

Revista  
INVESTIGAÇÃO EM ENFERMAGEM

5

nº 5 - 2ª série - novembro 2013



Edições  
SINAIS VITAIS



# Revista INVESTIGAÇÃO EM ENFERMAGEM

Nº5 SÉRIE II - NOVEMBRO 2013

## SUMÁRIO / SUMMARY

<b>EDITORIAL</b> ARMÉNIO GUARDADO CRUZ	7
<b>BALNEOTERAPIA.</b> Um estudo realizado na Unidade Funcional de Queimados dos Hospitais da Universidade de Coimbra <i>BALNEOTHERAPY – A study realized in the Burns Unit of Coimbra’s University Hospital</i> <i>BALNEOTERAPIA - Un estudio realizado en la Unidad de Quemados en los Hospitales de la Universidad de Coimbra</i> ANA MARGARIDA PAIVA RODRIGUES MARTINHO	9
<b>ANÁLISE REFLEXIVA COM BASE NO ARTIGO: La complejidad del cuidado y el cuidado de la complejidad</b> <i>REFLECTIVE ANALYSIS BASED ON THE ARTICLE: La complejidad del cuidado y el cuidado de la complejidad</i> <i>ANÁLISIS REFLEXIVO BASADO EN EL ARTÍCULO: La complejidad del cuidado y el cuidado de la complejidad</i> MÁRCIA LÚCIA SOUSA DIAS ALVES; PAULO JOAQUIM PINA QUEIRÓS	24
<b>TRANSIÇÕES SAÚDE-DOENÇA.</b> Experiência na Pessoa Gastrectomizada <i>TRANSITIONS OF HEALTH-DISEASE. Individual experience in Gastrectomy</i> <i>TRANSICIONES DE SALUD-ENFERMEDAD. La experiencia de una persona gastrectomizada</i> ALEXANDRA AFONSO; GUILHERMINA CARVALHO; FÁTIMA DOMINGUES	34
<b>GESTOR DE CASOS. EXPERTISE CLÍNICA</b> <i>CASE MANAGER. CLINICAL EXPERTISE</i> <i>GESTOR DEL CASO. EXPERIENCIA CLINICA</i> JOÃO GUTERRES; GLÓRIA GONÇALVES; ALEXANDRA AFONSO; FÁTIMA DOMINGUES; GUILHERMINA CARVALHO	41
<b>A INFLUÊNCIA DA ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO NA QUALIDADE DE VIDA DOS IDOSOS</b> <i>THE INFLUENCE OF NURSING REHABILITATION ON QUALITY OF LIFE OF ELDERLY</i> <i>LA INFLUENCIA DE LA REHABILITACIÓN DE ENFERMERÍA EN LA CALIDAD DE VIDA DE LOS ANCIANOS</i> MÓNICA ROSÁRIO PEREIRA; JACINTA ROSA MORAIS; JOSÉ MANUEL JORGE GOMES; ANTÓNIO JOSÉ PINTO MORAIS	48
<b>O QUE OS ENFERMEIROS PENSAM DA ENFERMAGEM? DADOS DE UM GRUPO DE INFORMANTES</b> <i>WHAT NURSES THINK OF NURSING? DATA FROM A GROUP OF INFORMANTS</i> <i>QUÉ PIENSAN LAS ENFERMERAS DE ENFERMERÍA? DATOS DE UN GRUPO DE INFORMANTES</i> PAULO JOAQUIM PINA QUEIRÓS	57
<b>INFLUÊNCIA DO AMBIENTE DA PRÁTICA NOS RESULTADOS DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM</b> <i>- INFLUENCE OF PRACTICE ENVIRONMENT ON NURSING CARE OUTCOMES</i> <i>- INFLUENCIA DEL ENTORNO DE LA PRÁCTICA EN LOS RESULTADOS DE LOS CUIDADOS DE ENFERMEIRA</i> ANTÓNIO FERNANDO SALGUEIRO AMARAL; PEDRO LOPES FERREIRA	66



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

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

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

**Registo ICS:** 123 486

**ISSN:** 2182-9764

**Depósito Legal/Legal Deposit:** 145933 /2000

## ESTATUTO EDITORIAL

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

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

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

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

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



# EDITORIAL

---

**A**s alterações demográficas observadas nos últimos anos, apontam para um aumento da procura dos cuidados hospitalares pelas pessoas idosas, estimando-se que em Portugal haja mais de 75 mil reinternamentos por ano, onde cerca de metade envolvem pessoas com idade igual ou superior a 65 anos, sendo que, mais de 290 mil internamentos por ano são superiores a 7 dias.

