	21,27		
Atribuições Psicológicas	Básico	19	13,79	0,91	0,41
	Secundário	19	15,21		
	Superior	26	15,04		
Factores de risco genéricos	Básico	19	10,47	0,99	0,38
	Secundário	19	10,53		
	Superior	26	9,81		
Factores de risco específicos	Básico	19	11,52	0,92	0,40
	Secundário	19	11,31		
	Superior	26	10,65		
Imunidade e acidente	Básico	19	7,79	1,56	0,22
	Secundário	19	6,95		
	Superior	26	7,11		
Identidade da Doença	Básico	19	6,42	0,11	0,89
	Secundário	19	6,63		
	Superior	26	6,58		

### Relação da representação da doença com a vivência de experiências de saúde anteriores de familiares, na pessoa com tumor do aparelho locomotor

Para a hipótese formulada, efectuamos o teste t de student entre os factores do IPQ-R e a vivência de experiências de saúde anteriores.

De acordo com análise do quadro nº 8, no qual são apresentados os resultados do teste t para grupos independentes, podemos constatar que existem diferenças estatisticamente significativas, uma vez que  $p > 0,05$ , para o factor “Duração (cíclica)” ( $p = 0,05$ ), “Consequências” ( $p < 0,001$ ) e “Controlo de Tratamento” ( $p < 0,001$ ).

Quadro nº 8 - Resultado da aplicação do teste t para grupos independentes entre o IPQ-R e a vivência de experiências de saúde anteriores ( $n = 64$ )

IPQ-R	Experiências de saúde	N	MÉDIA	DESVIO PADRÃO	t	p
Duração (aguda/crónica)	Sim	30	20,40	3,80	0,13	0,99
	Não	34	20,26	4,24		
Duração (cíclica)	Sim	30	13,33	2,64	-1,20	<b>0,05</b>
	Não	34	14,06	2,19		
Consequências	Sim	30	24,13	1,68	1,23	<b>0,00</b>
	Não	34	23,24	3,68		
Controlo pessoal	Sim	30	21,43	4,96	-1,23	0,38
	Não	34	22,85	2,26		
Controlo de tratamento	Sim	30	19,97	2,91	1,40	<b>0,00</b>
	Não	34	19,78	1,47		
Coerência da Doença	Sim	30	14,07	2,51	1,63	0,06
	Não	34	12,79	3,56		
Representação Emocional	Sim	30	21,90	2,62	0,77	0,50
	Não	34	21,26	3,75		
Atribuições Psicológicas	Sim	30	14,53	3,68	-0,38	0,70
	Não	34	14,88	3,58		
Factores de risco genéricos	Sim	30	10,30	1,78	0,31	0,75
	Não	34	10,14	2,09		
Factores de risco específicos	Sim	30	10,97	2,38	-0,47	0,64
	Não	34	11,24	2,18		
Imunidade e acidente	Sim	30	7,00	1,57	-1,26	0,21
	Não	34	7,50	1,58		
Identidade da Doença	Sim	30	6,37	1,30	-0,97	0,37
	Não	34	6,70	1,49		

### DISCUSSÃO

#### RELAÇÃO DA REPRESENTAÇÃO DA DOENÇA COM AS ESTRATÉGIAS DE COPING NA PESSOA COM TUMOR DO APARELHO LOCOMOTOR

Da análise ao resumo estatístico referente às dimensões do IPQ-R (quadro nº1), podemos afirmar que os indivíduos da amostra têm uma baixa identidade da doença, não lhe atribuindo como origem factores psicológicos, de imunidade ou acidente. Não obstante, têm a percepção de tratar-se de uma doença crónica, da gravidade das consequências para as suas vidas, reflectindo-se também na forte representação emocional que lhe atribuem. Acreditam nas suas capacidades para gerir os sintomas, bem como na eficácia dos tratamentos a que estão a ser submetidos. Podemos ainda afirmar que têm uma concepção pouco clara da sua doença.

No que respeita à relação entre a representação da doença e o coping utilizado pela pessoa com tumor do aparelho locomotor (Hipótese 1), verificamos a presença de correlações estatisticamente significativas, de intensidade fraca e moderada, entre as três dimensões do IPQ-R e o score total do IRP, nomeadamente as dimensões “Duração (aguda/crónica)” ( $r = 0,28$ ;  $p = 0,02$ ), “Duração (cíclica)” ( $r = -0,44$ ;  $p = 0,00$ ), “Representação Emocional” ( $r = -0,58$ ;  $p = 0,00$ ).

Destas correlações, para a dimensão “Duração (aguda/crónica)”, podemos assumir que à medida que aumenta a percepção de cronicidade da doença, mais eficaz se tornam as estratégias de coping. Para a dimensão “Duração (cíclica)”, à medida que aumenta a percepção que os sintomas da doença variam por ciclos, diminui a eficácia das estratégias de coping. No que respeita à dimensão “Representação Emocional”, podemos inferir que um forte envolvimento emocional, diminui a eficácia das estratégias de coping.

Desta forma, a consciencialização de passagem por uma doença crónica ajuda a pessoa na transição, tornada mais eficaz pelas estratégias de coping positivas utilizadas. Pelo contrário, uma representação da doença fortemente emocional e a sua consideração como aguda, contribuem para estratégias de coping menos eficazes, já que se

correlacionam negativamente com o total IRP.

Das correlações encontradas entre as dimensões do IPQ-R e as dimensões do IRP, podemos afirmar que à medida que aumenta o sentimento de que as pessoas estão a viver uma doença crónica, maior é o evitamento à interferência da doença na vida quotidiana. É um tipo de *coping* centrado nas emoções, de evitamento das consequências da doença na vida quotidiana.

A periodicidade de agravamento dos sintomas tem um efeito negativo sobre vários mecanismos de *coping*, ou seja, diminui a capacidade de confronto, resolução e controlo dos problemas, bem como a capacidade de planificação de estratégias, levando a um abandono passivo perante a situação. Este facto poderá estar relacionado com intensidade dos ciclos de quimioterapia, com efeitos secundários originadores de grande mau estar.

As consequências da doença têm uma correlação negativa com as estratégias de controlo das emoções, ou seja, à medida que se deparam com a gravidade da doença, diminui a capacidade de controlar as emoções. É assim um tipo de *coping* centrado nas emoções.

A sensação de controlo da doença e dos seus sintomas conduz a estratégias de *coping* centradas nos problemas, nomeadamente aumenta a capacidade de confronto e controlo dos problemas, através da definição de estratégias para lhes fazer face. Da mesma forma, à medida que aumenta a capacidade de controlo dos sintomas, diminuem os comportamentos agressivos e verifica-se um evitamento de emoções negativas.

À medida que aumenta a percepção de controlo da doença pelo tratamento, diminui a necessidade de pedir ajuda, as pessoas tendem a enfrentar a situação, diminuem emoções negativas, assim como o evitando que a doença interfira na vida quotidiana. Verifica-se também uma menor responsabilização individual e medo das consequências, associado a um papel de maior passividade na resolução de problemas. A natureza das relações entre a percepção de controlo da doença pelo tratamento com as estratégias de *coping*, pode se justificado pela crença na eficácia dos ciclos de quimioterapia, que entra em contradição com os efeitos físicos secundários que esta provoca, originadores de

mecanismos de evitamento emocional.

A dimensão “Coerência da doença” traduz o entendimento das pessoas sobre a sua doença. Este compreensão aumenta com o pedido de ajuda exterior, resultando em mecanismos de *coping* de evitamento dos problemas. Estes mecanismos adaptativos podem ser explicados pelo apoio obtido de outras pessoas com a mesma doença, aquando das situações de internamento, funcionando como uma rede de apoio informal, que é paralelamente assimilado ao distanciamento das emoções negativas que a doença provoca, explicando esta tendência de evitamento. Isto prova que a doença é processada ao mesmo tempo e de formas diferentes numa dimensão cognitiva e emocional.

Relativamente à representação emocional da doença, podemos afirmar que à medida que aumentam os sentimentos negativos relacionado com a doença, diminui a capacidade de confronto e controlo dos problemas, assim como a planificação de estratégias para lhes fazer frente.

O facto de se verificar um processamento paralelo da doença nas dimensões cognitiva e emocional, vai de encontro ao preconizado pelo Modelo de Auto-regulação do Comportamento de Doença, e a outros estudos, nomeadamente ao de Hagger e Orbell (2006) pessoas com tumor do cólon e cervical, em que os participantes apresentavam representações cognitivas e emocionais distintas. Verificaram também congruência entre a representação da doença e mecanismos adaptativos, principalmente nas repostas emocionais à doença.

