

Revista INVESTIGAÇÃO EM ENFERMAGEM

Nº3 SÉRIE II - MAIO 2013

Sumário / Summary

EDITORIAL ARMÊNIO GUARDADO CRUZ	7
ADESÃO À TERAPÊUTICA DO DOENTE TRANSPLANTADO HEPÁTICO: VIVÊNCIAS E DIFICULDADES <i>ADHERENCE MEDICATIONS IN LIVER TRANSPLANT PATIENTS: EXPERIENCES AND DIFFICULTIES</i> MARIA DO CARMO OLIVEIRA CORDEIRO; MARIA FERNANDA MORENO; LEILA SALES; CELINA MARTINS	9
DESAFIO E PRIORIDADE: AVALIAÇÃO DA DOR À PESSOA EM ESTADO CRÍTICO <i>CHALLENGES AND PRIORITIES: ASSESSMENT OF PAIN TO THE PERSON IN CRITICAL CONDITION</i> MARISA LOPES; PATRÍCIA ALVES; SANDRA MOREIRA; ISABEL ARAÚJO	19
GESTÃO DO CONHECIMENTO E TECNOLOGIAS DA INFORMAÇÃO E COMUNICAÇÃO EM INSTITUIÇÕES PÚBLICAS DE SAÚDE: UM ESTUDO EM ENFERMEIROS <i>KNOWLEDGE MANAGEMENT AND INFORMATION AND COMMUNICATIONS TECHNOLOGY AT HEALTH PUBLIC INSTITUTIONS: A STUDY IN NURSES</i> SOFIA GASPAR CRUZ; MARIA MANUELA FREDERICO FERREIRA	27
AS REPRESENTAÇÕES DA FAMÍLIA DO DOENTE NO PROCESSO DE PREPARAÇÃO DA ALTA <i>REPRESENTATIONS OF THE PATIENT IN THE FAMILY PREPARATION PROCESS HIGH</i> ANA TERESA DA SILVA PINTO	35
BURNOUT, BEM-ESTAR SUBJECTIVO E SATISFAÇÃO PROFISSIONAL NOS ENFERMEIROS <i>BURNOUT, SUBJECTIVE WELL-BEING AND PROFESSIONAL SATISFACTION IN NURSES</i> PEDRO MIGUEL GARRIDO; JOSÉ EUSÉBIO PALMA PACHECO	45
REGRESSO A CASA. IMPACTO DA PREPARAÇÃO DA ALTA HOSPITALARNOS PAIS DA CRIANÇA APENDICETOMIZADA <i>HOMECOMING. IMPACT OF DISCHARGE PLANNING IN PARENTS OF CHILD SUBMITTED AT APPEDECTOMY</i> FERNANDA ALVES	54
ALIMENTAÇÃO DO RECEM NASCIDO PRÉ TERMO: QUE MÉTODO DE TRANSIÇÃO PARA A VIA ORAL? <i>THE PREMATURE NEWBORN: WHAT IS THE TRANSITION METHOD TO ORAL FEEDING</i> ANABELA CRUZ; NUNO RIBEIRO	63
A UTILIZAÇÃO DA PENTOXIFILINA COMO ADJUVANTE DA TERAPIA COMPRESSIVA NO TRATAMENTO DAS ULCERAS DE PERNA DE ETIOLOGIA VENOSA <i>USE OF PENTOXIFYLLINE AS ADJUVANT OF THE COMPRESSIVE THERAPY IN THE TREATMENT OF VENOUS LEG ULCERS</i> EDUARDO SANTOS; MADALENA CUNHA	72



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 REVIEWES

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*

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

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*

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

E-mail - suporte@sinaisvitais.pt

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

Registo ICS: 123 486

ISSN: 2182-9764

Depósito Legal/Legal Deposit: 145933 /2000

ESTATUTO EDITORIAL

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

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

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

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

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

EDITORIAL

As Prioridades Nacionais de Saúde (PNS) - 2012-2016 foram divulgadas oportunamente, com objetivos e as principais áreas de intervenção definidas, após um amplo período de análise, reflexão e participação ativa de diversas personalidades, de idoneidade indiscutível, e entidades associadas à saúde.

Como sabemos a investigação nesta área social ambiciona essencialmente responder às necessidades dos cidadãos, e como dizia o Profº João Lobo Antunes, em Julho de 2010, a investigação na área da saúde é um processo que pretende “melhorar o nível de saúde da população”.

Entretanto, nos dois últimos anos, a austeridade imperou a todos os níveis, e os recursos económicos direcionados às diferentes áreas sociais tornaram-se cada vez mais escassos. Esta situação vai exigir dos responsáveis políticos e institucionais uma melhor gestão daqueles recursos e uma seleção criteriosa dos apoios a atribuir a projetos a desenvolver na área específica da investigação na saúde.

Sabemos que a solução dos problemas e necessidades de saúde dos cidadãos, e as orientações internacionais apontam também nesse sentido, passa cada vez mais por uma interdisciplinaridade, o que nem sempre tem acontecido em Portugal, pois segundo alguns especialistas, tem-se centrado em demasia na investigação médica.

Perante a complexidade das dinâmicas e processos da investigação em saúde e ao conjunto de contextos e protagonistas envolvidos, a definição dos papéis e responsabilidades de cada um, afigura-se essencial, para se produzirem as mudanças necessárias e desejáveis nesta matéria.

Portanto, é fundamental que os recursos destinados ao apoio a projetos de investigação tenham em conta este novo paradigma, onde a ciência de enfermagem deve ser incluída, pois os resultados que têm sido apresentados são provas inegáveis para a promoção da qualidade da saúde da nossa população.

Aguardemos pois pela direção que os decisores vão indicar em relação a esta problemática, sem esquecer que todos devemos estar atentos aos momentos e fases de candidatura e, evidentemente, à qualidade que os projetos de investigação na área da saúde devem incluir nas suas diversas dimensões.

Arménio Guardado Cruz

ADESÃO À TERAPÊUTICA DO DOENTE TRANSPLANTADO HEPÁTICO: VIVÊNCIAS E DIFICULDADES

Maria do Carmo Oliveira Cordeiro⁽¹⁾

Maria Fernanda Moreno⁽²⁾

Leila Sales⁽³⁾

Celina Martins⁽³⁾



Resumo

A partir da problemática “*Adesão à terapêutica do doente transplantado hepático: vivências e dificuldades*”, foi desenvolvido um estudo do tipo descritivo, transversal, numa amostra de conveniência de 50 doentes transplantados hepáticos, com os seguintes objetivos: Evidenciar as dificuldades sentidas pelo doente em contexto de internamento, na preparação da terapêutica; saber quais as dificuldades sentidas pelo doente no domicílio, na preparação da terapêutica; desenvolver novas estratégias de ensino adequadas às necessidades identificadas no decorrer do estudo. Como instrumento de colheita de dados foi aplicado um questionário com perguntas abertas e fechadas. Os resultados, evidenciaram como principais dificuldades referidas pelos doentes na preparação da terapêutica, as relacionadas com a complexidade do regime terapêutico, nomeadamente, o número de comprimidos a tomar, a complexidade dos horários e o nome dos comprimidos.

Palavras-chave: Adesão à terapêutica, doente transplantado hepático

Abstract

From the problematic “*Adherence medications in liver transplant patients: experiences and difficulties*”.

We developed a descriptive study, cross, a convenience sample of 50 liver transplant patients, with the following objectives: To show the difficulties experienced by the patient in the context of internment, in the preparation of medications; Knowing what difficulties felt by the patient at home, in the preparation of medications, develop new teaching strategies appropriate to the needs identified during the study. As a tool for collecting data was a questionnaire with open and closed questions. The results showed that the main difficulties reported by patients in the preparation of medications, those related to the complexity of the regimen, particularly in relation to the number of pills to take, at times complex, and the name of the tablets

Keywords: Adherence to medications; patients transplanted liver

Rececionado em março 2012. Aceite em setembro 2012

⁽¹⁾ Enfermeira especialista em Enfermagem de Reabilitação

⁽²⁾ Enfermeiras Chefe Unidade de Transplantes do Hospital Curry Cabral

⁽³⁾ Enfermeira na Unidade de Transplantes do Hospital Curry Cabral

INTRODUÇÃO

O transplante hepático mais de que um direito, é uma nova oportunidade de vida para os doentes que dele necessitam, com melhoria significativa da sua qualidade de vida. A contra-partida do transplante hepático para o doente, é uma vida acompanhada de um complexo regime terapêutico, liderado por terapêutica imunossupressora, consistindo muitas vezes em mais de oito medicamentos diferentes, repartidos por varias administrações diárias, sob a forma de comprimidos e cápsulas de grandes dimensões e, no caso dos transplantados hepáticos durante toda a sua vida. Esta complexidade pode ser considerada “*esmagadora*” para a maioria dos doentes transplantados (Prasad et al., 2005). O regime terapêutico prescrito inclui, obrigatoriamente, corticosteroides e imunossupressores. São estes medicamentos que vão manter o nível de atividade do sistema imunitário reduzido, de forma a evitar a rejeição do órgão transplantado. Para o sucesso do transplante, o primeiro fator crítico é o cumprimento do regime terapêutico pelo doente (Campos, 2010).

A adesão à terapêutica, neste contexto, assume um papel de particular relevância, constituindo a ausência da mesma, uma ameaça ao sucesso do transplante. A suspensão da medicação ou irregularidade das tomas pelo doente, mesmo quando as doses são já reduzidas ou o doente está em monoterapia, conduz muitas vezes a uma rejeição irreversível com perda do novo órgão. Estudos recentes demonstraram também, que a não adesão influenciava negativamente a qualidade de vida no período pós-transplante (Telles-Correia, 2006). Hoje, sabe-se que a não adesão à terapêutica nos doentes transplantados está associada a um aumento da incidência da rejeição aguda tardia e reconhecida como um fator determinante do aumento da mortalidade e morbidade, redução da qualidade de vida, aumento dos custos médicos, aumento dos custos com o retransplante, e excesso de utilização dos serviços de saúde pelos doentes transplantados (Telles-Correia et al., 2007), bem como, umas das principais razões de ausência de benefícios da medicação instituída, isto porque, a resposta ao tratamento se relaciona diretamente com a dose e esquema tera-

pêutico. A não adesão reduz as vantagens e altera a avaliação da eficácia do mesmo. Esta perspetiva é reforçada por Cooper et al., citado por Telles-Correia- et al., (2007) que aponta a não adesão, como uma causa direta de 21% dos insucessos da transplantação e 26% de todas as mortes pós transplante. Sendo a percentagem de não aderentes à medicação não imunossupressora, no primeiro ano após o transplante, de 21, 1% e na restante medicação de 26,3% e 52,6% não cumpre a totalidade da terapêutica prescrita (Dew et al.. 1996 citado por Catela, 2010). A não adesão ao regime terapêutico pode, conforme já descrito, ser uma das principais causas de mortalidade pós-transplante, associando-se de acordo com alguns estudos realizados nesta área, a uma pior evolução clínica e, ao aumento do risco de rejeição do novo órgão (Telles-Correia, 2006).

A problemática da adesão à terapêutica em doentes transplantados, tem vindo a tomar um lugar cada vez mais importante, no âmbito da intervenção de enfermagem, sendo, a questão da adesão à terapêutica reconhecida atualmente como multifactorial e complexa. Desempenhando o enfermeiro, neste âmbito, um importante papel de otimização da adesão ao regime terapêutico nos doentes transplantados, desenvolvendo estratégias pedagógicas de intervenção do âmbito educacional e comportamental, promotoras de adesão à terapêutica. Por ser uma área temática de interesse das autoras, compreender os motivos pelos quais os doentes transplantados aderem ou não ao regime terapêutico, e tomando como pano de fundo a revisão sistemática da literatura efetuada, surgiu a motivação para a realização do presente estudo, orientadas pela questão central: Compreender a experiência vivida da adesão ao regime terapêutico nos doentes submetidos a Transplante Hepático. Assim definimos como objetivo geral para o nosso estudo: Identificar as dificuldades sentidas pelo doente transplantado em contexto de internamento, na auto-preparação da terapêutica; Conhecer a perceção dos doentes relativamente ao método de ensino utilizado na Unidade de Transplantes; Incrementar novas estratégias de ensino adequadas às necessidades identificadas no decorrer do estudo.

ADESÃO À TERAPÊUTICA NO DOENTE TRANSPLANTADO

A adesão deve ser cuidadosamente estudada e avaliada no pré transplante como referem Murray e Carithers (2005), dado que, a capacidade de adesão de um doente constitui um aspeto determinante no sucesso do transplante. A adesão à terapêutica é definida segundo Bugalho e Carneiro (2004, p.9) como: *“o grau ou extensão em que o comportamento da pessoa (em relação) à toma da medicação, ao cumprimento da dieta e alteração de hábitos ou estilos de vida) corresponde às instruções veiculadas por um profissional de saúde”*. Sabemos que, os níveis de adesão nos doentes transplantados podem variar ao longo do tempo, a este propósito Telles-Correia et al. (2007) diz-nos que: *“Após o transplante os doentes apresentam geralmente uma boa adesão nas primeiras fases, após o primeiro mês os doentes podem começar a apresentar uma não adesão ocasional (falham uma ou duas tomas por semana, ou não respeitam o horário da tomas). Nos meses seguintes podem apresentar uma não adesão intermitente que se pode tornar persistente e total (geralmente algum tempo após o transplante, e relaciona-se com os efeitos secundários dos fármacos e com a sensação de imortalidade reforçadas por muito tempo sem problemas)*. Reforçando esta percepção, a não adesão pode ser classificada segundo WHO (2003) citado por Cunha et al. (2011, p.206), como: *“intencional, quando o doente não cumpre o tratamento, apesar de o conhecer, ou não intencional, quando este não compreende a informação prestada pelo profissional de saúde, quando esquece ou sente dificuldade em gerir a medicação (...)”*. Ainda, neste âmbito Cunha et al. (2011) acrescentam que nas instituições, 100% dos doentes cumprem o regime terapêutico prescrito, quando regressam a casa, muitos doentes deixam de seguir o tratamento recomendado. No que concerne aos doentes transplantados, a não adesão em doentes transplantados é muito frequente sendo a sua prevalência média de 25,28% e pode ser influenciada por diversos fatores nomeadamente, demográficos (idade, estado civil, sexo, raça e nível socioeconómico), psiquiátricos e psicológicos (depressão,

perturbações de personalidade, atraso mental, alcoolismo, crenças da doença, e outros (custo da medicação, história de transplante prévio) (Telles-Correia- et al., 2007).

Muitos são os fatores estudados que intervêm na adesão terapêutica dos doentes em geral e nos doentes submetidos a transplante em particular. Autores como Fine et al., (2009) corroboram desta opinião e, descrevem como fatores considerados de risco em doentes transplantados, a existência de história de não adesão anterior ao transplante, fraco suporte social, história de dependências anteriores e abusos de substâncias tóxicas, efeitos secundários dos medicamentos, complexidade dos regimes terapêuticos, passando pela falta de conhecimento sobre os medicamentos e a fraca relação por vezes existente entre os doentes e os profissionais de saúde.

A adesão é multifactorial, encontrando-se na literatura documentado diversos fatores que influenciam a adesão do doente à terapêutica (Cunha et al., 2011; Bugalho e Carneiro, 2004), entre os quais, se destacam os seguidamente descritos, enfatizando neste contexto, os relacionados com a adesão no doente transplantado:

1 - **A complexidade do regime terapêutico**, como a duração do tratamento, que no caso dos doentes transplantados é para toda a vida, bem como as alterações frequentes do esquema terapêutico para ajustamento das doses, a ausência imediata de melhoria da clínica e efeitos adversos dos medicamentos diminuem igualmente a taxa de adesão. Acresce ainda o nome dos fármacos, muitas vezes difíceis de interiorizar e memorizar, o número de comprimidos que tomam por dia, as características dos fármacos (tamanho) /cápsulas que dificultam as tomas, que percebemos muitas vezes no momento da toma, acresce ainda, os efeitos secundários associados aos imunossuppressores (como desconforto gastrointestinais, alteração da auto-imagem e alteração da própria rotina da pessoa que anteriormente não tomava medicação.

2 - **Características individuais** do doente transplantado, destacando-se os recursos psicológicos (a ansiedade inerente às tomas dos fármacos, a ausência da percepção de necessidade de tratamen-

to, ou medo da dependência ou a discriminação, interferem igualmente no cumprimento do regime terapêutico). Associado a este, os relacionados com as crenças, culturas e também a barreira linguística. Os conhecimentos, e habilidade para gerir a indicação terapêutica e, ser capaz de as integrar nas atividades do dia-a-dia, ser capaz de gerir a sua própria medicação. Outro aspeto igualmente importante, é o nível de escolaridade, portanto, o grau de literacia dos doentes, existindo uma percentagem significativa de doentes transplantados que apresentam baixa literacia ou são iletrado, dificultando este processo no pós transplante.

3 - Questões de **ordem social e económico**. Não é consensual a influência dos fatores económicos na adesão terapêutica, no entanto foi identificada relação positiva entre não adesão e capacidade económica como nos refere Fine et al., (2009). Estes aspectos levam muitas vezes o doente a não incluir o cumprimento da medicação como prioridade, o que conduz à não adesão. A instabilidade habitacional, o alto custo dos transportes e da medicação, a longa distância dos centros, colocam os doentes em situações de desvantagens, forçando a ponderação de prioridades que podem não incluir o cumprimento da medicação. Já, no que diz respeito, aos fatores sociais esta relação é defendida pela maioria dos autores que consideram a falta de suporte social como fato determinante nesta problemática. O facto de viver sozinho, não ter estabilidade laboral, a residência ter poucas condições de habitabilidade, conduzem a situações de não adesão (Cabral e Silva, 2010; Bugalho e Carneiro, 2004). A existência de familiares, amigos ou simplesmente de alguém que assuma o papel de cuidador, pode ajudar o doente na gestão mais eficaz da sua terapêutica e mais abrangentemente na gestão da sua situação de saúde.

4 - **Relacionados com a doença de base e co-morbilidades**, nomeadamente a gravidade dos sintomas, a progressão da doença (doentes com encefalopatia), a deficiência/incapacidade/desvantagens geradas (doentes invisuais, deficit cognitivos). A existência de co-morbilidades e de deficiências podem alterar a adesão da terapêutica. Os níveis de adesão são reconhecidamente menores também nos doentes com patologia psiquiátrica (depressão) com

alteração das capacidades cognitivas para gerir a sua medicação. Todos estes aspetos determinam a diminuição da adesão à terapêutica.

5 - **Fatores relacionados com os serviços e profissionais de saúde**, reportam-se à informação veiculada dada pelos profissionais de saúde, à disponibilidade para o ensino e explicações sobre a gestão do regime terapêutico. A adesão dos doentes aos regimes terapêuticos prescritos, tem relação direta com a forma como ele gere a informação que lhe é veiculada pelos profissionais. A relação que se estabelece entre os profissionais e os doentes (Cabral e Silva; 2010) e a qualidade e criatividade utilizada na concepção de esquemas de ensino flexíveis e facilmente perceptíveis pelos doentes, contribuem definitivamente para um melhor entendimento da necessidade de cumprir.

Os problemas da adesão verificam-se em todas as situações em que existe autoadministração de terapêutica (Cunha et al., 2011). Neste âmbito é fundamental que os profissionais de saúde monitorizem e reconheçam os fatores de não adesão à terapêutica, de forma a garantirem uma melhor adesão ao regime terapêutico, incrementando nos doentes transplantados, estratégias pedagógicas de adaptação e de facilitação do cumprimento do regime terapêutico (Bugalho e Carneiro, 2004) através de intervenções educacionais e comportamentais. As primeiras são promotoras do conhecimento acerca da medicação (nome dos medicamentos, cumprimento das doses, horários da terapêutica, conhecimento dos efeitos secundários que podem ocorrer) com recurso ao ensino verbal. As segundas têm como finalidade incorporar na rotina diária do doente transplantado, mecanismo de adaptação e facilitadoras do cumprimento da terapêutica (ex: colocar a medicação junto ao copo de água para não se esquecer, ou colocar a medicação da noite junto do despertador), a utilização de memorandos de índole variado, muitas vezes com recurso às últimas tecnologias. A simplificação do regime terapêutico, bem como a adequação à rotina diária da pessoa. Tal como o refere Bugalho e Carneiro (2004, p.15): “ a adesão ao tratamento é um processo dinâmico, necessitando de um seguimento cuidadoso”. A toma da terapêutica deve neste contexto, ser sob observação direta do enfermeiro, com vista a monitorizar a adesão ao regime terapêutico

de cada doente, e de forma a identificar necessidades de aprendizagem, além das dificuldades que possam surgir durante este processo. As intervenções psico-educacionais defendidas por Telles-Correia (2006), Bugalho e Carneiro (2004) são também partilhadas por outros autores que as consideram uma importante ferramenta na redução da não adesão.

Convém ter presente que neste processo o plano de educação terapêutica é individualizado e tendo em atenção a singularidade de cada doente transplantado. A adesão terapêutica é um problema de todos, doentes e equipa multidisciplinar, no entanto os enfermeiros pela proximidade que tem com os doentes e pelo facto da sua atenção estar vocacionada para o ensino são elementos privilegiados dentro da equipa de saúde para atuar como elos de ligação dentro da equipa de saúde, no combate a este problema (Machado, 2009; Prasad et al., 2005).

ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO

Para Fortin (2000) citado por Cordeiro (2010, prelo) o desenho de investigação é entendido como o plano lógico criado pelo investigador, com o objetivo de obter respostas válidas às questões de investigação. No nosso caso, optou-se por um estudo de natureza descritivo e transversal. Trata-se de um descritivo porque este tipo de estudo, segundo Gouveia (2009, p.77) consiste: “ numa recolha sistemática de dados de uma amostra representativa de uma população definida, com o objetivo último de conseguir uma descrição do problema com o maior nível de detalhe possível”, bem como, conforme Polit e Hungler (1991, p.145): “ obter informação acerca do estado atual do fenómeno de interesse”. Estudo exploratório, dado que, houve necessidade de pesquisar na literatura, para construir o quadro conceptual para análise da temática. Estudo é transversal, uma vez que de acordo com Fortin e Filion (2006, p.252), “ os dados são recolhidos num só momento no tempo junto dos diferentes grupos”, ou seja, os dados forem recolhidos apenas uma vez em cada indivíduo da amostra (Gouveia, 2009 citado por Cordeiro, 2010 (prelo).

▪ Amostra do estudo

Enquadra-se na amostra de conveniência, na qual os elementos da população são selecionados pelo investigador de acordo com a sua disponibilidade ou características (Gouveia, 2009 citado por Cordeiro, 2010, prelo). Calapez et al. (1999) citado por Cordeiro (2010, prelo) alerta-nos que neste método de amostragem não se pode falar em representatividade. Estamos cientes de que este tipo de amostra não possibilita uma extrapolação para o universo, dos doentes transplantados hepáticos, com controlo do erro associado às estimações que possam ser realizadas (Cordeiro, 2010, prelo).

Participaram no estudo, 50 doentes transplantados hepáticos, que recorreram à consulta de Transplantes Hepáticos no período compreendido entre 1 de Dezembro de 2010 a 2 de Fevereiro de 2011. Os participantes consentiram em participar no estudo, após esclarecimento sobre o mesmo por parte dos investigadores e entrega do consentimento informado. O presente estudo foi autorizado pelo Diretor de Serviço da Unidade de Transplantes Doutor Eduardo Barroso. Definimos como **critérios de inclusão¹ para este estudo: Doentes transplantados há mais de 6 meses (por considerámos ser o período de tempo necessário, para o doente transplantado conhecer o seu regime terapêutico), e ter aceitado participar voluntariamente no estudo. Como critérios de exclusão**, foram considerados, a recusa em participar no estudo; doentes transplantados há menos de 6 meses (por se encontrar estes doentes em período de adaptação ao regime terapêutico) e doentes transplantados duplos (rim/fígado).

▪ Instrumentos de colheita de dados

Tendo presente o nosso objetivo, escolhemos como técnica de colheita de dados: o questionário. A construção do questionário do presente estudo foi baseado no questionário de medição da adesão à terapêutica da empresa Astellas, tendo sido pedido a autorização para o efeito, e posteriormente adaptado à nossa realidade. Uma vez dada a autorização, foram introduzidas as alterações necessárias ao questionário. Para testar a fiabilidade da nova versão do questionário fizemos um pré-teste,

¹ Critérios de inclusão definem-se como: “o conjunto de regras que permitem ao investigador decidir, em cada caso e sem ambiguidade, se um sujeito pertence ou não à população em estudo” (Gouveia, 2009, p.203)

através da aplicação prévia do questionário a um grupo de 15 doentes transplantados que obedeciam aos critérios de inclusão definidos, de forma a testar a sua aplicabilidade. Tratou-se de um questionário de auto-administração (com 7 perguntas fechadas e 3 perguntas abertas), sendo o tempo de preenchimento de 10 minutos.

▪ Tratamento estatístico

Assim, para o tratamento dos dados das questões do questionário, fizemos uma análise das respostas dadas pelos doentes às perguntas fechadas, utilizado a estatística descritiva. No que concerne às questões abertas do questionário, aplicámos a técnica de análise de conteúdo, seguindo o percurso metodológico sugerido por Bardin (1977). Iniciámos este processo, com uma “*leitura flutuante*” das respostas escritas pelos doentes. Após a sua leitura, procedemos a uma análise temática² das respostas, e para cada área temática identificada, foi elaborado um conjunto de categorias. Por constatarmos que as categorias eram muito abrangentes, criámos subcategorias, de forma a facilitar a compreensão dos dados obtidos nas respostas abertas do questionário. Por último, transformamos as unidades de registo, em indicadores (utilizando o conteúdo das frases escritas pelos doentes).

APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

• Caracterização da Amostra

A amostra do estudo é constituída maioritariamente por indivíduos do sexo masculino 35 doentes (75%) e do sexo feminino 15 doentes (30%), o que pode ser justificado pelo facto de que a maioria dos nossos doentes transplantados hepáticos são homens, tendo por base a estatística do serviço, o diagnóstico principal do Transplante Hepático: Cirrose etanólica. Quanto à idade dos doentes da nossa amostra, está compreendida entre o grupo etário dos 30-35 anos, seguida ao grupo etário dos

51-55 anos, sendo a média de idade os 45 anos, com um desvio padrão entre (30-35 anos). Quanto as habilitações literárias, **verificámos** uma grande dispersão na nossa amostra, situando-se a maior expressão no 3º ciclo de escolaridade com 10 doentes (20%), no 1º ciclo 9 doentes (18%), ensino secundário 8 doentes (16%), 2º Ciclo de escolaridade 6 doentes (12%), com licenciatura 8 doentes (16%), frequência Universitária 3 doentes (6%), e apenas 2 doentes (4%) com Mestrado, nenhum doente referiu iliteracia.

No que respeita à situação profissional, a maioria dos doentes referiu ter situação profissional estável, só dois doentes (4%) referiram estar sem emprego. Também a maioria dos doentes da nossa amostra referiram viver acompanhados (esposa, marido, filhos, mãe), apenas dois doentes (4%) da nossa amostra referiram que viviam sozinhos. Relativamente ao tempo de transplante hepático, a maioria dos doentes da nossa amostra referiram ter menos de 1 ano de transplante, 17 doentes (34%), o que é concordante com o facto de haver maior número de consulta de vigilância no primeiro ano de transplante, justificando-se este dado encontrado na nossa amostra. Doze doentes (24%) tinham entre 1 a 2 anos de transplante, 9 doentes (18%) tinha 2 a 3 anos de transplante, e dez doentes (20%) mais de 3 anos de transplante.

Da análise às questões do questionário relativamente ao **número de comprimidos que tomam por dia**, verificámos que, a maioria dos doentes transplantados 37 (74%) referiram que tomam mais de 6 comprimidos por dia, 10 doentes (20%) referiram que tomam 4-6 comprimidos por dia e, apenas uma minoria, 3 doentes (6%), tomam 2 a 4 comprimidos por dia. Este resultado confirma o que a revisão bibliográfica alude, a complexidade do regime terapêutico nos doentes transplantados. Em relação ao **Padrão do horário da medicação**, verificámos que o padrão horário da toma da medicação no domicílio, nos doentes transplantados, da nossa amostra é maioritariamente realizado em 3 tomas (Manhã, tarde e noite) por 28 dos doentes (56%), ou seja, realizado em três momentos ao longo do dia. Desta amostra, 15 (30%) dos doentes transplantados têm um padrão de toma da medicação 2x dia (Manhã e tarde) e apenas uma minoria

² O tema é geralmente utilizado como unidade de registo para estudar motivações de opiniões (...). As respostas às questões abertas (...) são frequentemente analisadas, tendo o tema por base (Bardin, 1977; p.106)

dos doentes, 4 doentes (8%), tem um padrão de toma da medicação 1x dia (manhã). No que concerne à questão sobre **às dificuldades sentidas na preparação da medicação** ainda durante o período de internamento, os doentes assinalaram por ordem de maior dificuldade as seguintes: horário da medicação 13 doentes (26%); Número de comprimidos em cada toma 12 doentes (24%); nome dos comprimidos 10 doentes (20%), e de menor relevância, no que toca à dose dos comprimidos 6 doentes (12%). No que diz respeito à questão relativamente **quem prepara a medicação**, só dois dos doentes (4%), referiram ser a esposa, todos os restantes afirmam ser os próprios. Em relação à questão se já se **esqueceu de tomar a medicação**, verificámos que 25 dos doentes transplantados (50%) admitiram já se ter esquecido de tomar a medicação e 25 (50%) dos restantes negaram. Colocada a questão, com que frequência **se esquece de tomar a medicação**, 23 dos doentes (46%) responderam que raramente e 2 doentes (4%) responderam pouco frequente. Questionados quanto a atitude **face ao esquecimento, os doentes** responderam em maior número, que tomam logo que se lembram 13 doentes (26%), seguida da resposta saltam a toma 9 doentes (18%), e por último tomam mais tarde foi referido por 3 doentes (6%). Estes dados, são concordante com a literatura, autores como Telles-Correia et al., (2007) referem que após o transplante os doentes apresentam geralmente uma boa adesão nas primeiras fases, após o primeiro mês surgem os primeiros comportamentos de não adesão ocasional, como seja, falham uma ou duas tomas por semana, não respeitam o horário das tomas, há esquecimento de uma ou outra toma. Um dos aspetos apontados na literatura como fator de não adesão ao regime terapêutico, é o esquecimento da toma da medicação por parte do doente (Campos, 2010).

No que concerne às **perguntas abertas do questionário**, apresentámos de seguida os resultados da análise. E começamos pela **categoria I**: Dificuldades sentidas na toma da medicação durante o internamento. Identificámos como **Subcategoria**: toma da medicação; nome dos comprimidos; número de comprimidos; horário da medicação; efeitos secundários; organização da medicação.

Da análise à subcategoria: **toma da medicação**, surgem em grande destaque as seguintes referências pelos doentes: “Engolir a medicação” **Q27**; “Dificuldade em tomar os comprimidos” **Q20**; “(...) engolir as cápsulas de Ciclosporina de 100 mg” **Q30**. Relativamente à subcategoria: **nomes dos comprimidos, alguns doentes referiam**: “As minhas dificuldades foi em aprender os nomes dos medicamentos (...)” **Q47** “O nome dos medicamentos” **Q10** “(...) os nomes confundiam-me” **Q27** “Memorização dos nomes” **Q16** “Nome dos medicamentos” **Q3**. Na subcategoria: **número de comprimidos**; os doentes, apontaram como dificuldade major a complexidade do regime terapêutico, como podemos constatar pelos relatos: “Nos primeiros dias eram muito confuso, por serem muitos medicamentos” **Q43** “(...) eram muitos na altura, o que me trazia um grande desconforto em todos os sentidos” **Q34** “Quantidade de medicação” **Q10**; **Q17** “Número de medicamentos a tomar” **Q21**; “No princípio confuso” **Q14**. Na subcategoria, **Horários da medicação**, os doentes expressaram como principais dificuldades as seguintes: “(...) difícil de organizar porque tomava a medicação repartida em vários horários durante o dia” **Q17** “Fixar os horários” **Q33** “(...) os horários” **Q3**. Na subcategoria: **Efeitos secundários** “Ingeri-los, tinha vômitos” **Q44** “Provocavam-me náuseas e vômitos ao engoli-los” **Q37**. Por último na subcategoria **Organização da medicação**, descreveram as seguintes dificuldades “Separação da medicação” **Q41** “A preparação da medicação” **Q10** “As minhas dificuldades foram em aprender os nomes e em separa-los” **Q47** “Divisão dos comprimidos” **Q48**

Da análise dos dados, identificámos como potenciais fatores de não adesão, os relacionados com o próprio regime terapêutico, em que se incluem, a complexidade do regime terapêutico, nomeadamente, o número de tomas, os nomes dos comprimidos, os horários complexos e rígidos, e ainda com menor expressão os efeitos secundários. Os dados encontrados, são concordantes com a literatura neste âmbito, que apontam como um dos fatores de não adesão e ineficácia da gestão do regime terapêutico, os associados ao próprio regime terapêutico, os mais relevantes prendem-

-se com a duração e a complexidade do regime terapêutico (Cabral e Silva, 2010). Quanto mais complexos são os regimes terapêuticos maiores são as dificuldades dos doentes em cumprir as prescrições. Portanto a prescrição em simultâneo de múltiplos fármacos, bem como, segundo Cunha e Silva (2010, p.6): “ (...) muitas tomas diárias ou dosagens elevadas, podem igualmente contribuir para um menor comprometimento com o tratamento, bem como o tipo de fármaco e a forma como este deve ser administrado e manuseado, o desconforto que provoca (o tamanho do comprimido e o cheiro ou o sabor de um xarope, por exemplo) (...)”. Neste contexto, é fundamental segundo Bugalho e Carneiro (2004; p. 20): “ (...) adequação e simplificação do tratamento (...) ”, deverá haver uma simplificação do esquema terapêutico, ou seja uma diminuição do número de doses e número total de fármacos (Cunha et al., 2011). A redução do número de administrações diárias está diretamente relacionada com uma melhor adesão Osterberg e Blaschke (2005). Existem esforços por parte da indústria farmacêutica no sentido de sintetizar moléculas de libertação prolongada que reduzam o número de administrações diárias, como se verificou recentemente com o Tacrolimus LP, produzido pela Astellas. Com efeito, de acordo com a literatura, os doentes apresentam níveis de adesão superiores quando os regimes terapêuticos são simples de manusear e as explicações fáceis de entender (Cabral e Silva, 2010). Também os efeitos secundários podem contribuir igualmente para limitar o grau de adesão (Cunha et al., 2011; Cabral e Silva, 2010; Bugalho e Carneiro, 2004). Os efeitos secundários dos medicamentos, como vômitos, mau estar, alterações da imagem corporal entre outros, são considerados por muitos autores como um fator importante de não adesão. (Prasard, 2005; Osterberg e Blaschke, 2005; Bugalho e Carneiro, 2004; Valentine, 1999). Vários estudos mencionam que o incumprimento do regime terapêutico tende a diminuir quando tem poucos efeitos secundários negativos (Cabral e Silva, 2010)

Na Categoria II: Método de ensino, como subcategorias: Auto-conhecimento do regime terapêutico e Facilitador da aprendizagem.