Os reinternamentos deste grupo etário, muitas vezes relacionado com a agudização de problemas crónicos de saúde, favorecem rapidamente o descondicionamento, por vezes, justificado pelo repouso prolongado no leito durante o internamento (Siqueira *et al.*, 2004). Esta realidade, aumenta o risco de declínio funcional, com reflexos na autonomia nos autocuidados, no número de dias de hospitalização, nos custos dos cuidados, e na qualidade de vida das pessoas idosas, não só durante o período de internamento, mas também após a alta clínica, com períodos dilatados de recuperação cognitiva e física e maior sobrecarga para os prestadores de cuidados informais.

Alguns autores referem mesmo, que o ambiente hospitalar nem sempre é terapêutico mas, pelo contrário, bastante perigoso, pois é muitas vezes acompanhado de restrições físicas, desnutrição, e desenvolvimento de doença iatrogénica (Graf, 2006), como o declínio funcional, risco de queda, desenvolvimento de úlceras de pressão, entre outros problemas de ordem física e psicológica.

Por outro lado, as atitudes e representações sociais que os enfermeiros têm da pessoa idosa hospitalizada pode tornar-se uma barreira à promoção da mobilidade, interferindo na prioridade dos focos e intervenções dos cuidados de enfermagem, e contribuir negativamente para a sua autonomia funcional.

Embora exista uma filosofia reabilitativa global de cuidados de enfermagem, ajudando os doentes a envolver-se e a participar ativamente nos diversos autocuidados (banho, vestir/despir, movimentar na cama, deambular), também sabemos que muitas vezes os enfermeiros substituem os doentes em vez de os ajudar na concretização de determinadas atividades (ex: o banho é dado no leito em vez de ajudar o doente ao chuveiro) (Resnick, 2004, citado por Boltz *et al.*, 2011).

As evidências atuais deste problema de saúde, para além de todas as consequências individuais, sociais e económicas, são também um indicador importante da qualidade de cuidados de saúde prestados. A sua minimização, segundo o Plano Nacional de Prioridades 2012-2016, passa pelo desenvolvimento de estratégias e intervenções por parte das instituições e profissionais de saúde, focadas na redução de episódios de doença ou encurtamento da sua duração, na diminuição de situações de incapacidade temporária ou permanente, pelo aumento da funcionalidade física e psicossocial e, ainda, pela redução do sofrimento evitável e melhoria da qualidade de vida relacionada ou condicionada pela saúde.

Neste contexto, e tendo presente a Parceria Europeia para a Inovação no Envelhecimento Activo e

Saudável, que pretende, até ao ano 2020, aumentar em cerca de 2 anos a esperança de vida activa dos cidadãos, urge desenvolver e implementar, duma forma integrada e sistemática, estratégias para prevenir a fragilidade, a deterioração física, funcional e cognitiva das pessoas idosas.

Para isso, é necessário promover a cooperação, incluindo colaboração internacional interdisciplinar, entre grupos de investigação e instituições dedicadas ao estudo da pessoa idosa, e incentivar também a denominada “investigação de translação”.

VOTOS DE FELIZ NATAL E ÓTIMO ANO NOVO

Arménio Cruz

**Referências:**

- Boltz *et al.* (2011) - Function-Focused Care and Changes in Physical Function in Chinese American and Non-Chinese American Hospitalized Older Adults. *Rehabilitation Nursing*, Vol. 36, No. 6, p. 233-240;
- Graf, C. (2006). Functional decline in hospitalized older adults. *American Journal of Nursing*, 106(1), 58-67;
- Siqueira *et al.* (2004) - Impacto funcional da internação hospitalar de pacientes idosos. *Revista de Saúde Pública*. Vol. 38, nº 5, p. 687-694;

# BALNEOTERAPIA

## UM ESTUDO REALIZADO NA UNIDADE FUNCIONAL DE QUEIMADOS DOS HOSPITAIS DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA

Ana Margarida Paiva Rodrigues Martinho <sup>(1)</sup>



### Resumo

As lesões por queimadura são um importante problema de saúde pública, com repercussões a nível social dramáticas, provocando sofrimento, perda de capacidade funcional e um aumento excessivo de despesas. A infecção no doente queimado continua a ser a sua principal causa de morte, despoletada principalmente pela infecção da área queimada. Actualmente, na Unidade de Queimados dos Hospitais da Universidade de Coimbra, as sessões de balneoterapia contribuem de forma activa para o tratamento do doente queimado. Estudámos as sessões de balneoterapia a que são sujeitos os doentes vítimas de queimaduras e, se

as referidas sessões interferem na descolonização da superfície corporal queimada. Caracterizámos as sessões em estudo, analisámos a influência de algumas variáveis na descolonização da área queimada e a relação existente entre os anti-sépticos utilizados nestas sessões (digluconato de cloro-hexidina 40mg/ml e iodopovidona solução espuma 40 mg/ml) e a referida descolonização. A nossa amostra é constituída por 137 sessões de balneoterapia e obtivemos alguns dos resultados: o grau da queimadura, o tempo de internamento e o anti-séptico utilizado, influenciam a

descolonização da área queimada; foram identificados mais frequentemente os microrganismos *Staphylococcus aureus*, *Proteus mirabilis* e *Pseudomonas aeruginosa*.

**Palavras-chave:** Balneoterapia; queimados; anti-sépticos; descolonização.

### Abstract

#### BALNEOTHERAPY – A STUDY REALIZED IN THE BURNS UNIT OF COIMBRA’S UNIVERSITY HOSPITAL.

*Lesions caused by burns are an important public health problem with serious social repercussions, causing suffering, loss of functional abilities and a considerable increase in medical expenses. The infection in burn patients is still their main cause of death, triggered by an infection in the burn zone. At present, at the Burns Unit at the Hospital Universitário de Coimbra, balneotherapy contributes actively to the burn patient’s treatment. This thesis presents the study and results of balneotherapy sessions on patients victims of burns and attempts to determine whether the aforementioned sessions interfere with the decolonisation of the burn zone on the patient’s body. Thus, we described the sessions under study, we analysed the influence of variables in the decolonisation of the burn zone and the connection between the antiseptic solutions used in these sessions (chlorhexidine digluconate solution 40mg/ml and iodopovine foam solution 40mg/ml) and the subsequent decolonisation. Our sample comprises 137 balneotherapy sessions and according to the results, we realised that: the severity (degree) of the burn, the hospitalisation duration e the antiseptic solution, influenced the decolonisation of the burnt*

*zone; being more frequently identified microrganisms such as Staphylococcus aureus, Proteus mirabilis e Pseudomonas aeruginosa.*

**Keywords:** Balneotherapy; burn patients; antiseptic solutions; decolonisation

### Resumen

#### BALNEOTERAPIA - UN ESTUDIO REALIZADO EN LA UNIDAD DE QUEMADOS EN LOS HOSPITALES DE LA UNIVERSIDAD DE COIMBRA

*Lesions caused by burns are an important public health problem with serious social repercussions, causing suffering, loss of functional abilities and a considerable increase in medical expenses. The infection in burn patients is still their main cause of death, triggered by an infection in the burn zone. At present, at the Burns Unit at the Hospital Universitário de Coimbra, balneotherapy contributes actively to the burn patient’s treatment. This thesis presents the study and results of balneotherapy sessions on patients victims of burns and attempts to determine whether the aforementioned sessions interfere with the decolonisation of the burn zone on the patient’s body. Thus, we described the sessions under study, we analysed the influence of variables in the decolonisation of the burn zone and the connection between the antiseptic solutions used in these sessions (chlorhexidine digluconate solution 40mg/ml and iodopovine foam solution 40mg/ml) and the subsequent decolonisation. Our sample comprises 137 balneotherapy sessions and according to the results, we realised that: the severity (degree) of the burn, the hospitalisation duration e the antiseptic solution, influenced the decolonisation of the burntzone; being more frequently identified microrganisms such as Staphylococcus aureus, Proteus mirabilis e Pseudomonas aeruginosa.*

**Palabras clave:** Balneoterapia; quemados; antisépticos; descolonización.

Rececionado em setembro 2012. Aceite em fevereiro 2013

<sup>1</sup> Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, a exercer funções na Unidade de Queimados dos HUC. Dissertação de Mestrado na área de Saúde Pública, apresentada na Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra sob orientação do Professor Doutor Vitor José Lopes Rodrigues e Coorientação do Doutor Celso Daniel Rocha Cruzeiro