No estudo efectuado por Rutter e Rutter (2002), que estudou pessoas com síndrome do cólon irritado, as pessoas que esperavam que a doença pudesse durar um longo período tempo foram as que melhor aceitaram a sua a condição. Aqueles que acreditavam que a doença era causada por factores psicológicos, utilizavam mecanismos de *coping* centrado nas emoções, de evitamento, recorrendo nomeadamente ao álcool, enquanto que os que atribuíam como causas da doença factores externos apresentavam reinterpretações positivas e comportamentos de *coping* de confrontação. As pessoas que acreditavam que a sua doença tinha consequências graves, estavam mais propensas a utilizar comportamentos de confrontação e envol-

viam-se mais emocionalmente. Os indivíduos que apresentavam maior crença na cura e controlo da doença apresentavam estratégias de coping activas, planeamento e reinterpretções positivas.

No estudo realizado por Rozema *et al.* (1996), no qual foram estudadas mulheres com cancro da mama, dois anos após o diagnóstico, concluindo-se que os participantes tinham diferentes percepções da doença e que estas eram determinantes para a forma como lidavam com esta. Assim, as pessoas com uma forte aceção da cronicidade da doença, dos seus sintomas, consequências e da incontrolabilidade da mesma, apresentavam piores indicadores de bem estar físico e emocional, sendo que a percepção da doença não fosse determinante para a adopção de estratégias de *coping*, mas funcionando como um factor preditivo do resultado da doença. Uma explicação dos autores para este facto consiste na especificidade do instrumento de medida para avaliar o *coping*, que o fazia de forma genérica, não definindo comportamentos específicos de *coping*.

No estudo levado a cabo por Carlisle *et al.* (2005), no qual foram estudados doentes com artrite reumatoide, verificou-se uma fraca relação entre a percepção da doença e os mecanismos de *coping*, facto que os autores justificam com as características do instrumento de medida utilizado para o avaliar o *coping*, que especifica os diferentes comportamentos de *coping*, analisando-o apenas como um todo.

Estes resultados demonstram que a representação da doença é um factor determinante para a adaptação do indivíduo ao estado de saúde, e que as estratégias de *coping* actuam como factor mediador destes conceitos Rutter e Rutter (2002).

No estudo efectuado por Vaughan *et al.* (2003), abordou-se pessoas com esclerose múltipla, e concluiu-se que a percepção da doença é uma condição estruturante para a forma como as pessoas lidam com a doença, sendo as que têm a percepção dos efeitos negativos da doença apresentam maiores dificuldades em lidar com a doença, e manifestam elevados níveis de *distress*.

Apesar de no âmbito geral não verificarmos nenhuma correlação forte entre as variáveis, constatamos, após análise do quadro nº1, a existência de

várias correlações de intensidade baixa e moderada, estaticamente significativas, entre as dimensões dos dois instrumentos de medida, o que nos leva a crer que as estratégias de coping adoptadas pelas pessoas com tumor do aparelho locomotor são mediadas pela representação que estes têm sobre a sua doença, facto corroborado pela análise ao modelo de regressão linear simples, que nos indica que as estratégias de resolução de problemas são explicadas em 79,90%, pelos factores de representação da doença.

#### RELAÇÃO DA REPRESENTAÇÃO DA DOENÇA COM O TEMPO DECORRIDO APÓS O DIAGNÓSTICO DE TUMOR DO APARELHO LOCOMOTOR

Ao analisarmos os resultados obtidos, comprovamos esta hipótese, já que verificamos a existência de correlações estatisticamente significativas entre as dimensões da representação da doença e o tempo de diagnóstico de tumor, nomeadamente as dimensões “Coerência da doença” ( $r=0,48$ ;  $p<0,001$ ) e “Representação emocional” ( $r=-0,28$ ;  $p=0,03$ ).

Por conseguinte, a compreensão do estado de saúde aumenta com o tempo de diagnóstico do tumor. Verificamos também que à medida que aumenta o tempo de diagnóstico do tumor, diminui o descontrolo emocional associado à representação negativa da doença oncológica.

Estas relações poderão estar associadas a uma maior aceitação da doença que vai ocorrendo ao longo do tempo, o que leva a uma adaptação mais eficaz ao novo estado de saúde, repercutindo-se numa representação emocional menos negativa.

Neste contexto, Leventhal e Nerenz (1983) referem que o processo de adaptação à doença só é possível quando ela é aceite como uma doença crónica e o seu tratamento é visualizado, essencialmente, como controlo sintomático.

#### RELAÇÃO ENTRE A REPRESENTAÇÃO DA DOENÇA COM O SEXO DA PESSOA COM TUMOR DO APARELHO LOCOMOTOR

De acordo com análise dos dados, podemos verificar que existem diferenças estatisticamente significativas, uma vez que  $p<0,05$ , para o factor

“Consequências” com o sexo feminino ( $p=0,003$ ) e para a “Coerência da Doença” com o sexo masculino ( $p=0,01$ ). Comprovamos assim a hipótese formulada, já que as diferenças existem e com significado estatístico.

Neste sentido, os participantes do sexo feminino tendem a apresentar um conceito de consequência da doença mais negativo do que os do sexo oposto, ao passo que os homens têm maior dificuldade em compreender a sua doença. Estes resultados coincidem com os de outros estudos, nomeadamente ao de Santos (2006).

Relativamente ao sexo, as mulheres adoptam mais comportamentos de saúde, nomeadamente as práticas preventivas de saúde (consultas de rotina regulares, cuidados dentários, entre outros). Também são as mulheres que referem mais sintomas e que procuram mais os serviços de saúde. Em contrapartida, as taxas de mortalidade são superiores nos homens. Estas dissemelhanças são justificadas pelo autor como uma percepção e avaliação díspar dos sintomas, associado a processos de socialização, expectativas e estereótipos diferentes para os dois sexos (Bishop, 1994).

#### RELAÇÃO DA REPRESENTAÇÃO DA DOENÇA COM A IDADE DA PESSOA COM TUMOR DO APARELHO LOCOMOTOR

Pretendemos verificar se existem relações entre a representação da doença e a idade dos participantes (Hipótese 4). Desta forma, constatamos que à medida que aumenta a idade, menor é a percepção de cronicidade ( $r=-0,38$ ;  $p<0,001$ ) e controlo da doença ( $r=-0,31$ ;  $p=0,01$ ).

No que se refere à idade, os dados de investigação sugerem que a procura de cuidados de saúde é maior na infância e na senescência. Pensamos que estes dados se devam às necessidades específicas de saúde destes grupos etários. No entanto, os resultados de investigação neste domínio têm demonstrado diferenças na forma como os mais velhos interpretam os sintomas, atribuindo os mais ligeiros essencialmente ao declínio próprio da idade, e secundariamente à doença. Neste mesmo sentido, os trabalhos anteriores de Prohaska, Leventhal E., Leventhal H. e Keller (1985) *apud* Santos (2006), realizados com grupos de pesso-

as com idades distintas, consideraram que, embora as crenças sobre as doenças (não vivenciadas) fossem semelhantes, as pessoas mais idosas consideravam-se mais vulneráveis à sua presença, apresentando-se estas com implicações mais graves e valorizando menos os sintomas simples de doença, como a fadiga ou as dores.

#### RELAÇÃO ENTRE A REPRESENTAÇÃO DA DOENÇA COM O NÍVEL DE ESCOLARIDADE DA PESSOA COM TUMOR DO APARELHO LOCOMOTOR

Pretendemos verificar se existem relações entre a representação da doença e a escolaridade da pessoa com tumor do aparelho locomotor (Hipótese 5). Desta forma, as pessoas com nível de escolaridade superior possuem maior percepção que estão a viver uma doença crónica ( $p=0,01$ ), maior consciência das consequências da doença ( $p<0,001$ ) e maior controlo pessoal da doença ( $p<0,001$ ). As pessoas com ensino secundário têm maior percepção de controlo da doença por parte do tratamento ( $p<0,001$ ), e os indivíduos com o ensino básico atribuem uma representação emocional negativa à doença ( $p=0,02$ ). Assim sendo comprovamos a Hipótese 5 do nosso estudo.

As pessoas com níveis educacionais superiores e com um estatuto sócio-económico mais elevado, apresentam uma maior probabilidade de terem menos problemas de saúde, referem menos sintomas e menor consumo de fármacos, para além de avaliarem a sua saúde como mais positiva. No entanto, quando estas pessoas adoecem, procuram mais rapidamente os cuidados de saúde comparativamente aos restantes (Bishop, 1994; Brannon & Feist, 1997; Sarafino, 2002 *apud* Santos, 2006).

#### RELAÇÃO DA REPRESENTAÇÃO DA DOENÇA COM A VIVÊNCIA DE EXPERIÊNCIAS DE SAÚDE ANTERIORES, NA PESSOA COM TUMOR DO APARELHO LOCOMOTOR

Pretendemos verificar se existem relações entre a representação da doença e a experiência de saúde anteriores, da pessoa com tumor do aparelho locomotor (Hipótese 6). Verificamos que as pessoas que não têm experiência prévia de lidar com doença oncológica têm a percepção de que a sua

situação de doença é cíclica ( $p=0,05$ ).