Relativamente à subcategoria: Auto-conhecimento do regime terapêutico, podemos constatar que os doentes referem que o método de ensino, o treino da auto-preparação do regime terapêutico durante o internamento foi um fator facilitador da aprendizagem: “*Sim, foi eficaz porque aprendi os nomes dos medicamentos, os horários em que tinha de tomar e separá-los*” Q47; “*Foi eficaz, pois tinha uma folha indicativa dos nomes dos medicamentos por horários*” Q19; “*Após compreensão da medicação, com ajuda das enfermeiras, tornou-se fácil a gestão da medicação (...)*” Q39

Na subcategoria Facilitador da aprendizagem. “*Bem explicado a forma de fazer e como fazer*” Q32; “*Sim, bastante, devido ao acompanhamento de enfermagem*” Q7; “*Ajudou-me bastante, que até, após o internamento em casa já o fiz sozinho*” Q18; “*Seguir o método, ajudou-se a cumprir os horários da medicação*” Q17; “*Foi eficaz, pelo facto do próprio doente preparar a medicação e a enfermeira conferir durante o internamento*” Q12; “*Hoje, ainda o faço em casa e, continua a ser eficaz*” Q34

Estes dados corroboram da opinião de Cunha et al. (2011, p.213) que referem que: “*os doentes devem envolver-se ativamente no seu tratamento, através da auto-administração da terapêutica (...)*”. As respostas dadas pelos doentes, refletem a importância do papel dos enfermeiros neste processo educativo, promotores da adesão à terapêutica, e de acompanhamento do doente nas suas dificuldades, que o ajudem a delinear estratégias e mecanismos adaptativos de aprendizagens, bem como, habilidade para gerir as indicações terapêuticas, e integra-las nas atividades do dia-a-dia. Os doentes devem conhecer os nomes dos medicamentos, o objetivo de tomar cada um deles e os possíveis efeitos secundários, devem conhecer as consequências de uma alteração de dose arbitrária ou da decisão de deixar de os tomar. Os serviços devem providenciar para que os doentes tenham acesso a orientações escritas de forma simples e clara que não suscite dúvidas contribuindo, deste modo, para que o cumprimento das prescrições seja efetivo. Assim, segundo Cunha et al. (2011, p.212): “*a educação é uma medida simples e vital destinada a melhorar a adesão à medicação*”.

Também a relação profissional e doente é referida por diversos autores como crucial em todo este processo, um doente acompanhado, esclarecido e sinta uma equipa disponível, são melhores aderentes ao regime terapêutico, tal como o refere Silva (2010, p.127): *“Uma relação de confiança entre o ser humano e o profissional de saúde é imprescindível, onde a demonstração de competência e habilidade de relação motivam o ser humano com a informação necessária e adequada, para que adesão ocorra de forma positiva”*

Na categoria III: Dificuldades sentidas na toma da medicação no domicílio, identificamos como subcategorias as subseqüentes: **Gestão do regime terapêutico e Adaptação ao regime terapêutico.**

Na subcategoria gestão do regime terapêutico, os doentes ortografaram as seguintes: *“A maior dificuldade foi nos horários e a associação da quantidade de medicamentos com os horários” Q35; “No início devido à quantidade da medicação foi a preocupação dos horários e de não esquecer” Q32 ; “...foi conciliar o horário dos medicamentos com outras tarefas de rua” Q 20 ; “As minhas maiores dificuldades foram só em cumprir os horários dos medicamentos” Q47.* Na subcategoria **Adaptação ao regime terapêutico**, *“Pensei que não ia ser capaz de organizar sozinha a medicação (...) era muita e os nomes confundiam-me ” Q 27; “No início verificava constantemente se estava a tomar tudo corretamente” Q27; “Hoje ainda passados 10 anos depois, ainda tenho de tomar muita atenção” Q 10; Muita concentração na altura de tomar. À mínima desconcentração já não sei se tomei ou não este ou aquele comprimido” Q28.*

Verificamos que, da análise das respostas dadas pelos doentes, surgem sentimentos iniciais de insegurança, ansiedade face à perspectiva de assumir sozinho estes processos no domicílio, e que se pode interpretar pela consciencialização da co-responsabilização do próprio da gestão do regime terapêutico e, bem como da importância do cumprimento das recomendações veiculadas pelos profissionais de saúde, o que revelam comportamentos de adesão interiorizados. Emergiram ainda, em grande destaque nesta análise, as dificuldades de adaptação que os doentes transplantados viven-

ciaram no cumprimento do regime terapêutico no domicílio e, à necessidade de introduzir mudanças no seu quotidiano, mudança de rotinas diárias, ou seja, o ser capaz de fazer este processo de transição, dos cuidados prestados pelos profissionais de saúde e o seu auto-cuidado. E tal como nos diz Bugalho e Carneiro (2004): *“O cumprimento prolongado da medicação é difícil e muitas vezes altera a rotina diária, esta dificuldade é muitas vezes exacerbada pela complexidade dos actuais regimes terapêuticos.”* E ainda, a preocupação por parte dos doentes em cumprir a medicação, sendo este fator precursor de uma melhor adesão ao regime terapêutico. Esta perspectiva é reforçada por André (2005) citado por Silva (2010, p.90): *“(…) aqueles que não aderem têm baixa perceção da auto-eficácia e os que aderem têm alta perceção de auto-eficácia para cumprir a medicação conforme prescrita (...)”*

Também os conhecimentos, as recomendações dadas sobre o cumprimento, sobre o risco de não tomar a medicação, o impacto na sua vida, as repercussões para o novo órgão, como o medo de complicações, a rejeição, são sentimentos emergentes, há consciência de Locus-de-controlo, o doente coresponsabiliza-se pela sua saúde e os seus comportamentos, promotores de adesão. Segundo Silva (2010, p.94): *“O doente adere ao regime terapêutico porque tem conhecimentos, porque conseguiu adaptar-se à sua situação de saúde-doença, porque face à experiência que tem com o seu regime leva-o a aderir de forma mais consciente, mas também mais integrada nas suas atividades de vida diárias.”* Podemos afirmar, que face à consciencialização do doente transplantado e ao conhecimento que possui, todo o processo de adesão ao regime terapêutico, será proactivo tendo em conta o resultado final (Silva, 2010).

CONCLUSÕES

Para atingir uma melhor taxa de adesão ao regime terapêutico é fundamental segundo Murray e Carithers (2005) desenvolver programas destinados a prevenir e tratar a não adesão nos programas de transplantação. Igualmente, a avaliação da ca-

pacidade de adesão de um doente deve ser um dos fatores a avaliar no pré transplante, podendo constituir um fator de exclusão de entrada em lista ativa para transplante de órgãos. No presente estudo, as principais dificuldades referidas pelos doentes na preparação da terapêutica, foram em maioria, a complexidade do regime terapêutico, nomeadamente, quanto ao número de comprimidos a tomar, aos horários complexo, nome dos comprimidos, e efeitos secundários. A capacidade de gestão do regime terapêutica e a adaptação às rotinas do dia-a-dia, foram também dificuldades referidas pelos doentes no domicílio. Relativamente ao método de ensino realizado pela equipa de enfermagem, revelou-se para os doentes transplantados uma estratégia adequada de adesão à preparação da terapêutica, geradora de maior autonomia e promovendo a adesão do doente, e segundos os próprios foi de encontro às necessidades de aprendizagem individual de cada doente. Sendo esta área basilar no âmbito das intervenções de enfermagem na área da transplantação, será oportuno dar continuidade à investigação nesta área, desenvolvendo um estudo mais abrangente, e de carácter longitudinal que nos permita ter uma melhor compreensão do fenómeno da adesão do regime terapêutico nos doentes transplantados hepáticos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BARDIN, Laurence - *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 1977. ISBN: 972-44-0898-1
- BUGALHO, A.; CARNEIRO, A. - *Intervenções para aumentar a adesão terapêutica em patologias crónicas*. [on line]. Lisboa.: Centro de Estudos de Medicina Baseada na Evidência: Faculdade de Medicina de Lisboa. [Consult. a 13 de Junho de 2011]. (2004). 116. Disponível em: http://www1.ratiopharm.com/apps/temodule_documentoentcenter/index.cfm?fuseaction=output.filedownload&dftoken=0224500374393&lid=93
- CABRAL, Manuel Villaverde; SILVA, Pedro Alcântara - A Adesão à Terapêutica em Portugal: Atitudes e comportamentos da população portuguesa perante as prescrições médicas. In *Síposium da Associação Portuguesa da Indústria Portuguesa – APIFARMA*. Lisboa, Centro Cultural de Belém, 19 de Março de 2010. Lisboa: Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa, 2010.
- CAMPOS, SANDRA, 2010 - *Transplante Pulmonar*. [on line] [Consultado a 1 de Fevereiro de 2012] disponível em: <http://transplantes-pulmonares.blogspot.com/2010/10/nao-adesao-terapeutica-pode-levar-morte.html>
- CALAPEZ et al. - *Estatística Aplicada*. Lisboa: Edições Silabo, Lda, 1999. ISBN: 972-618-205-0. 2Vol.
- CATELA, Alda - Viver a adesão ao regime terapêutico experiências vividas do doente submetido a transplante cardíaco. [on line]. *Pensar Enfermagem* Vol. 14 N.º 2- 2º Semestre de 2010. Disponível em: [http://pensarenfermagem.esel.pt/files/2010_14_2_39-54\(1\).pdf](http://pensarenfermagem.esel.pt/files/2010_14_2_39-54(1).pdf)
- CORDEIRO, Maria do Carmo - Intervenção educativa junto de um grupo de enfermeiros de um serviço de medicina: impacto na prática da terapêutica inalatória. In: *Revista de Investigação em Enfermagem*, Sinais Vitais (prelo, 2012).
- CUNHA et al. - *Adesão ao regime terapêutico na Doença crónica : revisão da literatura*. Millenium, 40:201-219,2011.
- FORTIN, Marie-Fabienne - *O processo de investigação. Da concepção à realização*. Lusociência: Loures. ISBN: 972-8383-10 X, 2000.
- FORTIN, Marie-Fabienne et al. - *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Lusodidacta: Loures. ISBN: 978-989-8075-18-5, 2009
- FINE, R. N. et al. - Nonadherence Consensus Conference Summary Report. [On line]. *American Journal of Transplantation*. 9. (2009). 35-41. [Consult. a 15 de Jan. 2012]. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1600-6143.2008.02495.x/pdf>
- MACHADO, M. Manuela P. - *Adesão ao regime terapêutico: representações das pessoas com IRC sobre o contributo dos enfermeiros*. [On line]. Universidade do Minho. 2009. Dissertação de Tese de Mestrado no âmbito do Mestrado em Educação (especialização em Educação para a Saúde). [Consult. a 26 de Novembro de 2011]. Disponível em: <http://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/9372>.
- OSTERBERG, L.; BLASCHKE, T. - Adherence to Medication - review article drug therapy. [on line] *The New England Journal of Medicine*. N.º 353 (2005). 487-497.[Consult. a 16 de Jan. 2012]. Disponível em: <http://www.nclnet.org/sosrx/membersonly/sept21/adherenceNEJM08042005.pdf>
- OLIVEIRA de Gouveia, A. - *Bioestatística, Epidemiologia e Investigação: teorias e Aplicações-Uma nova abordagem sem equações matemáticas*. Lisboa: Editora Lidel, 2009.ISBN:978-972-757-558-9
- POLIT [et al.] - *Investigacion científica em ciências de la saúde*. 3ª ed., México: Interamericana, 1995
- PRASAD, Shiv A. et al. - Therapeutic Compliance Posttransplantation - A Nurse's Perspective. [on line] *Medscape Nurses Education*. 2005. [Consult. a 12 Jan. 2011]. Disponível em: <http://www.medscape.org/viewarticle/512906>
- SILVA, Mário João Ribeiro - *Adesão ao regime terapêutico*. Formasau: Coimbra, 2010. ISBN: 978-989-8269-10-2
- TELLES-CORREIA, D. et al. - Abordagem Psiquiátrica do Transplante Hepático. *Acta Médica Portuguesa*. N.º19 (2006). 165-180.
- TELLES-CORREIA, D. et al. - Adesão nos doentes transplantados: artigo de revisão. *Acta Medica*, 20:73-85. Porto: 2007.
- VALENTINE, A. et al. - Is it any wonder they don't take their tablets? [on line] In *The First European Symposium On Non - Compliance in Transplantation* 4-6 February 1999, Hof Bei Salzburg, Austria: Nheprol Dial Transplant, 1999 14: 1809-1825. [Consult. a 24 de Nov. 2011]. Disponível em: <http://ndt.oxfordjournals.org/content/14/7/1809.full.pdf>
- MURRAY, Karen F.; CARITHERS, Robert L. - AASLD Practice Guidelines: Evaluation of the Patient for Liver Transplantation. [On line] *Hepatology*. 41:6. 2005. [Consult. a 18 Nov. 2012]. Disponível em: <http://www.aasld.org/practiceguidelines/documents/bookmarked%20practice%20guidelines/liver%20transplant.pdf>

DESAFIO E PRIORIDADE: AVALIAÇÃO DA DOR À PESSOA EM ESTADO CRÍTICO

Marisa Lopes⁽¹⁾
 Patrícia Alves⁽²⁾
 Sandra Moreira⁽³⁾
 Isabel Araújo⁽³⁾



Resumo

Foi realizado um estudo de Revisão Sistemática da Literatura que teve como objetivo identificar a evidência empírica produzida sobre as estratégias utilizadas pelos enfermeiros, na avaliação da dor no doente crítico em cuidados intensivos. O período de busca decorreu entre janeiro a maio de 2011 utilizando a b-on, com recurso às bases de dados: Academic Search Complete (EBSCO), Annual Reviews, Elsevier – Science Direct (Freedom collection), Nature, PubMed, SpringerLink (Springer/Kluwer), Taylor & Francis, Web of Science (ISI) e Wiley Online Library (Wiley).

Os critérios de inclusão foram: trabalhos publicados nos últimos cinco anos, com texto integral, enquadrados em cuidados intensivos de adultos e disponíveis on-line. Assim, foram analisados cinco artigos e identificadas sete ferramentas na avaliação da dor, designadamente: *Critical-Care Pain Observation Tool* (CPOT), *Behavioral Pain Scale - Non Intubated* (BPS-NI), *Visual Analog Scale* (horizontal: VAS-H e vertical: VAS-V), *Verbal Descriptor Scale* (VDS), *Oral Numeric Rating Scale* (NRS-O) e *Visually Numeric Rating Scale* (NRS-V).

Da evidência produzida sobressai que, a dor é um fenómeno complexo e a sua avaliação afigura-se essencial, pelo que as estratégias utilizadas pelos enfermeiros na avaliação e monitorização desta são de extrema importância, quer no seu registo sistemático, quer no seu tratamento adequado.

Palavras-chave: enfermagem, avaliação da dor, cuidados intensivos, cuidados críticos

Abstract

CHALLENGES AND PRIORITIES: ASSESSMENT OF PAIN TO THE PERSON IN CRITICAL CONDITION.

A study on Systematic Revision of Literature was carried out with the purpose of identifying the empirical evidence produced about the strategies used by nurses in the assessment of pain with the critical patient in intensive care. The search period took place between January and May 2011, using b-on, resorting to the following data bases: Academic Search Complete (EBSCO), Annual Reviews, Elsevier – Science Direct (Freedom collection), Nature, PubMed, SpringerLink (Springer/Kluwer), Taylor & Francis, Web of Science (ISI) e Wiley Online Library (Wiley).

The inclusion criteria were works published in the last five years, with complete text, within the subject of intensive care of adults and that were available on-line. Therefore, five articles were analysed and seven tools were identified in the assessment of pain, namely: Critical-Care Pain Observation Tool (CPOT), Behavioral Pain Scale - Non Intubated (BPS-NI), Visual Analog Scale (horizontal: VAS-H e vertical: VAS-V), Verbal Descriptor Scale (VDS), Oral Numeric Rating Scale (NRS-O) e Visually Numeric Rating Scale (NRS-V).

Of the evidence produced it is noted that pain is a complex phenomenon and its assessment presents itself as essential, thus being of extreme importance the strategies used by nurses in the evaluation and monitoring of it, either in its systematic register, or in its adequate treatment.

Keywords: nursing, pain measurement, intensive care, critical care

Recebido em março 2012. Aceite em setembro 2012

¹ Enfermeira, Hospital São João (marisafilopes1@sapo.pt)

² Enfermeira, HPP Boavista (patriciaalves05@sapo.pt)

³ Enfermeira, HPP Boavista (sandramoreir@gmail.com)

⁴ Enfermeira, Estabelecimento Prisional de Santa Cruz do Bispo (dio_flowers@hotmail.com)

INTRODUÇÃO

Ao longo dos tempos a disciplina de enfermagem tem evoluído na sua essência, assentando em pressupostos científicos e conquistando o reconhecimento, não só da sociedade, mas também das disciplinas que têm por base a investigação. A enfermagem centra-se fundamentalmente nos conceitos de pessoa, saúde, meio ambiente e cuidar. Consiste, assim, na arte e ciência que se encarrega da saúde da pessoa, tal como definiu Florence Nightingale. A mesma autora realçou, ainda, a importância da interação da pessoa com o meio, da observação atenta, de técnicas de comunicação apropriadas e de registo sistemático (Howard e Steinmann, 2011, p.9).

Na procura de uma contextualização mais recente, e enquadrada na nossa realidade, referenciamos que em Portugal, o “exercício profissional da enfermagem centra-se na relação interpessoal entre um enfermeiro e uma pessoa, ou entre um enfermeiro e um grupo de pessoas (família ou comunidades). Quer a pessoa enfermeiro, quer as pessoas clientes dos cuidados de enfermagem, possuem quadros de valores, crenças e desejos da natureza individual, fruto das diferentes condições ambientais em que vivem e se desenvolvem” (Ordem dos Enfermeiros, 2003, p. 4).

Pelas nossas práticas clínicas constatamos que a prestação de cuidados de enfermagem relaciona-se, em grande parte das vezes, com pessoas numa situação de fragilidade e sofrimento, que vivem múltiplas experiências de dor. A dor “é um sintoma que acompanha de forma transversal, a generalidade das situações patológicas que requerem cuidados de saúde. O controlo da dor é um dever dos profissionais de saúde, um direito dos doentes que dela padecem” (Direcção-Geral da Saúde, 2003, p.1).

O sinal/sintoma dor, atualmente, é classificado como o quinto sinal vital, exigindo o seu registo sistemático como norma de uma boa prática de cuidados de saúde humanizados (Idem).

Pautados na premissa de que a dor é um fenómeno complexo, constantemente especulativo em diferentes vertentes: biofisiológicas, bioquímicas, psicossociais, comportamentais e morais,

importa ser entendida, avaliada, tratada e registada (Direcção-Geral da Saúde, 2001, p.5). A dor é referenciada como um conceito polissémico, que assume múltiplas definições. Tendo em conta que, o trabalho está enquadrado nas Ciências de Enfermagem, perspetivamos a dor como a “percepção comprometida: aumento de sensação corporal desconfortável, referência subjetiva de sofrimento, expressão facial característica, alteração do tónus muscular, comportamento de autoproteção, limitação do foco de atenção, alteração da percepção do tempo, fuga do contacto social, processo de pensamento comprometido, comportamento de distração, inquietação e perda de apetite” (Conselho Internacional de Enfermeiros, 2011, p. 50).

A dor pode ser classificada, quanto à etiologia, em: dor nociceptiva (dor à estimulação e/ou sensibilização dos nociceptores das fibras aferentes primárias e eferentes motoras), dor neuropática (quando os nervos periféricos sofrem lesão) e dor central (quando sucedem lesões ou patologias do sistema nervoso central) (Cintra e Nishide, 2000, p. 578).

Nos anos setenta McCaffery classificou a dor, em termos temporais, em aguda ou crónica. A dor aguda é um episódio com uma duração de um segundo a menos de seis meses. Este tipo de dor, geralmente, constituiu um sintoma de uma doença identificável, que persiste apenas pelo período durante o qual a própria doença está presente, e que responde ao controlo adequado. Por seu lado, a dor crónica normalmente tem uma duração de seis meses ou mais, pode relacionar-se com doença crónica, pode não ter uma causa identificável e pode não responder às intervenções analgésicas instituídas (Associação dos Enfermeiros Portugueses, 2001, p. 191).

A adequada avaliação da dor contempla “estratégias de educação, formação e ensino (...) para o desenvolvimento de boas práticas nos diversos contextos de intervenção profissional” (Ordem dos Enfermeiros, 2008, p. 11). Para dar resposta a esta necessidade, a Direcção-Geral da Saúde (2003, p.1) menciona para a avaliação da intensidade da dor várias escalas, validadas internacionalmente, nomeadamente a Escala Visual Analógica (convertida em escala numérica para efeitos de registo), a Escala Numérica, a Escala Qualitativa e a Escala de Faces. Esta avaliação pode

efetuar-se com recurso a qualquer uma das escalas propostas, nomeadamente em doentes conscientes e colaborantes, com idade superior a três anos. A intensidade da dor deve ser registada no momento da colheita dos dados e de acordo com a informação transmitida pelo doente. O profissional de saúde deve aplicar sempre a mesma escala para um determinado doente e assegurar que este compreenda o seu significado e modo de utilização, através de um ensino prévio.

Neste trabalho, tendo como assunto a avaliação da dor no doente crítico, o contexto da pesquisa engloba os cuidados intensivos, os quais podem ser definidos como os “cuidados e tratamentos administrados aos doentes em estado grave, que têm necessidade de uma vigilância permanente por meio de pessoal numeroso e qualificado e de instrumentos aperfeiçoados, nomeadamente eletrónicos, destinados a controlar frequentemente as funções vitais” (Manuila *et al.*, 2004, p. 176). Os cuidados intensivos são “prestados em serviços ou departamentos especializados e dá-se importância à continuidade dos cuidados com uma transição eficiente de um serviço para o outro. Os doentes dos cuidados intensivos são os que estão em alto risco de problemas que ameaçam a vida, existentes ou potenciais” (Under e Stacy, 2008, p.4). Além disso, o presente trabalho destaca os cuidados críticos, na medida em que a pesquisa pretende englobar o tratamento de saúde prestado a doentes em estado crítico. Entende-se por doente crítico aquele cuja sobrevivência depende de meios avançados de monitorização e terapêutica, por disfunção ou falência profunda de um ou mais órgãos ou sistemas (Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos, 1997, p. 3).

Este trabalho foi desenvolvido no âmbito da 5ª edição da Pós-Graduação de Emergência e Trauma das Oficinas de Investigação – CESPU formação.

A escolha da temática recaiu sobre motivações profissionais e pessoais dos diferentes elementos que constituem o grupo. Incorporar a avaliação da dor na prática de Enfermagem revela-se um desafio e uma prioridade, uma vez que, a sua quantificação é considerada uma mais-valia para a otimização dos cuidados prestados. Esta avaliação pode constituir um obstáculo para a implementação das intervenções adequadas, sendo relevante reunir dados pertinentes para melhorar a prestação de cuidados.

Neste contexto, o objetivo primordial deste trabalho consiste em identificar a evidência empírica produzida acerca das estratégias utilizadas pelos enfermeiros na avaliação da dor no doente crítico em cuidados intensivos. Assim, questionamos: Quais as estratégias de avaliação da dor no doente crítico em cuidados intensivos?

METODOLOGIA

O presente artigo consiste na realização de uma revisão de literatura que centra-se “em fazer um inventário e o exame crítico do conjunto de publicações pertinentes sobre um domínio de investigação” (Fortin, 2003, p.74).

O período de busca eletrónica dos artigos decorreu entre janeiro e maio de 2011 utilizando a b-on, biblioteca de conhecimento on-line, com recurso às bases de dados: Academic Search Complete (EBSCO), Annual Reviews, Elsevier – Science Direct (Freedom collection), Nature, PubMed, Springer-Link (Springer/Kluwer), Taylor & Francis, Web of Science (ISI) e Wiley Online Library (Wiley).

O total de artigos pesquisados foi de 65023, através de pesquisa efetuada na área das Ciências da Saúde, sem restrição de campos e com associação dos descritores do seguinte modo: “pain measurement” e “intensive care”, “pain measurement” e “critical care”, “pain measurement” e “nursing”. Definindo como critério de inclusão a publicação nos últimos 5 anos (entre 2007 e 2011), o número de artigos anteriormente mencionado circunscreveu-se a 429. Destes 429 artigos, foram excluídos 120 por não apresentarem texto integral ou não constituírem trabalhos completos com produção de resultados de investigação. Por sua vez, do total de 309 artigos excluíram-se 216, por serem artigos de revisão bibliográfica, não se enquadrarem em contexto de unidades de cuidados intensivos ou o âmbito do estudo relacionar-se com cuidados neonatais e/ou pediátricos. Assim, resultaram 93 artigos dos quais foram excluídos 88, por se apresentarem indisponíveis ou com acesso restrito. Após a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão supracitados, o número de artigos explorados na apresentação de análise crítica dos dados restringiu-se a cinco.

APRESENTAÇÃO E ANÁLISE CRÍTICA DOS DADOS

De forma a sintetizar a informação dos 5 artigos que reuniram os critérios de inclusão e exclusão considerados neste trabalho e facilitar a compreensão dos resultados obtidos apresentamos um resumo da evidência empírica sobre avaliação da dor do doente crítico na tabela que se segue.

Considerando os artigos em análise, dois de origem canadiana, dois de origem francesa e um

sueco. Destes identificaram-se três artigos enquadrados no paradigma quantitativo, um estudo no paradigma qualitativo e ainda um triangulado de metodologias. O principal objetivo foi analisar a validade das possíveis escalas a utilizar na avaliação da dor do doente crítico, nomeadamente, a CPOT, a BPS-NI, a VAS-H, a VAS-V, a VDS, a NRS-O e a NRS-V. A validação das escalas referidas foi realizada através da aplicação das mesmas por meio de entrevista, questionário ou observação.

Tabela 1. Síntese das evidências encontradas

Título, autor, ano, publicação/tipo comunicação, país	Tipo de estudo Instrumento de colheita de dados	Participantes Amostra	Objetivo geral	Principais conclusões
<p>Artigo 1</p> <p>Título: Item selection and content validity of the Critical-Care Pain Observation Tool for non-verbal adults</p> <p>Autores: Gélinas, Fillion e Puntillo</p> <p>Ano de publicação: 2008</p> <p>Publicado por: <i>Journal of Advanced Nursing</i> 65 (1), pp. 203-216</p> <p>País: Canadá</p>	<ul style="list-style-type: none"> Estudo quantitativo e qualitativo. <u>Instrumentos de colheita de dados:</u> entrevistas (grupo e individuais semi-estruturadas) e questionário. 	<ul style="list-style-type: none"> 48 enfermeiros e 12 médicos que trabalham em unidade de cuidados intensivos/ unidade de cuidados pós anestésicos. 	<ul style="list-style-type: none"> Selecionar os itens e avaliar a validade de conteúdo da CPOT, em doentes críticos incapazes de verbalizar. 	<ul style="list-style-type: none"> Numa versão inicial da CPOT incluíram-se indicadores fisiológicos e comportamentais, tendo apenas 4 comportamentos apresentado validade de conteúdo. A CPOT foi considerada um instrumento útil na avaliação da dor em doentes críticos.
<p>Artigo 2</p> <p>Título: Assessing pain in non-intubated critically ill patients unable to self report: an adaptation of the Behavioral Pain Scale</p> <p>Autores: Chanques, Gérald, et al.</p> <p>Ano de publicação: 2009.</p> <p>Publicado por: <i>Intensive Care Med</i> 35, pp. 2060-2067</p> <p>País: França</p>	<ul style="list-style-type: none"> Estudo Quantitativo. <u>Instrumentos de colheita de dados:</u> <i>Behavioral Pain Scale (BPS)</i>; <i>Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit (CAM-ICU)</i>; <i>Richmond Agitation Sedation Scale (RASS)</i>. 	<ul style="list-style-type: none"> 30 Doentes de uma unidade de cuidados intensivos incapazes de auto-relatar a dor. 	<ul style="list-style-type: none"> Reconstruir e validar um novo instrumento (BPS-NI), resultante da adaptação da BPS original, para uso em doentes incapazes de auto-relatar a dor e não-entubados, numa unidade de cuidados intensivos. 	<ul style="list-style-type: none"> A BPS-NI é uma adaptação da BPS original para doentes críticos não-ventilados mecanicamente e incapazes de auto-relatar a dor (como doentes com deficiente estado de vigília e/ou delírio). A BPS-NI é um instrumento válido, confiável e sensível para avaliar a dor no tipo de doentes supracitado, em cuidados intensivos. A BPS-NI pode ser aplicada pelos profissionais de saúde para avaliar a dor na prática clínica, com o doente em repouso e durante procedimentos nociceptivos. São necessários mais estudos para medir o impacto clínico do uso da BPS-NI para otimizar o tratamento da dor.

<p>Artigo 3</p> <p>Título: The measurement of pain in intensive care unit: Comparison of 5 self-report intensity scales Autor: Chanques, Gérald, <i>et al.</i></p> <p>Ano de publicação: 2010</p> <p>Publicado por: <i>PAIN</i> (151), pp. 711-721</p> <p>País: França.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Estudo quantitativo. • <u>Instrumentos de colheita de dados:</u> Cinco escalas de auto-relato de avaliação da intensidade da dor - VAS-H e VAS-V, VDS, NRS-O e NRS-V. 	<ul style="list-style-type: none"> • 111 Doentes internados numa unidade de cuidados intensivos, com idade \geq 18 anos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Comparar a viabilidade, validade das escalas em estudo, em doentes críticos mas capazes de comunicar. 	<ul style="list-style-type: none"> • As escalas em estudo são válidas e viáveis, desde que os doentes sejam capazes de comunicar. • A NRS-V é a mais viável para o doente crítico. • A avaliação da dor e o seu controlo, numa unidade de cuidados intensivos, conduz a um menor tempo de ventilação mecânica e internamento. • As escalas de auto-relato da dor são indevidamente valorizadas pelos enfermeiros, comparativamente com as escalas comportamentais da dor.
<p>Artigo 4</p> <p>Título: Nurses' Evaluations of the Feasibility and the Clinical Utility of the Critical-Care Pain Observation Tool</p> <p>Autor: Gélinas, Céline Ano de publicação: 2010</p> <p>Publicado por: <i>Pain Management Nursing</i>, Vol 11, N 2 (junho), pp: 115- 125</p> <p>País: Canadá</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Estudo quantitativo descritivo. • <u>Instrumento de colheita de dados:</u> Questionário sobre a viabilidade e utilidade clínica da CPOT. 	<ul style="list-style-type: none"> • 62 Enfermeiros de uma unidade de cuidados intensivos que se voluntariaram para o estudo (amostra por conveniência). 	<ul style="list-style-type: none"> • Descrever as avaliações dos enfermeiros acerca da viabilidade e utilidade clínica da CPOT na avaliação da dor em adultos em estado crítico ventilados. 	<ul style="list-style-type: none"> • A CPOT demonstrou resultados de confiança e validade em adultos conscientes e inconscientes em unidade de cuidados intensivos. • O uso de uma escala de dor comportamental válida é recomendado em diretrizes para a avaliação da dor em doentes não comunicativos verbalmente e a CPOT é sugerida por muitos especialistas. • A CPOT apoia os enfermeiros das unidades de cuidados intensivos na avaliação da dor e contribui para melhorar o controlo da dor do doente crítico.
<p>Artigo 5</p> <p>Título: Critical Care Nurse's Experiences: "A Good Relationship with the Patient is a Prerequisite for Successful Pain Relief Management"</p> <p>Autor: Lindberg, Jan-Olov; Engeström, Åsa.</p> <p>Ano de publicação: 2010 Publicado por: <i>Pain Management Nursing</i>, pp. 1-10</p> <p>País: Suécia.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Estudo qualitativo. • <u>Instrumento de colheita de dados:</u> Entrevista. 	<ul style="list-style-type: none"> • 6 Enfermeiros de uma unidade de cuidados intensivos, com idades entre os 31 e 48 anos, com cerca de 12 anos de experiência em cuidados intensivos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Determinar como os enfermeiros avaliam (através da <i>Visual Analog Scale</i>) e tratam a dor em doentes no pós-operatório numa unidade de cuidados intensivos. 	<ul style="list-style-type: none"> • A relação doente/ enfermeiro influencia o facto do doente referir que tem ou não dor. • Não é conclusivo que os parâmetros fisiológicos do doente sejam sempre indicativos da presença de dor. • Por vezes, os enfermeiros subestimam a dor do doente, pois comparam os níveis de intensidade de dor documentados anteriormente e os escolhidos pelo doente no momento da avaliação.

A universalidade da experiência humana da dor representa um dos problemas clínicos que a maioria dos enfermeiros dos cuidados críticos partilha com os seus doentes (Alspach, 2010, p.11). Considerando a relevância da temática, os autores do presente trabalho procuraram resposta para: Quais as estratégias de avaliação da dor no doente crítico em cuidados intensivos? Com vista a responder a esta questão foram explorados os artigos relacionados com a temática, permitindo a constatação de resultados e a sua discussão.

A dor é conhecida como um fator de stress para muitos doentes em ambiente de cuidados intensivos (Rotondi *et al.*, 2002, citado por Gélinas, Fillion e Puntillo, 2008, p.204). Contudo, apesar dos profissionais de saúde esforçarem-se para obter o auto-relato da dor do doente, muitos fatores podem comprometer a capacidade deste para comunicar verbalmente. Por exemplo, o uso de sedativos e ventilação mecânica, bem como a alteração do nível de consciência (Shannon e Bucknall, 2003, citado por Gélinas, Fillion e Puntillo, 2008, p.204). Os métodos de avaliação da dor, muitas vezes, necessitam ser adequados à capacidade de comunicação do doente. Assim, os enfermeiros de cuidados críticos necessitam de estratégias adaptadas às especificidades deste tipo de doentes.

Neste contexto, Gélinas, Fillion e Puntillo (2008) apresentaram um estudo realizado no sentido de construir e validar um instrumento de avaliação da dor de doentes em cuidados críticos, incapazes de verbalizar – a CPOT. Neste estudo a versão inicial da CPOT incluía indicadores fisiológicos e comportamentais, tendo apenas 4 comportamentos apresentando validade de conteúdo (expressão facial, movimentos corporais, conformidade com ventilador e tensão muscular). A maioria dos autores considerou que os indicadores fisiológicos não eram específicos da manifestação de dor, apesar de sublinharem a necessidade de explorar a relação entre indicadores fisiológicos de dor em doentes críticos antes de propor a sua inclusão num instrumento de avaliação da dor. Na versão da CPOT testada posteriormente pela Gélinas (2010) foram incluídos os 4 indicadores comportamentais supracitados, havendo apenas distinção no parâmetro

da conformidade com o ventilador (doentes entubados/ extubados). Apesar dos indicadores comportamentais serem melhor aceites do que os fisiológicos, os clínicos consideram que a agitação (movimentos corporais) e a adaptação ao ventilador podem não ser específicas para a dor. Segundo Gélinas, Fillion e Puntillo (2008) e Gélinas (2010), a CPOT é considerada uma escala de dor comportamental útil na avaliação da dor em doentes críticos, apoiando os enfermeiros das unidades de cuidados intensivos na avaliação da dor e contribuindo para melhorar o controlo da dor.

Pelas nossas práticas clínicas somos da opinião que a CPOT consiste numa mais-valia para os enfermeiros na avaliação da dor dos doentes adultos em estado crítico não-comunicativos, sendo um instrumento vantajoso na aplicação em protocolos de dor em unidades de cuidados intensivos.

Abordando ainda as escalas comportamentais, destaca-se o estudo desenvolvido por Chanques *et al.* (2009), o qual teve como objetivo a construção de uma escala de avaliação da dor em doentes críticos, e não entubados, incapazes de referir dor (BPS-NI), partindo da adaptação da BPS. Os dois primeiros domínios foram os mesmos para a BPS e para a BPS-NI (expressão facial e movimentos dos membros superiores). O terceiro domínio foi diferente de acordo com o tipo de ventilação: a adaptação ao ventilador (na BPS) ou a vocalização (na BPS-NI). Os autores concluíram que a BPS-NI constitui um instrumento válido, confiável e sensível para avaliar a dor em doentes críticos incapazes de referir dor e não entubados. Apesar disso, referiram que são necessários mais estudos para medir o impacto clínico do uso da BPS-NI para otimizar o tratamento da dor.

Na análise dos artigos efetuada neste trabalho, além das escalas de avaliação da dor comportamentais, destacaram-se as escalas de auto-relato da dor. Segundo Chanques *et al.* (2010), o auto-relato da dor assume relevante importância, evitando a subestimação da dor do doente crítico pelos profissionais de saúde nas unidades de cuidados intensivos. No estudo apresentado pelo referido autor, este salientou uma comparação entre cinco escalas de auto-relato de avaliação da intensida-

de da dor (VAS-H, VAS-V, VDS, NRS-O e NRS-V), concluindo que a NRS-V deverá ser a escala de auto-relato preferida em ambiente de contexto de cuidados intensivos, visto ser a mais viável e discriminativa, e constituindo-se também para os doentes a mais fácil, mais precisa e a escala de preferência para futuras avaliações.