## INTRODUÇÃO

O desenvolvimento da medicina, face ao conhecimento das alterações que as queimaduras produzem na pele e sua repercussão no resto do organismo, permitiu um avanço considerável nos procedimentos e terapêuticas que constituem actualmente o tratamento do doente queimado. Uma queimadura extensa é um trauma catastrófico, considerado um importante problema de saúde pública nos países em desenvolvimento e altamente industrializados. A Organização Mundial de Saúde, em 1998, especificou que ocorreram 282000 mortes no mundo decorrentes de queimaduras, 96% em países em desenvolvimento (Crisóstomo, Serra e Gomes, 2004).

Na perspectiva de Silva *et al.* (2003), em Portugal, o número de indivíduos queimados é muito elevado. Apesar da importância dada às queimaduras devido ao sofrimento causado ao indivíduo e respectiva família, certas áreas continuam ainda por explorar, nomeadamente áreas relacionadas com a prática de enfermagem, como por exemplo a nível do tratamento das queimaduras em que se salienta o banho na sala de balneoterapia.

As sessões de balneoterapia são uma das formas mais antigas de tratamento de queimaduras, consistindo numa terapia através de banhos. Tem como principal objectivo a limpeza através da aplicação de água corrente e/ou desbridamento mecânico do tecido desvitalizado, assim como desinfecção da área queimada (através da aplicação de anti-sépticos), contribuindo para a prevenção da infecção no doente queimado, por redução ou eliminação de agentes patogénicos na ferida. Nas sessões de balneoterapia da Unidade de Queimados (UQ) dos Hospitais da Universidade de Coimbra (HUC), são utilizados dois anti-sépticos na desinfecção da área queimada, iodopovidona solução espuma 40 mg/ml e digluconato de cloro-hexidina 40 mg/ml. Estes alternam entre si de 6 em 6 meses (desde 1998) por indicação da Comissão de Higiene e Epidemiologia Infecçiosa, no sentido de evitar a resistência microbiana.

Esta unidade abriu em 1989, tentando dar resposta às necessidades do doente queimado, surgindo aqui também com alguma frequência fo-

cos de infecção. Komolafe *et al.* (2003), referem que após o período inicial de choque, a infecção é a maior complicação associada a estes doentes, estimando-se que cerca de 75% da mortalidade é despoletada principalmente pela infecção da área queimada.

Assim, esta é actualmente uma grande preocupação para melhorar a sobrevivência destes doentes, pelo que a eficácia da balneoterapia e o uso de anti-sépticos prendem a nossa atenção. Com base nos pressupostos anteriormente descritos, realizámos a presente dissertação, que de um modo geral, analisa em que medida as sessões de balneoterapia contribuem para a descolonização da superfície corporal lesada do doente queimado.

O presente estudo encontra os seus alicerces nestas fundamentações e é a partir delas que surge a questão de investigação: *“Em que medida as sessões de balneoterapia estão relacionadas com a descolonização da superfície corporal lesada do doente queimado?”*.

Este problema, ao qual se pretende dar resposta, surge do próprio desempenho profissional, face às atitudes e comportamentos que se procuram adoptar, no sentido de garantir assistência ao doente, dotada de qualidade e dirigida para a sua recuperação.

Após delimitar a questão de investigação, considerámos importante definir claramente quais os objectivos que pretendíamos atingir. Neste sentido, o principal objectivo inerente à realização deste estudo é o de contribuir para um melhor conhecimento das sessões de balneoterapia e determinar a influência destas na descolonização da área corporal lesada do doente queimado. Os objectivos que se pretendem atingir são: caracterizar as sessões de balneoterapia; verificar se o banho na sala de balneoterapia, contribui para a descolonização da área queimada; analisar a influência de algumas variáveis (idade, sexo, tempo de internamento, etiologia da queimadura, percentagem da Superfície Corporal Queimada (SCQ), profundidade da queimadura, duração das sessões de balneoterapia e enfermeiro responsável pelos cuidados ao doente) na descolonização da área queimada; analisar a relação existente entre os anti-sépticos instituídos, na sala de balneoterapia, e a descolonização da área queimada.