Quem já lidou com situações de doença crónica com familiares tem maior percepção das consequências da doença ( $p<0,001$ ) e maior controlo da doença por parte do tratamento ( $p<0,001$ ).

Pensamos que este facto pode estar relacionado com o conhecimento transmitido pelo facto de que quem já vivenciou uma situação de doença crónica de um familiar tenha maior facilidade em entender as consequências e repercussões da sua doença.

## CONCLUSÕES GERAIS

O estudo da representação da doença e *coping* na pessoa com tumor do aparelho locomotor, foi realizado com uma amostra de 64 indivíduos, caracterizados enquanto grupo pelos seguintes traços sócio-demográficos: idades compreendidas entre os 40-49 anos de idade, distribuídos pelos dois géneros (34 representam o sexo masculino e 30 o sexo feminino), têm como formação o ensino superior (40,60%), pertencem à categoria III da categoria profissional, pelo que são essencialmente operários especializados e semi-especializados, pequenos comerciantes e proprietários agrícolas, dos quais 67,20% são activos.

Apresentam como dados de natureza clínica: tempo decorrido após o diagnóstico de tumor do aparelho locomotor seis e dezassete meses (59,40% dos indivíduos); 53,10% dos indivíduos não vivenciaram experiências de doença oncológica de familiares.

Com a conclusão deste estudo podemos identificar contributos para a prática de enfermagem. O aprofundar de conhecimentos sobre os fenómenos do domínio da adaptação, vai permitir aos enfermeiros clarificar os focos de intervenção na pessoa a vivenciar um processo de transição. Ao conhecer a representação da doença e as estratégias de *coping* da pessoa com tumor do aparelho locomotor, os enfermeiros podem identificar diagnósticos de acordo com a avaliação da pessoa e o seu percurso adaptativo, prescrevendo intervenções que vão de encontro às necessidades identificadas e tendo em consideração a eficácia das estratégias de *coping* mobilizadas em cada fase do processo de transição.

Do estudo, podemos concluir os seguintes aspectos essenciais:

a) Enquanto grupo, os elementos da amostra apresentam uma forte representação da doença, com médias superiores ao ponto de corte proposto pelos autores do instrumento de avaliação.

b) A representação da doença, analisando os seus factores, verifica-se sobretudo na “Duração (aguda/crónica)”, “Duração (cíclica)”, “Consequências”, “Controlo Pessoal”, “Controlo de Tratamento”, “Coerência da Doença”, “Representação Emocional”, “Factores de risco genéricos” e “Factores de risco específicos”.

c) Em relação às estratégias de *coping*, o “Confronto e resolução activa dos problemas”, as “Estratégias de controlo das emoções” e a “Agressividade internalizada/externalizada”, destacam-se com médias superiores às referidas para a população geral.

d) Na relação entre a representação da doença e as estratégias de *coping*, verificamos que na dimensão “Duração (aguda/crónica)”, podemos assumir que à medida que aumenta a percepção de cronicidade da doença, mais eficaz se tornam as estratégias de *coping*. Para a dimensão “Duração (cíclica)”, à medida que aumenta a percepção que os sintomas da doença variam por ciclos, diminui a eficácia das estratégias de *coping*. No que respeita à dimensão “Representação Emocional”, podemos inferir que um forte envolvimento emocional, diminui a eficácia das estratégias de *coping*.

e) A representação da doença correlaciona-se com as estratégias de *coping* nas respectivas dimensões: a “duração aguda crónica” correlaciona-se positivamente com “Atitude activa de não interferência na vida quotidiana pelas ocorrências”; a “Duração cíclica” correlaciona-se negativamente com o “Confronto e resolução activa dos problemas”, “Abandono Passivo”, “Confronto com os problemas e planificação de estratégias”, “Controlo interno/externo dos problemas”; as “Consequências” correlacionam-se negativamente com as “Estratégias de controlo das emoções”; o “Controlo pessoal” correlaciona-se negativamente com “Agressividade internalizada/externalizada”, “Auto-responsabilização e medo das consequências” e “Estratégias de controlo das emoções”,

correlaciona-se positivamente com o “Confronto com os problemas e planificação de estratégias”, e o “Controlo interno/externo dos problemas”; o “Controlo do tratamento” correlaciona-se negativamente com o “Confronto e resolução activa dos problemas”, “Abandono Passivo”, “Pedido de ajuda”, “Estratégias de controlo das emoções”, “Atitude activa de não interferência na vida quotidiana pelas ocorrências” e “Auto-responsabilização e medo das consequências”; A “Coerência da doença” correlaciona-se positivamente com o “Pedido de ajuda”, e negativamente com o “Controlo interno/externo dos problemas” e o “Confronto com os problemas e planificação de estratégias”; A “Representação emocional” correlaciona-se negativamente com o “Controlo interno/externo dos problemas” e o “Confronto com os problemas e planificação de estratégias”; os “Factores de risco genéricos” correlacionam-se negativamente com a “Atitude activa de não interferência na vida quotidiana pelas ocorrências”.

f) A associação entre a representação da doença e o *coping* da pessoa com tumor do aparelho locomotor, está patente no facto das estratégias de *coping* serem explicadas por um modelo de regressão linear simples, em 79,90%, pelos factores de representação da doença.

g) Genericamente, os sintomas mais referidos pelos indivíduos da amostra, são Náuseas, Perda de força, Tonturas, Perda de peso, Indisposição de estômago e Dificuldade em dormir.

h) A Representação da doença difere consoante o tempo de diagnóstico do tumor, sendo que “Coerência da doença” aumenta com o maior tempo decorrido após o diagnóstico do tumor e a “Representação emocional” diminui à medida que o tempo após o diagnóstico do tumor aumenta.

i) No que se refere às diferenças de género em relação à representação da doença, constatamos que existem diferenças pontuais de género nas “Consequências”, apresentando o grupo feminino maior pontuação e na “Coerência da Doença”, apresentando o grupo masculino maior pontuação.

j) A representação da doença correlaciona-se negativamente com a idade apenas nos factores “Duração (aguda/cíclica)” e “Controlo pessoal”, ou seja, à medida que a idade da pessoa aumen-

ta, a representação da doença diminui nos factores “Duração (aguda/cíclica)” e no “Controlo pessoal”.

k) A Representação da Doença varia consoante o nível de escolaridade, apresentando o ensino superior médias mais elevadas para as dimensões “Duração (aguda/crónica)”, “Consequências”, “Controlo pessoal” e “Controlo de tratamento”; o ensino secundário médias mais elevadas e para a “Representação emocional”, e o ensino básico médias superiores para a “Representação emocional”.

l) A relação entre a representação da doença e a vivência de experiências de saúde anteriores de familiares, é significativa para a “Duração (cíclica)”, as “Consequências” e para o “Controlo de tratamento”.

## BIBLIOGRAFIA

- Bishop, G.D.. 1994. Health psychology: Integrating mind and body. Allyn and Bacon: Boston.
- Bolander, Verolyn Barnes. 1998. Enfermagem Fundamental, 1ª edição. Lusodidacta, Lisboa, 1963 pps.
- Booth, Katie. 1998. O stress e a enfermagem. Revista Nursing. 11: 7-10.
- Carlisle, Alexandra; John Alexandra; Fife-Schaw, Chris; Lloyd, Mark. 2005. The self-regulatory model in women with rheumatoid arthritis: Relationships between illness representations, coping strategies, and illness outcome. British Journal of Health Psychology. 10:571-587.
- Folkman, S.; Moskowitz, J.. 2000. Positive affect and the other side of coping. American Psychologist. 55: 647-654.
- Folkman, Susan; Moskowitz, Judith. 2004. Coping: Pitfalls and Promise. Annual Review of Psychology. 55:745-74.
- Fortin, Marie Fabienne. 1999. O Processo de Investigação: da concepção à realização. Lusociência, Loures. 388 pps.
- Greer, S.; Morey, S.; Watson, M.. 1989. Patient adjustment to cancer: a mental adjustment to cancer (MAC) scale vs clinical ratings. Journal of Psychosomatic Research, 33:373-377.
- Hagger, Martin; Orbell, Sheina. 2006. Illness representations and emotion in people with abnormal screening results. Psychology and Health. 2:183-209.
- Justo, João. 2002. Uma perspectiva psicológica sobre as doenças oncológicas: Etiologia, intervenções e articulações. In: Territórios da psicologia oncológica (Dias, Maria; Durá, Estrella), Climepsi Editores: Lisboa.