As diferentes escalas de avaliação da dor, comportamentais e de auto-relato, são importantes no doente crítico, pois permitem a utilização de uma linguagem padronizada e uma forma organizada de avaliação da dor facilitando a comunicação da equipa multidisciplinar, mais se destaca que, diminuam a subjetividade implícita na avaliação, do profissional de saúde, conduzindo a uma maior uniformização entre avaliações de diferentes profissionais. Especificamente na aplicação das escalas comportamentais, estas influenciam a prática dos profissionais, sensibilizando-os para os sinais não verbais de dor. Os autores do presente trabalho, através da sua experiência profissional, consideram, que existem muitos enfermeiros em Portugal que estão pouco sensíveis a sinais não verbais de dor, em contexto de cuidados intensivos. Por esse motivo, parece-lhes pertinente que este tema obtenha maior destaque na formação dos enfermeiros.

Desenvolver a capacidade dos profissionais de saúde na avaliação da dor de outra pessoa é sempre um desafio, necessitando de um ou mais meios alternativos para os apoiar nas avaliações. Neste contexto, tal como apontam Lindberg e Engeström (2010), a relação entre enfermeiro/doente pode influenciar o facto do doente referir que tem ou não dor e exige que o enfermeiro possua formação na relação terapêutica e respeito pela unicidade da experiência de dor de cada doente.

A relevância de avaliar e tratar a dor contribui como uma mais-valia na obtenção de resultados positivos em saúde, tal como menciona o estudo apresentado por Chanques *et al* (2010, p. 718), a gestão da dor está associada à diminuição da duração da ventilação mecânica, redução da taxa de infeção nosocomial e diminuição do tempo de permanência na unidade de cuidados intensivos. Além disso, é relevante considerar que, o doente com dor experimenta a perda da sua autonomia, bem como

a perda de controlo (Cousins, Brennan e Carr, 2004, citados por Lindberg e Engeström, 2010, p.2).

Em suma, não é imperativo aplicar todas as escalas descritas devido aos seus critérios de utilização, mas mediante o estado de consciência e verbalização dos doentes será selecionada a escala mais adequada. Este estudo de revisão permitiu responder à questão de investigação, uma vez que, foram identificadas algumas estratégias utilizadas na avaliação da dor no doente crítico em cuidados intensivos.

CONCLUSÃO

Aquando da escolha da temática do presente trabalho, estávamos conscientes da complexidade que esta incorpora, uma vez que a natureza subjetiva e multifacetada da dor dificulta a aplicação de um único instrumento válido e confiável de avaliação e monitorização, pelos profissionais de saúde perante doentes em estado crítico.

Na caminhada percorrida ao longo da construção deste trabalho, tivemos a oportunidade de desenvolver competências de investigação, nomeadamente, permitiu-nos realizar pesquisa em bases de dados internacionais, analisar e discutir artigos que traduzem resultados de investigação e identificar diferentes tipos de estudos. Enriquecemos os nossos conhecimentos na área da avaliação da dor e tivemos a oportunidade de elaborar um relatório com síntese de evidência empírica produzida sobre avaliação e monitorização da dor.

Reconhecemos como limitação desta revisão o número reduzido de artigos a que tivemos acesso relacionados com a temática. Esta limitação poderá dever-se ao facto da pesquisa ter sido efetuada recorrendo a uma quantidade circunscrita de bases de dados, bem como ao facto das publicações restringirem-se aos últimos cinco anos e à conjugação dos descritores escolhidos. Verificámos ainda, a indisponibilidade gratuita de um número significativo de artigos, não sendo encontrado qualquer artigo em Português relacionado com o tema.

Para finalizar, sugere-se um maior investimento científico na produção de resultados relacionados com as estratégias utilizadas pelos profissionais de saúde, na avaliação da dor no doente crítico em

cuidados intensivos e uma maior sensibilização dos mesmos. Assim, incorporando a complexidade desta abordagem, percebemos o desafio que nos move na direção do enigma que queremos continuar a desvendar.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALSPACH, Grif – Expanding our understanding, and perhaps our empathy, for a patient's pain. **Critical Care Nurse** [Em linha]. Vol. 30: nº 3 (2010), p. 11-16 [Consult. 25 Mar. 2011]. Disponível em: WWW:<URL:http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=c7d2f35c-ed63-4d89-a3ef-37a045897391%40sessio nmgr4&vid=2&hid=24>

ASSOCIAÇÃO DOS ENFERMEIROS PORTUGUESES - **Enfermagem de urgência: da teoria à prática**. 4ª ed.. Loures: Lusociência, 2001. ISBN 972-8383-16-9.

CHANQUES, Gérald [et al.] – Assessing pain in non-intubated critically ill patients unable to self report: an adaptation of the Behavioral Pain Scale. **Intensive Care Med** [Em linha]. Vol. 35: nº 12 (2009), p. 2060-2067 [Consult. 28 Mar. 2011]. Disponível em: WWW:<URL:http://www.springerlink.com/content/12th207217759573/fulltext.pdf>.

CHANQUES, Gérald [et al.] - The measurement of pain in intensive care unit: Comparison of 5 self-report intensity scales. **Pain** [Em linha]. Vol. 151: nº 3 (2010), p. 711 – 721 [Consult. 28 Mar. 2011]. Disponível em: WWW:<URL:http://www.sciencedirect.com/science?_ob=MImg&_imagekey=B6T0K-511H3DS-1-H&_cdi=4865&_user=5703662&_pii=S0304395910005221&_origin=&_coverDate=12%2F31%2F2010&_sk=998489996&view=c&wchp=dGLbV1W-zSkWW&md5=defbe0b855dd37b516b91edb62618f16&ie=/sdatarticle.pdf>.

CINTRA, Eliane de Araújo; NISHIDE, Vera Médice – **Assistência de enfermagem ao paciente crítico**. S. Paulo, 2000. ISBN 85-7379-144-6.

CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMEIROS - **Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem: versão 2.0**. Lisboa, 2011. ISBN 92-978-92-95096-35-2.

DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE – **A Dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da Dor** [Em linha]. Lisboa: [s.n.], 2003. [Consult. 26 Mar. 2011]. Disponível em: WWW:<URL:http://www.myos.pt/downloads/circular5sinalvital.pdf>.

DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE – **Plano nacional de luta contra a dor**. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde, 2001. ISBN 972-9425-95-7.

FORTIN, Marie-Fabienne - **Fundamentos e etapas do processo de investigação**. Loures: Lusodidacta, 2009. ISBN 978-989-8075-18-5.

FORTIN, Marie-Fabienne - **O processo de investigação: da concepção à realização**. 3ªed.. Loures: Lusociência, 2003. ISBN 972-8383-10-X.

GÉLINAS, Céline – Nurses' Evaluations of the Feasibility and the Clinical Utility of the Critical-Care Pain Observation Tool. **Pain Management Nursing** [Em linha]. Vol. 11: nº2 (2010), p. 115 – 125 [Consult. 27 Mar. 2011]. Disponível em: WWW:<URL:http://www.sciencedirect.com/science?_ob=MImg&_imagekey=B6WP6-4X84MS9-1-1&_

cdi=6982&_user=5703662&_pii=S1524904209000538&_origin=&_coverDate=06%2F30%2F2010&_sk=999889997&view=c&wchp=dGLbV1z-zSkWA&md5=df752d9ec5fd8deb76ca5aa8a109a635&ie=/sdatarticle.pdf>.

GÉLINAS, Céline; FILLION, Lise; PUNTILLO, Kathleen A. – Item selection and content validity of the Critical-Care Pain Observation Tool for non-verbal adults. **Journal of Advanced Nursing** [Em linha]. Vol. 65: nº 1 (2008), p. 203-216 [Consult. 28 Mar. 2011]. Disponível em: WWW:URL: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=1e5e8626-d4fd-4361-84a8-533ac86094de%40sessionmgr4&vid=2&hid=25>.

HOWARD, P.; STEINMANN, R. - **Enfermagem de urgência: da teoria à prática**. 6ª ed.. Loures: Lusociência, 2011. ISBN 978-972-8930-63-9.

LINDBERG, Jan-Olov; ENGSTRÖM, Åsa – Critical Care Nurses' Experiences: "A Good Relationship with the Patient is a prerequisite for Successful Pain Relief Management". **Pain Management Nursing** [Em linha]. Vol. 12: nº 3 (2010), p. 1 – 10 [Consult. 26 Mar. 2011]. Disponível em:WWW:<URL:http://www.sciencedirect.com/science?_ob=MImg&_imagekey=B6WP6-511CBC2-1-1&_cdi=6982&_user=5703662&_pii=S1524904210000408&_origin=gateway&_coverDate=09%2F30%2F2011&_sk=999879996&view=c&wchp=dGLzVzz-zSkzV&md5=312d33d1bdca054c4060a20fbdca228d&ie=/sdatarticle.pdf>.

MANUILA *et al.* - **Dicionário médico**. 3ª ed.. Lisboa: Climepsi Editores, 2004. ISBN 972-796-080-4.

ORDEM DOS ENFERMEIROS - **Competências do enfermeiro de cuidados gerais**. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2003.

ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Dor: Guia Orientador de Boa Prática**. Ordem dos Enfermeiros, 2008. ISBN 978-972-99646-9-5.

PORTUGAL. Biblioteca do conhecimento online - **B - on** [Em linha]. Lisboa: FCCN, s.d. [Consult. 26 Mar. 2011]. Disponível em WWW:<URL: http://www.b-on.pt>

SOCIEDADE PORTUGUESA DE CUIDADOS INTENSIVOS - **Guia para o transporte de doente críticos**. [Em linha]. [s.n.], 1997. [Consult. 16 Mar. 2011]. Disponível em: WWW:<URL: http://www.medynet.com/usuarios/jraguilar/transporte%20de%20pacientes%20criticos%20portugues.pdf>.

UNDER, Linda D.; STACY, Kathleen M. - **Thelan's Enfermagem de cuidados intensivos: diagnóstico e intervenção**. 5.ª ed.. Loures: Lusodidacta, 2008. ISBN 978-989-8075-08-6.

WELLER, Barbara F. - **Dicionário de bolso para enfermeiros**. 23.ª ed.. Loures: Lusociência, 2004. ISBN 972-8383-72-X.

GESTÃO DO CONHECIMENTO E TECNOLOGIAS DA INFORMAÇÃO E COMUNICAÇÃO EM INSTITUIÇÕES PÚBLICAS DE SAÚDE: UM ESTUDO EM ENFERMEIROS

Sofia Gaspar Cruz⁽¹⁾
Maria Manuela Frederico Ferreira⁽²⁾



Resumo

Contexto: A gestão do conhecimento (GC) constitui actualmente o novo paradigma organizacional, fruto do reconhecimento da centralidade do conhecimento na economia. As tecnologias da informação e comunicação (TIC) constituem um conceito-chave no âmbito desta temática, dado serem consideradas facilitadoras das iniciativas de GC.

Objectivos: Identificar o grau de ocorrência da GC e o grau de utilização das TIC nas instituições públicas de saúde, segundo a percepção dos enfermeiros; e analisar a relação entre a utilização das TIC e a GC.

Método: Estudo de tipo quantitativo, descritivo-correlacional, realizado numa amostra de 418 enfermeiros de dez instituições de saúde. Para medir as variáveis GC e utilização das TIC utilizaram-se instrumentos de medida que foram por nós objecto de construção e validação.

Resultados: Nas instituições públicas de saúde, a GC e a utilização das TIC apresentam valores médios de $3,32 \pm 0,60$ e de $3,57 \pm 0,64$, respectivamente (escala a variar entre 1 e 5). No que concerne à relação entre a GC e a utilização das TIC, os resultados mostram uma correlação positiva, moderada e estatisticamente significativa.

Conclusão: Iniciativas no âmbito da GC estão presentes nas instituições públicas de saúde, sendo que o grau de ocorrência da GC é influenciado positivamente pelo grau de utilização das TIC.

Palavras-chave: gestão do conhecimento; tecnologias da informação e comunicação; instituições públicas de saúde; enfermeiros

Abstract

Knowledge management and information and communications technology at health public institutions: a study in nurses

Context: The knowledge management (KM) is now the new organizational paradigm, due to the recognition of the centrality of knowledge in the economy.

The information and communications technology (ICT) as a key concept in under this theme, because they are considered facilitators of KM initiatives.

Objectives: To identify the degree of occurrence of the KM and the degree of use of ICT in health public institutions, as perceived by the nurses, and analyze the relationship between the use of ICT and KM.

Method: Quantitative type study, correlational-descriptive, performed on a sample of 418 nurses from ten health institutions. To measure the variables KM and use of ICT, were used measuring instruments that were, by us, object of construction and validation.

Results: In health public institutions, the KM and the use of ICT have average values of 3.32 ± 0.60 and 3.57 ± 0.64 , respectively (scale range from 1 to 5). Regarding the relationship between the KM and the use of ICT, the results show a positive correlation, moderate and statistically significant.

Conclusion: Initiatives within the KM are present in health public institutions, and the degree of occurrence of KM is positively influenced by the degree of use of ICT.

Keywords: knowledge management; information and communications technology; health public institutions; nurses

Rececionado em novembro 2011. Aceite em abril 2012

⁽¹⁾ Licenciada em Enfermagem, CHUC, EPE (email: sofiaacruz@gmail.com).

⁽²⁾ Professora Coordenadora na ESEnFC, Doutorada em Ciências Empresariais pela Universidade do Minho.

INTRODUÇÃO

A GC é actualmente reconhecida como uma vantagem competitiva para as organizações (Lawson, 2003), quer públicas quer privadas, pelo que um número cada vez maior de organizações têm vindo a implementar a GC como estratégia central para aumentar a sua vantagem competitiva (Long & Fahey, 2000; Zack, 1999), de modo a fazerem face às exigências dos actuais e dinâmicos contextos organizacionais (Gomes, 2008).

Intimamente relacionada com a crescente importância atribuída à GC encontram-se as TIC, as quais, segundo Murray (2000 como citado em Cardoso, 2003, p. 21) são perspectivadas como proporcionando novas formas de suporte e troca de informação e conhecimento, quer a nível intra quer inter organizacional. Daqui emergem as TIC como variável facilitadora da gestão dos processos, em que a GC se insere (Cardoso, 2003).

Embora na vanguarda da implementação de programas organizacionais de GC se encontrem organizações de sectores altamente competitivos como sejam as organizações na área das telecomunicações, seguros, a importância do conhecimento e em decorrência da sua gestão, é transversal aos vários sectores da economia. Como defende Cavalcanti (2003), mesmo em sectores mais tradicionais, a competição é cada vez mais baseada na capacidade de transformar informação em conhecimento e conhecimento em decisões e acções de negócio.

Reportando-nos ao sector da saúde e apesar de este não ser um sector altamente competitivo, atendendo à posição estratégica que ocupa na economia, objecto de sucessivas reformas nos últimos anos, onde se espera que se focalizem variáveis de eficiência microeconómica, de modo a gerar ao menor custo a melhoria da qualidade dos cuidados e a satisfação dos utilizadores, parece pertinente conhecer até que ponto nas instituições de saúde ocorrem iniciativas que se enquadram no âmbito da GC, e como é que esta se relaciona com outras variáveis, como sejam as TIC, pois se por um lado a tecnologia é teoricamente instituída como variável facilitadora das iniciativas de GC, por outro, tem sido objecto de avultado investimento por parte das organizações de saúde.

FUNDAMENTAÇÃO

A gestão do conhecimento surgiu na década de 90 e desde então tem constituído objecto de avultado interesse, não só no meio académico mas também no meio empresarial, dado o conhecimento ser considerado o recurso que mais contribui para o bom desempenho organizacional, acreditando-se, que é apenas por seu intermédio que as empresas podem inovar e manter-se activas num mercado altamente competitivo (Long & Fahey, 2000; Brito, 2003; Cardoso, 2003).

Numa sociedade em que os mercados, os produtos e a tecnologia se transformam a um ritmo vertiginosamente acelerado, o conhecimento apresenta-se como um recurso valioso e insubstituível e a principal fonte de vantagem competitiva para as organizações, permitindo-lhes fazer face aos actuais desafios da sociedade da informação e do conhecimento e enfrentar com sucesso as oportunidades e ameaças decorrentes da chamada globalização económica (Cardoso, 2003).

Como defendem Davenport e Prusak (1998) a única vantagem sustentável para uma empresa reside naquilo que ela colectivamente sabe, na eficiência com que ela usa o que sabe, e na prontidão com que ela usa e adquire novos conhecimentos.

O reconhecimento da centralidade do conhecimento na economia e na sociedade, associado ao grande avanço das TIC levou ao surgimento da GC como uma disciplina, ou como uma preocupação explícita de muitas organizações.

De facto, a GC surgiu intimamente associada às TIC, como resultado, por um lado, de uma iniciativa das empresas do sector tecnológico em gerar uma nova área de negócio, e por outro, como forma de dar resposta à necessidade que as empresas começavam a sentir em tratar o grande volume de dados e informação com que se deparavam, e conseqüentemente de tirar algum partido desses dados e informação com recurso às tecnologias da informação.

Segundo Silva, Sofner e Pinhão (2003) e Davenport e Prusak (1998) foram os progressos da tecnologia que deram o grande contributo para o reconhecimento da importância do conhecimento e da sua gestão. Tecnologias como o Lotus Notes e

a World Wide Web tornaram mais fácil a colheita, o armazenamento e a distribuição de certas formas de conhecimento (Davenport & Prusak, 1998).

Fruto do contexto de emergência, a GC quando surgiu, consistia basicamente na criação de sistemas de tecnologias de informação para armazenar e gerir o conhecimento documentado (Neves, 2003), dando origem àquela que ficou conhecida como a primeira geração da gestão do conhecimento. Todavia, o foco da GC mudou significativamente ao longo do tempo. Actualmente a GC centra-se nas pessoas e no seu conhecimento.

Não obstante as vantagens que são atribuídas à tecnologia, nomeadamente ao contribuir para a redução de custos dos processos de acção, coordenação e produção, para o aumento da produtividade, para uma maior autonomia e satisfação dos colaboradores, para a melhoria da qualidade dos produtos ou serviços, permitindo maior agilidade e rapidez de resposta (Hall, 1986), as TIC, por si só, são insuficientes para estabelecer uma vantagem competitiva, sendo imprescindível que haja uma coordenação entre a tecnologia e as pessoas que a utilizam.

Como defende Senge (1998) uma pessoa pode até receber mais informações graças à tecnologia, mas se não possuir as capacidades necessárias para aproveitá-las, não adianta. De igual forma, a tecnologia pode facilitar a comunicação e o relacionamento inter-pessoal, contudo não gera conhecimento nem cria todas as condições necessárias à partilha de conhecimento se as pessoas não perceberem a necessidade ou as vantagens de o fazerem. Outra limitação da tecnologia está relacionada com o conhecimento tácito, na medida em que este constitui um saber intrínseco ao sujeito e por isso subjectivo, de difícil transmissão excepto quando a transmissão é ao nível do “saber fazer”. Enquanto o conhecimento explícito pode ser facilmente distribuído, inclusive a nível mundial, e a baixos custos graças às TIC, o mesmo não acontece com o conhecimento tácito, em que a proximidade e a confiança entre emissor e receptor constituem pré-requisitos para a transferência do conhecimento tácito (Braga, 2007).

Não obstante a perda da primazia da tecnologia, esta é ingrediente necessário e factor crítico de sucesso dos projectos de GC (Davenport & Prusak, 1998; Amaral & Pedro, 2004), desempenhando

um papel preponderante no suporte e permuta de dados, informação e conhecimento.

Na actual era do conhecimento, em que a criação de valor passa cada vez mais pela presença do activo “conhecimento” nas decisões operacionais, na opinião de Amaral e Pedro (2004), é a tecnologia que, em larga medida o permite. Isto é essencialmente válido quanto mais complexa for a organização ou quanto mais difícil for a gestão da sua comunicação, quer pela sua dimensão, descentralização e/ou profundidade dos conteúdos (*idem*). Também a rápida desvalorização do conhecimento pressupõe que existam ferramentas que permitam a sua rápida transferência, numa óptica de promoção da inovação e do desempenho organizacional.

Face ao exposto, poder-se-á dizer que a GC é muito mais do que tecnologia, no entanto a tecnologia é essencial à GC, ao constituir-se como facilitadora das iniciativas de GC (Frappaolo, 1998) permitindo entre outros aspectos, aumentar o alcance e velocidade de transferência do conhecimento (Baroni, Moreira, Rocha & Terra, 2003), e melhorar o acesso ao conhecimento (Amaral & Pedro, 2004). Para Guptill (2005) a tecnologia “Web-based” é um enorme facilitador da GC, ao promover uma estrutura de apoio à publicação, disseminação e acessibilidade ao conhecimento.

Daqui emerge uma corrente de investigação que focaliza a tecnologia como uma variável catalisadora da gestão dos processos organizacionais relacionados com o conhecimento (Davenport & Prusak, 1998).

Actualmente, o âmbito das tecnologias aplicadas à GC é muito vasto. Existe um vasto leque de alternativas tecnológicas para se lidar com o conhecimento explícito, mas são poucas as soluções que abordam o conhecimento tácito (Frappaolo, 1998).

Cabe a cada organização definir, primeiramente, o conhecimento explícito essencial ao seu funcionamento, e tendo por base a sua criação e comunicação, conceber a arquitectura tecnológica que dê melhor suporte à informação manipulada nestes dois processos.

As TIC tornaram-se assim numa necessidade operacional de qualquer organização orientada para a mudança (Sá-Soares, 1998; Perry, 1993).

Em conformidade com as organizações em geral, as organizações de saúde não têm sido alheias ao deslumbramento tecnológico, assistindo-se a esforços no sentido de se alinhar e garantir o acompanhamento da evolução tecnológica com as novas exigências dos cidadãos face aos serviços de saúde.

A utilização das TIC no sector da saúde constitui-se como fundamental para a promoção de modos de relacionamento mais seguros, acessíveis e eficientes, com potenciais benefícios não só para os cidadãos e para os prestadores, mas também para a economia/sociedade em geral ao desempenharem um papel preponderante ao nível da eficiência económica e controlo da despesa pública (Alto Comissariado da Saúde, 2010). Como defendem Ammenwerth, Iller e Mahler (2006) as TIC podem afectar radicalmente as organizações de saúde e os seus resultados.

De facto, cada vez mais é exigido aos profissionais de saúde a prestação de cuidados de saúde em tempo útil, com evidência científica, em segurança, com qualidade nos resultados alcançados, com eficiência, de onde decorre que a existência de TIC no suporte à sua actividade parece assumir um papel cada vez mais preponderante.

À semelhança do que tem acontecido internacionalmente, também em Portugal vem sendo notória a crescente utilização das TIC aplicadas à saúde, decorrente da necessidade de existirem aplicações e sistemas de informação que optimizem os processos de cuidados prestados aos cidadãos, sejam eles de ordem clínica ou administrativa (Alto Comissariado da Saúde, 2010).

O desenvolvimento e utilização das TIC no suporte às actividades desenvolvidas nas instituições de saúde não é uniforme, assistindo-se, não só, a situações em que o investimento está sobretudo centrado em dar resposta a necessidades básicas de acesso e gestão da informação, mas também a situações de forte investimento, continuado e sustentado ao longo dos últimos anos (Ministério da saúde, 2009). É também notória a existência de diferentes graus de adesão e utilização das TIC por parte dos profissionais de saúde, sendo essa diferenciação evidente, por exemplo, em função do grupo etário e/ ou do grupo profissional (Alto Comissariado da Saúde, 2010).

Em Portugal, e no âmbito do sector público, o sistema de informação em saúde é constituído por um conjunto de sistemas informáticos disponibilizados pela Administração Central do Sistema de Saúde, que coexiste a nível de cada instituição com um conjunto complementar de sistemas, adquiridos ou desenvolvidos pelas próprias instituições (Ministério da Saúde, 2009), para fins de prestação de cuidados de saúde ou para fins administrativos ou de gestão, e de que são exemplo o Sistema de Apoio ao Médico (SAM), o Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem (SAPE) o Sistema de Gestão de Doentes Hospitalares (SONHO), o Sistema de Informação para as Unidades de saúde (SINUS), o ALERT, o registo de saúde electrónico (RSE), a e-Agenda, o e-SIGIC. No caso concreto da enfermagem tem vindo a ser desenvolvidas orientações no sentido de se promover uma correcta e normalizada implementação de um Sistema de Informação em Enfermagem com recurso a um registo de actividades de enfermagem uniformizado, através da utilização da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem, sendo de salientar que Portugal se encontra entre os países da União Europeia com maior utilização de sistemas de registos electrónicos baseados numa Classificação Internacional de Enfermagem (Ministério da Saúde, 2009).

Os sistemas de informação em saúde estão intimamente relacionados com a e-Saúde, a qual compreende um conjunto alargado de aplicações informáticas para facilitar a gestão e a prestação de cuidados de saúde, incluindo a disseminação de informações relacionadas com a saúde, o armazenamento e troca de dados, a comunicação entre profissionais, a interacção doente-prestador, as redes de saúde e a telemedicina (Drudy & Reicher, 2005).

Com impacto ao nível da efectividade, eficiência, equidade, acessibilidade e qualidade dos cuidados e serviços prestados, a e-Saúde permite obter ganhos em saúde e reduzir custos (Alto Comissariado da Saúde, 2010).

Segundo um estudo realizado pela Comissão Europeia, em 2008, *“Benchmarking ICT use among General Practitioners in Europe”*, a utilização das TIC no sector da saúde, nomeadamente no que se refere à utilização da e-Saúde, estão

mais relacionadas com a disponibilização de computadores (armazenamento electrónico de dados de saúde – dados sobre diagnósticos e prescrições medicamentosas, parâmetros vitais, resultados laboratoriais) do que na interligação destes e na transacção de informações através das redes tecnológicas da saúde (Ministério da Saúde, 2009). Ainda de acordo com o mesmo estudo, e no que se refere à utilização de soluções e-Saúde, Portugal aparece com uma pontuação de 1.7, numa escala de 0 (não utiliza) a 5 (utilizado pelo profissionais de todo o país). Na vanguarda da utilização de soluções e-Saúde encontram-se os países do norte da Europa, como a Dinamarca, a Holanda, a Finlândia, a Noruega, a Suécia e o Reino Unido.

Segundo o Alto Comissariado da Saúde (2010) mesmo nas situações em que é usada de forma regular, a mediação tecnológica das práticas surge frequentemente como um complemento, na medida em que o face-a-face ainda constitui o elemento base do funcionamento da saúde em Portugal.

Em suma, se por um lado, a própria complexidade do sistema de saúde, o ritmo acelerado de inovações e transformações, os grandes volumes de informação gerados nas organizações de saúde, como resultado de cuidados de saúde cada vez mais complexos, têm conduzido à adopção de novas opções tecnológicas, de que são exemplo os vários sistemas informatizados, como alternativa aos tradicionais sistemas de suporte em papel. Por outro lado, resultante, não só, do facto das organizações de saúde serem fortemente baseadas em conhecimento, onde se espera que exista uma prática baseada na evidência, mas também como consequência do ritmo acelerado de mudanças, os saberes, as qualificações e as competências são mais efémeros do que nunca, exigindo aos profissionais de saúde uma constante actualização do seus conhecimentos.

Daqui decorre que a existência de uma rede assente nas TIC que permita aos profissionais comunicar intra e inter institucionalmente parece potenciar os benefícios associados à GC, na medida em que contribui para que os profissionais disponham de informações e conhecimentos necessários à prestação de cuidados ou à gestão, de forma mais célere.

Face ao exposto, parece pertinente o estudo da relação entre a GC e a utilização das TIC, cen-

trando-se o estudo na percepção dos enfermeiros, pois, se por um lado, são o grupo profissional mais representativo a nível das instituições de saúde, estando directamente envolvidos na implementação das novas opções tecnológicas e dos novos sistemas informatizados, por outro lado, é-lhes continuamente exigido a prestação de cuidados com qualidade, com eficiência, com eficácia e em tempo útil.

MATERIAL E MÉTODOS

Objectivos: Identificar o grau de ocorrência da GC e o grau de utilização das TIC em instituições públicas de saúde, segundo a percepção dos enfermeiros; e analisar a relação entre a utilização das TIC e a GC.

Tipo de estudo: Quantitativo, descritivo-correlacional.

Amostra: a amostra é constituída por 418 enfermeiros de dez instituições de saúde (hospitais e centros de saúde). Os questionários foram entregues a todos os enfermeiros desde que tivessem pelo menos seis meses de exercício profissional na instituição. A colheita de dados decorreu entre a segunda quinzena de Setembro e meados de Dezembro de 2009, e entre meados de Janeiro e finais de Março de 2010.

Instrumento de recolha de dados: questionário constituído por dois conjuntos de questões. O primeiro, inclui o instrumento de medida da GC e de utilização das TIC, cuja elaboração decorreu em fases sucessivas, desde a recolha de escalas disponíveis na literatura, à construção dos itens a partir dessas escalas e pré-teste, cujo estudo da consistência interna revelou um alfa de Cronbach de 0,949 para a escala de GC e de 0,795 para a escala de utilização das TIC. A primeira parte do questionário utiliza como critério de resposta uma escala de concordância, tipo *Likert*, em que as opções de resposta variam entre 1 (discordo em absoluto) e 5 (concordo em absoluto). O segundo conjunto de questões, refere-se à caracterização sócio-demográfica e profissional dos inquiridos.

Considerações ético-legais: na realização do estudo foram respeitados os procedimentos ético-legais, que constaram de pedidos de autorização formais para recolha de dados, dirigidos aos presidentes dos conselhos de administração dos hospitais, directores executivos dos agrupamentos de centros de saúde ou coordenadores das Unidades de Saúde Familiar, tendo sido incluídas no estudo as instituições cuja resposta foi favorável. Em relação aos sujeitos inquiridos, esteve presente o carácter voluntário da participação e a confidencialidade das respostas, considerando-se que a devolução do questionário preenchido correspondia ao “consentimento” para inclusão no estudo.

Procedimentos: a distribuição dos questionários foi feita pela investigadora mediante a entrega de envelopes com o instrumento de recolha de dados aos elementos responsáveis pelas equipas (na maioria dos casos enfermeiros chefes), os quais se revelaram uma ajuda preciosa não só na distribuição dos questionários pelos restantes elementos da equipa, como também na centralização da recolha dos questionários.

O período de tempo que se acordou entre a distribuição e a recolha dos questionários pela investigadora foi, de um modo geral, de duas a três semanas. No entanto, em todas as instituições de saúde houve necessidade de se proceder a um aumento do período de tempo de preenchimento, o que implicou, regra geral, a realização de um segundo momento de recolha, duas a três semanas após o primeiro momento, face ao reduzido número de questionários preenchidos na data definida para a sua recolha.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A amostra do estudo é constituída por 418 enfermeiros que desenvolvem a sua actividade profissional em dez instituições de saúde. Destas, seis são hospitais e quatro são centros de saúde.

A distribuição dos enfermeiros em função do sexo mostra que 76,3% são do sexo feminino e 20,1% do sexo masculino, sendo que esta disparidade não tem significado face à natureza da profissão de enfermagem. Relativamente à idade dos respondentes, varia entre os 21 e os 57 anos

(média= 35,50, dp= 8,77), com tempo de serviço na profissão a variar entre os 6 meses e os 36 anos (média= 12,92, dp= 8,78). No que concerne à antiguidade na instituição a média é de 10,90 anos (dp= 8,35), com um mínimo de 6 meses e um máximo de 35 anos. Têm um contrato de trabalho em funções públicas, outrora quadro da administração pública, 52,9% dos respondentes, enquanto para 35,6% o seu vínculo assenta em outra modalidade de contratação. Quanto ao tipo de regime de trabalho, a maioria trabalha por turnos (46,7%).

Percepção dos enfermeiros face à ocorrência de GC nas instituições públicas de saúde

O valor médio global de ocorrência da GC nas instituições públicas de saúde, segundo a percepção dos enfermeiros, situa-se em 3,32 (dp= 0,60) (escala a variar entre 1 e 5). Discriminando por dimensões, a menor média (média= 2,81, dp= 0,78) foi obtida na dimensão 1 “Políticas e estratégias” e, por sua vez, a maior média foi obtida na dimensão 4 “Processos sociais e comunicacionais” (média= 3,72, dp= 0,60).

Segundo Neves (2003) são poucas as organizações que, em Portugal, têm programas organizacionais de GC, facto que parece transparecer nos resultados obtidos no factor 1 “Políticas e estratégias”, no entanto, e como sustenta a mesma autora quase todas as organizações têm iniciativas que se enquadram no âmbito da GC, aspecto que parece estar retratado no valor médio obtido com a aplicação da medida de GC (média= 3,32; dp= 0,60).

O valor médio obtido para a globalidade da escala é idêntico ao obtido em estudos desenvolvidos no sector público e privado. Cardoso (2003) desenvolveu um estudo no sector industrial (privado), em que a pontuação média obtida com a aplicação de um instrumento de medida da GC foi de 3,29 (dp= 0,56), (escala a variar entre 1 e 5). Por sua vez, Brito (2003) desenvolveu um estudo no sector autárquico (público) em que a pontuação média obtida com a aplicação de um instrumento de medida da GC foi de 3,19 (dp= 0,49), reflectindo, à semelhança do resultado obtido por Cardoso, uma moderada aplicabilidade dos processos organizacionais relacionados com o conhecimento nas instituições em causa.

Quadro I – Valores médios da GC nas instituições públicas de saúde, em função da percepção dos enfermeiros (n= 418)

Variável	Média	DP
GC global	3,32	0,60
Factor 1 “Políticas e estratégias”	2,81	0,78
Factor 2 “Orientação cultural para o conhecimento”	3,60	0,57
Factor 3 “Orientação para a aprendizagem e melhoria contínua”	3,47	0,79
Factor 4 “Processos sociais e comunicacionais”	3,72	0,60

Percepção dos enfermeiros face ao grau de utilização das TIC nas instituições públicas de saúde

No que concerne ao grau de utilização das TIC nas instituições públicas de saúde, em função da percepção dos enfermeiros, a pontuação média obtida é de 3,57 (dp = 0,64).

Novas opções tecnológicas e novos sistemas informatizados como alternativa aos tradicionais sistemas de suporte em papel têm vindo a ser implementados nas instituições de saúde, e não obstante a natural resistência à mudança, bem como a impossibilidade de inferir acerca da maior ou menor disponibilização de meios tecnológicos, e portanto da relação disponibilização-utilização, os resultados parecem traduzir uma boa receptividade à implementação e utilização das TIC nas instituições de saúde. Um dos factores que poderá ter contribuído para os resultados obtidos, os quais resultam da percepção dos enfermeiros, poderá estar relacionado com a implementação, actualmente em curso, de um sistema de informação em enfermagem, e que consiste em registos de enfermagem electrónicos, baseados numa Classificação Internacional de Enfermagem.

Quadro II – Valores médios de utilização das TIC nas instituições públicas de saúde, em função da percepção dos enfermeiros (n= 418)

	Mínimo	Máximo	Média	DP
Utilização das TIC	1,09	5,00	3,57	0,64

Relação entre a utilização das TIC e a GC nas instituições públicas de saúde, segundo a percepção dos enfermeiros

Os resultados mostram uma correlação estatisticamente significativa positiva e moderada (Pestana & Gageiro, 2003) entre a utilização das TIC e a GC ($r= 0,510$, $p< 0,01$), ou seja, segundo a percepção dos enfermeiros, quanto maior for o grau de utilização das TIC maior é o grau de ocorrência da GC. Os resultados mostram também uma correlação estatisticamente significativa positiva e moderada (*idem*) entre a utilização das TIC e as dimensões 1 “Políticas e estratégias”, 3 “Orientação para a aprendizagem e melhoria contínua” e 4 “Processos sociais e comunicacionais” da escala de GC. Quanto à relação entre a utilização das TIC e a dimensão 2 “Orientação cultural para o conhecimento” os valores encontrados evidenciam igualmente uma associação positiva, mas baixa (*idem*) embora estatisticamente significativa ($r= 0,379$; $p< 0,01$).

Os resultados obtidos parecem sustentar a concepção teoricamente estabelecida de que a tecnologia faz parte da GC, no entanto, esta é muito mais do que tecnologia.

Face aos valores de correlação obtidos em cada dimensão, pode afirmar-se que a disponibilização e utilização de meios tecnológicos parece ter um papel mais preponderante no âmbito das políticas e estratégias relacionadas com o conhecimento, do que por exemplo ao nível dos processos sociais e comunicacionais relacionados com o conhecimento. Este facto poderá estar relacionado com a pouca aplicabilidade dos meios tecnológicos para lidarem com o conhecimento de natureza maioritariamente tácita, essencialmente emergente de processos de interacção dos actores organizacionais e onde as tecnologias ainda desempenham um papel pouco relevante. Relativamente aos valores da correlação entre a utilização das TIC e a dimensão 2 “Orientação cultural para o conhecimento”, os resultados obtidos parecem sustentar o princípio teórico de que a disponibilização e utilização deste tipo de meios não colmatam as necessidades das organizações no que respeita à criação e manutenção de uma cultura organizacional orientada para o conhecimento.