No contexto laboral os profissionais de saúde centralizam as suas acções no doente e nas suas necessidades, desenvolvendo cuidados especializados, personalizados e revestidos de qualidade. Todas as acções convergem, assim, no tratamento do doente queimado, que realizado de forma prudente e rigorosa, objectiva a cura, com a melhor qualidade de vida possível. Estes profissionais têm um papel preponderantemente activo na recuperação e reintegração do doente. Pelo que a prestação dos cuidados, que tem por base fundamentos científicos, merece ser analisada, com o intuito de otimizar a qualidade desses cuidados.

## TRATAMENTO DO DOENTE QUEIMADO VS BALNEOTERAPIA

Os avanços alcançados na prevenção, tratamento e recuperação de situações de queimadura, são ainda insuficientes quando pensamos nas repercussões que esta situação patológica tem na qualidade de vida dos indivíduos.

O tratamento do doente queimado abrange um leque complexo de intervenções, que exigem dos profissionais de saúde conhecimento e dedicação. Durante séculos os benefícios da terapia através de banhos têm sido reconhecidos pela possibilidade de aliviar a dor e melhorar, de um modo geral, o bem-estar do corpo e do espírito. De

facto, a balneoterapia é um dos mais antigos procedimentos médicos, bastante popular e reconhecido na Europa e Ásia (Healing, 2006).

Na óptica do tratamento do doente queimado, a balneoterapia adopta uma designação com especificidades que definem um contexto muito próprio e restrito. As queimaduras, segundo Leontsinis e Brito (2004), dificultam de forma substancial ou total a higiene, favorecendo, assim, a entrada de germes patogénicos na corrente sanguínea, aumentando o potencial de infecção. De salientar, que a infecção é uma das mais frequentes e severas complicações, liderando as causas de morbimortalidade do doente queimado (Araújo, 2004). A balneoterapia é, de acordo com Sousa, Nunes e Santos (2003, p. 184), um “...*procedimento que consiste na realização de banhos, tendo como*

*principal objectivo a limpeza e remoção de tecidos desvitalizados, para evitar infecções e ajudar na formação de pele nas áreas queimadas superficiais. Contudo para lesões profundas de espessura total ou parcial, são necessários enxertos cutâneos. O sucesso deste tratamento, cujo significado se pode traduzir numa correcta limpeza das áreas queimadas, evitando a dor e o desconforto ao doente, depende não só da actuação de uma equipa, como também de uma afectação de recursos que um bom planeamento torna possível.*”

Salienta-se que actualmente a balneoterapia apesar de se assumir como indispensável para o tratamento do doente queimado, está também documentada como um meio possível de transmitir microrganismos entre os doentes nas unidades de queimados. É forçoso adoptar políticas e práticas apropriadas, como a limpeza e desinfecção adequada do equipamento de forma a limitar a potencial transmissão de microrganismos (Embil *et al.* 2001).

## MATERIAL E MÉTODOS

Definiu-se o tipo de estudo como um estudo de natureza quantitativa, descritivo-correlacional.

A população é constituída por todas as sessões de balneoterapia a que foram sujeitos os indivíduos com o diagnóstico de queimadura, internados na UQ dos HUC, no período compreendido entre 1 de Maio de 2006 a 30 de Abril de 2007. Observámos o registo de 451 sessões de balneoterapia que envolveram o tratamento de indivíduos queimados. Todavia, por indisponibilidade de tempo e meios materiais, não nos foi possível aceder à totalidade da população, pelo que tivemos necessidade de seleccionar uma amostra representativa da mesma. Assim, seleccionámos para o nosso estudo uma amostra não probabilística e accidental, constituída pelas sessões de balneoterapia realizadas a indivíduos internados na UQ dos HUC, e que respeitavam os seguintes requisitos de inclusão:

sessões de balneoterapia realizadas a indivíduos que sofreram queimaduras de 2º grau e/ou 3º grau; sessões de balneoterapia nas quais os indivíduos foram submetidos à realização de zaragatoa da área queimada antes e após a limpeza e desinfec-

ção (com o respectivo anti-séptico) da lesão.