- Keith J. Petrie, Lana A. Jago and Daniel A. Devcich. 2007. The role of illness perceptions in patients with medical conditions. *Current Opinion Psychiatry*. 20:163-167.
- Lawrence D.; Schank M.J.. 1993. Health status, health perceptions and health behaviors of young adult women. *International Journal of Nursing Studies*. 30: 527-535.
- Lazarus, R. S.; Folkman, S. 1984. *Stress, Appraisal, and Coping*. Springer Pub, New York. 445 pps.
- Leventhal H.; Meyer, D.; Nerenz D.R. 1980. The common sense representation of illness danger. pp. 17-30. In: *Contributions to Medical Psychology* (Rachman S., editors), Pergamon Press: New York.
- Leventhal, H.; Benyamini, Y.; Brownlee, S.; Diefenbach, M.; Leventhal, E.; Patrick-Miller, L.. 1997. Illness representation: Theoretical foundations. In: *Perceptions of health and illness: Current research & applications* (K.J. Petrie, & J.A. Weinman Editors). Harwood Academic Publishers, Singapore.
- Leventhal, H.; Brissette, I.; Leventhal, E. 2003. The common-sense model of self regulation of health and illness. In Linda, Cameron, Leventhal, Howard. *The self-regulation of health and illness behavior*. Londres: Routledge.
- Lobiondo-Wood, Geri; Haber, Judith. 1993. *Nursing research: Methods, critical appraisal, and utilization*, 3ª ed. Mosby, St. Louis. 554 pps.
- Maes, S.; Leventhal, H.; Ridder, Denise. 1996. Coping with chronic diseases. pp. 221-251. In: *Handbook of coping: Theory, research, applications*. (Zeidner, Moshe Editors). John Wiley & Sons: Oxford.
- Mahasneh, Sawsan. 2001. Health perceptions and health behaviours of poor urban Jordanian women. *Journal of Advanced Nursing*. 36: 58-68.
- Martins, Catarina de Sousa. 2005. Impacto do suporte social e dos estilos de *coping* sobre a percepção subjectiva de bem-estar e qualidade de vida em doentes com lúpus. Disponível: <http://www.psicologia.com.pt/artigos/textos/A0339.pdf> [data da visita: 17/09/2008].
- Martins, Maria. 2002. Uma crise acidental na família: o doente com AVC. FORMASAU, Coimbra.
- Martins, Teresa. 2006. Acidente Vascular cerebral: qualidade de vida e bem-estar dos doentes e familiares cuidadores. FORMASAU, Coimbra.
- Matthews, Elyn; Snell, Katie; Coats, Heather. 2006. Intra-Arterial Chemotherapy for Limb Preservation in Patients With Osteosarcoma: Nursing Implications. *Clinical Journal of Oncology Nursing*. 5:14-26.
- Meleis, A. I. e Trangenstein, P. A. 1994. Facilitating transitions: redefinition of the nursing mission. *Nursing Outlook*. 42:255-259.
- Meleis, Afaf Ibrahim; Sawyer, L.; Im, E.O.; Hilfinger Messias, D.K.; Shummacker, K. 2000. Experiencing Transitions an emerging middle-range theory. *Advances in Nursing Science*. 23: 12-28.
- Mendes, Aida. 2002. Stress e Imunidade: contribuições para o estudo dos factores pessoais nas alterações imunitárias relacionadas com o stress. Coimbra, FORMASAU. 191 pps.
- Moniz, Luís; Barros, Luísa. 2005. *Psicologia da doença para cuidados de saúde*. Edições ASA, Porto.
- Moss-Morris, R.; Weinman, J.; Petrie, K.J.; Horne, R.; Cameron, L.D.; Buick, D. 2002. The Revised Illness Perception Questionnaire (IPQ-R). *Psychology and Health*. 17:1-16.
- Nerenz, D.; Leventhal, H.. 1983. Self-regulation theory in chronic illness. pp. 13-37. In: *Coping with Chronic Disease Research and Applications* (Burish TG, Bradley LA, editors). New York: Academic Press.
- Ogden, J. 2003. *Psicologia da saúde*. Climepsi Editores, Lisboa.
- Ordem Dos Enfermeiros. 2001. Padrão de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem da Ordem dos Enfermeiros. Disponível: [http://www.ordemenfermeiros.pt/images/contents/documents/98\\_Padroesqualidade.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/images/contents/documents/98_Padroesqualidade.pdf) [data da visita: 15/12/09].
- Organização Mundial de Saúde. 2010. Disponível: <http://pt.wikipedia.org/wiki/Saúde> [data da visita: 24 Mar. 2010].
- Osoba, D. 1991. *Effects of Cancer in Quality of Life*. Londres: CRC Press.
- Otto, Shirley. 2000. *Enfermagem em Oncologia*. 3ª ed. Lusociência, Loures.
- Patrick, D.; Ferketich, S.; Frame, P. 2002. National Institutes of Health State-of-the-Science Conference Statement: symptom management in cancer: pain, depression, and fatigue. In: *An evidence-based review of Yoga as a complementary intervention for patients with cancer* (Kelly, B.; Caroline F.), *Psycho-Oncology*. 18: 465-475.
- Polit, Denise. F; Beck, Cheryl Tatano; Hungler, Bernadette P. 2004. *Fundamentos de pesquisa em enfermagem: Método, Avaliação e Utilização*. 5ª ed. Artmed, Porto Alegre. 487 pps.
- Quivy, Raymond; Campenhoudt, Luc Van. 1992. *Manual de Investigação em ciências sociais*. Gradiva, Lisboa. 282 pps.
- Ramos, Marco. 2005. *Crescer em stress: Usar o stress para envelhecer com sucesso*. Âmbar, Porto. 317 pps.
- Reis, J.. 1992. Autonomia conceitual nos processos de saúde e doença. *Psychologia*. 8: 137-169.
- Ribeiro, José Luís Pais. 2005. *Introdução à psicologia da saúde*. 1ª ed. Quarteto, Coimbra.
- Rutter, Claire; Rutter, Derek. 2002. Illness representation, coping and outcome in irritable bowel syndrome. *British Journal of Health Psychology*. 7:377-391.
- Santos, Abel Matos; Castro, João Jácome. 1998. Stress. *Análise Psicológica*. 4:675-690.
- Santos, Abel; Castro, João. 1998. Stress. *Análise Psicológica*. 4:675-690.
- Santos, Célia. 2006. *Doença Oncológica: representação, coping e qualidade de vida*. 1ª edição. FORMASAU, Coimbra.
- Sanzovo, Cristiane; Coelho, Myrna. 2007. *Clinical*

- psychologists' stress sources and coping strategies. *Estud. Psicol.* 24: 227-238.
- Schlossberg, Nancy K. 1984. *Counseling Adults in Transition – Linking practice with theory*. Springer Publishing Company, New York. 212 pps.
- Silva, J. Cardoso. 1996. *Bioética*. Editorial Verbo, Lisboa.
- Smeltzer, S.C.; Bare, B.G. 2002. *Brunner & Suddarth: Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica*, 9ªed. Guanabara Koogan, Rio de Janeiro. 1955 pps.
- Stroebe, M.; Stroebe, R.. 1999. *Psicologia social e saúde*. Edições Piaget, Lisboa.
- Varela, Margarida; Leal, Isabel. 2007. Estratégias de  *coping* em mulheres com cancro da mama. *Análise Psicológica*. 3: 479-488.
- Vaughan, Rachel; Morrison, Leslie; Miller, Edgar. 2003. The illness representations of multiple sclerosis and their relations to outcome. *British Journal of Health Psychology*. 8:287-301.
- Vaz Serra, Adriano. 1988. Um estudo sobre  *coping*: o Inventário de Resolução de Problemas. *Psiquiatria Clínica*. 9: 301-316.
- Vaz Serra, Adriano. 2007. *O Stress na vida de todos os dias*. 3ª edição, Gráfica de Coimbra, Coimbra. 849 pps.
- Wang, Susan. 2005. *Biology of Osteogenic Sarcoma*. *The Cancer Journal*. 11:294-305.
- Watson, Jean. 2002. *Enfermagem: Ciência Humana e Cuidar, uma Teoria de*
- Watson, M.; Law, M.; Santos, M.; Greer, S.; Baruch, J.; Bliss, J.. 1994. The mini-MAC: Further development of the mental adjustment to cancer scale. *Journal of Psychosocial Oncology*. 12:33-46.
- Wittig, J.C.; Bickels, J.; Priebat, D.; Jelinek, J.; Kellar-Graney, K.; Shmookler, B.. 2002. Osteosarcoma: A multidisciplinary approach to diagnosis and treatment. *American Family Physician*. 65:1123-1132.
- Zagonel, I.P.S. 1999. O cuidado humano transicional na trajetória de enfermagem. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 7: 25-32.

# CUIDADOS DE ENFERMAGEM E INDICADORES DE IMPACTO ECONÓMICO ASSOCIADOS AO CATETERISMO VENOSO PERIFÉRICO

João Manuel N. Garcia Graveto<sup>(1)</sup>; João Carlos Amaral Ribeiro<sup>(2)</sup>; Laura Raquel Santos Barros<sup>(3)</sup>; Daniela Vidal C. Pereira dos Santos<sup>(4)</sup>



**Resumo** Os cuidados de enfermagem a utentes com cateteres venosos periféricos (CVP), pela frequência com que são utilizados em instituições de saúde, devem ser objeto de reflexão devido aos diversos riscos associados aos mesmos. Este artigo sustenta-se numa revisão sistemática da literatura (RSL), com o objectivo de identificar as intervenções de enfermagem, baseadas em evidência científica, que contribuem para diminuir o risco de infeção associada ao cateterismo venoso periférico e indicadores de impacto económico.