Quadro III – Correlação de Pearson entre a utilização das TIC e a GC organizacional, em função da percepção dos enfermeiros (n= 418)

Variáveis	GC Global	Factor 1	Factor 2	Factor 3	Factor 4
	r	r	r	r	r
Utilização das TIC	0,510*	0,500*	0,379*	0,430*	0,421*

* correlação significativa ao nível 0,01

CONCLUSÃO

Ainda que as organizações de um modo geral, e as organizações de saúde de um modo particular, apresentem alguma renitência em encetar processos organizacionais de GC, os resultados obtidos denotam que a GC está presente nas instituições de saúde, não obstante que consista basicamente em iniciativas isoladas e não propriamente em programas estruturados.

Novas opções tecnológicas e novos sistemas informatizados como alternativa aos tradicionais sistemas em papel têm vindo a ser implementados nas instituições de saúde, e apesar da natural resistência à mudança, os resultados obtidos no que concerne à utilização das TIC parecem traduzir uma boa adesão à utilização das TIC no suporte às actividades desenvolvidas nas instituições de saúde, nomeadamente às actividades desenvolvidas pelos enfermeiros.

No que concerne à relação entre a utilização das TIC e a GC, os resultados obtidos evidenciam uma relação positiva, moderada e estatisticamente significativa, o que corrobora a relação teoricamente estabelecida entre as tecnologias e a GC.

Futuramente sugere-se a realização de outros estudos, que validem os resultados obtidos e, se possível, que aumentem a amostra a estudar.

BIBLIOGRAFIA

Amaral, P. C., & Pedro, J. M. (2004). *O capital conhecimento: modelos de avaliação de activos intangíveis*. Lisboa: Universidade Católica Editora.

Baroni, R., Moreira, N. P., Rocha, R. & Terra, J. C. C. (2003). Memória organizacional. In Silva, R. V. & Neves, A. (Orgs.). *Gestão de*

Empresas na Era do Conhecimento. Lisboa: Edições Sílabo.

Braga, Ascensão (2007). A importância da informação e do conhecimento na sociedade moderna [Versão electrónica], *Revista da Ciência da Administração*, 1.

Brito, E. J. O. (2003). *Gestão do conhecimento e qualidade: estudo empírico sobre gestão do conhecimento em câmaras municipais que adoptaram a gestão pela qualidade*. Tese de mestrado, FPCE da Universidade de Coimbra, Coimbra, Portugal.

Cardoso, L. (2003). *Gerir conhecimento e gerar competitividade: estudo empírico sobre a gestão do conhecimento e o seu impacto no desempenho organizacional*. Tese de doutoramento, FPCE da Universidade de Coimbra, Coimbra, Portugal.

Cavalcanti, M. C. B. (2003). Conhecimento e desigualdade. In Silva, R. V. & Neves, A. (Orgs.). *Gestão de Empresas na Era do Conhecimento*. Lisboa: Edições Sílabo.

Davenport, T. H., & Prusak, L. (1998). *Conhecimento Empresarial: como as organizações gerenciam o seu capital intelectual*. (L. Peres, Trad.) Rio de Janeiro: Campus (Obra original publicada em 1998).

Alto Comissariado da Saúde (2010). *Plano Nacional de Saúde 2011-2016 -Tecnologias de Informação e Comunicação* (Versão rev.). Recuperado em 7 agosto, 2011, de <http://www.observaport.org/sites/observaport.org/files/TIC4.pdf>

Frappaolo, Carl (1998). Ushering in the knowledge-Based Economy. Retrieved July 20, 2011, from <http://www.delphigroup.com/whitepapers/pdf/1998-delphi-forbes-km-wp.pdf>

Gomes, A. P. N. (2008). *Gestão do conhecimento e formação: a sustentação empírica de uma relação requerida*. Tese de mestrado, FPCE da Universidade de Coimbra, Coimbra, Portugal.

Guptill, J. (2005). Knowledge Management in Health Care. *J. Health Care Finance*, 31 (3), 10-14.

Hall, S. C. (1986). Thoughts on emerging technology. *Information Technology Quarterly*, 5 (1), 13-20.

Lawson, S. (2003). *Examining the relationship between organizational culture and knowledge management*. Doctoral dissertation, H. Wayne Huizenga School of Business and Entrepreneurship, Nova Southeastern University, Florida, USA.

Long, D. W. de & Fahey, L. (2000) – Diagnosing cultural barriers to knowledge management. *Academy of Management Executive*, 14 (4), 113-127.

Ministério da Saúde. (2009). Administração Central do Sistema de Saúde. Registo de Saúde Electrónico: documento de “Estado da Arte”. Recuperado em 2 Agosto, 2011, de http://www.portaldasauade.pt/NR/rdonlyres/840FBD8B-5718-4D12-9532-2CCA898D56AB/O/RSE_R1_Estado_da_Arte_V2_O.pdf

Neves, A. (2003). Introdução. In Silva, R. V. & Neves, A. (Orgs.). *Gestão de Empresas na Era do Conhecimento*. Lisboa: Edições Sílabo.

Pestana, M. H., & Gageiro, J. N. (2003). Análise de dados para ciências sociais: a complementaridade do SPSS (3a ed.). Lisboa: Edições Sílabo.

Perry, N. (1993) – Scientific communication, innovation networks and organization structures. *Journal of Management Studies*, 30 (6), 957-973.

Sá Soares, D. (1998). Planeamento de sistemas de informação: Estudo das variáveis que condicionam a sua estratégia de execução. Tese de Mestrado, Universidade do Minho, Braga, Portugal.

Senge, Peter (1998). As cinco disciplinas. HSM Management, 9.

Silva, R., Soffner, R., & Pinhão, C. (2003). A Gestão do Conhecimento. In Silva, R. V. & Neves, A. (Orgs.). *Gestão de Empresas na Era do Conhecimento*. Lisboa: Edições Sílabo.

Zack, M. H. (1999). Managing Codified Knowledge. *Sloan Management Review*, 40 (4), 45-58.

AS REPRESENTAÇÕES DA FAMÍLIA DO DOENTE NO PROCESSO DE PREPARAÇÃO DA ALTA

Ana Teresa da Silva Pinto⁽¹⁾



Resumo

Na enorme multiplicidade da prestação de cuidados de Enfermagem, a realização deste estudo incidiu sobre o planeamento da alta na perspectiva da família do doente, este que presta apoio aos mesmos após a alta hospitalar.

O presente trabalho pretende referenciar como se processa a preparação da alta, os cuidados que o enfermeiro tem nesta área, a nível de ensinos. O estudo foi aplicado num Hospital do Alentejo.

Relativamente à estruturação do estudo, é constituído por duas partes, sendo o enquadramento teórico e a parte prática. No primeiro, os principais aspectos abordados relacionam-se com a caracterização do planeamento da alta, com a postura da família face à hospitalização e aos ensinos. O segundo refere-se a aplicação da prática. O instrumento de colheita de dados escolhido foi entrevistas semi-estruturadas. Sendo assim, um estudo exploratório descritivo, inserido na Investigação Qualitativa em Enfermagem.

Em avaliação, a maioria dos entrevistados encontram-se satisfeitos, com o planeamento da alta, no entanto, ainda surgem situações que necessitam de um maior acompanhamento por parte da equipa de enfermagem.

Palavras-chave: Família do doente; Preparação da Alta; Educação para a saúde; Enfermeiros

Abstract

REPRESENTATIONS OF THE PATIENT IN THE FAMILY PREPARATION PROCESS HIGH

In the enormous multiplicity of providing nursing care, this study focused on planning for discharge, from a perspective of the patient's family, who provide support to them after the discharge.

The current work pretends to be a reference of how is processed the preparation of the discharge, the care's that the nurse has in this area, at the level of education. The study was applied to a Hospital in Alentejo.

*Regarding the structure of the study, it consists in two parts, the theoretical and practical parts. At first, the main points raised, relate to the characterization of discharge planning, with the attitude of the family facing the hospital and the teachings. The second refers to the application of the practice. The instrument we chose to make the data collection was semi-structured interviews. So, a descriptive exploratory study, included in *Qualitative Research in Nursing*.*

Or in evaluation, the majority of the interviewed are satisfied, with the planning of discharge, however, still appearing situations that need a higher monitoring by the nursing staff.

Keywords: Family of the patient; Preparation of High, Health Education, Nursing

INTRODUÇÃO

O processo da alta hospitalar «...é fundamental, não somente para reduzir o tempo de internamento e o número de readmissões, mas também para assegurar o sucesso da reintegração dos doentes e suas famílias na comunidade» (SANTOS, 1994, p.1)

De acordo com a REDE DE CUIDADOS CONTINUADOS (Manual de Planeamento e Gestão de Altas, p.3), o planeamento da alta “(...) preten- de garantir a continuidade dos cuidados de saúde e o uso eficiente dos recursos dos hospitais e da comunidade de saúde, a partir da identificação e avaliação das necessidades dos doentes, de acordo com parâmetros estabelecidos.”

A prática de planeamento de altas aconselha que as equipas de planeamento de altas devem ser constituídas por no mínimo três elementos, sendo eles, assistente social, enfermeiro e médico, no máximo pode ter oito elementos, sendo eles, mais o fisiatra ou o fisioterapeuta, o nutricionista, o terapeuta da fala e o terapeuta ocupacional. (Adaptado REDE DE CUIDADOS CONTINUADOS, Manual de Planeamento e Gestão de Altas, p.5/6)

A nível geral os objectivos do planeamento de alta incluem, garantir a continuidade de prestação de serviços, assim como garantir a adequada utilização dos serviços hospitalares, no entanto, também visa reduzir os dias de internamento inapropriados, prevenir as complicações no pós-alta, reduzindo assim o risco de readmissão na unidade hospitalar e reduzindo custos (pessoais, sociais e económicos). (Adaptado SANTOS, 1994 p.3).

ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Conceito de Família

«A unidade básica familiar é composta por indivíduos em constante interacção entre si e com o ambiente, incluindo outras pessoas. Sob o ponto de vista de enfermagem o principal objectivo da família é obter, manter e restabelecer a saúde dos seus membros (...)» (SYRIUS, 1998 p.398)

Mencionado pelo mesmo autor, «a família pode ser o contexto em que se prestam os cuidados de enfermagem a um indivíduo ou, como um todo,

constituir a unidade à qual se prestam cuidados.»

Para uma melhor compreensão da definição desta palavra “família” foram criadas varias teorias com diferentes conceitos da mesma, tal como a teoria geral dos sistemas, teoria estruturo-funcionalista e a teoria do desenvolvimento.

De acordo com vários autores, existe inúmeras definições de família, que vão ao encontro das teorias de enfermagem. Segundo NEUMAN (citado por SYRIUS, 1998, p.401) a família é um sistema dentro da sociedade que deseja manter-se num óptimo estado de saúde, para ROY (cit. SYRIUS, 1998, p.401) a família é um sistema adaptativo, ou seja, todos os estímulos provenientes da família e do ambiente onde estão inseridos, tem impacto na família.

Para KING a família é um sistema social e um sistema de interacção dos seus membros, ou seja, visa, influenciar os indivíduos no crescimento e desenvolvimento. Ainda para ROGERS, a família é uma fonte de energia em interacção contínua com o ambiente. (adaptado SYRIUS, 1998, p.401/402)

Família e Hospitalização

Quando numa família adoecer um indivíduo e necessita de ser hospitalizado, modifica toda a vida da família, pois a mesma sofre também, com tal facto. E na maioria das vezes, não existe preparação para estes imprevistos (hospitalização), ocorrendo então um desequilíbrio na estrutura familiar. (adaptado NEVES, 2001 p.8)

E é deste modo, que «a enfermagem encara a família como uma unidade com capacidade de mudança e crescimento tendo em vista um óptimo nível de saúde.» (SYRIUS, 1998 p.398)

Não podemos deixar de referir a importância da admissão numa unidade hospitalar, pois «a admissão é, para o doente e família, um dos momentos mais críticos de toda a estadia hospitalar (...) por detrás de cada admissão existe todo um sentimento de incerteza e insegurança que, não sendo combatido de imediato, pode tornar-se num entrave ao completo restabelecimento da saúde do doente» (MELO, 1991 p.15)

E deste modo, é de extrema importância as atitudes assumidas pelos profissionais de saúde, nesta fase do internamento, pois afectam os sentimentos

e percepções do doente acerca do seu estado de saúde e a forma como decorrerá o internamento.

É na família que o doente poderá obter os cuidados necessários, e para os mesmos, quando um doente tem alta, significa que vai poder voltar para o seio familiar, ainda que fique no tempo de convalescença, mas já se insere no seu ambiente normal.

Assim sendo, a família tem o dever de participar no planeamento da alta do doente, para garantir a continuidade de prestação de cuidados de saúde na pós-hospitalização.

Para a família o momento da alta é muito exigente, pois existem novas adaptações, novos modos de vida, relacionados com os possíveis problemas ou dificuldades dos doentes, e deste modo, a família auxilia, apoia o mesmo, mudando mesmo modos de vida.

Planeamento de Altas

De acordo com BARARDO (citado por SANTOS, 1994, p.5), «O planeamento de altas consiste num conjunto de actividades prosseguidas por uma equipa multidisciplinar, que assegura a transferência, adequada e em tempo útil, do doente de uma instituição para outra ou para a comunidade».

É um «conjunto de actividades prosseguidas por uma equipa multidisciplinar de cuidados ao longo do internamento, que facilita a transferência adequada e em tempo útil do doente de uma instituição para outra ou para a comunidade e assegura a continuidade da prestação de cuidados.» (MELO, 1991 p.3)

Também o planeamento da alta «(...) é fundamental, não somente para reduzir o tempo de internamento e o número de readmissões, mas também para assegurar o sucesso da reintegração dos doentes e suas famílias na comunidade (...) é o culminar de um programa da melhor prática clínica e o assegurar que a dependência e o isolamento social do doente no pós-alta hospitalar serão minimizados, sendo maximizada a sua autonomia» (Circular Informativa nº 12/DSPC5 de 19/04/04)

Mencionado por SYRIUS (1998 p.490) «é um processo de antecipação e planeamento de possíveis alterações das necessidades de cuidados do utente, à medida que este vai passando por varias fases de cuidados.»

E segundo o autor FOX (2008, p.278) «O planeamento da alta deve ser mais do que apenas preparar o paciente para deixar o hospital.»

Planear a alta, ainda é, de acordo com DONABEDIAN (citado por MELO, 1991 p.16) «alcançar elevados níveis de qualidade nos cuidados de saúde prestados».

Este processo de alta deve-se iniciar, assim que o doente é admitido, e só termina no momento da alta, devem ser avaliadas as necessidades físicas e psicossociais, do doente e da família, que o vai cuidar, antes da alta e o mais cedo possível.

Para que a transferência do doente do hospital para o domicílio, se processe em tempo útil e possa ser considerada adequada, é necessário que a alta clínica seja coincidente com a saída efectiva do doente da instituição e que nesse momento estejam disponíveis os cuidados apropriados à situação.

E desta forma o planeamento da alta, deve ser decidida em conjunto, com a equipa multidisciplinar, a família e o doente, tal como visa na Circular, «O doente, o familiar (...) e a equipa multidisciplinar devem delinear o plano de cuidados pós-alta, incluindo a previsão e equipamentos, serviços de apoio e compromissos com o doente pós-alta.» (Circular Informativa nº 12/DSPC5 de 19/04/04)

De acordo com SANTOS, (1994 p.1) «para que os recursos humanos, materiais e financeiros se utilizem de forma eficiente é importante planear toda a actividade que se desenvolve desde a admissão do doente no Hospital até à sua alta, assegurar a continuidade de cuidados (...) e verificar a sua efectividade.»

No entanto, o planeamento de altas e a continuidade de cuidados, não deve ser confundido, pois nem todos os doentes, cuja alta é planeada, necessitam de cuidados especializados, por uma equipa de enfermagem, após a hospitalização.

E deste modo, «O que importa reter é que o planeamento de altas é o veículo pelo qual as necessidades e os problemas dos doentes são identificados e avaliados e é a instância onde deve ser promovida assistência capaz para preparar o doente para a sua situação pós-hospitalar, quer na comunidade, quer em outras instituições de saúde.» (MELO, 1991 p.3).

Para que exista um bom planeamento de alta, devem ser analisados todos os procedimentos,

sendo eles a triagem das soluções – problema, a avaliação das necessidades, a elaboração de planos de cuidados, a implementação do plano e por fim a avaliação.

Importância dos Ensinos

É importante que os ensinamentos não sejam só direccionados para o doente, mas também para a sua família, pois neste caso, ambos ficam consciencializados das consequências do diagnóstico, e também é uma forma, de reforçar os ensinamentos, a fim de diminuir possíveis erros, por exemplo na terapêutica (ex: administração de insulina), entre outros.

Os ensinamentos são uma necessidade para os familiares dos doentes, pois contribuem para que os mesmos se sintam mais seguros no momento da alta, é um apoio educacional, e desta forma, são importantes as Sessões de Educação para a Saúde, de acordo com LANCASTER (1999) (citado por NEVES, 2001 p.5) «Fazem educação para a saúde sobre o desenvolvimento da doença (...) regime terapêutico (...) fazem orientações prévias e ensinamentos às famílias dos doentes.»

E ainda a educação dos familiares dos doentes fornecem informação e recursos aos mesmos, a fim de assumir o controlo do cuidado do doente, que cuidam. (adaptado de Neves, 2001, p.10)

Deste modo, o planeamento da alta, leva a que exista um trabalho por parte da equipa de enfermagem, com a família do doente, com a finalidade de desenvolver um plano, que será implementado após a alta, a fim de prestar todos os cuidados necessários ao doente, e apoiar a família do mesmo.

«Grande parte do planeamento de alta consiste efectivamente no ensino» (DOROTHY e al, 1983 p.278), este ensino pode ser realizado à família, na maioria das vezes é necessário fazer-lhes a demonstração de determinados métodos, que serão continuados em casa. E o enfermeiro deve fazer este ensino, avaliar como o procedimento é realizado pela família, com o intuito dos mesmos procederem com segurança e eficácia.

Para que os ensinamentos sejam eficazes e eficientes cabe ao enfermeiro avaliar todos os problemas potenciais/reais do doente, sob a forma de orientar os ensinamentos adequados.

Por fim, os referidos ensinamentos, devem ser realizados, utilizando uma linguagem clara, precisa, tendo em conta o nível de cultura da família do doente.

METODOLOGIA

Objectivo do estudo

Conhecer a opinião da família do doente face à prestação dos enfermeiros na preparação da alta.

Objectivos específicos:

- Identificar de que modo a preparação da alta interfere com a família do doente;
- Identificar quais os tipos de ensinamentos realizados à família do doente e quais as principais áreas abordadas pelo enfermeiro;
- Analisar se o enfermeiro informa a família do doente de todas as possibilidades da alta.

Questões de investigação

Deste modo, as questões de investigação formuladas foram:

- Quais as dificuldades sentidas pela família no processo de alta hospitalar?
- Quais as acções a desenvolver, por parte do Enfermeiro que acompanha o doente, segundo a opinião da família?
- Quais os ensinamentos que o enfermeiro faz à família na preparação da alta do doente, na opinião da família?
- Em que condições físicas (espaço e tempo) e emocionais ocorrem esses ensinamentos realizados ao doente e à família?

Limitações do estudo

As limitações que surgiram ao longo deste estudo e que poderão afectar os resultados devem-se à amostra, devido a esta ser de reduzida dimensão, impossibilitando a generalização dos dados, também os poucos recursos bibliográficos existentes limitam este estudo.

Caracterização do tipo de estudo

Para a concretização deste trabalho foi desenvolvido um estudo exploratório descritivo, baseando-se nas descrições de situações reais, pers-

pectiva da família do doente, utilizado o método qualitativo.

Caracterização da população

A população alvo deste estudo são as famílias dos doentes, cujo, são entrevistadas no dia em que o doente abandona o Serviço de Internamento, uma vez que tem alta clínica, e os critérios de inclusão são os seguintes:

- Ser voluntário para o estudo;
- Não possuir doença mental clinicamente diagnosticada;
- Ser consciente.

Caracterização geral dos sujeitos da amostra

A população alvo deve ser representativa, ou seja, as características da população devem estar presentes na amostra seleccionada.

A amostra a utilizar para este estudo vai corresponder aos familiares dos doentes que obtiveram alta, correspondendo a uma estimativa de cerca de 15 familiares de doentes com alta. A selecção das mesmas será efectuada através do método de amostragem ocidental (não probabilística).

Caracterização da dimensão do estudo

A dimensão para a realização deste estudo são as representações da família do doente acerca do processo da alta, na qual pretende-se avaliar:

- Tipos de apoios prestado à família;
- Multidisciplinaridade do processo;
- Ensinos realizados à família do doente;
- Disponibilidade, empatia e congruência do enfermeiro face à família do doente no processo de alta.

Caracterização dos instrumentos de colheita de dados

O método de recolha de dados utilizado neste estudo foi o método qualitativo, e o instrumento de recolha de dados foi a entrevista semi-estruturada.

Neste método a fonte directa dos dados é o ambiente natural, sendo o investigador o instrumento principal, é uma investigação descritiva, os dados são analisados de forma indutiva, e existe maior interesse no processo de investigação do que pelos resultados.

As entrevistas semi-estruturadas, são entrevistas

em que a formulação e a sequência de questões não são predeterminadas, no entanto, carecem de um guião, que tem como finalidade garantir que todos os tópicos de interesse são abordados.

Sendo este o instrumento de recolha de dados, as questões previamente elaboradas, que servem como guião, foram formuladas de acordo com as questões de investigação.

APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

Na apresentação dos resultados, é necessário re-agrupar os dados da forma mais clara possível, de modo a facilitar a análise. A forma visual que terá a apresentação dos dados é muito importante, tanto para o investigador como para quem lê o trabalho.

E desta forma, a análise de dados é uma fase do processo indutivo de investigação que permite guiar o investigador na sua amostragem, dando-lhe pistas sobre o que lhe resta descobrir acerca do estudo em causa, durante o processo de colheita de dados (adaptado FORTIN, 2003 p. 306).

ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO CRÍTICA DOS DADOS

Após a realização e transcrição das entrevistas, procede-se à análise dos dados recolhidos, os dados são analisados e apresentados de maneira a fornecer uma ligação lógica ao problema do estudo, respondendo à questão de investigação.

Deste modo, a partir dos dados recolhidos e tendo por base o tema estabelecido - “As Representações da Família do Doente no Processo de Preparação da Alta”, e através da técnica de análise de conteúdo, são analisados os diferentes discursos.

A fim de clarificar a interpretação dos dados, recorri à transcrição de estratos de entrevistas que considereei significativos. Neste sentido houve necessidade de utilizar determinados símbolos, de forma a facilitar uma melhor compreensão das transcrições. Da análise do tema escolhido foram definidas quatro categorias, sendo as mesmas:

- As dificuldades sentidas pela família no processo de alta;
- Esclarecimento dos ensinamentos por parte da equipa de Enfermagem;
- Opinião sobre a elaboração do planeamento da alta;
- Avaliação da prestação do enfermeiro.

As dificuldades sentidas pela família no processo de alta

Quando um indivíduo do seio familiar adoece é a família que lhe dá o apoio necessário, esta mesma que está muito dependente, da forma como desenvolve a capacidade de mobilizar os recursos, perante uma situação de dependência de um dos seus membros.

No processo da alta, algumas dificuldades são sentidas por parte da família, devido a não se sentirem preparados, mesmo quando são realizados ensinamentos por parte da equipa de enfermagem, vejamos este caso, *“Preparada não estou, e nem sei se me conseguirei preparar... vou sentir dificuldades devido à SNG.”* (E4), esta familiar revela receio de não conseguir desempenhar adequadamente a sua função de cuidadora, e dá maior ênfase à unidade de registo, quando reforça a ideia *“...nem sei se me conseguirei preparar...”* (E4).

De acordo com SYRIUS (1998, p.402), esta dificuldade sentida refere-se «a sentimentos de medo, desamparo, vulnerabilidade, insegurança...», ou seja, existe por parte da família, receio de não conseguir prestar os cuidados necessários ao seu familiar, receio de falhar, de não ter ninguém com qualificações na área, a seu lado, para a ajudar, revela um sentimento de insegurança.

No entanto as dificuldades foram sentidas pela maioria dos familiares entrevistados, cerca de 53,3%, afirmaram sentir dificuldades na prestação de cuidados ao mesmo, passamos a transcrever algumas dessas manifestações.

“Ora se sinto dificuldade... já viu!?... o meu marido não vê, não anda... agora nem a mão esquerda mexe.” (E5);

“Sinto, porque não estava à espera que o meu pai tivesse já alta...” (E7);

“Sim, sinto... a minha sogra já era muito dependente, mas agora ainda vai pior.” (E12).

Estes breves testemunhos, revelaram sentir muita dificuldade, pela agravante do estado de saúde do seu familiar, e ainda por não se sentirem preparados psicologicamente para, naquele momento, o levarem para o domicílio.

As necessidades de cuidados especiais e de acompanhamento durante o resto da vida do familiar, pode ter efeitos profundos na família, e incluem grande consumo de tempo e energia para a prestação de cuidados físicos, menos tempo para actividades de lazer, isolamento e medo de complicações, ou de não prestar os cuidados necessários. (adaptado SYRIUS, 1998, p.403).

Ainda, outros familiares revelam sentir dificuldades, de modo mais moderado, porque consideram ter existido dificuldades por parte da equipa de enfermagem na prestação de ensinamentos, porque consideram que as dificuldades são permanentes, e que nunca as vão deixar de sentir, mesmo que mantenham a sua função de cuidadores.

“Sinto algumas, pois tem havido muita confusão sobre os alimentos que a minha mãe deve comer...” (E9);

“É assim, dificuldades há sempre...” (E11);

“Alguma, o meu pai já era acamado...” (E15.)

Mas perante, as várias entrevistas realizadas, conseguimos reter, algum apoio prestado pela equipa de enfermagem, alguma da sua disponibilidade, mesmo no após alta, vejamos, *“... também me disse que se tiver dúvidas, posso telefonar...”* (E14), esta familiar que revelou sentir algumas dificuldades, mas sentiu-se mais apoiada pela equipa de enfermagem, como podemos verificar, *“Algumas, aqui a menina... a enfermeira, já me explicou como isto funciona, vamos ver, como corre lá em casa (risos)...”* (E14), e desde logo, verificasse um menor estado de tensão no seu estado emocional, ao contrário dos restantes.

É desta forma que a equipa de enfermagem deve colmatar as dificuldades da família, deve-lhe prestar todo o apoio nos cuidados directos, apoio psicológico e nos recursos sociais. «As actividades de enfermagem abrangem o ensino de técnicas especiais de prestação de cuidados, o recurso a serviços de apoio, a obtenção de material/equipamento, e asseguram apoio emocional.» (SYRIUS, 1998, p.403).

Esclarecimento dos ensinamentos por parte da equipa de Enfermagem

Uma das melhores formas da equipa de enfermagem comunicar com os familiares do doente, é nos ensinamentos realizados, estes que devem ser iniciados, assim que possível, ou seja, assim que surjam expectativas do doente poder a vir ter alta, ao invés de aguardarem até à alta hospitalar. (adaptado TIMBY, 2001, P.99).

Das entrevistas realizadas 60% dos inquiridos manifestaram agrado pela equipa de enfermagem, pela forma, que a mesma lhes demonstrou os ensinamentos, ou apenas lhes referiu os cuidados a ter com o doente, “*Eles (enfermeiros) esclareceram sempre todas as dúvidas que apresentei (...) Durante o internamento foram-me dadas dicas...*” (E3), “*... mas sempre me disseram os cuidados que devia de ter com meu pai...*” (E2).

Segundo TIMBY (2001 p.102), o ensino pode ser realizado de forma informal ou formal, tendo em conta, que o ensino informal não é planeado, ou seja, ocorre espontaneamente, quando o enfermeiro, está com o familiar e lhe revela simples cuidados, que o mesmo deve manter com o seu familiar no domicílio.

Já o ensino formal, é um ensino que requer um plano, ou seja, a família é previamente avisada, do ensino que lhe vai ser realizado, a fim da mesma se disponibilizar a aprender. É um ensino que oferece informação adequada, e que se certifica que foi apreendido.

Nestes serviços de internamento, foram realizados os dois tipos de ensino, os informais, como descrito em cima, e os formais, que passo a citar “*Foram muito bons, porque eu não sabia mexer nisto, agora depois deles me terem ensinado, já consigo alimentar o meu pai...*” (E11), “*ajudaram muito, porque eu não sabia fazer isto, e eles explicaram-me, e viram sempre se eu estava a fazer bem...*” (E10).

Também nestas entrevistas se pode constatar que houve um planeamento prévio “*vim cá sem ser na hora da visita e tudo, para aprender como se fazia...*” (E13), “*Vim cá todos os dias, e as enfermeiras há... aí uns quatro dias começaram-me a ensinar.*” (E14), aqui é demonstrada a disponibilidade da equipa de enfermagem, para prestar ensinamentos, podemos constatar, que na

sua maioria, foi bem planeada, tanto no ensino formal, como informal.

No entanto, também existiu uma situação, que segundo o familiar do doente, não foram prestados quaisquer ensinamentos, nem clarificados cuidados a ter, “*Mas não me realizaram ensinamentos menina! (...) sessão?! Também não menina.*” (E12), no entanto existiu por parte da equipa de enfermagem o cuidado de questionar, qual seria a sua situação no momento da alta “*Ah! Mas eles perguntaram-me se quando tivesse alta, se a minha sogra ia para casa... eu disse que sim, ela antes também já estava lá na minha casa...*” (E12).

Numa outra situação, também houve reclamação dos ensinamentos não terem sido suficientes, ou de terem sido realizados muito próximo do momento da alta, “*...só me ensinaram no momento da alta (...) Os ensinamentos não foram suficientes... só de ver dar a água não chega (...) Fiquei minimamente, mas mesmo minimamente esclarecida...*” (E4). Aqui existe o reforço do esclarecimento ter sido muito vago, pois não existiu planeamento prévio da alta.

Por vezes também é difícil aos enfermeiros, conseguirem prestar todos os cuidados referentes a ensinamentos, a todos os doentes, pois há casos, em que o doente fica internado num curto período “*É como já lhe disse antes, ele teve muito pouco tempo internado, não houve tempo para nada, e eu não estava a espera de ir leva-lo já para casa*” (E7). No entanto «períodos limitados de hospitalização demandam que as enfermeiras iniciem o ensino logo que possível, após a admissão...» (TIMBY, 2001, P.99), e ainda «o ensino desde o primeiro dia de internamento é primordial ao sucesso de um plano de acção e planificação de alta.» (NEVES, 2001 p.42).

No geral, os ensinamentos são realizados e os familiares ficam esclarecidos, no entanto, é de realçar, que situações como estas anteriores, devem ser evitadas, e deste modo, ainda aspectos a melhorar na preparação da alta.

Opinião sobre a elaboração do planeamento da alta

O planeamento da alta é uma das actividades que os enfermeiros desempenham, e deve ser ini-

ciada logo que o doente é admitido numa unidade hospitalar, pois visa a probabilidade de menor risco de reinternamento.

Visto o problema deste trabalho consistir na opinião dos familiares do doente sobre o planeamento da alta, surgem aqui as opiniões dos mesmos referentes ao tema. Cerca de 66,7% considera que a alta é bem planeada pelas equipas de Enfermagem, deste Hospital.

Passo a relatar, alguns desses testemunhos, *“Foi bem planeada, agora já me sinto mais capaz de cuidar do meu pai em casa.”* (E11), *“Foi bem planeada, quiseram-me logo ensinar, e isso é muito bom.”* (E13), *“Ai! foi muito bem planeada, só espero agora fazer as coisas sempre bem (risos)... mas eles também disseram que posso ligar para cá.”* (E10), *“Sim, foi bem planeada, apesar de às vezes ainda existir dúvidas, o essencial nós percebemos, e eu cá estou para ajudar a minha mãe. E a equipa de enfermagem foi muito prestável.”* (E9).

A partir destes relatos, é verificada a satisfação dos familiares perante a actuação da equipa de enfermagem no processo de planeamento da alta, e não deixam de referir o planeamento prévio dos ensinamentos, assim como toda a disponibilidade da equipa, para o caso de dúvidas, já no domicílio.

E tal como o planeamento da alta exige, e de acordo com DOROTHY (1983, p.14), «logo desde os primeiros momentos da hospitalização, deve começar-se a pensar na forma como o doente ficará vinculado após a sua alta», tal facto pode-se testemunhar neste relato, *“...ainda agora me entrevistaram, por causa da rede de cuidados continuados, mostram todas as hipóteses.”* (E5), referente à qualificação do planeamento da alta.

Mesmo nos casos, em que a notícia da alta, foi comunicada ao familiar no próprio dia, sem o mesmo esperar, a reacção foi boa, pois já se sentia preparado para este facto, *“...só fiquei a saber da alta hoje, mas durante o internamento eles explicaram-me todos os cuidados que devia ter.”* (E1).

No entanto, cerca de 20% dos entrevistados, não concordaram plenamente com a decisão da alta, *“por mim, ficava cá mais tempo, mas os enfermeiros sim cuidaram bem dele, também me perguntaram se eu sabia cuidar dele, ele antes já era acabado, e eu já sei dar o banhito, posiciona-lo, mudar a fralda...”*

(E15), mas souberam reconhecer, que é uma decisão médica, e que a equipa de enfermagem, tentou no seu melhor prestar-lhes todo o apoio necessário, quer através de ensinamentos de forma formal ou informal.

Avaliação da prestação do enfermeiro

Aqui será abordada a avaliação dos familiares do doente perante a prestação do enfermeiro, nos ensinamentos formais ou informais, prestados.

Segundo SYRIUS (1998, p.491), se o planeamento da alta for mantido actualizado, ou seja, se todos os dias se efectuarem ensinamentos, no momento da alta, tanto o enfermeiro como o familiar do doente, encontram-se aptos, para ultrapassarem esta etapa.

Perante esta citação, segue-se um testemunho, *“Boa, ensinaram-me a mim e à minha mulher...”* (E14), ou seja, refere que a prestação dos enfermeiros é boa, e mais uma vez realça a preocupação dos enfermeiros, de não ensinarem a um só elemento da família, pois desta forma, esta família no domicílio, não irá sentir tanta dificuldade.

Outros relatos revelam, *“5 estrelas, equipa muito acessível”* (E1), *“numa escala de 0 a 10, dou 10... mas se não gostasse também lhe dizia (risos).”* (E6), *“Positiva... aqui neste serviço é muito positiva, pela sua disponibilidade”* (E3), não podemos deixar de referir a satisfação com a qual os familiares avaliam a prestação dos enfermeiros, referente aos ensinamentos, o que para nós também é muito gratificante, e que nos entusiasma a proceder da mesma forma, ou se possível, ainda melhor.

De modo geral a avaliação foi bastante positiva, a rondar os 100%, grande maioria dos familiares, não deixa de qualificar com variados adjectivos esta prestação, *“Amáveis, muito dispostos a explicar tudo.”* (E2), *“...muito pacientes”* (E9), *“...sempre muito disponíveis, muito agradáveis.”* (E13), *“Com respeito...”* (E7), a partir destes relatos, é considerado, que a profissão de enfermagem, é uma profissão acarinhada, uma profissão respeitada e muito admirada, principalmente pelos familiares dos doentes.

Estes que entregam os seus familiares nestas instituições, com a finalidade dos doentes melhorarem o seu bem estar físico e mental, e esperam que os mesmos sejam bem acolhidos, bem cuidados. E é com enorme satisfação, que se avalia o contenta-

mento destes familiares, perante o facto, dos enfermeiros tratarem da melhor forma, o doente.

CONCLUSÃO

Face ao estudo que realizei, de carácter exploratório-descritivo, com o objectivo de Conhecer a opinião da família do doente face à prestação dos enfermeiros na preparação da alta, considerei que os resultados evidenciados pela análise da informação colhida, são por si só uma fonte de algumas reflexões e interpretações.