A nossa amostra é constituída por 137 sessões de balneoterapia a que foram sujeitos indivíduos vítimas de queimaduras, na UQ dos HUC. Será importante referir, que a amostra, foi-se constituindo ao longo de um ano, à medida que se iam realizando sessões de balneoterapia e que se cumpriam os critérios previamente definidos. Salientamos que de 1 de Maio de 2006 a 31 de Outubro de 2006, nos indivíduos sujeitos a sessões de balneoterapia foi utilizado digluconato de cloro-hexidina

40mg/ml como anti-séptico. A iodopovidona solução espuma 40 mg/ml foi utilizada no período compreendido entre 1 de Novembro de 2006 a 30 de Abril de 2007.

O processo de colheita de dados, procurou colher de forma sistemática a informação que pretendíamos estudar. Recorremos à base de dados (em formato Excel), existente na UQ dos HUC, referente aos doentes que realizam sessões de balneoterapia, e que tem fundamento na “Folha de registo de intervenções de enfermagem na sala de balneoterapia”. Esta folha está protocolada na UQ e o preenchimento é da responsabilidade dos profissionais de enfermagem que nela exercem funções. O seu registo permite a caracterização do doente, assim como, a caracterização da própria

sessão de balneoterapia. Contudo, uma vez que a folha de registo não proporciona uma caracterização abrangente do doente queimado, tivemos necessidade de fazer o levantamento de uma lista nominativa dos doentes internados na UQ dos HUC, no período em estudo. Desta lista obtivemos dados relativos à idade, sexo, tempo de internamento e etiologia da queimadura. Este complemento de informação foi

possível, com base na utilização do número de processo do doente adquirido através da supracitada folha de registo, o que permitiu ainda agregar os resultados das culturas do exsudato da SCQ (através da realização de zaragatoas).

Para o tratamento estatístico os dados foram introduzidos e tratados no programa de tratamento estatístico SPSS (Statistical Package for the Social Sciences), na versão 13.0.0. O tratamento estatístico foi a dois níveis:

– **análise estatística descritiva** – que permitiu

fazer uma descrição geral da amostra e a apresentação dos dados em quadros. Recorremos aos seguintes testes estatísticos: frequências: absolutas (n); relativas (%); medidas de tendência central: médias aritméticas ( $\bar{x}$ ); modas (Mo); mediana (Md); medidas de dispersão ou variabilidade: desvios padrão (DP); mínimo (Mín.); máximo (Máx.).

– **análise estatística inferencial** – que permitiu testar as hipóteses de investigação formuladas e prever a possibilidade de generalização dos resultados para a população.

Com a finalidade de seleccionar os testes de hipóteses recorreu-se ao teste de Kolmogorov Smirnov, com o intuito de verificar se as variáveis seguem uma distribuição normal para a amostra. Os valores encontrados (níveis de significância superiores a 0,05) permitem-nos concluir que a amostra segue uma distribuição normal. Os testes eleitos foram: o teste de análise de variância (Anova) e o teste de Qui-Quadrado. O nível de significância estabelecido para o nosso trabalho, de forma a aceitarmos ou rejeitarmos a hipótese nula, foi de 0,05 ( $p \leq 0,05$ ). Calculámos ainda a estimativa do risco relativo [Odds Ratio (OR)] e respectivos Intervalos de Confiança (IC) a 95%.

## DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Passamos a apresentar a discussão dos resultados mais relevantes, obtidos através do tratamento estatístico dos dados. Neste capítulo procuramos confrontar os resultados encontrados com alguns aspectos referidos no enquadramento teórico, contribuindo desta forma para o enriquecimento do conhecimento científico.

De 1 de Maio de 2006 a 30 de Abril de 2007, 137 sessões de balneoterapia tiveram lugar na UQ dos HUC, tendo os doentes sido submetidos à realização de zaragatoa da área queimada antes e após a limpeza e desinfecção da respectiva área.

Constatámos, através da análise dos dados, que os indivíduos com **idade** igual ou superior a 70 anos frequentaram 47 sessões (34,3%), seguindo-se os indivíduos entre os 50 e os 59 anos em 32 sessões (23,4%). Vários autores, referenciam que a média de idades do doente queimado tanto na

Europa como na Ásia ronda os 30 anos. Han *et al.* (2005) apresentam uma margem superior, demonstrando que os doentes queimados adultos se encontravam entre os 30 e os 50 anos.

Podemos, observar que a média de idades do doente queimado, internado na UQ dos HUC nos últimos 18 anos, é de aproximadamente 50 anos, o que corrobora a opinião dos autores citados.