A RSL foi estruturada segundo “Cochrane Handbook”, pesquisando na plataforma bibliográfica EBSCOhost e em literatura de referência. Definiram-se critérios de seleção e, dos 73 artigos iniciais, 8 enquadraram-se.

A higienização das mãos, a preparação antisséptica da pele, a utilização de técnica asséptica para a realização da cateterização venosa periférica, a observação e monitorização do local de inserção e a perspicácia do enfermeiro são fundamentais na diminuição do risco de infeção associada ao CVP.

O aumento do tempo de internamento e da mortalidade, com custos objetivos associados, são referidos pela literatura como indicadores de impacto económico, influenciados pelas infeções da corrente sanguínea associada aos CVP. Os cuidados de enfermagem, ancorados em evidência científica, reduzem as infeções, podendo chegar a valores próximos de 0, refletindo-se numa diminuição de custos associados.

**Palavras-chave:** Cateter venoso periférico; Cuidados de Enfermagem; Infeção nosocomial; Custos diretos de serviços

**Abstract** *NURSING CARE AND INDICATORS OF ECONOMIC IMPACT ASSOCIATED WITH PERIPHERAL INTRAVENOUS CATHETERIZATION*  
Nursing care to patients with peripheral intravenous catheters (PIC), the frequency with which they are used in healthcare institutions, should be reflected due to various risks associated with them. This article argues in a systematic literature review (SLR) in order to identify nursing interventions based on scientific evidence, which help to reduce the risk of infection associated with peripheral venous catheterization and indicators of economic impact.

The SLR was structured according to “Cochrane Handbook” by searching the on EBSCOhost platform bibliographic and reference literature. We defined selection criteria and the initial 73 articles, 8 framed up.

Hand hygiene, the antiseptic skin preparation, the use of aseptic technique for peripheral venous catheterization, observation and monitoring of the insertion site and the insight of nurses are the key to reducing the risk of infection associated with the PIC.

The increased length of hospitalization and mortality, with goals associated costs, are referred in the literature as indicators of economic impact, influenced by the bloodstream infections associated with PIC. Nursing care, grounded in scientific evidence, reduce infections, reaching values close to 0, reflecting a decrease incosts.

**Keywords:** *Peripheral Intravenous Catheters; Nursing care; Nosocomial Infection; Direct service costs*

**Resumen** *CUIDADOS DE ENFERMERÍA Y INDICADORES DE IMPACTO ECONÓMICO ASOCIADOS AL CATETERISMO VENOSO PERIFÉRICO.*  
Los cuidados de enfermería a usuarias con cateteres venosos periféricos (CVP), por la frecuencia con que son utilizados en instituciones de salud, deben ser objeto de reflexión debido a los diversos riesgos asociados a los mismos. Este artículo se sostiene en un repaso sistemático de la literatura (RSL), con el objetivo de identificar las intervenciones de enfermería, basadas en evidencia científica, que contribuyen para disminuir el riesgo de infección asociada al cateterismo venoso periférico e indicadores de impacto económico.

La RSL fue estructurada según “Cochrane Handbook”, investigando en la plataforma bibliográfica EBSCOhost y en literatura de referencia. Se definieron criterios de selección y, de los 73 artículos iniciales, 8 se encuadraron.

Rececionado em maio 2014. Aceite em julho de 2014

<sup>(1)</sup> João Manuel Nascimento Garcia Graveto, RN, MsC, PhD. Professor Adjunto da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Portugal. jgraveto@esenfc.pt

<sup>(2)</sup> João Carlos Amaral Ribeiro, RN. Enfermeiro no serviço de Oncologia Médica dos Hospitais da Universidade de Oxford. Old Road, Headington, Oxford.

<sup>(3)</sup> Laura Raquel Santos Barros, RN. Staff Nurse - Surgery and Critical Care - Princess Alexandra Hospital NHS TRUST.

<sup>(4)</sup> Daniela Vidal Correia Pereira dos Santos, RN, MsC. Enfermeira nos “Enfermeiros PT”.

*La higienización de las manos, la preparación antisséptica de la piel, la utilización de técnica aséptica para la realización de la cateterización venosa periférica, la observación y monitorización del local de inserción y la perspicacia del enfermero son fundamentales en la disminución del riesgo de infección asociada al CVP.*

*El aumento del tiempo de internamento y de la mortalidad, con costes objetivos asociados, son referidos por la literatura como indicadores de impacto económico, influenciados por las infecciones de la corriente sanguínea asociada a los CVP. Los cuidados de enfermería, basados en evidencia científica, reducen las infecciones, pudiendo llegar a valores próximos de 0, reflejándose en una disminución de costes asociados.*

**Palabras-clave:** Catéter venoso periférico; Enfermería; Infecciones nosocomiais; Costes directos de los servicios.

## INTRODUÇÃO

A Enfermagem tem um papel destacado na inserção e manutenção dos acessos venosos, uma vez que gere o cuidado do utente (Oliveira e Parreira, 2010). Esta técnica exige conhecimentos de anatomia, fisiologia, microbiologia, farmacologia, psicologia, além da destreza manual.

Atualmente, a terapia intravenosa por CVP é uma prática amplamente difundida nos serviços de saúde e apresenta como principal objetivo o de assegurar o acesso ao sistema venoso para fins terapêuticos e/ou diagnósticos (Veiga *et al.*, 2008). Assim, a administração de medicamentos, a restauração e manutenção do equilíbrio hidroeletrólítico, a administração de sangue e derivados e a administração de fluídos que possibilitem a realização de exames diagnósticos são objetivos do cateterismo venoso periférico. No entanto, tal como referido por Malagutti e Roehrs (2012), a sua utilização não está isenta de complicações, estando estas associadas a indicadores de impacto económico. Por este motivo, pretende-se desenvolver a seguinte temática: Indicadores de impacto económico da infeção nosocomial associada ao cateterismo venoso periférico, tendo como objetivo conhecer estratégias de atuação para minimizar o risco de infeção associada ao cateterismo venoso periférico e conhecer os indicadores de impacto económico associados ao cateterismo venoso periférico.

## METODOLOGIA

Para a realização deste estudo, foi utilizada a revisão sistemática da literatura como opção metodológica, uma vez que permite identificar toda a

produção científica existente sobre esta temática tão importante para a Enfermagem.

No que respeita à questão de investigação, foi utilizada a metodologia PI[C]OD, especificando os participantes, as intervenções, comparações, os *outcomes* e o desenho do estudo e definindo, assim os critérios de inclusão/exclusão. Assim, a questão de investigação norteadora deste estudo foi: Em adultos internados com CVP, quais as intervenções de Enfermagem para diminuir o risco de infeção e que se refletem em indicadores de impacto económico?

Com vista a responder à questão de investigação, foram definidos os seguintes critérios de inclusão/exclusão:

*Quadro 1 – Critérios de inclusão/exclusão*

	Critérios de inclusão	Critérios de exclusão
Estudos	Estudos publicados entre 1 de janeiro de 2003 e 12 de maio de 2012.	Estudos anteriores a 2003. Estudos não indexados. Estudos não publicados.
Participantes	Adultos hospitalizados com CVP. Enfermeiros que prestam cuidados a adultos hospitalizados com CVP.	Adultos hospitalizados com outro tipo de dispositivos venosos implantáveis. Enfermeiros que prestam cuidados a adultos com outro tipo de dispositivos venosos implantáveis.
Intervenções	Medidas preventivas. Intervenções de Enfermagem. Medidas de eficácia comprovada.	Estratégias preventivas relacionadas com outro tipo de dispositivos venosos implantáveis. Indicadores de custos associados a outro tipo de dispositivos venosos implantáveis.

Outcomes	Resultados das intervenções de enfermagem. Resultados sobre os custos da infeção associada a CVP. Resultados de indicadores de impacto económico associados ao CVP.	Resultados sobre intervenções relacionadas com a prática médica ou outro profissional de saúde.
Desenho	Artigos de pesquisa publicados em bases de dados científicas, repositórios institucionais portugueses on-line e bibliotecas nacionais de referência.	Artigos não indexados. Artigos não publicados.

A pesquisa foi efetuada entre 5 a 20 de maio de 2012, em bases de dados científicas, repositórios institucionais portugueses *on-line* e em bibliotecas nacionais de referência. Durante a mesma, foram utilizadas três estratégias de pesquisa, que se encontram descritas no quadro 2.