Tendo a noção das várias limitações com que me deparei, tais como a amostra ser composta por um número reduzido de elementos, assim como na utilização da técnica de análise de conteúdo, em que me confrontei com dificuldades em decompor os discursos dos entrevistados e inseri-los nas diferentes categorias sem prejuízo do seu real significado.

Neste estudo, procurei sempre que possível utilizar uma linguagem uniforme e facilitar o desenvolvimento e análise do estudo.

Ao realizar uma leitura global dos dados, reconheci que as conclusões retiradas apenas se referem às opiniões das pessoas entrevistadas (amostra), e deste modo não se pode generalizar.

Da análise dos dados efectuada, as conclusões são relacionadas com as dificuldades sentidas pela família no processo de alta, a nível do esclarecimento dos ensinamentos por parte da equipa de Enfermagem aos familiares, sobre a opinião dos familiares acerca do planeamento da alta e sobre a avaliação da prestação do enfermeiro, por parte dos familiares do doente, correspondendo então às quatro categorias encontradas.

Da amostra conseguida, foi apurado que a maioria dos cuidadores são do sexo feminino, e por norma são os filhos a cuidar dos pais, salvo algumas excepções, nora, marido, esposa.

O familiar que tem um doente hospitalizado, no momento da alta, por vezes depara-se com determinadas dificuldades, sobre os cuidados a ter no domicílio. E devido a tal facto, ser de extrema importância os ensinamentos efectuados pela equipa de enfermagem aos familiares, estes que vão assumir, caso ainda não tenham, o papel de cuidados principais.

As dificuldades sentidas pelos familiares entrevistados, encontram-se na base da insegurança, no medo de não conseguirem desempenhar essas novas funções de forma adequada, no entanto também surgiram dificuldades, devido à realização dos ensinamentos, se terem proporcionado em pouco tempo, num dos casos, no próprio dia de alta.

Esta última situação, deve ser evitada, pois transmite uma maior insegurança, ao familiar, e neste caso o medo de falhar é superior, pois não existiu uma adequada supervisão da equipa de enfermagem, a fim de verificar se o ensinamento foi bem apreendido.

A nível do esclarecimento dos ensinamentos realizados pela equipa de enfermagem, na perspectiva dos familiares, estes ficam bem esclarecidos, tanto através dos ensinamentos informais, quando estes mesmos, são transmitidos ao longo do internamento, visando os cuidados a ter com o doente, posteriormente no domicílio.

Também nos ensinamentos formais, não surgiram muitas dúvidas, estes ensinamentos que são realizados com um planeamento prévio, tal como o ensinamento da administração de insulina, alimentação por SNG. Ainda assim, surgiram situações, nos quais não foram realizados ensinamentos, pelo tempo limitado de internamento, ou por não ter sido devidamente planeada a alta.

Mais uma vez, estes casos, são de evitar, mas de modo geral a satisfação dos familiares é muito notória.

Também a elaboração do planeamento da alta, na perspectiva dos familiares do doente, é na sua maioria bem planeada, e as reclamações que existiram referiram-se à equipa médica, e não à equipa de enfermagem.

Já na avaliação da prestação do enfermeiro, na mesma perspectiva, não posso deixar de realçar a forma carinhosa como os familiares a descrevem, pois respeitam muito, tal profissão, e reconhecem o empenho da equipa na prestação de cuidados, e neste caso específico.

Em suma, podemos referir que a maioria dos familiares dos doentes, se encontram satisfeitos, com o planeamento da alta, com a disponibilidade dos enfermeiros em realizar os ensinamentos, em reforçar os cuidados a terem no domicílio, e as difi-

cuidades que revelam sentir, não se debruçam essencialmente na falta de ensino, mas sim no medo próprio, no acto de poder vir a falhar, enquanto cuidador principal.

BIBLIOGRAFIA

- ADAM, Evelyn, - *Ser Enfermeira*, Lisboa: Instituto Piaget;
- ALMEIDA, Ana Cristina, et al, «Transição do doente dependente para a família», in *Sinais Vitais*, N°62, 2005
- BARDIN, Laurence – *Análise de Conteúdo*, 4ª Edição, Lisboa: Edições 70, 2008, 281p.;
- BETTENCOURT, António - «Cuidar na família que cuida: o papel do enfermeiro no apoio à família cuidadora após a alta», in *Aprendendo o cuidado de enfermagem/org*, Lisboa: Escola Superior de Enfermagem de Maria Fernanda Resende, 2007, pp. 359-381;
- CUIDADOS CONTINUADOS – *Manual de Planeamento e Gestão de Altas*, Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados – (pagina consultada a 27 de Fevereiro de 2009) [em linha] http://www.socialgest.pt/_dlds/CCplaneamento_gestao_de_altas.pdf;
- DIAS, José Manuel, – *Formadores: Que desempenho?*, Loures: Lusociência;
- DOROTHY Elhart et al, - *Princípios Científicos de Enfermagem*, 8ª Edição, Lisboa: Editora Portuguesa de Livros Técnicos e Científicos, Lda, 1983, pp. 274-284.;
- FORTIN, Marie-Fabienne - *O Processo de Investigação: Da concepção à realização*, Loures: Lusociência, 2003, 388p.;
- FOX, Vicki J., - «Educação do paciente e planeamento da alta», in Jane C. Rothrock; Donna R. - *Alexander cuidados de enfermagem ao paciente cirúrgico*, Loures: Lusodidacta, 2008, pp. 271-296.
- FRIEDLANDER, Maria Romana - «Preparo para alta pós-cirúrgica: resultados de acção andragógica observados durante a visita domiciliária», in *Enfermagem*, S. 2, N°33, Lisboa: 2004, pp.23-28;
- GOMES, Idalina Delfina - «A preparação da alta: um modo de continuidade dos cuidados de enfermagem», in *Ensino de enfermagem: processos e percursos de formação: balanço de um projecto/Departamento de Recursos Humanos da Saúde; org*, Lisboa: DRHS, 2000. pp. 152-167.
- HENRIQUES, Ana Isabel da Graça - «Dificuldades sentidas pela família após alta hospitalar», in *Enfermagem*, N° 13, 2ºS, 1999, pp. 22-29;
- LESSARD-HÉBERT, Michelle; GOYETTE, Gabriel; BOUTIN, Gérald – *Investigação Qualitativa – Fundamentos e Práticas*, 3ª Edição, Lisboa: Instituto Piaget, 2008, 184p.;
- LUZ, Elisabete Lamy da, « Importância dos conteúdos da carta da alta para a continuidade de cuidados», in *Nursing*, A. 15, N° 175, Lisboa: 2003, pp. 34-44;
- MARVÃO, Carla, «A preparação da Alta Hospitalar e a Continuidade de Cuidados ao Idoso – Papel do assistente Social» (consultada a 1 de Março de 2009), Hospital São João [em linha] http://www.socialgest.pt/_dlds/APplaneamento_da_alto_no_idoso.pdf;
- MELO, Maria João, *Estudo de aplicação de um processo de planeamento de altas no H. G. C. P. B.*, Lisboa: Escola Nacional Saúde Publica, 1991, 59p.;
- MOITA, Augusta Grou, et al, - «Nota de alta – transferência de enfermagem: retrato de uma pratica», in *Pensar Enfermagem*, Volume 11, N°2, Lisboa: 2007, pp. 12-24;
- MONIZ, José Manuel Nunes, – *A enfermagem e a Pessoa Idosa*, Loures: Lusociência, 2003;
- MYERSCOUGH, Philip R. – *Manuais de Saúde e enfermagem*, Edição nº 141113/5173, Publicações Europa – América;
- NEVES, Fátima Margarida Marques, *Problemas do doente e família perante a alta hospitalar: reflexão sobre a experiência de uma unidade de cuidados*, Lisboa: ESE Maria Fernanda Resende, 2001, 112p. 1º Curso de Complemento de Formação em Enfermagem;
- PEREIRA, Adriana Pellegrini Santos, et al, «Alta Hospitalar: Visão de um grupo de Enfermeiras», R Enferm UERL, 2007;
- PINTO, António Manuel Almeida, «Gestao de Altas – Entrevista a Inês Guerreiro», in *Revista Portuguesa de Enfermagem*, N°8, 2008, pp. 7-9;
- POMBEIRO, Adília Sofia - «Preparação do regresso a casa: resumo da comunicação», in *Enfermagem Oncológica*, A. 9, N°37, Porto: 2006, p.16;
- POMPEO, Daniele Alcalá, et al, «Atuação do enfermeiro na alta hospitalar: reflexões a partir dos relatos de pacientes», ACTA, 2006.
- RESTA, Darielle Gindri; BUDÓ, Lourdes Denardin, «A cultura e as formas de cuidar em família na visão de pacientes e cuidadores domiciliários», Acta Scientiarum: Health Science, 2004, vol. 26;
- RICE, Robyn, – *Prática de Enfermagem nos Cuidados Domiciliários*, 3ª Edição, Lusociência;
- ROXO, J. R. Santos - «O enfermeiro e o hospital», in *Servir*, Volume 37, N°1, 1989, pp. 8-14;
- SANTOS, Maria José Gonçalves, *Sistema de Planeamento de Altas – continuidade de cuidados no Serviço de Cirurgia Geral I do Hospital Distrital de Viseu*, Lisboa: Escola Nacional de Saúde Publica, 1994, p.60;
- SILVA, João Fernandes da, - *Quando a vida chegar ao fim: expectativas do idoso hospitalizado e família*, Loures: Lusociência, 2006, 332p.;
- SILVA, João Fernandes da, - «A alta hospitalar e a valorização dos cuidados de enfermagem» in *Servir*, Volume 55, N°3, Lisboa: 2007, pp. 67-77;
- SYRIUS, Publilius – *Sorensen e Luckmann enfermagem Fundamental – Abordagem Psicofisiológica*, 1ª Edição, Lisboa: Lusodidacta, 1998, pp. 397-407; 473-492;
- TIMBY, Barbara K. – *Conceitos e Habilidades Fundamentais no Atendimento de Enfermagem*, 6ª Edição: Editora Artmed, 2001, pp. 99-137;
- VARANDA, Jorge - «O fenómeno da desospitalização: financiamento e técnicas de gestão associados», in *Revista Portuguesa de Saúde Publica*, Volume 9, N°4, Lisboa: 1991, pp. 5-16;
- WRIGHT, Lorraine M.; LEAHEY, Maureen – *Enfermeiras e Famílias – Um Guia para Avaliação e Intervenção na Família*, 3ª Edição: Editora Roca, 2002, pp. 179-239.

BURNOUT, BEM-ESTAR SUBJECTIVO E SATISFAÇÃO PROFISSIONAL NOS ENFERMEIROS

Pedro Miguel Garrido⁽¹⁾
José Eusébio Palma Pacheco⁽²⁾



Resumo

O presente estudo baseia-se na convicção de que o *burnout* nos enfermeiros influencia directamente o bem-estar subjectivo e a satisfação profissional. Neste sentido foi delineada uma pesquisa do tipo exploratório e descritivo tendo como objectivo verificar a relação existente entre o *burnout*, o bem-estar subjectivo e a satisfação profissional.

A amostra foi constituída por 143 enfermeiros pertencentes a duas instituições de saúde de Lisboa.

Previamente foi realizado um estudo de campo e uma revisão bibliográfica considerada pertinente para a temática em estudo, sendo posteriormente definido o quadro teórico que sustenta as hipóteses formuladas.

De entre os resultados obtidos salientam-se:

- O trabalho por turnos tem influência no *burnout*;
- O tipo de serviço tem influência no *burnout* e a satisfação profissional;
- O tempo de serviço e o tipo de instituição têm influência no bem-estar subjectivo;
- O *burnout* tem influência negativa no bem-estar subjectivo;
- O *burnout* tem influência negativa na satisfação profissional;
- O bem-estar subjectivo tem influência positiva na satisfação profissional.

Palavras-chave: Burnout, bem-estar subjectivo, satisfação profissional.

Abstract

Burnout, subjective well-being and professional satisfaction in nurses.

The present study is based in the conviction that burnout in nurses as a direct influence on subjective well-being and on professional satisfaction. In this direction it was delineated an exploratory and descriptive research having the objective to verify the relation between burnout, subjective well-being and professional satisfaction.

The sample was constituted by 143 nurses who work in two health institutions of Lisbon.

Previously it was carried out a field study of the thematic and a pertinent bibliographical revision, later it was defined the theoretical bases that support the formulated hypotheses.

Between the obtained results we underline:

- The shift work has influence in burnout;*
- The type of service has influence in burnout and in the professional satisfaction;*
- The time of service and the type of institution have influence in subjective well-being;*
- Burnout has negative influence in subjective well-being;*
- Burnout has negative influence in the professional satisfaction;*
- Subjective well-being has positive influence in the professional satisfaction.*

Keywords: *Burnout, subjective well-being, professional satisfaction;*

INTRODUÇÃO

Ao longo do tempo a Enfermagem tem lutado por um reconhecimento equivalente à sua importância nos cuidados de saúde e na sociedade em geral. Pode considerar-se que um dos marcos fundamentais da Enfermagem actual foi a sua transformação de curso de Bacharelato em Licenciatura. Há muito que se pedia uma actualização curricular e um reconhecimento de competências ao mesmo nível de outros cursos superiores e das exigências científicas que se verificam hoje mais do que nunca. Os enfermeiros cuidam de doentes 24 sobre 24 horas, convivem com os mais variados agentes agressores para as suas saúdes, estando expostos a um sem fim número de agente patogénicos, microrganismos, bactérias, etc., em suma: doenças. A grande maioria dos enfermeiros trabalham por turnos, sendo que o turno da noite pode ter em média 9 a 10 horas de duração. Estes aspectos aliados ao facto de os enfermeiros lidarem diariamente com o sofrimento e a morte não os coloca no topo das profissões de risco? Não deveria este risco ser avaliado à luz da Psicologia para prevenir, entre outros problemas, o stress e o *Burnout* profissionais?

Quer as contingências em que a Enfermagem se encontra inserida nos nossos dias, quer aquelas que sempre teve, como é o caso do trabalho por turnos, poderão também ter influência directa no *burnout*, no bem-estar subjectivo e na satisfação profissional.

Deste modo, decidiu-se investigar a relação existente entre o *burnout* e o bem-estar subjectivo, contemplando também a satisfação profissional, dada a pertinência que pensamos existir em fazer o diagnóstico da situação no sentido de se poderem construir estratégias concertadas e adequadas ao fenómeno identificado.

BURNOUT

Segundo Queirós (2005:28) citando investigações de Maslach e Jackson em 1992, o *burnout* é um “síndrome de exaustão emocional, despersonalização e redução de realização pessoal que

pode ocorrer em indivíduos que trabalham com pessoas” e que pode conduzir a uma “perda de motivação e eventualmente progride com sentimento de inadequação e fracasso”. Para Freudenberger, considerado o primeiro autor a utilizar o termo (1974), citado por Pacheco e Jesus (2007:39), “o *burnout* é um conjunto de sistemas médico, biológicos e psicossociais inespecíficos, resultado de uma exigência excessiva de energia no trabalho, que ocorre especialmente nas profissões de ajuda.” Cristina Maslach que impulsionou o termo através da sua apresentação na reunião científica da APA (Associação Americana de Psicólogos) em 1977, onde se referiu ao *burnout* como “(...) uma situação que sofriam com maior periodicidade aqueles que, pela sua profissão, mantinham uma relação directa e prolongada com pessoas, e depois de um período de tempo instável terminavam por sofrer um importante desgaste profissional” (Queirós, 2005:24). Maslach e Jackson (1981) citados por Campos (2005:41) especificam as 3 dimensões do *burnout*:

Exaustão Emocional – corresponde à variável mais próxima do stress. Refere-se a um sentimento de sobrecarga emocional e caracteriza-se pela perda de energia, podendo afectar o indivíduo quer a nível físico quer psicológico, sentindo-se diminuição da capacidade de trabalho;

Despersonalização – ansiedade, irritabilidade e perda de motivação são algumas das principais características desta dimensão. O indivíduo tende a não ter a mesma responsabilidade com os resultados do seu trabalho, a isolar-se dos outros e manter uma atitude fria com as pessoas, tratando-os mesmo de forma desumanizada;

Falta de Realização Pessoal – sentimento de inadequação pessoal e profissional ao trabalho. Sentimentos de baixa auto-estima, depressão e avaliação negativa face ao seu desempenho.

BEM-ESTAR SUBJECTIVO (BES)

O bem-estar subjectivo é uma dimensão positiva da saúde. Trata-se de um conceito complexo que integra uma dimensão cognitiva e uma dimensão afectiva. É um conceito recente, com

cerca de 45 anos de existência, considerando a tese de Wilson (1960) pioneira na utilização do termo (Diener, Suh, Lucas & Smith, 1999, citados por Galinha e Ribeiro, 2005), que tem despertado nas últimas décadas o interesse de muitas vertentes da Psicologia. O elemento subjectivo do bem-estar reflecte o facto dos investigadores acreditarem que os indicadores sociais, por si só, não são suficientes para a definição de qualidade de vida, e que as pessoas reagem de maneiras distintas perante situações semelhantes, de acordo com as suas expectativas, valores e experiências de vida (Albuquerque & Lima, 2007). A primeira definição do conceito de BES, segundo Vieira e Jesus (2007), remonta a Bradburn (1969, citado por Librán, 2006), considerando este conceito em termos de afectos positivos em oposição aos afectos negativos. Assim, um indivíduo que apresentasse mais afectos positivos do que negativos registaria um elevado BES. Esta é, hoje em dia, a dimensão afectiva do BES, subdividida então em afectividade negativa e afectividade positiva. De acordo com Diener, Oishi e Lucas (2003), citados por Moreira da Costa e Pereira (2006), o BES seria o que os leigos chamam de felicidade, prazer ou satisfação com a vida.

SATISFAÇÃO PROFISSIONAL (SP)

A problemática da SP não se encontra ainda muito desenvolvida, principalmente no que concerne à profissão de Enfermagem. Muitos dos estudos existentes sobre a satisfação profissional aparecem associados ao estudo da motivação e do mal-estar. Satisfação profissional pode ser entendida, segundo Gursel, Sunbul e Sari (2002), citados Pedro e Peixoto (2006) como um estado emocional positivo resultante da situação profissional do sujeito e associado às características e tarefas específicas da profissão. A motivação para estudar a satisfação profissional parte do pressuposto que esta variável influencia directamente o desempenho do profissional, podendo influenciar o seu comportamento e interferir na sua saúde mental (Lawer, 1973, citado por Cura & Rodrigues, 1999). O trabalho não é apenas

responsável por fazer face às necessidades financeiras do trabalhador, mas também às suas necessidades emocionais, de auto-satisfação, auto-valorização e realização pessoal. Assim sendo, a SP relaciona-se intimamente com a qualidade dos serviços prestados, uma vez que quanto mais satisfeito está o trabalhador, mais se envolve e compromete com a empresa para a qual trabalha. No que respeita à SP dos enfermeiros, segundo alguns estudiosos, a escassez de trabalhos sobre o assunto prende-se em grande parte à natureza da profissão em si. A Enfermagem sempre foi vista como uma profissão de natureza vocacional, razão pela qual poderia influenciar o tipo de expectativa que este profissional tem em relação ao seu trabalho, factor que cada vez mais está a ser relegado na escolha da profissão.

ENFERMAGEM

A Enfermagem é a arte do cuidar do outro individualmente, na família ou em comunidade de modo integral e holístico, desenvolvendo de forma autónoma ou em equipa actividades de promoção, protecção, prevenção e recuperação da saúde. O enfermeiro é um profissional de nível académico superior na área da saúde. Cabe-lhe a difícil tarefa de promoção, prevenção e recuperação da saúde dos indivíduos na comunidade. É um profissional preparado para actuar em todas as áreas que a saúde envolve, quer seja ao nível da prestação directa de cuidados, quer a nível administrativo e de gestão, nas mais diversas instituições de saúde, como por exemplo em clínicas, hospitais, empresas, postos de saúde ou mesmo domicílios. A Enfermagem moderna, com as suas bases de rigor técnico e científico, começou a desenvolver-se no século XIX, através de Florence Nightingale, que estruturou o seu modelo de assistência depois de ter trabalhado no cuidado a soldados durante a guerra da Criméia. A sua assistência, baseada em factos observáveis, teve uma grande importância na recuperação dos moribundos. Inovou também ao nível da elaboração de registos clínicos, dando origem à implementação do, ainda hoje muito utilizado, e mundialmente adaptado, processo clínico

do doente. Os enfermeiros inseridos em unidades hospitalares organizam-se em equipas de 10, 15, 20 ou mais elementos, consoante o número de doentes e o tipo de cuidados exigidos. Relativamente ao horário de trabalho os enfermeiros actualmente devem trabalhar 35 ou 40 horas semanais, dependendo do tipo de vínculo e contrato de trabalho, distribuídas em turnos de 8 a 10 horas, de manhã (8-16 horas), de tarde (16 – 23 horas) ou de noite (23 – 8 horas). Obviamente que estes horários não são estanques no sentido em que se podem prolongar por variadíssimas razões como o volume de trabalho, a necessidade de transmitir informação detalhada ao turno que continua o trabalho, atrasos ou faltas dos colegas. Verifica-se também que, na maior parte dos casos este acréscimo de tempo trabalhado não é objecto de compensação, quer seja monetária ou em tempo. Sabe-se que os enfermeiros são indispensáveis em qualquer organização de saúde, sendo mesmo o grupo profissional mais representativo, não sendo no entanto, e não raras vezes, consultados relativamente às diferentes políticas a instituir nessas mesmas organizações.

Pretendeu-se com este estudo verificar a relação existente entre *burnout*, bem-estar subjectivo, satisfação profissional e factores sócio-demográficos e organizacionais nos enfermeiros e a sua importância para o bem estar dos enfermeiros.

MATERIAL E METÓDOS

Tipo de estudo

De acordo com o problema apresentado classificamos o estudo como exploratório, descritivo, transversal, não experimental e analítico (Burns & Grove, 1997:55). Tendo em conta que os instrumentos utilizados na avaliação são questionários, com escalas tipo Likert, classificamos também o estudo, na sua abordagem e de acordo com Pestana e Gageiro, em quantitativo.

Amostra

A população, a partir da qual se extraiu a amostra para o presente estudo, são todos os enfermeiros a desempenharem funções no distrito de Lisboa (N=12601).

Usou-se uma amostra por conveniência tendo sido constituída por 143 enfermeiros com uma média de idades de 27,8 anos (dp=5,7 anos). Quase todos são enfermeiros portugueses (92,3%), integrando também a nossa amostra dez enfermeiros espanhóis e um enfermeiro guineense. A maioria dos respondentes pertence ao género feminino (n=98, 69%), enquanto o género masculino se encontra representado por apenas 31% (n=44) do total.

A análise da distribuição dos inquiridos por categorias profissionais indica-nos que predomina a categoria “Enfermeiro” (69,6%), seguindo-se os “Enfermeiros Graduados” (27,5%). Em termos de habilitações académicas os enfermeiros com o grau de “Licenciatura” representam 85% da amostra, seguidas do “Curso Geral de Enfermagem” e das “Pós-graduações” com a mesma percentagem (9,8%). O tipo de instituição com maior representatividade é a “Instituição Pública” (53,1%) seguidas das “Instituição Privada” (35,2%). Os enfermeiros consultados trabalham sobretudo em “Serviço de Urgência” (36,6%), “Serviço de Internamento de Cirurgia” (35,2%) e no “Serviço de Internamento Médico-cirúrgico” (21,8%). O trabalho por turnos prevalece de forma bastante acentuada, estendendo-se a cerca de 96% dos enfermeiros. Um terço dos enfermeiros afirma trabalhar no serviço desejado, embora uma percentagem importante considere que não o faz. A forma de “Contrato Individual de Trabalho” caracteriza a generalidade das relações laborais com 60,6%, de referir ainda que 14% dos enfermeiros se encontram a trabalhar a “Recibo Verde”. Também uma percentagem bastante significativa dos enfermeiros se encontra a trabalhar numa situação de “Duplo emprego”.

Instrumentos de pesquisa

O instrumento que seleccionámos para a colheita de dados foi o questionário.

O inventário de *burnout* usado tem por base uma versão traduzida e adaptada do “Maslach Burnout Inventory” (Maslach & Jackson, 1986; Cruz, 1993; Cruz & Melo, 1996). Para a componente cognitiva do bem-estar subjectivo utilizamos a “Escala de Satisfação com a Vida” (SWLS), concebida por Diener (1985) e colaboradores, revista

por Pavot e Diener (1993). Em Portugal a escala foi primeiramente validada por Neto e colaboradores (1990) e, posteriormente, por Simões em 1992 (escala esta que utilizaremos neste estudo). Para a componente afectiva do bem-estar subjectivo utilizámos a “Escala do Afecto Positivo e do Afecto Negativo” (PANAS), desenvolvida e validada por Watson, Clark e Tellegen (1998) e em Portugal por Simões (1993). O instrumento utilizado para avaliar a Satisfação Profissional nos enfermeiros neste estudo é resultado de uma adaptação feita por Quintela e Santos (1996) de um instrumento desenvolvido e adaptado por Paula Stamps para avaliar o grau de satisfação dos enfermeiros norte americanos. Assim, e na sequência do nosso processo metodológico, fomos determinar a consistência interna dos instrumentos.

O valor de consistência interna encontrado para o *burnout* é de 0,79. O valor de consistência interna encontrado para a escala de satisfação com a vida foi de 0,856. Os valores de consistência interna encontrados para a escala PANAS são 0,906 e 0,847, respectivamente para a escala de afectos positivos e escala de afectos negativos. O valor de consistência interna encontrados para a escala de satisfação profissional é de 0,884 o que mais uma vez nos permite dizer que o instrumento tem uma boa consistência interna por ser superior a 0,8.

RESULTADOS

Para se proceder à análise das hipóteses formuladas foi utilizada a regressão linear múltipla e o teste de correlação de Pearson.

Para avaliar os preditores significativos do *burnout*, do bem-estar subjectivo e da satisfação profissional realizou-se então uma regressão linear com o sexo, idade, tempo de serviço, trabalho por turnos, tipo de serviço, duplo emprego e tipo de instituição, como variáveis independentes e o *burnout*, o *bem-estar subjectivo* e a *satisfação profissional* como variáveis dependentes.

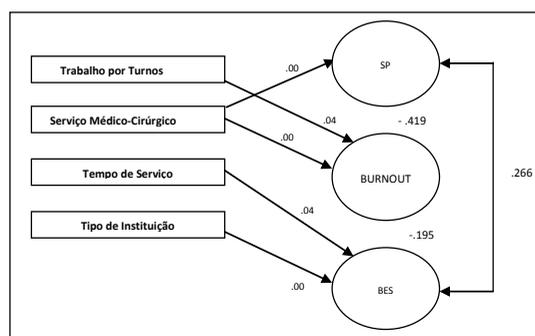
A análise estatística efectuada permite estabelecer como significativa a relação entre o “**Trabalho por Turnos**”, o “**Serviço Médico-cirúrgico** e

o *burnout*; entre o “**Tempo de Serviço**” e “**Instituição Pública**” e o *bem-estar subjectivo*; entre o “**Tipo de Serviço**” e a *satisfação profissional*.

Numa perspectiva exploratória podemos afirmar que: o *burnout* tem uma correlação negativa com o bem-estar subjectivo ($r = - .195$ para $p < .01$ e $N=143$); que o *burnout* também tem uma correlação negativa na satisfação profissional ($r = - .419$ para $p < .01$ e $N=143$); que o *bem-estar subjectivo* e a *satisfação profissional* uma correlação positiva entre eles ($r = .266$ para $p < .01$ e $N=143$).

Analizadas que estão as hipóteses definidas para o presente estudo, construímos um diagrama que sintetiza as principais relações encontradas entre as variáveis estudadas.

Figura nº. 1 – Diagrama obtido da análise entre as variáveis sócio-demográficas, burnout, bem-estar subjectivo e satisfação profissional.



DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

As variáveis sócio-demográficas que relacionamos no nosso estudo com o *burnout*, com o bem-estar subjectivo e com a satisfação profissional foram a “idade”, o “sexo”, o “tipo de instituição”, o “trabalho por turnos”, o “tempo de serviço”, o “duplo emprego” e o “tipo de serviço”.

Constatamos, na nossa revisão bibliográfica, que vários estudos têm sido desenvolvidos no sentido de melhor compreender o fenómeno do *burnout* e sobre quais os seus principais factores desencadeantes. Para Campos (2005, referenciando Leiter, 1990; Urdaniz, 1997; Maslach, Schaufeli & Leiter, 2001; Schaufeli, 1999; Carlotto, 2001;

Pereira, 2002), alguns dos principais factores influenciadores do *burnout* são a idade, o estado civil, a existência ou não de filhos, o sexo, as habilitações literárias, a personalidade, o neuroticismo e a motivação. No nosso estudo a idade apenas revelou influência na sub-escala do *burnout* “realização pessoal”, não tendo sido obtido significado estatístico entre esta e as restantes sub-escalas do *burnout*, nem entre esta e o *burnout* total. Podemos aceitar a hipótese, transmitida por estes autores, que a idade terá influência ao nível da realização pessoal e com maior frequência em indivíduos mais jovens, pela inexperiência profissional ou choque entre a formação académica e o exercício profissional, uma vez que a nossa amostra era maioritariamente constituída por elementos jovens com formação recente.

Outros factores que também intervêm no *burnout*, dizem respeito a características do trabalho e organizacionais, de onde se destaca o tipo de serviço, referido por Santos, Saraiva e Pinto (2007) como factor interveniente no *burnout*, o que vai de encontro aos nossos resultados, sendo até a variável que mais vezes encontramos com significado estatístico no que respeita ao *burnout* e às suas diferentes sub-escalas. Também Vives (1994), num estudo realizado com enfermeiros, identificou como causas importantes de *burnout* o tipo de unidade e serviço em que os enfermeiros desempenhavam funções.

Outra das variáveis sócio-demográficas estudadas, e que demonstrou ter significado estatístico no que respeita ao *burnout* foi, o trabalho por turnos.

No que concerne à relação entre o bem-estar subjectivo e variáveis sócio-demográficas, não se verificaram interações importantes referidas na literatura entre a idade, o género e o bem-estar subjectivo (Dela Coleta, 2005). No que concerne às restantes variáveis sócio-demográficas incluídas no nosso estudo, não se encontraram estudos que relacionassem o tempo de serviço e o tipo de instituição e o bem-estar subjectivo sendo que pode ser o nosso estudo o ponto de partida para futuras relações. Nas diferentes sub-escalas do bem-estar subjectivo realçamos mais uma vez a interacção designada pela análise estatística que o trabalho por turnos se encontra relacionado com

os afectos negativos, provavelmente pelas interacções já referidas entre este e a existência de problemas pessoais, profissionais e familiares. Podemos então afirmar, tendo em conta os resultados obtidos, que o trabalho por turnos, faz com que os enfermeiros experimentem baixos níveis de bem-estar subjectivo.

Kandolin (1993), num estudo realizado em profissionais de saúde que têm o horário por turnos, havia encontrado relação significativa entre este e a satisfação profissional, facto que não constatamos no nosso estudo. Também não foram identificadas relações significativas entre as restantes variáveis sócio-demográficas consideradas e a satisfação profissional, provavelmente dados os escassos estudos encontrados nesta área, talvez por a Enfermagem sempre ter sido vista como uma profissão vocacional e, como tal, não predisponente à insatisfação profissional.

Resumindo, pelos resultados alcançados da análise entre as variáveis sócio-demográficas e as variáveis psicológicas estudadas, podemos também afirmar que o tipo de serviço em que os enfermeiros desempenham funções deve ser considerado na altura de se avaliar o *burnout* e a satisfação profissional. Por outro lado justificamos que ao considerarmos o bem-estar subjectivo devemos ter em atenção o tempo de serviço e o tipo de instituição em que os enfermeiros desempenham funções.

Verificamos também, no nosso estudo, existir correlação negativa, estatisticamente significativa entre o *burnout* e o bem-estar subjectivo e a satisfação profissional. Desta forma é-nos permitido afirmar que os enfermeiros com elevados índices de *burnout* experienciam menor satisfação profissional e menor bem-estar subjectivo, o que vai de encontro à bibliografia consultada inicialmente pois, segundo Santos, Saraiva e Pinto (2007) o *burnout* pode conduzir a uma resposta inadequada ao stresse laboral, a um esgotamento físico e psicológico e sentimentos de fracasso no trabalho. Também sustentamos as nossas afirmações no estudo de Pacheco e Jesus (2007) onde se afirma que menores índices de *burnout* contribuem para que surjam menos disfunções na saúde e nos comportamentos negativos, determinando qualidade de vida e promovendo o bem-estar.

Na satisfação profissional também se encontra suporte teórico para corroborar os resultados a que chegamos de correlação negativa entre esta, o *burnout* e o bem-estar subjectivo (Hale, 1986; Martins, 1986; Campbell, 1986).

Também no que respeita à correlação negativa entre *burnout* e satisfação profissional, os resultados obtidos no nosso estudo vão de encontro a estudos consultados, onde se reforça a ideia de que factores condicionantes da satisfação profissional têm interferência negativa no *burnout*, ou seja, enfermeiros menos satisfeitos profissionalmente são enfermeiros mais predispostos ao *burnout* (Queirós, 2005; Loreto 2000; Correia, 1997). Tal como Queirós (2005) também nós concluimos a existência de correlação significativa e negativa entre satisfação profissional e as dimensões exaustão e despersonalização, e de correlação significativa e positiva entre a satisfação profissional e a realização pessoal. Os nossos resultados estão de acordo com os de Maslach, Schaufeli e Leiter (2001) referidos por Campos (2005), que afirmam que, independentemente das diferentes definições que possam existir para *burnout* as pessoas que o experimentam têm em comum sintomas relacionados com o trabalho, atitudes e comportamentos negativos que levam a uma diminuição dos afectos e do desempenho no trabalho, e os de Schaufeli et al., (1993) referido por Queirós (2005), que nos diz que o *burnout* parece ser razoavelmente estável no tempo, conduz a sintomatologia física, absentismo e *turnover* (baixo comprometimento organizacional) no trabalho. Ainda Alvarez et al. (1993), referido também por Queirós (2005), distingue como factores predisponentes do *burnout* a autonomia profissional, a diversidade de tarefas, o volume de trabalho, o reconhecimento social no trabalho, entre outros.

Por fim, encontramos também uma correlação positiva entre o bem-estar subjectivo e a satisfação profissional, facto referido por Dela Coleta (2005), num estudo efectuado com adultos não estudantes, onde estabeleceu relação entre a felicidade e a existência de satisfação no trabalho. Empiricamente percebe-se que quanto mais feliz, satisfeita e realizada uma pessoa se sente com o seu trabalho, maiores serão as probabilidades desta

pessoa ter elevados índices de bem-estar, ou seja, como que de um ciclo se tratasse, quanto mais satisfeito o enfermeiro se sentir com o seu trabalho, melhores condições terá para prestar cuidados de Enfermagem de qualidade e maior motivação sentirá para o desempenho das suas funções, levando a um maior envolvimento e comprometimento com a instituição onde desempenha funções. Neste sentido, Graça (1987), defende que o que liga o trabalhador à empresa não é somente um contracto jurídico mas também um contracto psicológico.

CONCLUSÕES E IMPLICAÇÕES

O *burnout*, o bem-estar subjectivo e a satisfação profissional são, sem margem para dúvidas, aspectos a ter em consideração na profissão de Enfermagem.

Partimos empiricamente de alguns pressupostos, pela estreita ligação dos autores à profissão, que relacionavam as variáveis em estudo, e que acabariam por se verificar estatisticamente. Tal como referimos no início deste estudo, à Enfermagem, e aos enfermeiros, não se lhes tem vindo a dar a importância que há muito merecem. Nos últimos anos a profissão tem vindo a ganhar algum reconhecimento no entanto, continuam a existir ainda algumas diferenças com outras profissões, algumas das quais semelhantes estrutural e academicamente com a Enfermagem, mas eventualmente até com menor representatividade na sociedade. Desta forma pensamos ter conseguido evidenciar no nosso estudo a importância que deve ser dada a determinadas e inevitáveis contingências inerentes à profissão, como é o caso do trabalho por turnos, bem como de outras contingências, também inerentes à profissão, mas que podem ser evitadas se diagnosticadas e concertadas estratégias para lhes fazer frente. Variáveis de natureza psicológica, como é o caso do *burnout*, do bem-estar subjectivo e da satisfação profissional, são ainda um pouco (para não dizermos muito) “marginalizadas.