Contudo, a idade dos indivíduos que frequentaram as sessões de balneoterapia no período em estudo, é mais alta, atingindo os 58,54 anos.

Na amostra em estudo, observámos que 76 das sessões de balneoterapia foram realizadas a indivíduos do **sexo** masculino, representando a maioria dos casos (55,5%). Estes dados seguem a tendência de todos os doentes internados na UQ dos HUC de 1989 a 2007, em que 63,6% da população correspondia a indivíduos do sexo masculino. Os autores consultados defendem que a distribuição dos indivíduos queimados segundo o sexo pode variar consoante a população em estudo, dependendo por exemplo das suas características socio-demográficas. Büttemeyer *et al.* (2004) demonstraram num estudo realizado em países da Europa que 70% da população em análise era composta por indivíduos do sexo masculino.

A maior parte dos indivíduos, aquando da realização da sessão de balneoterapia, apresentavam em média 27,12 **dias de internamento** (sendo o mínimo de 2 dias e o máximo de 84 dias). A média do tempo de internamento do doente queimado, referenciada pelos autores consultados, varia

consoante as especificidades de cada estudo, oscilando entre os 15 e os 45 dias. Salientamos que a média de dias de internamento referente à UQ dos HUC, de 1989 a 2007, é de 16,5 dias. De acordo com Silva *et al.* (2003), em Portugal, o tempo médio de internamento é de 15,5 dias (saliente-se que neste estudo o internamento do doente queimado não era exclusivo das unidades de queimados).

Na perspectiva de Anwar *et al.* (2007), num estudo realizado nos Estados Unidos da América (em unidades de queimados), 98% dos doentes tiveram alta hospitalar em 6 semanas (aproximadamente 45 dias).

Relativamente à **etiologia da queimadura**, verificámos que 82 sessões de balneoterapia (59,9%)

foram realizadas a indivíduos que sofreram queimaduras provocadas por fogo, seguindo-se as queimaduras por líquido fervente em 37 sessões (27,0%), as queimaduras eléctricas em 8 sessões (5,8%) e as químicas apenas numa sessão (0,7%). Os autores consultados, entre os quais Miller *et al.* (2006), são unânimes quanto à etiologia mais frequente das queimaduras, afirmando que as lesões por fogo e por líquidos ferventes são as que mais atingem as populações. Verifica-se que, dependendo da cultura e das características socio-demográficas das populações, os factores que causam, mais frequentemente, as queimaduras podem oscilar. Para Crisóstomo, Serra e Gomes (2004) e Kut *et al.* (2006), no Brasil e na Turquia as lesões por queimadura acontecem principalmente devido a líquidos ferventes, seguindo-se as lesões provocadas pelo fogo. Já Derazon *et al.* (2006) apontam que num estudo realizado em Israel, a principal causa de queimaduras era o

fogo. Verificámos, ainda, pela análise dos resultados do nosso estudo, que em 4 sessões realizadas (2,9%) desconhecemos a etiologia da queimadura. Saliente-se, que o conhecimento da etiologia das queimaduras permite adequar a forma de tratamento do doente queimado.

A **extensão da SCQ** é fundamental para determinar a gravidade da queimadura. Descobrimos que em 48 sessões de balneoterapia (35,0%) os indivíduos apresentavam uma percentagem da SCQ entre 10 e 19%, seguindo-se com 43 casos as sessões cuja percentagem de SCQ dos indivíduos oscilou entre 5 e 9% (31,4%). Em 26 sessões de balneoterapia (19,0%) os indivíduos apresentaram menos de 5% da SCQ, ou seja, a associação dos indivíduos com percentagem de SCQ inferior a

10% corresponde à maior parte dos casos em estudo. Os resultados obtidos estão de acordo com a análise dos 18 anos de existência da UQ dos HUC, referente a todos os doentes internados, onde se observa que uma grande parte dos indivíduos (42,3%) apresenta uma percentagem da SCQ inferior a 10%. Esta informação corrobora a opinião de vários autores, como Han *et al.* (2005) e de Miller *et al.* (2006), que constataram que num estudo realizado na Coreia e nos Estados Unidos da América

respectivamente, os doentes internados em unidades de queimados, cuja SCQ era inferior a 10% foram os mais frequentes. Perante estes resultados podemos concluir que a percentagem da SCQ, dos indivíduos sujeitos às sessões de balneoterapia em estudo, é igual à encontrada na bibliografia consultada, referente a doentes internados em unidades de queimados.