Quadro 2 – Estratégias de pesquisa

Código	Base De Dados	Palavras-Chave	Limitadores	Resultados
S1	Interface EBSCOhost CINAHL® Plus with Full Text; Nursing & Allied Health Collection (tm): Comprehensive Edition; British Nursing Index; Cochrane Collection; MedicLatina(tm); MEDLINE® with Full Text.	Economic and catheter related infections	Data de publicação de: 01/01/2003 a 12/05/2012 Texto completo	12
S2	Interface EBSCOhost CINAHL® Plus with Full Text; Nursing & Allied Health Collection (tm): Comprehensive Edition; British Nursing Index; Cochrane Collection; MedicLatina(tm); MEDLINE® with Full Text.	Infection and peripheral catheter and nurs*	Data de publicação de: 01/01/2003 a 12/05/2012 Texto completo	11

S3	Pesquisa em Repositórios Institucionais Portugueses on-line e Bibliotecas Nacionais de Referência.	Catéter venoso periférico; enfermagem; infeção; economic impact infection catheter, economic impact infection blood-stream; costs infection blood-stream.	Data de publicação de: 01/01/2003 a 12/05/2012. Texto completo.	18
----	--	---	--	----

Através da pesquisa pelas palavras-chave descritas anteriormente, surgiram 73 artigos, no entanto, após a aplicação dos critérios de inclusão/exclusão foram obtidos 53 artigos. De seguida, foram excluídos todos os artigos que não eram escritos em português ou inglês, obtendo-se 49 artigos. Pelo título e pelo resumo foram excluídos 29 artigos, ficando 20 para análise, no entanto 12 não apresentavam texto integral, motivo pelo qual esta RSL incide sobre 8 artigos (apresentados no quadro 3).

Quadro 3 – Estudos incluídos

Estudo	Autores, ano de publicação, título e local de estudo
S1E1	EDGEWORTH, J. (2009) Intravascular catheter infections. Reino Unido.
S1E2	GUGGENBICHLER, J. [et al.] (2011) Incidence and clinical implication of nosocomial infections associated with implantable biomaterials – catheters, ventilator-associated pneumonia, urinary tract infections. Áustria.
S2E1	LOLOM, I. [et al.] (2009) Effect of a long-term quality improvement program on the risk of infection related to peripheral venous catheters. França.
S3E1	SINGH, R.; BHANDARY, S.; PUN, KD. (2008) Peripheral intravenous catheter related phlebitis and its contributing factors among adult population at KU Teaching Hospital. Nepal.
S3E2	GRAIG, A. [et al.] (2011) Estimating the Proportion of Healthcare-Associated Infections That Are Reasonably Preventable and the Related Mortality and Costs. Chicago, E.U.A.
S3E3	MARTINS, K. [et al.] (2008) Adesão às medidas de prevenção e controle de infeção de acesso vascular periférico pelos profissionais da equipe de enfermagem. Brasil.

S3E4	CHAIYAKUNAPRUK, N. (2003) Vascular Catheter Site Care: The Clinical and Economic Benefits of Chlorhexidine Gluconate Compared with Povidone Iodine. E.U.A.
S3E5	USLUSOY, E.; METE, S. (2006) Predisposing factors to phlebitis in patients with peripheral intravenous catheters: A descriptive study. Turquia.

## RESULTADOS/DISCUSSÃO

As infecções nosocomiais (IN) são a quarta causa de doença nos países industrializados, sendo um grave problema de saúde. Uma parte desta condição baseia-se na implantação crescente de dispositivos, uma vez que a presença de um corpo estranho reduz significativamente o número necessário de bactérias para causar infecção (Guggenbichler *et al.*, 2011) (E2). A cateterização venosa periférica é o procedimento invasivo mais utilizado na saúde moderna, em meio hospitalar. Na mesma linha de pensamento, Santos (2005) refere que a terapia intravenosa é das mais prescritas em meio hospitalar, uma vez que possibilita uma atuação mais rápida e eficaz.

Segundo o INPI (Inquérito Nacional de Prevalência de Infecção), em Portugal, o risco de IN associada a CVP's pode chegar aos 70,5% em Portugal, seguido pela cirurgia com 28,5% e pelo cateterismo urinário com 27,1% (Ministério da Saúde, 2010). Estes valores são preocupantes e surgem associados a uma subvalorização dos CVP's e do seu grande potencial de desenvolvimento de IN's, sendo responsáveis por um aumento substancial de custos e da morbimortalidade.

Tendo em conta a multifuncionalidade dos CVP's, os enfermeiros devem tomar medidas de modo a prevenir complicações. No entanto, num estudo realizado pelo Ministério da Saúde, observou-se que, em 54 preparações de medicação, os profissionais não realizaram inspeção do frasco, nem quanto à data de validade do material, nem quanto à integridade do mesmo. Também os frascos de soro e as ampolas utilizadas na diluição foram abertos sem a prévia desinfecção com álcool a 70%, e em 32 dos 54 procedimentos foi utilizada a mesma seringa e agulha para várias aspirações possibilitando a contaminação das doses e solu-

ções a serem infundidas na corrente sanguínea. Também foi observada a desconexão do sistema de infusão favorecendo a entrada de microrganismos. Segundo as recomendações do CDC (2011), o sistema deve ser mantido fechado durante toda a infusão, prevenindo deste modo a contaminação extrínseca. Através do estudo realizado por Martins *et al.* (2008) é perceptível a desvalorização de aspetos fundamentais, que podem precipitar a infeção e que são da responsabilidade primária dos enfermeiros, que enquanto profissionais de saúde habilitados para a execução do cateterismo venoso periférico e para a avaliação e manutenção do CVP, devem evitar ações precipitantes de infeção ou outras complicações. Singh, Bhandary e Pun (2008) (E1), acrescentam que existem outros aspetos que influenciam ou podem influenciar o desenvolvimento de complicações: o calibre do cateter, o seu material, o tipo de cateter, local de inserção, fármacos e hemoderivados administrados. Quanto aos fatores de risco individuais, consideram-se: idade, género, co-morbilidades e sistemas imunitários deprimidos (Guggenbichler *et al.*, 2011). Deste modo, torna-se essencial que o enfermeiro esteja desperto para estas características, uma vez que estas podem influenciar complicações.

A principal complicação do uso de cateteres é o desenvolvimento de infeção, que pode ser localizada, sistémica ou distal (Jarvis *et al.*; Raad e Bodey *apud* Edgeworth, 2008) (E1). Wilson (2003) acrescenta ainda que, outra das principais complicações do cateterismo venoso periférico é a flebite, ou seja, a inflamação da veia onde está inserido o CVP, que ocorre em cerca de um terço dos utentes com este dispositivo. Esta complicação aumenta substancialmente o risco de infeção daí a necessidade de reconhecer os sinais de flebite que consistem em fragilidade vascular, eritema, tumefação e veia em forma de cordão fibroso palpável, com objetivo de prevenir a infeção. A flebite é habitualmente provocada por irritação mecânica dos tecidos ou por irritação química, seja pelo cateter, seja pelos fluidos infundidos.

O Inquérito de Prevalência de Infecção (IPI) de Portugal demonstra que, em 42% dos doentes com presença de um fator de risco extrínseco (ventilação invasiva, cateter urinário, alimentação pa-

rentérica, cateter vascular central e CVP), 25,8% apresentaram IN. No mesmo estudo, 28,2% dos utentes apresentaram concomitantemente 2 a 3 fatores de risco extrínseco, com uma taxa de IN de 38,1% e dos 9,2% com mais de três fatores de risco extrínseco a taxa de IN foi de 30,1%. Assim, utentes com 2 ou mais fatores de risco extrínseco podem ser considerados de risco elevado (Ministério da Saúde, 2011).

No que concerne à infeção são nomeadas duas vias principais que conduzem à infeção da corrente sanguínea associada a cateteres, sendo elas: através do contato dos organismos da superfície da pele, quer no momento da inserção, quer através da migração de organismos e consequente colonização do cateter; ou pela transferência de organismos da pele do utente ou das mãos dos profissionais até ao cateter levando à colonização deste. Relativamente a esta via, um estudo de Martins *et al.*, (2008) (E3) refere que os profissionais de enfermagem higienizaram as mãos previamente à colocação do CVP em apenas 21 das 209 (10%) cateterizações observadas. Antes da otimização dos cateteres ou administração de terapêutica nenhum dos profissionais higienizou as mãos.

A aderência à superfície do cateter, facilitado pela deposição de proteínas do hospedeiro (fibrinogénio, colagénio e outras glicoproteínas) e a formação de biofilme sobre a superfície do cateter, são os dois principais mecanismos através dos quais os microrganismos colonizam estes dispositivos (Wenzel *apud* Edgeworth, 2009). Por outro lado, a presença do CVP inibe a atividade dos neutrófilos e protege as bactérias dos agentes antimicrobianos, permitindo que estas se multipliquem livremente na película biológica que reveste o cateter sendo libertadas para a corrente sanguínea (Wilson, 2003). Os CVP's, enquanto dispositivos plásticos são facilmente colonizados por microrganismos, com uma taxa de crescimento superior a 0,5 cm por hora. Assim, um biofilme espesso é formado em 24h, mesmo que o número inicial de bactérias seja pequeno (Guggenbichler, 2011).