Estes conceitos, como vimos pela sua história, começaram a ser desenvolvidos há pouco tempo, a ter maior ênfase aliados à crescente importância da Psicologia da Saúde, a partir da década de 80. Segundo Teixeira (2004), a finalidade principal da

Psicologia da Saúde é compreender como é possível, através de intervenções psicológicas, contribuir para a melhoria do bem-estar dos indivíduos e das comunidades. pois o seu corpo teórico comporta actualmente duas perspectivas diferentes (Crossley, 2000, citado por Teixeira, 2004): a perspectiva tradicional – modelo biopsicossocial, assente em metodologias quantitativas, investiga os comportamentos saudáveis e os comportamentos de risco, focalizando nos seus determinantes psicológicos e no seu valor preditivo e a perspectiva crítica – modelo fenomenológico-discursivo, assente em metodologias qualitativas de análise do discurso, investiga as significações relacionadas com a saúde e as doenças, focalizando nas experiências de saúde e doença. Através desta clara definição do que é a Psicologia da Saúde facilmente se depreende a importância do presente estudo e a sua contribuição para esta disciplina do saber, justificando a sua importância e a sua necessidade de intervenção face aos resultados obtidos de existência de *burnout* entre os enfermeiros e da sua comprovada ligação com o bem-estar subjectivo e com a satisfação profissional. Não nos podemos esquecer que continuam a existir diferenças significativas entre enfermeiros que trabalham no sector público ou privado, que pertencem ou não aos quadros da função pública, principalmente no que respeita a medidas de prevenção de stress e *burnout*. A actual conjuntura no seio da própria profissão, com enfermeiros excedentários, não para as necessidades do país, mas para as capacidades contratuais dos empregadores, contribuem para que a satisfação profissional seja vista e avaliada apenas com a existência ou não de trabalho, contribuindo decisivamente, como já tivemos a oportunidade de observar, para a insatisfação, para diminuição do conceito de bem-estar subjectivo e para o aumento do *burnout*. Pensamos ter contribuído, com a realização deste estudo, para a compreensão da importância que variáveis como o *burnout* têm na vida dos enfermeiros e consequentemente na vida de todos nós. Tendo a perfeita noção que este assunto é uma matéria em constante desenvolvimento e limitando as nossas conclusões ao momento em que o estudo é realizado e à significância da amostra, pensamos ter

conseguido retirar algumas conclusões de relevo e substancial interesse para o desenvolvimento desta temática. Pensamos que em primeiro lugar deve existir uma mudança de mentalidades no que concerne ao reconhecimento da importância da profissão de Enfermagem como pilar de toda a prestação de cuidados em saúde. Depois, deveria haver a consciencialização das entidades competentes, responsáveis pela gestão das unidades nas quais os enfermeiros exercem funções, de que esta profissão é, sem qualquer margem para dúvidas, uma profissão de risco, não só físico como também psicológico (se é que é possível separar corpo e mente) pelo que urge ser efectuado um diagnóstico efectivo e uma intervenção capaz de prevenir estes riscos, tendo como consequência profissionais mais saudáveis, mais satisfeitos, mais felizes e, como tal, profissionais ainda mais empenhados no desempenhar das suas funções.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Albuquerque, I. & Lima, M. P. (2007). Personalidade e Bem-Estar Subjectivo: Uma Abordagem com os Projectos Pessoais, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Universidade de Coimbra, consultado em 14 de Setembro de 2008, disponível em URL: http://www.psicologia.com.pt/artigos/ver_artigo.php?codigo=A0373&area=d5&subarea
- Burns, N. & Grove, S. K. (1997). *The Practice of Nursing Research*. 3ª edição, Philadelphia, Saunders Company.
- Campbell, L. R. (1986). What satisfies and doesn't, *Nursing Manage*, 8 (17), 41-42.
- Campos, R. (2005). Burnout: Uma Revisão Integrativa na Enfermagem Oncológica, Tese de Mestrado, Departamento de Enfermagem Geral e Especializada da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, consultada em 18 de Agosto de 2008, disponível em URL: <http://www.teses.usp.br>.
- Correia, A. (1997). O burnout nos profissionais dos centros de atendimento a toxicodependentes: causas e consequências. Tese de Mestrado, Instituto Superior de Psicologia Aplicada, Lisboa.
- Cruz, J. F. & Melo, B. M. (1996). *Stress e "Burnout" nos Psicólogos: Desenvolvimento e características psicométricas de instrumentos de avaliação*, Relatório de Investigação não publicado, Braga, Universidade do Minho.
- Cura, M. L. A. & Rodrigues, A. R. F. (1999). Satisfação profissional do enfermeiro. *Revista latino americana de enfermagem*, 7 (4), 21-28.
- Dela Coleta, J. A. & Dela Coleta, M. F. (2005). Felicidade, Bem-estar Subjectivo e Comportamento Académico de Estudantes Universitários, consultado em 28 de Setembro de 2008, disponível em URL: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141373722006000300009&script=sci_arttext&tlng=pt.

- Galinha, I. & Ribeiro J. L. P. (2005). História e evolução do conceito de bem-estar subjectivo, *Psicologia, Saúde e Doenças*, 6 (2), 203-214.
- Graça, L. (1987). Satisfação no Trabalho? Sim, obrigado. *Dirigir, Instituto do emprego e formação profissional*, 7, 22-24.
- Hale, C. (1986). Measuring job satisfaction, *Nursing Times*, 26, 43-46.
- Kandolin, I. (1993). Burnout of Female Nurses in Shiftwork, *Ergonomics*, 36, 141-147.
- Loreto, D. (2000). Síndrome de burnout em enfermeiros de oncologia. Tese de Mestrado, Instituto Superior Miguel Torga, Escola Superior de Altos Estudos, Coimbra.
- Martins, M. C. F. (1985). Satisfação no trabalho-elaboração de instrumentos e variáveis que afectam a satisfação. Tese de Mestrado, Universidade de Brasília, Brasília, consultada em 18 de Agosto de 2008, disponível em URL: <http://www.teses.usp.br>.
- Maslach, C. & Jackson, S. (1986). *Maslach Burnout Inventory*. 2ª Edição, Palo Alto, Consulting Psychologists Press, Inc.
- Moreira da Costa L. S. & Pereira, C. A. A. (2006). Bem-Estar Subjectivo: aspectos conceptuais, consultado em 28 de Setembro de 2008, disponível em URL: <http://seer.psicologia.ufrj.br/seer/lab19/ojs/viewarticle.php?id=188&layout=html&locale=pt&locale=es>.
- Neto, F., Barros, J. & Barros, A (1990). *Satisfação com a vida*, Leiria, ESEL/APPORT.
- Pacheco, J. & Jesus, S. (2007). Burnout e coping em profissionais de saúde, *Revista Investigação em Enfermagem*, Agosto, 32-41.
- Pavot, W. & Diener, E. (1993). Review of the Satisfaction With Life Scale, *Psychological Assessment*, 5 (2), 164-172.
- Pedro, N. & Peixoto, F. (2006). Satisfação profissional e auto-estima em professores dos 2.º e 3.º ciclos do Ensino Básico, *Revista Análise Psicológica*, 2 (XXIV), 247-262.
- Queirós, P. (2005). *Burnout no trabalho e conjugal em enfermeiros portugueses*. 1ª Edição, Coimbra, Edições Sinais Vitais.
- Quintela M. J. & Santos, P. (1996). Satisfação Profissional dos Enfermeiros do Hospital Distrital de Lamego, *Servir*, 44, 22-31.
- Santos, R., Saraiva D. & Pinto A. (2007). Burnout um desafio à saúde dos enfermeiros. *Revista Nursing, edição portuguesa*, 228, 12-16.
- Simões, A. (1992). Ulterior validação de uma escala de satisfação com a vida (SWLS), *Revista Portuguesa de Pedagogia*, 26, 503-515.
- Teixeira J. (2004). Psicologia da Saúde, *Análise Psicológica*, 3 (XXII), 441-448.
- Vieira, L. & Jesus, S. (2007). A Felicidade dos Professores como Expressão de Saúde. In M. Siqueira, S. N. Jesus e V. Oliveira (Org.), *Psicologia da Saúde - teoria e pesquisa* (pp.259-285), 1ª Edição, São Paulo, Universidade Metodista de São Paulo.
- Vives, J. (1994). Respuesta emocional al estrés laboral, *Revista Rol de Enfermería*, 186, 31-39.
- Watson, D., Clark, L. & Tellegen, A. (1998). Development and validation of brief measures of positive and negative affect: The PANAS Scales, *Journal of Personality and Social Psychology*, 54, 1063-1070.

REGRESSO A CASA. IMPACTO DA PREPARAÇÃO DA ALTA HOSPITALAR NOS PAIS DA CRIANÇA APENDICECTOMIZADA

Fernanda Alves⁽¹⁾



Resumo

Planejar a alta hospitalar é um procedimento importante da assistência de enfermagem, deve decorrer no período entre a admissão e a alta clínica. Fundamental para assegurar a continuidade de cuidados e minimizar a ansiedade da criança/família. É uma ferramenta que o enfermeiro dispõe para garantir a continuidade dos cuidados após a hospitalização.

Estudo do tipo não experimental, longitudinal, descritivo com recurso ao método quantitativo. Objectivos definidos: Identificar o grau de importância, dos ensinamentos realizados pelos enfermeiros para os pais da criança apendicectomizada; Avaliar os conhecimentos dos pais da criança apendicectomizada, sobre os cuidados a prestar ao filho no domicílio, no momento da alta hospitalar; Identificar as dificuldades sentidas pelos pais em cuidar da criança, cinco dias após a alta hospitalar.

Concluiu-se que os pais participaram na prestação de cuidados à criança e consideraram importantes os ensinamentos efectuados. Permite concluir, igualmente, que os pais possuíam conhecimentos sobre os cuidados a prestar à criança apendicectomizada no domicílio. E ainda, que alguns pais não ficaram totalmente esclarecidos sobre determinados cuidados e sentiram dificuldades em cuidar do filho no domicílio.

Palavras-chave: Criança, alta hospitalar, pais, apendicectomia, promoção da saúde.

Abstract

HEMCOMING. IMPACT OF DISCHARGE PLANNING IN PARENTS OF CHILD SUBMITTED AT APPENDECTOMY.

Discharge planning is an important procedure to ensure continuity of nursing care, must elapse in the period between admission and discharge. Essential to ensure continuity of care and minimize the anxiety of the child / family, so it is a tool that the nurse has to ensure continuity of care after hospitalization.

Study non-experimental, longitudinal, descriptive, with the quantitative method. Objectives defined: Identify the importance of the teaching done by nurses to parents of children submitted at appendectomy; Evaluate the knowledge of parents of children submitted at appendectomy, transmitted by the nurse about child care at home, at the time of hospital discharge; Identify the difficulties experienced by parents in child care, five days after discharge;

It was concluded that parents participated on the child care and they had considered important teachings made. It also showed that parents had knowledge about child appendectomy's care at the home. And yet, that some parents were not fully clarified on certain care and experienced difficulties in caring for the child at home.

Keywords: Child, hospital discharge, parents; appendectomy, health promotion

Recebido em janeiro 2012. Aceite em outubro 2012

¹ Enfermeira serviço de Pediatria, Centro Hospitalar Leiria-Pombal

INTRODUÇÃO

A preparação para a alta hospitalar deve idealmente, ter início no momento da hospitalização da criança e associada a uma contínua avaliação da adaptação dos pais às condições de saúde alteradas do filho. As directrizes, para preparação da alta e cuidados domiciliários, visam essencialmente capacitar os pais para reconhecer a sintomatologia associada à patologia e para tomar decisão sobre a sua transitoriedade ou a necessidade de recorrer aos serviços de saúde (WONG e outros, 2006). A preparação da alta hospitalar deve contribuir para a família dar continuidade aos cuidados no domicílio. MARRA, CARAMGNANI e AFONSO, 1989 e POTTER e PERRY, 2006 consideram que esta estratégia irá minimizar inseguranças, proporcionar qualidade de vida familiar e social, bem como prevenir complicações e/ou evitar reinternamentos.

O presente estudo foi realizado num serviço de Pediatria de um hospital da zona centro de Portugal. Teve como finalidade aprofundar o papel do enfermeiro na preparação da alta e na promoção da continuidade de cuidados com o intuito, de conhecer as necessidades dos pais da criança submetida a apendicectomia, promovendo a sua integração no seu contexto socio-familiar. E ainda, elaborar um folheto informativo para ser entregue aos pais da criança apendicectomizada, no momento da alta hospitalar com informação pertinente e adequada que lhes facilitasse a continuidade de cuidados.

Quanto ao planeamento da alta hospitalar da criança apendicectomizada, no serviço em questão não existe um guia orientador ou protocolo, essenciais e complementares para que no momento da alta, os pais estejam plenamente aptos a cuidar do seu filho em casa de modo efectivo e seguro. Os ensinamentos efectuados são transmitidos oralmente, pois não existe no serviço um folheto informativo que os pais possam, em casa consultar para esclarecer dúvidas, que eventualmente só nessa altura tenham surgido.

Os objectivos deste estudo foram: Identificar o grau de importância, dos ensinamentos realizados pelos enfermeiros para os pais da criança apendicectomizada;

Avaliar os conhecimentos dos pais da criança apendicectomizada, sobre os cuidados a prestar ao filho no domicílio, no momento da alta hospitalar; Identificar as dificuldades sentidas pelos pais em cuidar da criança, cinco dias após a alta hospitalar.

Deste modo, foram elaboradas as seguintes questões de investigação: Quais são os conhecimentos dos pais da criança apendicectomizada no momento da alta hospitalar? Quais as dificuldades sentidas pelos pais da criança apendicectomizada, cinco dias após a alta hospitalar?

FUNDAMENTAÇÃO

As actuais directivas relativas ao internamento da criança valorizam a presença dos pais e realçam a sua participação nos cuidados prestados aos seus filhos. Esta perspectiva é constatada na Carta da Criança Hospitalizada (INSTITUTO DE APOIO À CRIANÇA, 1996), a qual define uma concepção de serviços hospitalares para crianças e adolescentes centrada na família, isto é, considera, não só o incentivo à participação daquela, como ainda à decisão e colaboração da mesma nos cuidados prestados. Neste contexto é essencial, que o utente/família tenha um comportamento que revele predisposição para esta parceria, o que pode e deve ser estimulado e incitado através da relação de ajuda. Esta estabelece-se entre o enfermeiro e o utente e visa auxiliá-lo a atingir e manter um nível excelente de saúde (RILEY, 2004). CASEY (1993) defende, que os pais são os melhores prestadores de cuidados à criança hospitalizada, o que significa que, é essencial que os enfermeiros respeitem e valorizem a sua experiência nos cuidados ao seu filho e o seu contributo na prestação de cuidados.

Um bom planeamento da alta hospitalar deverá iniciar-se no momento da admissão no hospital e só termina no momento da alta para o domicílio. Este é indispensável, não apenas para reduzir o tempo de internamento e o número de readmissões e custos mas também, para assegurar o sucesso da reintegração do utente e família na comunidade (NOGUEIRA, 2003; MIASSO

e CASSIANO, 2005 e ALMEIDA, 2005). Concentrar os cuidados de enfermagem na família é fulcral, uma vez que, esta desempenha um papel basilar na continuidade de cuidados. Neste sentido, um planeamento da alta hospitalar efectivo constitui um instrumento básico para otimizar a capacidade da família para o cuidar e minimizar os efeitos negativos inerentes a um processo de transição do internamento hospitalar para o domicílio (ALMEIDA, 2005). O planeamento da alta surge como uma garantia da continuidade de cuidados ao utente após sua hospitalização, deste modo, o papel do enfermeiro é fundamental na educação, na transmissão de informação necessária para garantir uma melhoria da qualidade de vida quer do utente quer da família (MIASSO e CASSIANO, 2005).

Na perspectiva de PEREIRA e outros (2007) o enfermeiro tem uma responsabilidade ética no processo de ensino ao utente no momento de orientar intervenções que lhe assegurem o auto cuidado também, ressaltam que devido à ansiedade de ir para a casa, as orientações realizadas pela equipa podem ser por vezes, ignoradas devido à falta de questões ou dúvidas, o que pode comprometer o tratamento. Nesta situação, de educação do utente, a informação verbal e escrita são importantes e complementares. Só por si, a informação verbal pode ser insuficiente porque pode ocorrer a possibilidade de o utente/família não compreender a informação verbal, esquecê-la ou rejeitá-la. Assim, fornecer informações escritas em folhetos explicativos pode ser um modo efectivo de apoiar as orientações verbais fornecidas ao utente e família ao longo do internamento e no momento da alta hospitalar (MIASSO e CASSIANO, 2005). É indispensável que o enfermeiro se assegure que no momento da alta, o utente e família, compreenderam as orientações/ensinos fornecidos, pelo que deve não só transmitir as orientações finais no momento da alta bem como, ter a possibilidade de avaliar a compreensão da família quanto às informações fornecidas e esclarecer eventuais dúvidas (PFEIL e MATHUR, 2004 e MIASSO e CASSIANO, 2005). Na mesma linha de pensamento, JESUS, SILVA e ANDRADE (2005) consideram que a

equipa de enfermagem deve transmitir conhecimentos aos familiares de modo, a que estes possam ser uteis em eventuais problemas que possam surgir no domicílio. Consideram ainda que a informação oral deve ser complementada com documentação escrita. Para além da educação para a saúde o enfermeiro deve informar sobre os recursos existentes na comunidade que poderão ser uteis após a alta.

Em Pediatria a alta hospitalar também deve ser precoce. Para além, dos motivos atrás referidos é reconhecido que a redução do tempo de internamento minimiza os eventuais efeitos traumatizantes na criança e na sua família (PINTO, RIBEIRO e PETTENGILL, 2010). Estes autores consideram ainda que a finalização da recuperação da criança em casa, torna a família responsável pela continuidade dos cuidados até à sua completa recuperação. Por isso, é essencial que as actividades desenvolvidas pelo enfermeiro sejam não só, dirigidas à criança mas também à família, isto é, devem ser determinantes para ajudá-los a enfrentar a experiência da hospitalização. Todavia, a diminuição do tempo de hospitalização e a alta precoce provocam por vezes, ansiedade nos pais que não se sentem seguros para cuidar da criança no domicílio. As informações mais solicitadas no momento da alta hospitalar estão relacionadas com a evolução da situação e como cuidar da criança em casa, no que respeita a nutrição, comportamento, regresso à escola, prevenção da recorrência dos sintomas e a medicação prescrita (PINTO, RIBEIRO e PETTENGILL, 2010). Pelo que PHIPPS, SANDS e MAREK (2003) consideram que, o planeamento eficaz da alta hospitalar deve iniciar-se na admissão e deve ser um processo contínuo ao longo do internamento. O facto de estes serem cada vez mais curtos, enfatiza este pressuposto na medida em que a ausência do planeamento da alta poderá provocar falhas na assistência ao utente.

Para FREITAS e outros (2010) a apendicite aguda é uma doença comum de urgência cirúrgica, sendo o risco de desenvolver a apendicite durante a vida de 8,6% para o sexo masculino e 6,7% para o sexo feminino. É a principal causa de cirurgia abdominal de urgência na infância e

adolescência e ocorre, sobretudo nas crianças dos 4 aos 5 anos.

A equipa de enfermagem possui crucial importância nos cuidados e ensinamentos à criança/família. Pelo que os objectivos dos seus cuidados no pós-operatório são identificar as possíveis complicações relacionadas com a cirurgia, prestar os cuidados necessários para que a criança recupere a saúde, sem apresentar complicações e preparar os pais para o momento da alta hospitalar (BRANDÃO e outros, 2009). Os ensinamentos a efectuar à criança/família sobre os cuidados a ter no domicílio englobam os cuidados com penso operatório, a importância da deambulação e elucidação sobre o reinício da prática de exercício físico, promoção de uma alimentação equilibrada e saudável, vigilância do funcionamento intestinal, dor abdominal e da temperatura corporal. Para a continuidade de cuidados é essencial a elaboração da carta de referência de enfermagem e a sua entrega no Centro de Saúde da área de residência (FREITAS e outros, 2010).

METODOLOGIA

Estudo do tipo não experimental, longitudinal, descritivo e com recurso ao método quantitativo. Para DUHAMEL e FORTIN (1999) o estudo descritivo implica a descrição de um conceito relativo a uma população, de modo a estabelecer as características da totalidade ou de uma parte desta mesma população. A amostra foi não probabilística intencional, constituída pelos pais das crianças apendicectomizadas e internadas no serviço de pediatria de um hospital da zona centro de Portugal no período de 15 de Abril a 31 de Maio de 2011, que aceitaram participar.

Como critérios de exclusão foram considerados, a não concordância dos pais na participação no estudo, os pais que foram alvo de acção formativa por parte da investigadora (uma vez que exerce funções neste serviço) e o preenchimento incompleto do instrumento de colheita de dados.

A colheita dos dados foi efectuada em dois momentos. No primeiro, foi aplicado um questionário ao acompanhante da criança, após o procedi-

mento da alta hospitalar ter sido realizado. No segundo momento, que correspondia ao 5º dia após a alta hospitalar, o acompanhante foi contactado telefonicamente pela investigadora, contacto combinado previamente no momento em que aquele aceitou participar no estudo e era realizada uma entrevista. Decorrente dos processos supracitados foram elaborados dois instrumentos de colheita de dados, questionário e o guia da entrevista estruturada que foram submetidos a um pré teste, tendo havido necessidade de efectuar algumas alterações.

O questionário era constituído por uma nota introdutória com o desígnio de apresentar a investigadora, dar instruções de preenchimento e os objectivos do estudo e por três grupos de questões. O primeiro grupo destinava-se à caracterização do acompanhante e da criança (idade, sexo, grau de parentesco, 1º ou 2º acompanhante, dias de internamento e cirurgias anteriores). O segundo grupo era constituído por 8 questões que permitiam avaliar a participação dos pais nos cuidados à criança durante internamento, os ensinamentos realizados pela equipa de enfermagem, a importância atribuída aos mesmos, o grau de satisfação quanto à preparação da alta numa escala tipo Likert de completamente satisfeito a nada satisfeito, a importância de um folheto informativo e se tinha sido entregue carta de enfermagem. O terceiro grupo era constituído por 2 questões: na primeira pretendia-se identificar o nível de preparação dos pais para a alta numa escala tipo Likert de muito preparado a nada preparado e na segunda questão pretendia-se identificar qual o nível de conhecimentos dos pais para cuidar dos filhos em casa (através da classificação - verdade, falso, não sei).

O questionário foi entregue ao acompanhante que procedeu ao seu preenchimento antes de sair do hospital e o devolveu ao enfermeiro responsável pela criança naquele turno. De referir, que foi solicitado a colaboração da equipa de enfermagem para entregar em envelope fechado o questionário, o qual foi colocado pela investigadora no processo clínico da criança, após o acompanhante ter aceite participar no estudo. Os envelopes eram numerados e era ainda registado o primeiro nome do acompanhante, contacto telefónico e o dia da alta.

Ao 5º dia era efectuada a entrevista estruturada pelo telefone, as respostas do acompanhante eram registadas no instrumento próprio constituído por 7 perguntas: avaliar as necessidades e dificuldades sentidas, contributo da preparação para a alta na recuperação da criança, se foram cumpridas as indicações dadas, complicações e contributo dos ensinamentos na percepção para o cuidar do filho em casa.

A partir do momento em que o questionário e o guia da entrevista estavam preenchidos, eram agrafados, permitindo o emparelhamento da amostra. O envelope com identificação do acompanhante era destruído, mantendo assim, o anonimato e confidencialidade garantidos no momento da aplicação do instrumento de colheita de dados.

Os instrumentos de colheita de dados foram aplicados após a autorização formal do Conselho de Administração e dada garantia do anonimato e confidencialidade. A amostra foi caracterizada através da estatística descritiva. Para o tratamento dos dados, foi utilizada a estatística descritiva com o auxílio do programa estatístico SPSS na versão 18.0.

APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

Dos pais inquiridos, 15 (83,3%) eram do sexo feminino e 3 (16,7%) do masculino, com uma média de idade de 37,7 anos. O tempo de internamento variou entre 2 a 10 dias, sendo a média de 5,28 dias pelo que, a média de dias de internamento foi relativamente alta.

Relativamente, à participação dos pais nos cuidados ao filho os resultados demonstraram que 16 (88,9%) participaram sempre nos cuidados vestir, apoiar o levantar e a incentivar a andar; 15 (83,2%) pais referiram ter participado sempre nos cuidados de higiene e conforto e alimentação. Destaca-se que 2 (11,1%) pais referiram que nunca participaram nos cuidados de alívio da dor e brincar.

No que diz respeito, ao momento em quem foram efectuados os ensinamentos 10 (55,5%) pais referiram que a explicação dos cuidados a rea-

lizar no domicílio foi efectuada apenas no momento da alta; 5 (27,7%) referiram que foi realizada sempre que solicitaram e no momento da alta; 1 (5,6%) referiu que foi durante todo o internamento e no momento da alta. Foi ainda referido por 1 (5,6%) pai que os ensinamentos foram efectuados durante todo o internamento e sempre que solicitou.

Os ensinamentos considerados muito importantes por 11 (61,2%) pais foram a identificação dos sinais de alarme e a promoção de uma alimentação saudável, contudo a administração da medicação, avaliação da evolução da cicatrização, cuidar da incapacidade física e a protecção do penso operatório foram igualmente considerados muito importantes para 10 (55,6%) pais. Relativamente aos ensinamentos sobre a protecção do penso, avaliação da evolução da cicatrização, o momento de regresso à escola e a necessidade de recorrer ao Centro de Saúde foram considerados pouco importantes por 1 (5,6%) pai, respectivamente.

No que concerne, ao nível de satisfação dos pais referente à preparação da alta, 10 (55,6%) ficaram completamente satisfeitos, 6 (33,3%) muito satisfeitos e 2 (11,1%) satisfeitos. Neste sentido 17 (94,4%) pais referiram que seria importante receberem um folheto informativo com os ensinamentos efectuados pela equipa de enfermagem. A totalidade dos inquiridos 18 (100%) referiu que lhes foi entregue a carta de referência de enfermagem.

Relativamente ao nível de preparação para cuidar do filho no domicílio, 10 (55,6%) pais consideraram-se muito preparados quanto à administração da medicação prescrita e cuidar da incapacidade física, por sua vez, 9 (50,0%) pais consideraram-se, igualmente muito preparados quanto a proteger o penso operatório, a promover uma alimentação adequada e a identificar o momento do filho regressar à escola. Ainda assim, 1 (5,6%) acompanhante considerou estar pouco preparado para cuidar do filho designadamente em todos os cuidados mencionados.

Todos os pais, 18 (100%) sabiam qual o procedimento a efectuar se a ferida operatória apresentasse sinais inflamatórios e ainda a necessidade de entregar a carta de enfermagem no Centro de

Saúde; 17 (94,4%) pais tinham conhecimentos sobre quais os cuidados relativos à administração de medicação prescrita, sobre a não permanência da criança na cama enquanto estivesse com o penso operatório, sobre a promoção de uma alimentação equilibrada e rica em fibras e sobre a vigilância da eliminação intestinal. De salientar que 10 (55,6%) e 12 (66,7%) pais, respectivamente não tinham conhecimentos sobre a identificação do momento da criança regressar à escola e sobre a probabilidade de perda de apetite no pós-operatório.

Os resultados seguintes foram obtidos durante a entrevista telefónica, 5 dias após a alta hospitalar.

Verificou-se que 4 (22,2%) dos 18 pais referiram que sentiram necessidade de alguns ensinamentos. Nomeadamente, ensinamentos sobre o início da prática de exercício físico e a promoção de uma alimentação adequada referidos por 1 (25%) pai, respectivamente; por sua vez 2 (50%) pais referiram necessidade de mais ensinamentos sobre cuidados a ter com o penso operatório.

Por outro lado, 9 (50%) pais referiram que sentiram dificuldades em cuidar do filho no domicílio. Sendo, o cuidar da incapacidade física do filho a dificuldade mais referida, nomeadamente por 5 (35,8%) pais; promover uma alimentação adequada foi referida por 4 (28,4%), proteger o penso foi referido por 2 (14,3%) e por fim identificar o momento do filho regressar à escola foi referido por 1 (7,2%) pai.

Os 18 (100%) pais consideraram que a preparação da alta hospitalar, efectuada pela equipa de enfermagem contribuiu para a recuperação do seu filho e todos referiram que lhes foi entregue a carta de referência de enfermagem e que a entregaram ao enfermeiro do Centro de Saúde. Os ensinamentos que mais contribuíram para que os pais, 14 (34,15%) se sentissem melhor preparados para cuidar do filho, no domicílio foram a identificação dos sinais de alarme e promoção de alimentação adequada. De referir, que ainda outros ensinamentos foram valorizados nomeadamente protecção do penso operatório e avaliação da evolução da cicatrização da ferida por 6 (14,63%) e 5 (12,20%) pais respectivamente.

DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A maioria dos pais 16 (88,9%) participaram sempre nos cuidados ao filho o que está em consonância com as actuais directivas relativas ao internamento da criança, que valorizam a presença dos pais e realçam a sua participação nos cuidados prestados ao seu filho. Esta ideia também é perspectivada pelo INSTITUTO DE APOIO À CRIANÇA (1996) que considera, não só o incentivo à participação da família, como ainda à decisão e colaboração da mesma nos cuidados prestados à criança. Estes resultados estão ainda de acordo com CASEY (1993) que defende que os pais são os melhores prestadores de cuidados à criança hospitalizada.

O ensino dos cuidados a realizar no domicílio, segundo 10 (55,5%) pais foi efectuado apenas no momento da alta hospitalar, o que está em desacordo com WONG (1999) e PINTO, RIBEIRO e PETTENGILL (2010) que consideram que a finalização da recuperação da criança em casa, torna a família responsável pela continuidade dos cuidados até à sua completa recuperação pelo que, um bom planeamento da alta hospitalar deverá iniciar-se no momento da admissão no hospital e só termina no momento da alta para o domicílio.

Na opinião dos pais, o grau de importância dos ensinamentos realizados foi de pouco a muito importante pelo que, significa que os ensinamentos foram valorizados o que está de acordo com PINTO, RIBEIRO e PETTENGILL (2010) que consideram que as informações mais solicitadas, no momento da alta hospitalar estão relacionadas com a evolução da situação e como cuidar da criança em casa.

No que concerne ao nível de satisfação dos pais referente à preparação da alta a maioria dos pais, 10 (55,6%) ficaram completamente satisfeitos. Resultados reforçados por GANZELLA e ZAGO (2008) uma vez que estes consideram que o nível de satisfação dos acompanhantes relativo à preparação da alta deve-se ao fornecimento de informações que satisfazem as suas necessidades uma vez que, lhes proporciona capacidade e segurança para a continuidade dos cuidados no domicílio.

Neste sentido 17 (94.4%) pais referiram que seria importante receberem um folheto informativo com os ensinamentos efectuados pela equipa de enfermagem, o que é defendido por WONG (1999) e MIASSO e CASSIANO (2005) e JESUS, SILVA e ANDRADE (2005) pois consideram que fornecer informações escritas é um modo efectivo de apoiar as orientações verbais fornecidas ao utente ao longo do internamento e no momento da alta hospitalar.

A totalidade dos inquiridos referiu que lhes foi entregue a carta de referência de enfermagem. Sendo que esta constitui um meio de transmissão de informação marcante, o que contribui para uma maior eficácia, eficiência e continuidade na prestação de cuidados bem como transmite segurança à família (ALMEIDA, 2005).

Relativamente ao nível de preparação para cuidar do filho no domicílio, 10 (55,6%) pais consideraram-se muito preparados relativamente à administração da medicação prescrita e cuidar da incapacidade física; por sua vez 9 (50,0%) consideraram-se igualmente, muito preparados quanto a proteger o penso operatório, a promover uma alimentação adequada e a identificar o momento do filho regressar à escola. Estes resultados corroboram com MARRA, CARAMGNANI e AFONSO (1989) que consideram que a preparação da alta hospitalar deve contribuir para a família dar continuidade aos cuidados no domicílio e que deve minimizar inseguranças, proporcionar qualidade de vida familiar e social, bem como prevenir complicações e/ou evitar reinternamentos. Ainda assim 1 (5,6%) pai considerou estar pouco preparado para cuidar do filho designadamente em todos os cuidados mencionados. Estes resultados reforçam a ideia de que é crucial que os enfermeiros se assegurem no momento da alta hospitalar que a família aprendeu todos os ensinamentos realizados (PFEIL e MATHUR, 2004 e MIASSO e CASSIANO, 2005).

No que respeita, à avaliação dos conhecimentos sobre os cuidados a realizar no domicílio os resultados demonstrados denotam que os pais na sua maioria sabiam quais os cuidados a desenvolver em casa. Todos (100%) sabiam qual o procedimento a efectuar se a ferida operatória apresen-

tasse sinais inflamatórios e ainda a necessidade de entregar a carta de referência de enfermagem no Centro de saúde. 17 (94,4%) pais tinham conhecimentos sobre quais os cuidados relativos à administração de medicação prescrita, à não permanência da criança na cama enquanto estivesse com o penso operatório, à promoção de uma alimentação equilibrada e à vigilância da eliminação intestinal. De salientar, que houve cuidados que não foram aprendidos nomeadamente a identificação do momento da criança regressar à escola e a probabilidade de perda de apetite no pós-operatório por 10 (55,6%) e 12 (66,7%) pais, respectivamente. NOGUEIRA (2003) considera que para se garantir a continuidade de cuidados, deve existir um plano de alta que deve ser instituído o mais precocemente possível, sendo que o sucesso desta depende dos profissionais envolvidos e principalmente do momento do seu início. Pelo que é indispensável que o enfermeiro se assegure que no momento da alta, a família compreendeu as orientações/ensinamentos fornecidos, pelo que deve, não só transmitir as orientações finais mas ter a possibilidade de avaliar a compreensão da família quanto às informações fornecidas e esclarecer eventuais dúvidas (PFEIL e MATHUR, 2004 e MIASSO e CASSIANO, 2005).

Verificou-se que 4 (22,2%) dos 18 pais referiram, 5 dias após a alta hospitalar, que sentiram necessidade de alguns ensinamentos, nomeadamente sobre o início da prática de exercício físico, promoção de uma alimentação adequada e cuidados com penso operatório. Pelo que PHIPPS, SANDS e MAREK (2003) consideram que o planeamento eficaz da alta hospitalar deve iniciar-se na admissão e deve ser um processo contínuo ao longo do internamento. O facto, dos internamentos serem cada vez mais curtos, enfatiza este pressuposto na medida em que a ausência do planeamento da alta poderá provocar falhas na assistência ao utente.

Por outro lado, a referir que 9 (50%) pais sentiram dificuldades em cuidar do filho no domicílio relativamente a cuidar da incapacidade física do filho, a promover uma alimentação adequada, a proteger o penso e a identificar o momento do filho regressar à escola. POTTER e PERRY (2006)

salientam que um bom planeamento da alta depende do grau de conhecimentos do utente e família. Sendo imprescindível que estes saibam o que fazer e como para uma eficaz continuidade de cuidados mas para atingir estes objectivos o enfermeiro deve pôr em prática os ensinamentos essenciais para a satisfação das necessidades da criança e família.

Todos os pais consideraram que a preparação da alta hospitalar, efectuada pela equipa de enfermagem contribuiu para a recuperação do seu filho. Estes resultados são reforçados por CAMACHO (2002) que considera que o enfermeiro deve ser o principal envolvido na preparação da alta hospitalar uma vez que é responsável pela avaliação da prestação de cuidados, pelos ensinamentos/orientações para satisfação das necessidades alteradas e ainda por assegurar a continuidade de cuidados através da carta de referência de enfermagem. Identicamente, todos os pais entregaram a carta de referência de enfermagem ao enfermeiro do Centro de Saúde. O que está em consonância com FREITAS e outros (2010) uma vez que, referem que para a continuidade de cuidados é essencial a elaboração da carta de referência de enfermagem e a sua entrega no Centro de Saúde da área de residência.