Em meio hospitalar os microrganismos existentes facilmente se disseminam e proliferam no hospedeiro, tornando-o suscetível a um quadro infeccioso. Um estudo realizado nos E.U.A. sugere que

os custos de uma infeção da corrente sanguínea associada a cateteres pode ficar entre os \$21.400 e os \$110.800. De todas as IN passíveis de prevenção, as infeções da corrente sanguínea são as que têm os mais elevados custos associados, podendo variar entre os \$960 milhões e os \$18.2 bilhões anuais (Graig *et al.*, 2011) (E2). Também o CDC (2011) estimou custos totais das IN superiores a \$5 bilhões nos E.U.A. Ainda de referir que na Alemanha, estima-se que cerca de €2,4 milhões são gastos anualmente para o tratamento destas infeções (Frank, 2003 *apud* Guggenbichler, 2011), e que um estudo realizado por Chaiyakunapruk (2003) (E4), demonstra que as infeções da corrente sanguínea relacionadas com CVP's está associada a um aumento de custos dos cuidados de cerca de \$1000 a \$15000.

Para Hockenull *et al.* *apud* Edgeworth (2009), observaram um aumento do tempo de internamento entre 10 a 20 dias, considerando um indicador para custos adicionais. Por outro lado, Beyersmann *et al.* (2006) *apud* Edgeworth (2009) concluíram no seu estudo um aumento de 2,6 dias de internamento devido a infeções da corrente sanguínea associadas a cateteres. O tempo de internamento prolongado constitui um fator de extrema importância, que é traduzido no aumento dos custos do mesmo. O IPI de Portugal estudou o tempo de internamento prévio e a prevalência das IN, concluindo que mais de metade da população estudada com IN (51,5%) apresentava um tempo de internamento superior a 90 dias, contudo a prevalência da infeção também é elevada com menos dias de internamento (Ministério da Saúde, 2011).

Para além dos custos e do tempo de internamento, as infeções da corrente sanguínea associadas a cateteres podem trazer consequências ainda mais graves. Na pesquisa de Graig *et al.* (2011), refere que as infeções da corrente sanguínea causam cerca de dois terços das mortes resultantes das infeções hospitalares, e ainda que são cinco vezes mais mortais que os outros tipos destas infeções. Neste âmbito, Chaiyakunapruk (2003), atribui uma mortalidade de 10 a 20% às infeções da corrente sanguínea relacionadas com cateteres e Guggenbichler (2011), indica que existem cerca de dois milhões de infeções nosocomiais por ano

e cerca de 90.000 mortes associadas a estas, nos E.U.A..

Blot *et al. apud* Edgeworth (2009), refere que a mortalidade atribuível às infecções da corrente sanguínea associadas a cateteres apresenta valores variáveis entre os 0 e os 35%, supondo que com intervenções baseadas em evidência científica é possível aproximar de 0 a mortalidade, aumentando-se assim o potencial para salvar vidas. Concomitantemente Graig *et al.* (2011), referem que 65 a 75% das infecções da corrente sanguínea associada a cateteres podem ser prevenidas com intervenções baseadas em evidências científicas. O mesmo autor refere que, o número de infecções da corrente sanguínea que poderiam ter sido prevenidas nos E.U.A. varia entre 44.762 e 164.127 por ano, podendo ter sido salvas entre 5.520 a 20.239 vidas, se fossem asseguradas boas práticas.

Como referido anteriormente, a maioria das infecções da corrente sanguínea associadas a cateteres podem ser prevenidas.

Assim, a higienização das mãos tem sido referida por vários autores como uma medida de prevenção da IN. Segundo as *Guidelines* do CDC (2011) a higienização das mãos deve ser realizada com água e sabão convencional ou com gel de base alcoólica. Este procedimento é aconselhado antes e após a inserção do cateter bem como no momento da sua manipulação. Na inserção e manutenção dos CVP's deve ser utilizada uma técnica asséptica, devendo o profissional utilizar luvas limpas tanto para sua proteção, como do utente. Segundo Martins *et al.* (2008) nem sempre se cumprem estas indicações.

Relativamente à preparação da pele, Chaiyakunapruk (2003) sustenta que a desinfecção do local de inserção do cateter com soluções antissépticas ajuda a prevenir as infecções da corrente sanguínea. A solução mais utilizada nos E.U.A. para o efeito é a iodopovidona, contudo, no estudo do autor supracitado, é referido o gluconato de cloroexidina a 2% como sendo o mais eficaz. Para sustentar esta afirmação o autor refere que a utilização desta solução em vez de iodopovidona conduziu a uma diminuição da incidência da infecção da corrente sanguínea relacionada com CVP de 9 para 5 casos por 1000 cateteres inseridos. Para

além dos benefícios clínicos, o autor registou uma diminuição dos custos em \$8 por cateter aquando da utilização da cloroexidina. Igualmente Pratt *et al. apud* Edgeworth (2009) concluíram que uso da cloroexidina na antissepsia da pele apresenta mais benefícios. As *Guidelines* do CDC (2011), recomendam que a preparação da pele deve ser feita com antisséptico (álcool a 70%, tintura de iodo ou com gluconato de cloroexidina a 2%) antes da inserção do CVP. Estas *Guidelines* acrescentam ainda que não foram feitas comparações entre o uso de cloroexidina com o álcool e a iodopovidona em álcool, para a preparação da pele, clarificando que é uma questão não resolvida. Não obstante, sugerem o uso de uma lavagem com cloroexidina a 2% para a limpeza diária da pele com objetivo de redução das infecções da corrente sanguínea associadas a cateteres. No estudo realizado por Martins *et al.* (2008), verificou-se que o local da punção foi novamente contaminado pela palpação após antissepsia em 23 de 38 (60.5%) procedimentos observados. Neste contexto, o CDC (2011) realça que a palpação do local de inserção não deve ser realizada após a aplicação de antisséptico, acrescentado que as soluções antissépticas aplicadas devem secar de acordo com a recomendação do fabricante. Na mesma ordem de pensamentos, Martins *et al.* (2008) constatou que em 38 procedimentos observados, em apenas dois o profissional aguardou a secagem do antisséptico antes de realizar a punção.

Maki *et al. apud* Wilson (2003) especificam que o local de inserção do cateter em nada difere de uma ferida aberta que contém um corpo estranho, o que reduz significativamente o número de bactérias necessárias para produzir a infecção. A este respeito e no que se refere aos cuidados ao local de inserção do CVP, Pratt *et al. apud* Edgeworth (2009) defendem a utilização de apósitos semipermeáveis estéreis para facilitar a inspeção diária, bem como a monitorização da aparência do local de inserção do cateter. De acordo com as *Guidelines* do CDC (2011), deve ser utilizado um apósito estéril, transparente e semipermeável, para cobrir o local de inserção do cateter. Este apósito deve ser substituído se estiver descolado, visivelmente sujo, se o local de inserção do cateter estiver húmido ou se o utente referir algum sintoma. Deve

ser evitada a submersão dos cateteres em água, valorizando a colocação de pensos impermeáveis e protegê-los aquando dos cuidados de higiene. É ainda recomendada a não utilização de antibióticos tópicos ou outras pomadas no local de inserção do CVP, uma vez que a sua utilização pode promover o desenvolvimento de infeções fúngicas e levar a resistências microbianas. É dada a sugestão de encorajar os utentes a relatar as mudanças sentidas no local de inserção do CVP ou qualquer desconforto que surja.

No que concerne à substituição do cateter, Lollom *et al.* (2009) (E1) refere que entre os anos de 1996 e 2002, 15 a 20% dos CVP's permaneceram no local por mais de três dias, tendo esta taxa diminuído em 2005 para 6,7%. O mesmo autor refere que os CVP's que permanecem no local por mais de três dias estão associados a maior risco de bacteriemia relacionada ao cateter, pelo que devem ser removidos. Contudo, o número absoluto de bacteriemias relacionadas com CVP's diminuiu mais de 50% a partir de 2002, coincidindo com a diminuição do tempo de permanência destes (Lollom *et al.*, 2009). Este tema é controverso, clarificando Martins *et al.* (2008) que caso o utente apresente dificuldade de acesso vascular, os períodos acima de 96 horas são aceitáveis desde que haja observação sistemática e rigorosa do local de inserção, diminuindo também, deste modo, o trauma e a dor para o utente. Com este facto surge a necessidade de documentar a data de inserção do cateter e Martins *et al.* (2008) observou que dos 38 procedimentos de inserção de CVP's, em apenas 12 (31,6%) os profissionais instituíram este método de controlo do tempo de permanência, registando a data. É perceptível, mais uma vez, a necessidade de padronizar, a nível das instituições e serviços, estes procedimentos para que se obtenham mais ganhos em saúde.

## CONCLUSÃO

Da análise e discussão das pesquisas desta RSL, é possível constatar a emergente necessidade de implementação de estratégias por parte dos profissionais e instituições de saúde, para a prevenção

e controlo das infeções nosocomiais. Surge, assim, a importância de dedicar mais atenção às orientações para as intervenções baseadas em evidência científica, no que concerne à prevenção de infeções da corrente sanguínea provocadas por cateteres venosos periféricos. Assim, verifica-se que as competências técnicas e científicas dos Enfermeiros são passíveis de influenciar o número de complicações associadas aos CVPs, refletindo-se objetivamente em indicadores de impacto económico.

Para além da importância da higienização das mãos antes e após o cateterismo venoso periférico, a literatura assinala como fundamental para diminuição do risco de infeção, bem como dos indicadores de impacto económico, a desinfeção asséptica da pele e os cuidados e monitorização ao local de inserção do cateter.

Assim, pode-se também acrescentar que os enfermeiros, apresentam um papel fundamental no que se refere ao controlo dos custos e do tempo de internamento, e dos indicadores de mortalidade, havendo necessidade em identificar lacunas de investigação com vista a redução das taxas de incidência de infeção em função dos recursos materiais e económicos disponíveis.

Neste contexto, realça-se a importância da consciencialização por parte dos profissionais de enfermagem sobre as estratégias de atuação sustentadas em evidências científicas e a necessidade de formação contínua, de modo a minimizar a ocorrência de complicações, conseguindo aproximar a taxa de infeção da corrente sanguínea relacionada com o CVP a aproximadamente 0% e a consequente diminuição dos indicadores de impacto económico

É reconhecido pelo CDC (2011) que o sucesso da implementação das práticas baseadas em evidência será dependente de uma educação integral e um programa de treino regular suportado para uma vigilância, auditoria e feedback com linhas claras de responsabilidade, envolvimento clínico e liderança. Uma consideração clínica importante para a implementação destas intervenções surge com objetivo de evitar as IN's, maximizando o potencial para melhorar a qualidade de vida, bem como a diminuição da morbi/mortalidade.

Existe um elevado corpo de evidências que pode

ser utilizado para fundamentar a implementação, vigilância e as auditorias de práticas de controlo da infeção que ajudam as instituições a reduzir as taxas de infeção da corrente sanguínea associada a CVP's. Contudo, há necessidade de solidificar algumas estratégias para que haja um consenso, melhores cuidados prestados e diminuição de indicadores de infeção e consequentes custos. Com a implementação de práticas baseadas em evidências científicas pode-se reduzir para próximo de 0% o risco de infeção associada a CVP's. Esta afirmação é baseada no estudo de Edgeworth (2009) que refere que as taxas de incidência de infeções associadas a CVP's, podem chegar aos 0,5 por 1000 cateteres por dia, se forem utilizadas boas práticas. Também o estudo de Graig *et al.* (2011) sugere que as infeções da corrente sanguínea associada a cateteres, podem ser prevenidas na sua totalidade, utilizando estratégias de cuidados baseadas em evidências.

As diretrizes nacionais e internacionais incluem um grande número de recomendações sobre o modo de prevenir as infeções da corrente sanguínea associadas a cateteres. A este respeito o CDC (2011) defende que se devem educar os profissionais de saúde quanto aos procedimentos adequados para a inserção, manutenção e remoção dos CVP's e medidas apropriadas para o controlo de infeção relacionada com cateteres. Assim, torna-se um desafio para as instituições de saúde integrar estas diretrizes e avaliar periodicamente o conhecimento e a adesão às mesmas por parte dos profissionais. As taxas de incidência de complicações revelam-se cruciais para a avaliação das intervenções de Enfermagem antes e após a aplicação das diretrizes.

Em suma, pode-se afirmar que as práticas modernas permitem melhorar o resultado terapêutico, salvam vidas e aumentam consideravelmente a qualidade de vida, porém, se não houver consciencialização dos procedimentos invasivos realizados, podem aumentar substancialmente o número de IN, e consequentemente os custos associados.

## BIBLIOGRAFIA

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION – **Guidelines for the Prevention of Intravascular Catheter-Related Infections**. [Em linha] E.U.A.: Centers for Disease Control, 2011. [Consult. 20 maio 2012]. Disponível em <URL: <http://www.cdc.gov/hicpac/BSI/BSI-guidelines-2011.html>>

CHAIYAKUNAPRUKU, N. [et al.] – **Vascular Catheter Site Care: The Clinical and Economic Benefits of Chlorhexidine Gluconate Compared with Povidone Iodine**. *Infections Diseases Society of America*. E.U.A. ISSN: 1537-6613. Vol.37, (2003), p. 764- 771.

EDGEWORTH, J. – **Intravascular Catheter Infections**. *Journal of Hospital Infection*. Londres. ISSN: 0195-6701. Vol. 73, nº 4 (2009), p. 323-330.

GRAIG, A. [et al.] – **Estimating the Proportion of Healthcare-Associated Infections that are Reasonably Preventable and Related Mortality and Costs**. *Infection Control and Hospital Epidemiology*. Chicago. ISSN: 0899-823X Vol. 32, Nº2 (2011), p. 101-114.

GUGGENBICHLER, J.P. [et al.] – **Incidence and clinical implication of nosocomial infections associated with implantable biomaterials – catheters, ventilator-associated pneumonia, urinary tract infections**. *GMS Krankenhaushyg Interdiszip*. ISSN: 1863-5245. Vol. 6, nº1 (2011).

LOLOM, I. [et al.] – **Effect of a long-term quality improvement programme on the risk of infection related to peripheral venous catheters**. *Press Médicale*. Paris. ISSN: 0755-4982. Vol. 38, Nº1, (2009), p.34-42.

MALAGUTTI, W.; ROEHR, H. – **Terapia Intravenosa: Atualidades**. São Paulo: Martinari, 2012. ISBN: 978-85-89788-96-0.

MARTINS, K. [et al.] – **Adesão às Medidas de Prevenção e Controlo de Infeção de Acesso Vascular Periférico pelos Profissionais da Equipa de Enfermagem**. *Ciênc. Cuid. Saúde*. Brasil. Vol. 7, Nº4, (2008), p. 485-492.

OLIVEIRA, A.; PARREIRA, P.- **Intervenções de enfermagem e flebites decorrentes de cateteres venosos periférico: Revisão sistemática da literatura**. *Referência: Revista Científica da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Domínio de Enfermagem*. Coimbra ISSN: 0874-0283. Vol. 3, Nº2, (2010), p.137-147.

MINISTÉRIO DA SAÚDE - **Relatório - Inquérito de Prevalência de Infeção 2010**. [Em linha] Lisboa: DGS, 2011 [Consult. 30 maio 2012]. Disponível em <URL: <http://www.dgs.pt/>> .

MINISTÉRIO DA SAÚDE – **Inquérito Nacional de Prevalência da Infeção 2009**. [Em linha] Lisboa: DGS, 2010 [Consult. 30 maio 2012]. Disponível em <URL: <http://www.dgs.pt/>> .

RAMALHO, A. - **Manual para redação de estudos e projetos de revisão sistemática com e sem metanálise – Estrutura funções e utilização na investigação em enfermagem**. Coimbra: Formasau, 2005. ISBN: 972-8485-54-9.

---

SANTOS, N. – **Enfermagem na Prevenção e Controle da Infecção Hospitalar**. 2ª ed. São Paulo: Iátria, 2005. ISBN: 85-7614-009-8.

SINGH, R.; BHANDARY, S.; PUN, K.D. – **Peripheral intravenous catheter related phlebitis and its contributing factors among adult population at KU Teaching Hospital**. *Kathmandu University Medical Journal*. ISSN: 1812-2078. Vol. 6, nº 4 (2008), p.443-447.

VEIGA, B. [et al.] – **Manual de Normas de Enfermagem – Procedimentos Técnicos**. 2ª ed. Lisboa: 2008.

WILSON, J. – **Controlo da infeção na prática clínica**. Loures: Lusociência, 2003. ISBN: 972-8383-57-6.

## NORMAS DE PUBLICAÇÃO

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

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

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

### 1 - TIPOS DE ARTIGOS

#### 1.1 - Cartas ao director:

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

#### 1.2 - Artigos sobre teoria de investigação:

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

*Devem estruturar-se da seguinte forma:*

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

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

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

**Desenvolvimento da temática**

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

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

*Extensão máxima recomendada 15 páginas.*

#### 1.3 - Artigos síntese de trabalhos de investigação:

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

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

**Fundamentação:** Breve revisão e localização da problemática.

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

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

**Discussão:** 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: [www.sinaisvitais.pt/rie.php](http://www.sinaisvitais.pt/rie.php)

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

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

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

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

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

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

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

### **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 e do SOS, Jornal de Enfermagem.

### **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.**