Os ensinamentos que mais contribuíram para que a maioria dos pais, 14 (34,15%) se sentissem melhor preparados para cuidar do filho, no domicílio foram a identificação dos sinais de alarme e a promoção de alimentação adequada. De referir, que outros ensinamentos foram essenciais nomeadamente, a protecção do penso operatório e a avaliação da evolução da cicatrização da ferida referidos por 6 (14,63%) 5 (12,20%) pais, respectivamente. Com efeito, para GUEDES e outros (2008) os ensinamentos recebidos no momento da alta hospitalar dão mais segurança ao cuidador porque foi informado de como a criança deverá ser cuidada no domicílio o que contribui para diminuir a sua ansiedade e stress. MARRA, CARAMGNANI e AFONSO (1989) e POTTER e PERRY (2003) consideram que a preparação da alta hospitalar deve contribuir para a família dar continuidade aos cuidados no domicílio e minimizar inseguranças, proporcionar qualidade de vida familiar

e social, bem como prevenir complicações e/ou evitar reinternamentos.

CONCLUSÃO

O presente estudo comprova que a preparação da alta hospitalar é fundamental para assegurar a continuidade de cuidados, pelo que é imprescindível o envolvimento quer da equipa de enfermagem quer da família na prestação de cuidados à criança apendicectomizada.

Foi possível concluir que os pais participaram na prestação de cuidados à criança apendicectomizada e consideraram importantes os ensinamentos efectuados que permitiam a continuidade dos cuidados no domicílio. Permitiu igualmente, concluir que os enfermeiros partilharam conhecimentos para que os pais adquirissem conhecimentos para a prestação de cuidados no domicílio. E ainda, que alguns pais não ficaram totalmente esclarecidos sobre determinados cuidados e sentiram dificuldades em cuidar do filho no domicílio.

Na sequência desta conclusão e apesar de algumas limitações, nomeadamente o curto período de tempo de colheita de dados e por consequência, uma amostra reduzida, considero que o tema da preparação da alta hospitalar é merecedor de mais atenção por parte da equipa de enfermagem do serviço em questão. Deixo a sugestão de elaboração de um protocolo de enfermagem para o planeamento da alta hospitalar da criança submetida a apendicectomia com o objectivo de todos os pais no momento da alta estarem completamente esclarecidos e com competências para cuidar do filho no domicílio e posterior avaliação do impacto do protocolo elaborado.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALMEIDA, A. C. e outros – **Transição do Doente Dependente para a Família**. *Sinais Vitais*. n.º 62 (Setembro 2005), p. 26-31. ISSN:0872-0844.
- BRANDÃO, L. C. e outros - **Assistência de Enfermagem ao Paciente com Apêndice**. 2009. [Acedido a 10 de Abril 2011]. Disponível na Internet: http://www.webartigos.com/articles/25961/1/ASSISTENCIA-DE_ENFERMAGEM-

ALIMENTAÇÃO DO RECEM NASCIDO PRÉ TERMO: QUE MÉTODO DE TRANSIÇÃO PARA A VIA ORAL?

Anabela Cruz⁽¹⁾
Nuno Ribeiro⁽²⁾



Resumo

Alimentar um RNPT é um desafio, devido à sua imaturidade fisiológica, neurológica e pela dificuldade em lidar com estímulos exteriores. A percepção das suas competências e o método escolhido para iniciar o treino oral ainda está envolto em muitas controvérsias. Neste sentido reflectir sobre esta temática faz-nos questionar acerca do método mais indicado para iniciar o treino por via oral.

Pesquisamos artigos em português, inglês e espanhol, todos eles com menos de cinco anos, na base de dados: Medline, Lilacs, Scielo e motor busca Google académico. Após obedecermos a critérios de inclusão, analisamos 11 artigos sobre a questão de investigação. Incluímos artigos que estudaram as competências dos RN para a sucção, sucção nutritiva e não nutritiva. O início do treino oral e as competências do recém-nascido pré-termo para a sucção parecem ser a preocupação dominante. O processo de maturação foi associado a uma melhor performance na condição oral do prematuro para a alimentação.

Parecem ser necessários mais estudos nesta área cruzando competências, na sucção, métodos para início de treino oral e presença ou não de aleitamento materno. Desta pesquisa também podemos concluir que é fundamental a presença de vários profissionais de saúde para avaliarem as competências orais do recém nascido pré termo.

Palavras-chave: RN Prematuro; Métodos de alimentação; Sucção/deglutição; Amamentação

Abstract

THE PREMATURE NEWBORN: WHAT IS THE TRANSITION METHOD TO ORAL FEEDING.

Feeding a premature newborn is a challenge due to their physiological and neurological immaturity and difficulty in coping with external stimulations. The perception of their competence and the method chosen to begin oral training is still very controversial. In this sense, reflecting on this issue makes us wonder about the best way to start training using the oral method.

Research articles in Portuguese, English and Spanish, all available in the database for less than five years: Medline, Lilacs, and Scielo search engine Google scholar. After following the inclusion criteria, we reviewed 11 articles on the research issue. We included articles that studied the ability of the pre term infant towards suction, nutritive and non nutritive suction. The commencement of oral practice and skills of the preterm infants towards suction seems to be the main concern. The process of maturation was associated to a better performance in the oral condition of preterm infant feeding.

More studies in this area seem to be necessary crossing skills in suction, methods for initiating oral training and presence or absence of breastfeeding. From this research we can also conclude that the presence of various health professionals is essential to assess the oral skills of the preterm infant.

Keywords: Preterm infant; Feeding methods; suction/swallowing; Breastfeeding

Rececionado em fevereiro 2012. Aceite em outubro 2012

¹ Enfermeira Especialista Saúde Infantil e Pediatria; Hospital Faro, EPE

² Enfermeiro Especialista Saúde Infantil e Pediatria; Hospital Faro, EPE

INTRODUÇÃO

Todos os profissionais de saúde confrontam-se diariamente com os seus próprios limites, sejam eles físicos ou psicológicos, vivenciando situações que fazem com que o confronto saúde/doença, vida/morte, os leve a questionar e reflectir acerca do seu dia-a-dia, das suas emoções e relações interpessoais e do seu desempenho pessoal e profissional.

A prematuridade é uma realidade cada vez mais frequente, tendo o seu conceito sofrido várias evoluções ao longo do tempo, adaptando-se a novas realidades e actualizando-se sempre que a ciência o exige.

Os conceitos, convenções e definições foram-se alterando, modificando e evoluindo ao longo dos anos dando identidade a uma nova ciência, a Neonatologia.

Em 1935 foi definida pela Academia de Pediatria Americana como sendo recém-nascido (RN) todo aquele que nasça com 2500 g ou menos. Em 1961, a Organização Mundial de Saúde considerou que pode haver discrepância entre a idade gestacional e o peso à nascença que origina a restrição de crescimento intra-uterino. Deste modo, a idade gestacional passou a ser o critério para definir prematuridade (Lopes 2002).

Em 1995, o Colégio Americano de Obstetrícia e Ginecologia considerou prematuro o RN que nasça antes de perfazer 37 semanas de gestação completas.

Depois de definido o que era um recém-nascido pré termo (RNPT) quanto à idade gestacional estabeleceram-se novas convenções em relação ao peso. Assim, os RNPT classificam-se de RN de muito baixo peso – RN com peso inferior a 1500g – e RN de muitíssimo baixo peso – RN com peso inferior a 1000g (Palminha, 2003).

Se na década de 60 os neonatologistas apenas se preocupavam com o peso inferior a 2500g do RNPT, na actualidade, reflecte-se também acerca da sobrevivência destes, atendendo à sua qualidade de vida. Para esta alteração de pensamento muito contribuíram os avanços tecnológicos e a especialização dos profissionais de saúde nesta nova vertente científica.

Os cuidados em neonatologia há algumas décadas atrás restringiam-se apenas a manter o RNPT

aquecido, isolado, a evitar infecções e, de certa forma, também evitando manipulações. Hoje, sabe-se que os RNPT necessitam de estímulos sensorio-motores, como massagens, toques e carinho, sendo que estas intervenções levam a um ganho de peso e a um incremento nas suas aptidões para a alimentação.

Esta mudança no rumo dos cuidados tem como base o programa de intervenção “The Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program (NIDCAP). Este programa tem como objectivo incluir os pais nos cuidados e assenta na premissa que é o RN que transmite toda a informação para nos guiar nos seus cuidados, bem como quais as intervenções essenciais para facultar a obtenção de habilidades neurocomportamentais (Aquino 2006).

No início de vida, o RNPT na adaptação à condição extra uterina, necessita de uma mobilização de competências que devido à sua imaturidade terá de ser auxiliado pelos profissionais de saúde, que o recebem. Um dos padrões funcionais de saúde que vai necessitar de intervenção é o nutricional e metabólico. Como já foi referido, dado à sua imaturidade o aporte nutricional terá que ser feito através de alimentação parentérica. No entanto, o estímulo gástrico é feito desde os primeiros dias e se for possível com leite materno, através de uma sonda gástrica. Para tal, administram-se pequenas quantidades, que vão sendo aumentadas de forma progressiva de modo a dar tempo a uma correcta adaptação do sistema gastrointestinal (Aquino 2006).

A alimentação do RNPT ainda está envolta em muitas controvérsias, não só por se tratar de RN com cuidados e necessidades especiais, mas também por serem RN que devido à sua imaturidade ainda não estão aptos para serem autónomos na alimentação. É consensual, que o leite materno (LM) é o alimento de escolha para ser oferecido ao RNPT, quer pelo seu valor nutritivo e imunológico quer por facilitar a formação do vínculo mãe-filho, de extrema importância para o seu desenvolvimento.

Estudos recentes demonstram que o RNPT alimentado com LM apresenta melhor desenvolvimento gastrointestinal e neurológico, diminuindo tempos de internamento e consequentemente menos gastos hospitalares.

Alimentar um RNPT é realmente um desafio, quer pela sua imaturidade fisiológica e neurológica, quer pela sua dificuldade em lidar com os estímulos exteriores, dado que são curtos os períodos em que estão acordados. No entanto, conseguir perceber quando estão aptos para começar o treino de sucção sem prejuízo ou atraso na sua evolução é algo que ainda nos escapa e que parece ainda não estar bem definido. O mesmo se passa com o método escolhido para o fazer.

Vários são os métodos para alimentar e complementar a alimentação do RNPT. Lang (2002) fala-nos de sondas gástricas, expressão mamária manual directa, seringas e conta-gotas, copos, colheres e biberão. No entanto, para quem está nesta realidade sabe que os métodos mais usados são a sonda gástrica, o copo e o biberão. A seringa é usada para que se dê a provar ao RN algumas gotas de LM, quando estes estão renitentes para mamar na mama ou ainda quando não conseguem sugar, mas conseguem deglutir. Ainda segundo a mesma autora, a sonda deve permanecer colocada apenas enquanto for necessária, não só pela dificuldade na coordenação entre sucção e deglutição, mas também pelo facto de a digestão se iniciar na boca, onde existem enzimas essenciais para o desdobramento das gorduras, as lipases. Contudo, deve ser deixada em RN que só têm autonomia alimentar uma ou duas vezes por dia (Lang 2002). O copo capacita o RN para reagir de modo apropriado para mamar na mama da mãe, ou seja estimula-o a antecipar a mamada.

O copo, por estar aberto, faz com que ele cheire o leite. Ele enche a língua de leite e depois usando movimentos rítmicos da mesma e da mandíbula, transporta-o para o interior da boca e depois engole-o. Desenvolver estes movimentos é crucial, qualquer que seja a forma pela qual o RN vai ser alimentado (Lang 2002).

A autora sustenta a teoria que o copo pode ser usado para alimentar RNPT saudáveis, de 30 semanas ou quando estes começam a exhibir indícios de maior interesse oral e maior actividade. É um óptimo método para alimentar o RN quando a mãe não está presente ou enquanto ele não tem energia para mamar tudo o que necessita. Sendo que só deve ser usado quando o RN tiver estabilidade

para o fazer e tiver coordenação entre deglutição/respiração.

O biberão é o método mais usado para a alimentação dos RNPT. Isto acontece porque a sua condição e o elevado tempo de internamento, faz com que as mães suspendam ou acabem por ficar sem leite. Lang (2002), pelas razões que já citamos anteriormente, elege o copo para aqueles RN que poderão vir a ser amamentados, para que não sejam confrontados com outro tipo de sucção capaz de lhes causar confusão de bicos, embora existam RN que conseguem ser alimentados pelos dois métodos, não demonstrando sinais de confusão. Prever esta situação não é fácil, por isso devem ser evitados em RN cujas mães desejem amamentar.

Mesmo tendo todas estas razões em conta, empiricamente o biberão parece ser o preferido para alimentação nas Unidades de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN) por ser de mais fácil uso e prático. Porém, Aquino (2006) considera que a alimentação com biberão contém padrões diferentes na forma de sucção, em que o RN faz com a boca parcialmente fechada, diferente da amamentação, em que ele necessita de abrir a boca para abocanhar a aréola. O fluxo de leite é constante sendo difícil para estes RN controlá-lo, o que acarreta maior gasto de energia e maiores episódios de baixa da frequência cardíaca com consequente dessaturação de oxigénio. Os hospitais creditados, ou em vias de acreditação para Hospital Amigo dos Bebés, são regidos por “guidelines” que interdita o uso de tetinas e biberões e fomentam activamente a amamentação. Por isso é fácil compreender que nestes hospitais o uso de copo é prática corrente. No entanto Lang (2002) ressalva que mesmo tendo em conta todas as contra-indicações são os pais que têm a última decisão. O que é facto é que muitos deles sentem receio no uso do copo e preferem o biberão para suplementar as mamadas. É também importante ressaltar que esta decisão deve ser uma decisão informada, ou seja, os pais devem ter acesso a uma informação esclarecida e correcta, atendendo às contra-indicações atrás descritas. Só a partir daí devem adoptar a escolha do método de suplementação da alimentação do seu filho.

Aquino (2006) relata uma técnica, a translactação, que teve início em 1998 mas que parece ainda não estar muito instituída nas UCIN, talvez porque

ainda hoje não é considerada uma técnica com rigor científico. Todavia, esta autora considera esta prática a forma mais fisiológica para transição da alimentação por sonda para a alimentação por via oral. Esta técnica consiste na colocação de um recipiente com leite ligado a uma sonda que se acopla ao mamilo da mãe para que o bebê com sucção ainda pouco vigorosa treine esta competência na mama e ao mesmo tempo, ainda sem grande esforço, vá recebendo leite. Esta técnica tem vindo também a ser utilizada por mães com fluxo de leite diminuído ou praticamente ausente (relactação).

A temática em estudo é rodeada de muita controversia e a literatura mostra muita falta de consenso e de estudos que suportem estas teorias acerca dos métodos de transição para a via oral, ou de suplementação durante o aleitamento materno.

Pelo supra citado levanta-se a questão: “Alimentação do recém-nascido pré termo: Que método de transição para a via oral?”

A escolha desta questão baseou-se no facto dos elementos integrantes do grupo desempenharem a sua actividade profissional numa UCIN, apercebendo-se assim, das dificuldades que uma equipa multidisciplinar apresenta quando se trata de iniciar transição da sonda gástrica para o treino oral – atendendo a vários pressupostos como a idade gestacional, peso e maturação dos próprios RNPT.

Para responder à nossa inquietação procuramos saber o que a evidência científica responde.

METODOLOGIA

Foi realizada pesquisa bibliográfica sobre prematuridade, métodos de alimentação e outras temáticas que sustentam a questão orientadora. Para o corpo do artigo foram pesquisados artigos em português, inglês e espanhol, todos eles com menos de cinco anos, entre os meses de Abril e Setembro de 2009, nas bases de dados, Medline, Lilacs, Scielo e no motor busca Google académico, utilizando os seguintes descritores, RN prematuro, Métodos de alimentação, sucção/ deglutição, amamentação.

Como critérios de inclusão consideramos relatórios de investigação até 5 anos, com referência à metodologia utilizada e com conclusão, todos

eles, artigos científicos completos e uma monografia, compreendendo RN com idade gestacional menor ou igual a 37 semanas, como amostra e estudos que se realizassem em UCIN.

Dos 24 artigos pesquisados, 11 preencheram os critérios de inclusão, sendo que os artigos que focaram a temática foram comparações entre a alimentação por copo e a alimentação por biberão, tendo como objectivo principal uma avaliação da amamentação. Também foram abrangidos artigos que evidenciaram as competências do RNPT através de escalas com validação científica e estudos que versaram na relação entre sucção nutritiva e sucção não nutritiva. Incluímos estes artigos por considerarmos que são temáticas que fazem parte integrante do percurso alimentar de qualquer RNPT.

Uma vez determinados os artigos procedeu-se à sua leitura. Para uma melhor organização do trabalho elaboraram um quadro que continha: o nome do artigo, o autor, data, o objectivo do mesmo, a metodologia e discussão e por fim a conclusão. Desta forma a escolha e a criteriosa dos artigos foi lhes facilitado.

ANÁLISE CRÍTICA DO TRABALHO

Verificamos que a maioria dos artigos era em português, em UCIN brasileiras e em instituições acreditadas como Hospitais Amigos dos Bebés. Averiguamos também que a classe profissional que mais investiga a temática em estudo é a do terapeuta da fala.

Como já foi focado anteriormente, os artigos encontrados possibilitaram o desenrolar de outras temáticas, tais como as competências necessárias para a alimentação por via oral, a importância da sucção não nutritiva e nutritiva; e que, não menos importantes e de carácter interactivo, foram deste modo analisadas.

COMPETÊNCIAS DO RN PRÉ TERMO PARA A ALIMENTAÇÃO

Desde a concepção até ao nascimento, o ser humano passa por diversos estadios de desenvolvimento e maturação. Pelas nove semanas de ges-

tação, o feto já esboça reflexos primitivos que envolvem a alimentação, já tem um desenvolvimento oral capaz de mexer a boca e a região mandibular. Às onze semanas, ao estímulo de toque na região labial responde com reflexo de deglutição. Os reflexos mais completos surgem pelas catorze semanas de gestação, envolvendo já rotação da cabeça e do corpo, rotação primitiva, segundo Jones e King (2005). Estes reflexos vão amadurecendo e terminam no terceiro trimestre, estando todo o RN de termo com maturação completa e capaz para uma eficiente alimentação, segundo a mesma autora.

Desta forma, compreende-se porque os RNPT conseguem ter presentes reflexos de sucção e deglutição embora não sejam eficientes, dado à sua imaturidade neurológica e também indo de encontro a Lang (2002), a uma incompleta oportunidade de aperfeiçoar as estruturas envolvidas na alimentação.

No contexto onde exercemos a nossa actividade profissional, o início da alimentação oral faz-se às 34 semanas de idade corrigida, condição clínica estável e um peso de pelo menos de 1500g. Neiva e Leone (2006) reforçam esta ideia citando outros autores e, mais uma vez, salienta este obstáculo na alimentação por via oral dos RNPT quer pela sua imaturidade quer pela dificuldade na tarefa da sucção. É assim vulgar e habitual ver estes RN com idades inferiores a 34 semanas a serem alimentados através de sonda gástrica e erradamente desprovidos de estímulos sensoriais.

Para contrariar este estereótipo Bauer et al (2008), confirma no seu estudo observacional a 43 RNPT com idade gestacional inferior a 37 semanas, que o início da alimentação oral parece depender de outros factores. Ou seja não é só a idade gestacional ou a estabilidade clínica do RNPT, é a condição motora oral. Nomeadamente, sucção forte, ritmo rápido e a coordenação entre sucção, deglutição e respiração, que predita o início da alimentação oral sem riscos, sendo que, o desenvolvimento motor oral está dependente da quantidade de estímulos recebidos.

A sucção é o primeiro reflexo que o feto apresenta, contribuindo para um correcto desenvolvimento neurológico. Às 15 semanas de gestação é possível observar através de exame ecográfico, fetos a sugar os seus dedos. Este reflexo básico

de abrir e fechar a boca ritmicamente como resposta a estímulos está presente às 28 semanas de gestação (Jones e King, 2005). No entanto, e ainda conferindo informação de Bauer et al (2008) que cita Lau (2007), a sucção e deglutição nestes RNPT normalmente não está coordenada com a respiração antes das 34 semanas. Segundo Lang, parece haver uma ineficiência no timing do fecho da via aérea, traduzindo uma imaturidade de coordenação, que os expõe de certa forma a um risco elevado de aspiração.

Ainda no estudo Bauer et al (2008) comprovou-se que 14% dos RN, apesar de já terem mais de 34 semanas não tinham coordenação entre a sucção, deglutição e respiração, no momento do início da transição para a via oral. Resultados semelhantes foram os de Mizuno (2003), que refere um valor de 25% também descrito nesta investigação. O que traduz que a idade gestacional por si só não é predicativa para o início da sucção nutritiva. Neste ensaio apurou-se também que, a transição para a via oral se faz normalmente por volta das 34,6 semanas comprovando a teoria anterior.

Cada RN é um caso próprio e citando Lang (2002), não devemos forçá-los a fazer nada a que eles não estejam prontos. Serão eles a decidir esse momento e isso depende do seu próprio relógio. A conclusão do estudo de Bauer (2008) apesar de determinar as 34 semanas para início do treino oral, conclui que esta condição, associada a estabilidade clínica, não é por si designativa de um favorável desempenho motor oral. Defende a intervenção por parte de um terapeuta que avalie as competências do RN e que indique se ele está apto para iniciar a alimentação oral com segurança.

Estimulação oral / Sucção não nutritiva e nutritiva

Como já foi descrito atrás, é comum que o RNPT demonstre desejo de estimulação oral e, segundo autores como Lang, também é usual vê-los a abrir e fechar a boca e até mesmo estender a língua durante a alimentação por sonda gástrica. Mesmo os que estão ventilados e que tem a estimulação oral do tubo endotraqueal parecem mais tarde terem um melhor desempenho, nesta área, após a extubação.

A sucção não nutritiva, tal como o nome indica, é todo o tipo de sucção que o RNPT faz sem auferir nenhum valor nutritivo. Ao contrário da sucção nutritiva é usualmente muito rápida, cerca de duas sequências de sugadelas por segundo, que é duas vezes a velocidade da primeira (Lang 2002).

Nos artigos analisados sobre esta temática parece haver consenso na sua importância. Neiva et al estudou em 2006 e depois em 2007, tendo no primeiro fortalecido a ideia, com base em vários autores, que a sucção não nutritiva garante um aumento no aperfeiçoamento do reflexo de sucção entre outras vantagens. Defende que esta pode ser feita através de chupeta, dedo enluvado ou na mama vazia. No primeiro estudo foram incluídos 95 RNPT e criados três grupos com idade gestacional menor ou igual a 33 semanas. Um deles sem estímulo da sucção não nutritiva. O outro com estímulo de chupeta ortodôntica e o último com dedo enluvado avaliando posteriormente a sucção nutritiva no biberão. Estas autoras concluíram, nesta análise, que com o aumento da idade corrigida, os RNPT aumentaram a capacidade de maturação do reflexo de sucção e o dedo enluvado pareceu ser o melhor método para esta estimulação, uma vez que mostrou em relação à chupeta, resultados superiores no que concerne à consolidação das competências na sucção.

O estudo de 2007, feito pelas mesmas autoras, com as mesmas características e população, apesar de voltarem a considerar que é importante a sucção não nutritiva, não mostrou que esta condição por si só contribua para a evolução da sucção. Aqui foi unicamente o aumento da idade corrigida que influenciou de forma precisa este padrão. Importante ainda referir que também concluíram que RNPT com idade gestacional inferior a 33 semanas possuem sucção lenta, mais uma vez exposta pela sua imaturidade.

Estes estudos vão de encontro ao de Yamamoto et al (2009) que também refere que um RNPT de idade gestacional corrigida de 35 semanas além da imaturidade também apresenta descoordenação das funções sucção, deglutição e respiração, bem como menor organização dos estados comportamentais de sono e vigília. Na conclusão deste mesmo trabalho, os autores referem que a sucção não

nutritiva associada ao estímulo oral contribui para a melhoria da taxa de amamentação em RNPT de muito baixo peso ao nascer.

Parece haver alguma unanimidade que a estimulação oral na mama da mãe, em RNPT que poderão vir a desfrutar, do LM traz vantagens, quer para o RNPT, que vai treinando as suas competências e associando a sucção à plenitude gástrica, quer para a mãe que desta forma garante a manutenção da amamentação. (Lang, 2002)

A estimulação da sucção não nutritiva na mama vazia, partindo do estudo de Fuginaga e Venson (2008), parece ser hoje a prática mais assertiva uma vez que os cuidados prestados a estes RNPT tendem a envolver os pais, particularmente a mãe indo de encontro às boas práticas que a maioria das UCIN tendem a seguir no processo de acreditação de Hospital Amigo do Bebê.

A autora estudou 25 RNPT, com idade corrigida igual ou superior a 30 semanas e menor ou igual a 36 semanas e comparou dois grupos. Um não recebeu estimulação da sucção não nutritiva e o outro foi estimulado através da mama. Na ausência da mãe utilizou-se o dedo enluvado. No final comparou o ganho de peso durante este período e concluiu que o 2º grupo teve um aumento diário superior, de 17gr em relação ao 1º grupo, conferindo assim uma importância extrema neste tipo de estimulação quer pelo benefício para o RNPT quer pelo estabelecimento do vínculo e apego, também reforçado pela autora apoiando-se em Scochi et al (2001).

Sendo um estudo recente e apesar de ter uma amostra pequena $n=25$ (limitação descrita pela autora), foi escrito como único analisando estas técnicas de sucção não nutritiva. No entanto Lang, considera que embora não provado a sucção não nutritiva na mama da mãe, esta promove o aumento de ganho de peso nos RNPT e também descreve um aumento na avaliação do oxigénio transcutâneo durante esta prática.

Pimenta et al (2008), estudou os efeitos da sucção não nutritiva e da estimulação oral nas taxas de amamentação de RNPT de muito baixo peso. Como critérios de inclusão, estabeleceu idade gestacional entre 26 e 32 semanas e 6 dias e peso nascimento <1500 g.com uma amostra de 98 RNPT, constataram que os RNPT que receberam um pro-

grama de estimulação que associava a sucção não nutritiva com estimulação sensorio motor, nomeadamente luva enluvada e chupeta durante a gavagem, apresentavam taxas de amamentação mais elevadas que o grupo a quem não estabeleceram programa de associação entre sucção não nutritiva e estimulação oral no momento da alta. Refere também que o grupo alvo de estimulação atingiu 8,2 dias mais cedo que o outro grupo a capacidade de ser alimentado por sucção quer seja à mama quer seja com copo ou biberão, consoante prescrição médica.

Após análise dos artigos, constata-se que não existem consensos acerca do melhor método para a transição da sonda gástrica para a via oral. Perante isto, torna-se então necessário que surja um instrumento que avalie estas mesmas competências para que a transição seja realizada de forma segura.

Existem escalas que se baseiam fundamentalmente na observação descritiva, como é o caso da NOMAS (Neonatal Oral-Motor Assessment Scale). A NOMAS tem como objectivo identificar e qualificar o padrão motor-oral dos RN e seus desvios. Esta escala traduz informação quantitativa das respostas esperadas e daquelas não esperadas da movimentação da língua e mandíbula durante a sucção nutritiva e sucção não nutritiva. Este teste tem confiabilidade de 80% entre os observadores, Palmer et al (1993) citado por Fuginaga et al (2009).

Em 2007, Fuginaga et al criou e validou uma escala que fosse mais abrangente e que versasse qual o momento mais indicado para transição entre sonda gástrica e o treino oral, ou seja, quando é que o RNPT está efectivamente pronto para iniciar a alimentação oral.

Construiu então um instrumento de avaliação a que chamou de “Instrumento de Avaliação da Prontidão para Início da Alimentação Oral de Bebés Prematuros”. Este instrumento tem em atenção vários itens preponderantes para que a transição entre sonda gástrica e treino oral seja realizado com sucesso, nomeadamente: a idade gestacional corrigida; estado de consciência; postura e tônus global; postura de lábios e língua; reflexo de procura, sucção, mordida e vômito; movimentação e canolação da língua; movimentação da mandíbula; força de sucção; sucção por pausa; manutenção

do ritmo de sucção por pausa; manutenção estado de alerta e sinais de stress. Após validação deste instrumento os autores concluíram que esta escala tem validade discriminatória.

MÉTODOS ALIMENTAÇÃO NA PREMATURIDADE

Diversos são os métodos que existem para suplementar e alimentar o RNPT. A sonda gástrica é sem dúvida o primeiro método usado em qualquer UCIN, sendo fácil de entender pelas razões atrás apresentadas. Mesmo assim, para Lang (2002), esta só deve ser mantida enquanto for necessária. Isto porque a digestão inicia-se na boca e porque a sonda impossibilita a coordenação da sucção e deglutição. No entanto, se o RNPT não tiver dificuldade respiratória, esta autora defende que a sonda nasal deixa o RNPT livre para treinar as competências orais.

Para transitar para a via oral, o copo e o biberão foram os métodos enumerados nos artigos consultados. As comparações entre um método e o outro, e a prática do uso do copo, foram os estudos mais encontrados e quase sempre verificando o desempenho na amamentação.

Abouelfetoh et al (2008), no seu estudo experimental, comparou dois grupos de RNPT com uma média de idade gestacional de 35.13%. Um grupo de controlo com 30 RN onde usou o biberão e outro grupo de 30 onde usou copo. Seguiu estes dois grupos após a alta para avaliar o seu desempenho na amamentação. O copo demonstrou melhores resultados no comportamento da amamentação, evidenciando a implementação desta técnica durante a hospitalização.

Este estudo foi o único encontrado que demonstrou evidência nos resultados, os restantes que focaram os métodos de alimentação, parecem não demonstrar preferência do copo em relação ao biberão, focando alguns aspectos positivos e outros negativos do primeiro método.

Os estudos de Gutierrez et al (2006) e Couto et al (2005) são dois dos estudos que parecem não acrescentar grandes certezas à escolha dos métodos para transição da via oral. O primeiro tratou-

-se de um estudo observacional e transversal, que incluiu 28 RN, onde apenas 20% eram RNPT. Os resultados mostraram que a maioria dos RN que receberam leite por copo estava simultaneamente a ser amamentadas. Verificou-se que toda a amostra, logo incluía todos os RNPT, tinha tónus da língua e dos lábios adequado e coordenação entre sucção, deglutição e respiração. Simultaneamente não foram verificadas alterações respiratórias em nenhum RN desta amostra. Para corroborar a sua teoria a autora refere o estudo de Marineli et al (2001), onde confirmaram segurança quer na alimentação por copo quer por biberão, embora tenham verificado melhor saturação de oxigénio e ritmo cardíaco mais estável no primeiro método. Concluíram que para esta amostra o uso do copo era apropriado e que contribui para a manutenção do aleitamento materno. Todavia, consideram alguma prudência no uso dos resultados por considerarem a amostra reduzida, apontando ainda para a necessidade mais investigação nesta área.

Couto et al (2005) fez uma pesquisa através de questionários que dirigiu a 27 hospitais e para ser respondidos pelo terapeuta responsável de cada uma das UCIN em Hospital Amigo do Bebê. Dos 18 participantes, 13 utilizam o copo, no entanto só o utilizam em caso de estabilidade clínica e aptidões sensório-motora-oral. O risco de aspiração foi a contra-indicação, mais relatada, onde se inclui RN com doenças de base como é o exemplo de neuropatias, seguida de descoordenação, de síndrome de dificuldade respiratória e reflexos orais ausentes.

Nas questões direccionadas propriamente para o uso do copo em RNPT, seis consideraram que esta técnica não desenvolve parâmetros essenciais para a amamentação e salientam que será mais coerente a passagem directa da sonda gástrica para a mama. Este estudo também demonstrou interesse pela amamentação, o copo é eleito pela maioria dos terapeutas como forma alternativa da amamentação ou para complementar a alimentação do RNPT e tem comprovado bons resultados. Enquanto outros não lhe atribuem relevância e consideram mais vantajoso prolongar o tempo da sonda até que o RN adquira competências para se alimentar exclusivamente na mama ou empregar outras técnicas tais como a translactação. Ainda para o

grupo inquirido, o copo parece não levar à maturação das funções orais nem deve ser usado por um período alargado, uma vez que também poderá provocar confusão de bicos. Houve ainda na discussão deste artigo, referência ao uso de biberão, mas em hospitais que não pactuem com a teoria da confusão de bicos.

O risco de engasgos e aspiração também foram focados pelos terapeutas. No entanto, o artigo mostra-nos, sustentando-se em estudos prospectivos, que o copo é um método seguro mesmo em RNPT desde o momento que estes tenham patente habilidades orais motoras tais como sucção eficiente, reflexos de protecção presentes, coordenação sucção/respiração /deglutição e ainda manutenção do estado de vigília.

Ainda em relação ao uso da técnica do copo, Silva et al (2009) constata que RNPT do sexo feminino ingerem maior quantidade de leite que lhes é oferecido em relação aos RNPT do sexo masculino. Consta também que, quando os RNPT são submetidos a factores de stress, a quantidade de leite que ingerem é menor. Outra das conclusões deste estudo foi não se encontrarem diferenças estatisticamente significativas, relativamente às variáveis: dias de vida, peso nascimento, idade gestacional corrigida e tempo de permanência da sonda gástrica relativamente ao tempo que o RNPT leva a ingerir o leite fornecido. Para este estudo estabeleceram como critérios de inclusão RNPT com idade gestacional corrigida maior ou igual a 34 semanas, peso superior a 1300g e sem mal formações neurológicas, pulmonares, cardiopatias congénitas e malformação craniofacial, obtendo uma amostra de 20 RNPT.

Como já foi exposto, a família é cada vez mais incluída no cuidado do RNPT, tornando-se, em parceria com o Enfermeiro, um elemento crucial na sua evolução. Estudar a prática do copo em mães de RNPT. Os autores chegaram à conclusão que é uma maneira segura e acessível, das mães fornecerem leite ao RN. Mas considerou de extrema importância os ensinamentos feitos pelos profissionais de saúde, acerca de parâmetros úteis a seguir nesta técnica, tais como, o seu uso e quantidade de leite fornecido, uma vez que estas indicações foram fulcrais para a optimização desta prática, sobretudo em relação ao posicionamento do RNPT.

CONCLUSÃO

Esta análise da revisão da bibliografia permitiu-nos constatar que poucos estudos avaliaram qual o melhor método para início da alimentação via oral do RNPT. Desses, a comparação estabelecida predominante era entre os métodos de alimentação em relação à manutenção da amamentação, sendo a maioria provenientes do Brasil.

A existência de uma avaliação capaz de nos indicar qual o momento mais correcto para a transição entre a sonda gástrica e o treino oral foi focada na maioria dos artigos.

Após elaboração deste trabalho parece-nos de capital importância a elaboração de protocolos de estimulação sensorio-motor oral. Não menos importante também se torna uma avaliação através de escalas validadas, que nos traduzam o momento exacto da transição da sonda gástrica para a alimentação por via oral, e que nos permitam interpretar os sinais necessários de que o RNPT encontra-se disponível para esta etapa do seu desenvolvimento neuro-motor.

O método a escolher para início do treino oral terá muito a ver com o ritmo próprio de cada RN, com a sua segurança e maturidade, bem como, a presença da família na prestação dos cuidados. Neste contexto é importante que ela seja aconselhada e guiada. Devemos também respeitar as opções da família e atender se o RNPT está na presença ou não de aleitamento materno na altura da transição. A estimulação na mama vazia e a translactação configuram-se como os métodos mais fisiológicos para esta transição.

Dos métodos descritos e estudados a utilização da técnica do copo, quando bem aplicada, parece trazer vantagens para os RNPT que ainda não são amamentados e nos quais as mães desejem amamentar. Porém, não são conclusivos e apresentam alguns resultados contraditórios que necessitam de análise.

Todavia, a procura não deve cessar pelo que se torna necessário mais e melhor pesquisa e investigação acerca desta temática. Deixamos como sugestões estudos quantitativos ou qualitativos desta temática com uma população mais alargada, já que foi uma das fraquezas referidas por alguns autores

dos estudos analisados, e/ou que se estenda à população portuguesa, permitindo uma maior compreensão e contextualização da problemática, por forma a estimular os enfermeiros a fazer investigação.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABOUELFETTOH Amel; DOWLING Donna; et al - Cup versus bottle feeding for hospitalized late preterm infants in Egypt: International Breastfeeding journal, November, 2008
- AQUINO, Rebeca R.- Alimentação do recém nascido pré-termo: métodos de transição da gavagem para o peito materno. Dissertação (mestrado), Universidade federal de Pernambuco, Recife, 2006
- BAUER, M. A; PRADE, L. S; *et al.* - The oral motor capacity and feeding performance of preterm newborns at the time of transition to oral feeding; Braz J Med Biol Res vol.41 no.10, Ribeirão Preto, Outubro 2008
- COUTO, Daiana E., NEMR, Kátia- Análise da prática da técnica do copinho em hospitais amigos da criança nos estados do rio de Janeiro e são Paulo, Rev CEFAC, São Paulo, v.7, n.4, 448-59, Outubro-Dezembro, 2005
- FUGINAGA, Cristina; VENSON Crisiane, Estimulação da sucção não nutritiva na mama vazia em bebês prematuros, Sociedade brasileira de fonoaudiologia, ISSN: 1807-3115, 2008
- FUJINAGA, Cristina; ROSSAROLLA, Cleidir; *et al.* - Validade discriminatória do instrumento de avaliação da prontidão para início da alimentação oral de bebês prematuros. Revista da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia. São Paulo. ISSN 1516-8034. Vol 14, Nº 1 (2009).
- GUTIERREZ, Liza; DELGADO, Susana E; *et al.* - Caracterização do uso da técnica do copo em UTI neonatal de um hospital público. Rev. bras. crescimento desenvolv. hum., Abr 2006, vol.16, no.1, p.22-31. ISSN 0104-1282
- JONES, Elizabeth; KING, Caroline - Feeding and nutrition in the preterm infant Elsevier Health Sciences, 2005, ISBN 0443073783, 9780443073786
- LANG, S. Breastfeeding Special Care Babies.2ª ed.: Baillière Tindall; London, 2002.
- LIMA, Vivian Passos and MELO, Adriana de Medeiros. Uso do copinho no alojamento canguru. Rev. CEFAC [online]. 2008, vol.10, n.1, pp. 126-133. ISSN 1516-1846.
- NEIVA, F. C. B. LEONE, C. R. Sucção em recém-nascidos pré-termo e estimulação da sucção. Pró-Fono Revista de Atualização Científica, Barueri (SP), v. 18, n. 2, p. 141-150, maio-ago. 2006.
- NEIVA, F. C. B. LEONE, C. R- Evolução do ritmo de sucção e influência da estimulação em prematuros. Pró-Fono Revista de Atualização Científica, Barueri (SP), vol.19, nº3, pp. 241-248, Julho-setembro, 2007
- PIMENTA, Hellen; MOREIRA, Maria; *et al.* - Efeitos da sucção não nutritiva e da estimulação oral nas taxas de amamentação em recém-nascidos prétermo de muito baixo peso ao nascer: um ensaio randomizado. J.Pediatrí. Porto Alegre. ISSN 0021-7557. Vol 84, Nº 5, Set/Out (2009).
- YAMAMOTO, Raquel; SOARES, Márcia; *et al.* - Características da sucção nutritiva na liberação da via oral em recém-nascidos pré-termo de diferentes idades gestacionais. Revista da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia. São Paulo. ISSN 1516-8034. Vol 14, Nº 1 (2009).
- SILVA, Ana; ALENCAR, Karla; *et al.* - A alimentação do prematuro por meio do copo. Revista da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia. São Paulo. ISSN 1516-8034. Vol 14, Nº 3 (2009).

A UTILIZAÇÃO DA PENTOXIFILINA COMO ADJUVANTE DA TERAPIA COMPRESSIVA NO TRATAMENTO DAS ÚLCERAS DE PERNA DE ETIOLOGIA VENOSA

Eduardo Santos⁽¹⁾
Madalena Cunha⁽²⁾



Resumo

Contexto: A terapia compressiva constitui a base do tratamento das úlceras de perna de etiologia venosa. Existem, porém, vários estudos que mostraram que a terapia compressiva *per se* se revelou ineficaz no tratamento de alguns casos. Este trabalho surge na sequência da utilização da pentoxifilina como adjuvante da terapia compressiva procurando determinar se esta intervenção pode ou não aumentar as taxas de cicatrização.

Objetivo: Determinar a eficácia da pentoxifilina, como adjuvante da terapia compressiva, no tratamento das úlceras de perna de etiologia venosa.

Desenho: Revisão sistemática com metanálise.

Métodos: Foram seguidos os princípios propostos pelo *Cochrane Handbook*. A análise crítica foi realizada isoladamente por dois investigadores e a análise estatística com recurso ao programa STATA 11.1.

Resultados: Foram incluídos cinco *randomized controlled trials* (RCT) envolvendo 668 utentes e duas metanálises. A pentoxifilina como adjuvante da terapia compressiva no tratamento das úlceras de perna de etiologia venosa promove uma maior cicatrização do que o grupo placebo (RR=1.61, IC 95% = 1.20-2.15).

Conclusão: A utilização da pentoxifilina como adjuvante da terapia compressiva é eficaz no tratamento das úlceras de perna.

Palavras-chave: Pentoxifilina; úlcera de perna; ligaduras de compressão

Abstract

USE OF PENTOXIFYLLINE AS ADJUVANT OF THE COMPRESSIVE THERAPY IN THE TREATMENT OF VENOUS LEG ULCERS.

Background: The compressive therapy is the main principle of treatment in venous leg ulcers. However, there are several studies that showed that compressive therapy itself has ineffective in treating some cases. Thus, this work follows the use of pentoxifylline as adjuvant to compressive therapy and tries to determine if this intervention may or not increase rates of healing.

Objective: Determine the efficacy of pentoxifylline as adjuvant to compressive therapy in the treatment of venous leg ulcers.

Design: Systematic review with meta-analysis.

Methods: We followed the principles proposed by the *Cochrane Handbook*. The review was conducted by two singly researchers and statistical analysis was performed using the program STATA 11.1.

Results: We included five randomized controlled trials (RCT) involving 668 patients and two meta-analyses. Pentoxifylline as adjuvant to compression therapy of venous leg ulcers promotes greater healing than the placebo group (RR = 1.61, 95% CI = 1:20 to 2:15).

Conclusion: The use of pentoxifylline as adjuvant to compression therapy is effective in treating leg ulcers.

Keywords: pentoxifylline; leg ulcer; compression bandages

Recebido em março 2012. Aceite em novembro 2012

(1) Pós-Graduado em Tratamento de Feridas e Regeneração Tecidual. Enfermeiro - Fundação Aurélio Amaro Diniz (Serviço de Medicina) [ejf.santos87@gmail.com]

(2) Docente da Escola Superior de Saúde e investigadora do Centro de Estudos em Educação, Tecnologias e Saúde (CI&DETS) do Instituto Politécnico de Viseu [madac@iol.pt]

INTRODUÇÃO

A utilização da compressão no tratamento da úlcera de perna remonta ao tempo de Hipócrates e tem desde sempre ocupado uma posição de relevo (Dealey, 2006).

Actualmente existem inúmeras evidências científicas que se referem aos benefícios da terapia compressiva para a úlcera de perna de etiologia venosa, atestando que este tratamento melhora a cicatrização, quando comparado com a não compressão, sendo que a alta compressão e os sistemas multicamadas são mais eficazes que as baixas pressões ou os sistemas de camada única (Cullum, 2001 *apud* Franks e Posnett, 2003; Baranoski e Ayello, 2006).

Todavia, apesar da terapia compressiva constituir o componente mais importante do tratamento da úlcera de perna (Partsh, 2003), vários estudos revelaram que a terapia compressiva por si só se revelou ineficaz no tratamento de alguns casos (cerca de 30 a 60%) (Burnand *et al.*, 1976; Callam *et al.*, 1992; Smith *et al.*, 1992 *apud* Dale *et al.*, 1999).

Tendo em consideração estes resultados e os factores que podem auxiliar a diminuir esta dificuldade, foram publicados vários estudos que sugerem que a utilização da pentoxifilina como adjuvante da terapia compressiva pode aumentar as taxas de cicatrização, não sendo consensual a posologia a implementar (Colgan *et al.*, 1990; Dale *et al.*, 1999; Falanga *et al.*, 1999; Belcaro *et al.*, 2002; De Sanctis *et al.*, 2002).

A pentoxifilina é um fármaco vasodilatador periférico utilizado no tratamento das perturbações circulatórias arteriais e arterio-venosas; e que melhora a fluidez do sangue devido à sua acção sobre a diminuição patológica da deformabilidade dos eritrócitos reduzindo a hiperviscosidade do sangue e inibindo a agregação plaquetária, o que consequentemente, aumenta a microcirculação nas regiões com irrigação sanguínea diminuída (Dale *et al.* 1999; Jull, Waters e Arroll, 2002; Jull *et al.* 2007).

Neste contexto, o presente artigo pretende reunir e sistematizar os resultados dos estudos sobre a eficácia da pentoxifilina como adjuvante da tera-

pia compressiva no tratamento de úlceras de perna de etiologia venosa de modo a documentar o “estado da arte” que focaliza esta problemática.

Assim, com o intuito de situar a problemática foi enunciada a seguinte questão de investigação: ***Qual é a eficácia da pentoxifilina como adjuvante da terapia compressiva no tratamento das úlceras de perna de etiologia venosa?***

Visando dar resposta à questão orientadora e delimitar o campo de pesquisa desta revisão definiu-se como objectivo:

– Determinar a eficácia da pentoxifilina, como adjuvante da terapia compressiva, no tratamento das úlceras de perna de etiologia venosa.

2 – METODOLOGIA

De forma a identificar os principais *RCT*, meta-análises de ensaios clínicos e revisões sistemáticas que permitissem responder à questão anteriormente mencionada, foi implementada uma metodologia que tem por base os princípios propostos pelo *Cochrane Handbook* (Higgins e Green, 2009). A localização e selecção dos estudos foi realizada através do desenvolvimento de uma estratégia de pesquisa que incidiu sobre várias bases de dados electrónicas.

2.1 – LOCALIZAÇÃO E SELECÇÃO DOS ESTUDOS

As pesquisas electrónicas realizaram-se entre Outubro de 2011 e Dezembro de 2011 através de vários motores de busca científica: Google Scholar; SciELO Scientific Electronic Library Online; The Joanna Briggs Institute; CINAHL Plus with Full Text, MedicLatina, Academic Search Complete, MEDLINE with Full Text, Cochrane Database of Systematic Reviews, Cochrane Central Register of Controlled Trials, Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive (via EBSCO); Elsevier - Science Direct (via b-on – Online Knowledge Library).

Os descritores utilizados foram: *pentoxifylline*, *leg ulcer*, *compression bandages* e *randomized controlled trials*, tendo sido adoptada a seguinte

estratégia de pesquisa para as bases de dados mencionadas:

- #1 MeSH descriptor “pentoxifylline” (“All of the Above”)
- #2 MeSH descriptor “leg ulcer” (“All of the Above”)
- #3 MeSH descriptor “compression bandages” (“All of the Above”)
- #4 MeSH descriptor “randomized controlled trials” (“All of the Above”)
- #5 [(#1 OR #2) AND #3] (All fields)
- #6 [(#1 OR #2) AND #4] (title and abstract)

A primeira amostra de artigos ficou, então, composta por 6149 estudos. Contudo, devido ao tamanho da amostragem foram aplicados limitadores de pesquisa, tendo apenas sido considerados os estudos que auferissem dos seguintes requisitos:

- População adulta (maior de 18 anos), publicados em língua portuguesa, espanhola (castelhano) ou inglesa;
- Texto completo (*fulltext*);
- Data de publicação (1990 - até à actualidade).

A amostra ficou, então, reduzida para 1131 estudos cujos títulos e resumos foram analisados para refinar todo o processo já percorrido. Neste sentido foram excluídos 1063 trabalhos por não se referirem ao tema em estudo especificamente e se

encontrarem repetidos, tendo a amostra diminuído para 68 estudos.

2.2 – ANÁLISE CRÍTICA DOS ESTUDOS

A partir deste ponto foram definidos e aplicados critérios de selecção (Quadro 1) mais rigorosos, de forma a estreitar e refinar o *corpus* de estudo que constituiria esta revisão.

No que se refere à avaliação crítica da qualidade dos trabalhos incluídos foram utilizados os instrumentos “*Grelha para avaliação crítica de um artigo descrevendo um ensaio clínico prospectivo, aleatorizado e controlado*” e “*Grelha para avaliação crítica de uma revisão sistematizada*” do Centro de Estudos de Medicina Baseada na Evidência da Faculdade de Medicina de Lisboa. (Carneiro, 2008).

A análise crítica dos estudos foi realizada por dois investigadores individualmente e nenhum teve conhecimento dos resultados da análise um do outro em qualquer momento deste processo conforme preconizado por Higgins e Green (2009). Apenas foram considerados “*estudos de qualidade*” os que obtivessem um *score* igual ou superior a 75% (Carneiro, 2008).

Como os estudos incluídos são semelhantes em termos de população e intervenções, os seus resultados foram combinados e realizada metanálise com recurso ao programa STATA 11.1.

QUADRO 1 – Critérios de inclusão e exclusão para a selecção dos estudos

Critérios de selecção	Critérios de inclusão	Critérios de exclusão
Participantes (Tipo de feridas)	Úlceras de perna de etiologia venosas tratadas com terapia compressiva	Todas as feridas de outra etiologia Úlceras venosas da perna tratadas sem terapia compressiva
Intervenções	Utilização de pentoxifilina	Todos os estudos que não utilizem pentoxifilina
Comparações	Comparação da utilização da pentoxifilina com placebo/controlo na terapia compressiva.	-
“Outcomes”	Estudar a variável: - Número de úlceras que cicatrizaram completamente.	Todos os estudos que não analisassem a variável de inclusão.
Desenho	Ensaio clínico aleatorizados (<i>randomized controlled trial</i> – RCT) Revisões sistemáticas com metanálise	Outros desenhos para além dos de inclusão

Os resultados foram expressos em *odds ratio* (OR) com intervalos de confiança de 95% (IC 95%). Na ausência de heterogeneidade significativa, foi utilizado o modelo de efeitos fixos quando se combina estudos. Na presença de heterogeneidade significativa foram realizadas análises alternativas com recurso ao modelo de efeitos aleatórios (Rodrigues e Ziegelmann, 2010).

3 – RESULTADOS

De todos os estudos identificados apenas sete foram seleccionados para o *corpus* de estudos. Assim, os principais resultados da análise dos estudos seleccionados e da análise da qualidade

foram agrupados e organizados em dois “quadros de evidências” (conforme quadro 2 e 3) que resumem os dados de maior interesse. Os mesmos são seguidos de uma síntese descritiva dos aspectos mais importantes de cada um dos estudos incluídos.

O quadro 2 resume as principais características e dimensões dos RCT incluídos na nossa amostra.

Quanto ao estudo de Colgan et al. (1990) os autores desenharam um estudo que contou com 80 utentes. Estes foram divididos aleatoriamente em dois grupos, o grupo experimental (n=38) onde foi administrada pentoxifilina 1200mg/dia e o grupo de controlo (n=42) onde apenas se administrou um placebo. Foram definidos como critérios de inclusão: úlceras de perna de etiolo-

QUADRO 2 – Principais Resultados dos RCT Incluídos nesta Revisão

Autores/ Ano/País	Desenho/ amostra	Intervenção	Controlo	Resultados	Score da análise da qualidade
Colgan <i>et al.</i> , 1990 (Reino Unido)	RCT/ n=80	Pentoxifilina 1200mg/dia + Terapia compressiva (2 camadas)	Placebo + Terapia compressiva (2 camadas)	A percentagem de úlceras cicatrizadas foi de 64% no grupo tratado com pentoxifilina e 34% no grupo tratado com um placebo (X ² =4.78, p=0.03) (OR=1.81, IC 95%=1.20-2.71).	83 %
Dale <i>et al.</i> , 1999 (Reino Unido)	RCT/ n=200	Pentoxifilina 1200mg/dia + Terapia compressiva elástica (1 ou 4 camadas)	Placebo + Terapia compressiva elástica (1 ou 4 camadas)	A cicatrização ocorreu em 64% dos utentes tratados com pentoxifilina e em 53% dos tratados com o placebo.	85 %
Falanga <i>et al.</i> , 1999 (Reino Unido)	RCT/ n=131	Pentoxifilina 1200 ou 2400mg/dia + Terapia compressiva elástica + bota UNNA	Placebo + Terapia compressiva elástica + bota UNNA	- Os utentes tratados com pentoxifilina 2400mg/dia cicatrizaram mais rápido que o placebo (p = 0,043); - O tempo médio de completa cicatrização foi de 100, 83, e 71 dias para os grupos de placebo, 1200mg/dia de pentoxifilina e 2400mg/dia pentoxifilina respectivamente; - A posologia mais elevada de pentoxifilina (2400mg/dia) foi mais eficaz do que a menor.	78%
Belcaro <i>et al.</i> , 2002	RCT/ n=172	Pentoxifilina 1200mg/dia + Terapia compressiva elástica (2 camadas)	Placebo + Terapia compressiva elástica (2 camadas)	- A percentagem de úlceras cicatrizadas foi de 67% no grupo tratado com pentoxifilina e 30.7% no grupo placebo (p<0.02); - O custo do tratamento aumentou 21% no grupo tratado com pentoxifilina mas os custos devido à não-cicatrização foi equivalente a uma aumento de 44%.	75%
De Sanctis <i>et al.</i> , 2002	RCT/ n=85	Pentoxifilina 1200mg/dia + Terapia compressiva elástica (2 camadas)	Placebo + Terapia compressiva elástica (2 camadas)	- A percentagem de úlceras cicatrizadas foi de 88% no grupo tratado com pentoxifilina e 44% no grupo placebo (p<0.02).	78%

gia venosa (IPTB>0.8) sem sinais de evolução cicatricial durante pelo menos 2 meses (difícil cicatrização) e ausência de alergia à pentoxifilina. Os autores não referem especificamente critérios de exclusão.

No que concerne ao estudo apresentado por Dale et al. (1999), estes procuraram determinar se a pentoxifilina 1200mg/dia como adjuvante da terapia compressiva em ambulatório aumentava as taxas de cicatrização. Neste processo foram incluídos 200 utentes que foram divididos aleatoriamente constituindo o grupo experimental (n=101) onde se administrou a pentoxifilina; e o grupo controlo (n=99) onde foi administrado o placebo. Neste processo foram aceites participantes com idade superior a 18 anos com úlceras de perna de etiologia venosa (confirmada por ultra-sonografia) sem sinais de evolução cicatricial de 2 meses. Como factores de exclusão rejeitaram-se todos os casos de enfarte do miocárdio nos últimos três meses; hemorragia nas últimas 8 semanas; a baixa adesão ao tratamento; hipersensibilidade à pentoxifilina, metilxantinas e cafeína; o tratamento sistemático com corticosteróides, agentes citotóxicos, pentoxifilina, agentes anticoagulantes ou fibrinolíticos nos últimos 3 meses; a presença de insuficiência cardíaca direita; concentração de creatinina sérica superior a 180 $\mu\text{mol/l}$; insuficiência hepática; diabetes mellitus, doença maligna, artrite reumatóide, a capacidade física limitada ou imobilidade total; úlcera infectada ou gangrena no local da úlcera; e tamanho da úlcera menor que 1 cm.

No estudo de Falanga et al. (1999) os autores compararam o efeito de duas posologias de pentoxifilina e o placebo nas taxas de cicatrização das úlceras de perna de etiologia venosa, pelo que aleatorizaram e dividiram os participantes em três grupos. Assim, foi constituído o grupo de controlo (n=45) onde se administrou o placebo, o grupo experimental A (n=41) tratado com pentoxifilina 1200mg/dia e o grupo experimental B (n=43) onde se administrou pentoxifilina 2400mg/dia. Os critérios de inclusão estabelecidos foram a existência de pelo menos uma úlcera de perna venosa (> 1 cm de diâmetro), os achados clínicos consistentes com etiologia venosa (hiperpigmentação da pele circundante, li-

podermatoesclerose, varizes, localização medial) e confirmado pela presença de refluxo venosa, idade entre 18 e 90 anos, duração da úlcera entre 2 e 24 meses, ausência de insuficiência arterial significativa dos membros inferiores (IPTB>0.5), capacidade de deambulação, um peso corporal entre 90% a 150% do ideal (Tabelas Metropolitan Life). Os critérios de exclusão foram os seguintes: gravidez, um nível de hemoglobina A1c superior a 10%, a presença de úlceras diabéticas ou isquémica, úlceras com tendões expostos, úlceras infectadas que necessitam tratamento com antibióticos sistémicos, ou uma história de má adesão ao tratamento.

Quanto a Belcaro et al. (2002) desenharam um estudo que contou com 172 utentes e que foram divididos aleatoriamente em dois grupos, o grupo experimental (n=84) onde foi administrada pentoxifilina 1200mg/dia e o grupo de controlo (n=88) sujeito ao placebo. Como critérios de inclusão adoptaram-se os critérios do estudo de Colgan et al. (1990) tendo sido apenas acumulado como critério de exclusão os utentes com diabetes mellitus e a presença de qualquer doença vascular (IPTB>1.1)

Por último, De Sanctis et al. (2002) também avaliaram o tratamento das úlceras de perna de etiologia venosas com terapia compressiva e tendo a pentoxifilina como adjuvante. Também neste estudo se adoptaram os critérios do estudo de Colgan et al. (1990).

No quadro 3 podem observar-se os principais resultados das revisões sistemáticas com metanálise incluídas neste artigo.

Em relação ao à revisão de Jull, Waters e Arroll (2002) os autores realizaram uma revisão sistemática da literatura com metanálise baseada em oito RCT (n=547). Foi realizada pesquisa em vários motores de busca científica, realizada localização e selecção de estudos, aplicação de critérios de selecção e avaliação crítica por dois investigadores. Assim, consideramos que foram cumpridos todos os requisitos de uma revisão sistemática denotando que este estudo incluído manifesta uma óptima qualidade metodológica.

Também a revisão de Jull *et al.* (2007) revela uma óptima qualidade metodológica e corporiza

QUADRO 3 – Principais resultados das revisões sistemáticas com metanálise incluídas nesta revisão

Autores/ Ano	Título	Desenho/ amostra	Objectivo	Resultados	Score da análise crítica da qualidade
Jull, Waters e Arroll <i>et al.</i> , 2002	Pentoxifylline for treatment of venous leg ulcers: a systematic review	8 RCT/ n=547	Determinar se a pentoxifilina, com ou sem compressão, é eficaz no tratamento de úlceras de perna de etiologia venosa	- A pentoxifilina é mais eficaz que o placebo na cicatrização completa ou melhoria substancial de úlceras venosas da perna (RR= 1.49, IC 95%= 1.11-2.01); - A pentoxifilina como adjuvante da terapia compressiva também foi mais eficaz que o placebo e compressão na cicatrização completa (RR=1.30, IC 95%= 1.01-1.54).	95%
Jull <i>et al.</i> , 2007	Pentoxifylline for treating venous leg ulcers	12 RCT/ n=864	Avaliar os efeitos da pentoxifilina no tratamento de úlceras de perna venosas, em comparação com um placebo ou outras terapias, na presença ou ausência de terapia de compressão	- A pentoxifilina é mais eficaz que o placebo em termos de cicatrização completa da úlcera ou melhora significativa (RR=1.70, IC 95%= 1.30-2.24); - A pentoxifilina como adjuvante da terapia compressiva é mais eficaz do que placebo e terapia compressiva (RR=1.56, IC 95%= 1.14-2.13); - A pentoxifilina na ausência de compressão parece ser mais eficaz que o placebo ou nenhum tratamento (RR=2.25, IC 95% 1.49-3.39).	95%

uma revisão sistemática da literatura com metanálise baseada em doze RCT (n=864).

3.1 – ANÁLISE ESTATÍSTICA

Para se proceder à análise estatística – metanálise dos resultados inicialmente foram calculados os *odds ratio* e desvios padrão de acordo com o modelo de efeito fixo, o qual assume que existe um tamanho do efeito semelhante e verdadeiro em todos os estudos, sendo que as diferenças são explicáveis apenas devido a erros de amostragem (Rodrigues e Ziegelmann, 2010).

Para a verificação de existência de heterogeneidade entre os estudos foi calculado o teste Q de Cochran e o I^2 de Higgins e Thompson, tendo por base que um valor de I^2 próximo a 0% indica não heterogeneidade entre os estudos, próximo a 25% indica baixa heterogeneidade, próximo a 50% indica heterogeneidade moderada e próximo a 75% indica alta heterogeneidade entre os estudos (*Idem*).

Contudo, os resultados da metanálise pelo modelo de efeito fixo apontavam para uma heterogeneidade dos estudos incluídos devido ao valor p encontrado que indica existirem diferenças estatisticamente significativas (Q= 13.01, p=0.011), o que foi corroborado pelo valor calculado de I^2 ($I^2= 69.3%$)

Neste sentido foi aplicado o modelo de efeitos aleatórios como é recomendado (Rodrigues e Ziegelmann, 2010).

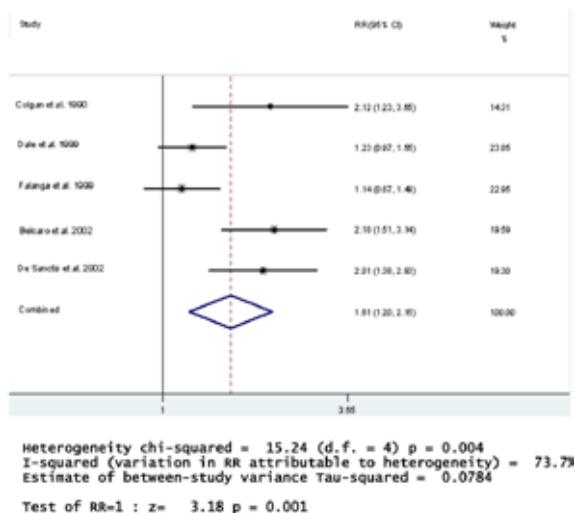
No quadro 4 e figura 1 apresentamos os resultados da metanálise.

Da análise do *forest plot* (figura 1) podemos inferir que, apesar da alta heterogeneidade, o teste para a diferença absoluta entre os estudos e o valor p associado (p=0.001) indicam haver evidências estatísticas de que o número de cicatrização entre a pentoxifilina e o placebo não é o mesmo. Este resultado combinado com o valor da medida metanalítica (RR=1.61) mostra que a pentoxifilina é eficaz como adjuvante da terapia compressiva o que possibilita maiores taxas de cicatrização, pois a intervenção favoreceu o tratamento em todos os estudos incluídos.

QUADRO 4 – Número de utentes com cicatrização completa da(s) úlceras de perna no grupo da pentoxifilina, controlo e RR correspondentes

Estudos	Pentoxifilina	Controlo	RR (95% IC)
Cicatrização completa n/N (%)			
Colgan <i>et al.</i> , 1990	23/38 (61)	12/42 (29)	2.12 (1.23-3.65)
Dale <i>et al.</i> , 1999	65/101 (64)	52/99 (53)	1.23 (0.97-1.55)
Falanga <i>et al.</i> , 1999	61/86 (71)	28/45 (62)	1.14 (0.87-1.49)
Belcaro <i>et al.</i> , 2002	55/82 (67)	24/78 (31)	2.18 (1.51-3.14)
De Sanctis <i>et al.</i> , 2002	36/41 (89)	17/39 (44)	2.01 (1.38-2.93)
Modelo de efeitos aleatórios			1.61 (1.20-2.15)

FIGURA 1 – Forest plot (modelo de efeitos aleatórios)



DISCUSSÃO

Esta revisão sistemática da literatura com meta-análise é alvo de algumas limitações.

Primeiro, devemos referir que por termos adoptado rigorosos critérios de selecção e seguido rigidamente todas as etapas da realização de uma

revisão sistemática consideramos os resultados válidos, fiáveis e transferíveis.

É de salientar que foram preferidos os RCT e revisões sistemáticas por constituírem peças absolutamente fundamentais para a prática clínica e constituírem os maiores níveis de evidência.

Porém, e no que refere à qualidade metodológica dos estudos analisados alvo da nossa metanálise, verificou-se uma elevada heterogeneidade entre os estudos o que limita as conclusões que podemos retirar.

Provavelmente a heterogeneidade fica a dever-se à diferença entre a qualidade metodológica dos RCT incluídos e o facto de estes não apresentarem intervenções semelhantes, como por exemplo, as diferentes posologias de pentoxifilina, os diferentes sistemas de compressão (bota Unna, ligaduras elástica de duas camadas, e quatro camadas), o tipo de terapia compressiva efectuada, o número de camadas e não há referência a vários factores preponderantes na cicatrização como os factores biológicos e/ou de saúde (exemplo: estado nutricional), características da ferida, o tipo de penso utilizado, a frequência do mesmo, método de limpeza... informações caracterizadoras que não foram encontradas nas publicações dos estudos incluídos nesta revisão sistemática de literatura.

Por outro lado, alguns critérios de inclusão dos RCT levantam algumas incertezas na nossa interpretação. Falamos especificamente do critério das úlceras de perna de etiologia venosa de difícil cicatrização (“*slow-to-heal*”) utilizado em três dos estudos que integraram o nosso *corpus* (sendo disso exemplo as investigações de Colgan et al., 1990; Belcaro et al., 2002; De Sanctis et al., 2002) e que foi definido pelos autores como “*sem sinais de evolução cicatricial durante pelo menos 2 meses*”.

Este critério por não ser devidamente explorado levanta dúvida quanto às análises dos resultados dos estudos pois não temos conhecimento se as pessoas portadoras de úlcera de perna foram simplesmente seleccionados a partir de populações com ulceração mal tratadas de longa data ou se tratava de pessoas que receberam a terapia compressiva adequada, mas demoram a cicatrizar. Este facto pode ter enviesado a selecção e tratamento das variáveis clínicas dos estudos, sendo que este critério deveria ser redefinido.

As diferenças no desenho do estudo podem contribuir para a heterogeneidade, e inclusão de ensaios clínicos controlados que usaram métodos pobres ou pouco claros podendo superestimar os efeitos do tratamento por 30-41% (Schulz et al., 1995).

Torna-se, por isso, premente a realização de mais RCT com desenhos mais rigorosos e que abranjam outras variáveis clínicas (como por exemplo as supracitadas) que são fulcrais para o entendimento mais profundo e estabelecimento de relações causais. Devendo-se, ulteriormente, actualizar os estudos meta-analíticos já existentes de forma a contribuir para a prática baseada na evidência através da sedimentação deste “estado da arte” nas decisões clínicas.

Em defesa das evidências apuradas saliente-se, porém, que os resultados dos RCT e metanálises incluídas no nosso *corpus* de estudo são coincidentes com os resultados da nossa metanálise e revelam que a pentoxifilina como adjuvante da terapia compressiva das úlceras de perna de etiologia venosa promove uma maior cicatrização (RR=1.61, IC 95% = 1.20-2.15).

Embora a relação tenha sido estudada, é ainda necessário estudar a posologia necessária para

contribuir para uma maior cicatrização. A análise dos estudos seleccionados deixa espaço para algumas dúvidas, pois embora o estudo de Falanga et al. (1999) revele que a posologia mais elevada de pentoxifilina (2400mg/dia) foi mais eficaz do que a menor (1200mg/dia) estes resultados não podem ser generalizados. Ainda assim, a intervenção aplicada na maior parte dos estudos incluídos foi 1200mg/dia de pentoxifilina (Colgan et al., 1990; Dale et al., 1999; Belcaro et al., 2002; De Sanctis et al., 2002). O estudo da relevância da posologia poderá no futuro ser alvo de uma investigação mais aprofundada, pelo que, actualmente, carece de melhor sustentação.

CONCLUSÃO

Actualmente a terapia compressiva constitui a base do tratamento das úlceras de perna de etiologia venosa. Quando combinada com a cicatrização em meio húmido, a terapia compressiva melhora a taxas de cicatrização, sendo fulcral o total empenho da equipa multidisciplinar que acompanha o utente.

É no entanto, de acordo com a evidência disponível, o consenso entre os diversos autores e as evidências encontradas, possível melhorar a eficácia da terapia compressiva através da utilização da pentoxifilina como adjuvante terapêutico.

Esta intervenção para além de aumentar as taxas de cicatrização é custo-efectiva, devido sobretudo à redução de tempo de cicatrização, da quantidade de pensos realizada e diminuição dos restantes custos que lhes são subsequentes com o tempo de tratamento. Assim sendo, pode-se inferir que a adopção desta intervenção permite uma redução de custos quer ao nível da utilização dos materiais de tratamento utilizados, quer com o tempo de enfermagem necessário para os tratamentos e é principalmente benéfico para o utente.

Futuramente, é imperativa a realização de mais RCT e a actualização dos estudos meta-analíticos existentes.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Baranowski S, Ayello E. (2006) *O essencial sobre o tratamento de feridas: princípios práticos*. Loures: Lusodidacta. ISBN: 978-972-8930-03-5.
- Belcaro G, Cesarone M, Nicolaidis A, et al. (2002) Treatment of venous ulcers with pentoxifylline: A 6-month, double-blind, placebo controlled trial. *Angiology*. 53(1):45-47.
- Carneiro A. (2008) Como avaliar a investigação clínica: O exemplo da avaliação crítica de um ensaio clínico. *J Port Gastroenterol*. ISSN 0872-8178. 15(1):30-36.
- Colgan MP, Dormandy J, Jones P, et al. (1990) Oxpentifylline treatment of venous ulcers of the leg. *BMJ*. 300:972-75.
- Dale J, Ruckley C, Harper D, et al. (1999) Randomised, double blind placebo controlled trial of pentoxifylline in the treatment of venous leg ulcers. *BMJ*. 319:875-78.
- De Sanctis M, Belcaro G, Cesarone M, et al. (2002) Treatment of venous ulcers with pentoxifylline: A 12-month, double-blind, placebo controlled trial. Microcirculation and healing. *Angiology*. 53(1):49-51.
- Dealey C. (2006) *Tratamento de Feridas: um guia para enfermagem*. 1.ª Edição. Lisboa: CLIMEPSI. ISBN 972-796-204-1.
- Falanga V, Fujitani R, Diaz C, et al. (1999) Systemic treatment of venous leg ulcers with high doses of pentoxifylline; efficacy in a randomized, placebo-controlled trial. *Wound Repair and Regeneration*. 7(4):208-13.
- Franks PJ, Posnett J. (2003) Cost-effectiveness of compression therapy. *EWMA Position Paper-Understanding compression therapy*. 8-10.
- Higgins JPT, Green S. (2009) *Cochrane handbook for systematic reviews of interventions: version 5.0.2* [Em linha]. London: The Cochrane Collaboration, [Consult. 10 Mar. 2010] Disponível em: WWW:<URL:<http://www.cochrane-handbook.org>>.
- Jull A, Arroll B, Parag V [et al.] (2007) Pentoxifylline for treating venous leg ulcers. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Issue 3. Art. No.: CD001733. DOI: 10.1002/14651858.CD001733.pub2.
- Jull A, Waters J, Arroll B. (2002) Pentoxifylline for treatment of venous leg ulcers: a systematic review. *The lancet*; 359:1550-54.
- Partsch H. (2003) Understanding the pathophysiology effects of compression. *EWMA Position Paper-Understanding compression therapy*, 2-4.
- Ramalho A. (2005) *Manual para redacção de estudos e projectos de revisão sistemática com e sem metanálise*. Coimbra: FORMASAU. ISBN 972-8485-54-9.
- Rodrigues C, Ziegelmann P. (2010) Metanálise: um guia prático. *Revista HCPA*. ISSN: 1983-5485. 30(4):435-446.
- Schulz KF, Chalmers I, Hays RJ, Altman DG. (1995) Empirical evidence of bias: dimensions of methodological quality associated with estimates of treatment effects in controlled trials. *JAMA*; 273:408-12.

NORMAS DE PUBLICAÇÃO

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

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

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

1 - TIPOS DE ARTIGOS

1.1 - Cartas ao director:

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

1.2 - Artigos sobre teoria de investigação:

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

Devem estruturar-se da seguinte forma:

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

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

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

Desenvolvimento da temática

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

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

Extensão máxima recomendada 15 páginas.

1.3 - Artigos síntese de trabalhos de investigação:

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

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

Fundamentação: Breve revisão e localização da problemática.

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

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

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

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

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

Bibliografia

Extensão máxima recomendada 20 páginas.

2 - RESPONSABILIDADES ÉTICAS

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

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

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

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

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

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

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

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

3 - COMO ENVIAR ARTIGOS PARA PUBLICAÇÃO

Os artigos e cartas devem ser enviados via on-line através do www.sinaisvitalis.pt/rie.php

Podem também ser enviados 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**.

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.