No presente estudo verificámos que um número significativo de sessões de balneoterapia (50) envolveu indivíduos com queimaduras de 2º e 3º grau, correspondendo a 36,5% da amostra em estudo, seguidas imediatamente por 48 sessões em que os indivíduos apresentavam queimaduras apenas de 3º grau (35,0%) e por 39 sessões em que o indivíduos apresentavam queimaduras de 2º grau (28,5%). Mais uma vez estamos perante um parâmetro que permite determinar a gravidade de

uma queimadura assim como tecer orientações para o tratamento a seguir. A bibliografia consultada diz-nos que em alguns estudos realizados, as queimaduras de 2º grau eram as mais frequentes, como é o caso do estudo realizado por Sgraves *et al.* (2007) nos Estados Unidos ou por Yongqiang *et al.* (2007) na China. Os indivíduos sujeitos a sessões de balneoterapia foram em 126 casos (92,0%) submetidos a **anestesia**. Isto significa que na maioria das sessões a condição do doente e/ou a realização de procedimentos, tenderiam a provocar dor. Com base neste resultado podemos facilmente concluir que na UQ dos HUC, em particular nas sessões de balneoterapia, é grandemente valorizada a dor.

Além disso, também, é proporcionada anestesia a doentes que não possuem a capacidade de compreender o tratamento a que estão a ser sujeitos, apresentando-se agitados, independentemente das áreas queimadas serem susceptíveis de provocar ou não dor. Podemos ainda observar que em 11 sessões de balneoterapia (8,0%), não foi necessário recorrer a fármacos anestésicos. Partindo do princípio que, o doente não apresentou dor aquando da manipulação da área queimada, podemos concluir que a balneoterapia sem anestesia é um facto na UQ dos HUC, evitando várias desvantagens associadas à administração de medicação anestésica. Este conceito é defendido por Leont-

sinis e Brito (2004), que distinguem pormenorizadamente, as sessões de balneoterapia realizadas com e sem anestesia.

Conforme documentado no enquadramento teórico da presente dissertação, em particular por Leontsinis e Brito (2004), nas sessões de balneoterapia são realizados vários tipos de intervenções, nomeadamente o banho com água corrente, a desinfecção da área queimada, o desbridamento mecânico, o levante de penso pós-cirurgia, podendo ainda anteceder a ida do doente ao bloco operatório. Este último aspecto pode ser comprovado pelos resultados obtidos no nosso estudo, que revelou que 45 sessões de balneoterapia precederam a ida do doente ao **bloco operatório**, correspondendo a 32,8% das ocorrências.

Relativamente à **duração das sessões de balneoterapia** em estudo, verificámos que em média demoravam 45,3 minutos (com um mínimo de 20 e máximo de 90 minutos), sendo o período entre os 31 e os 45 minutos o mais frequente ocorrendo em 50 sessões (36,5%). Smeltzer e Bare (1994), referem que estas sessões não devem ultrapassar 20 a 30 minutos para conservar a temperatura corporal, de forma a evitar tremores e stress metabólico adicional. Porém estes autores referem-se apenas ao tempo exclusivo do banho na sala de balneoterapia, mas lembramos que na UQ dos

HUC a contabilização do tempo é feita desde que o enfermeiro entra no quarto até ao momento em que este acomoda o doente no quarto confortavelmente. Pensamos que a diferença de 15 minutos entre a demora média das sessões em estudo e a bibliografia consultada, não é significativa, pois estas abrangem actividades diferentes. Contudo, consideramos que é necessário otimizar os cuidados, no sentido de diminuir esta diferença.

A equipa que presta cuidados na sala de balneoterapia é uma **equipa multiprofissional** que desenvolve cuidados especializados, personalizados e revestidos de qualidade. O enfermeiro responsável pelos cuidados ao doente tem como função acompanhá-lo em todos os momentos referentes ao tratamento na sala de balneoterapia, executando procedimentos directamente relacionados com o tratamento das queimaduras. Observámos na nossa amostra que, 111 sessões de balneoterapia

pia (81,0%), decorreram com dois enfermeiros a desempenhar esta função e apenas com um enfermeiro em 24 sessões (17,5%). Esta última situação não é a ideal, pois se pensarmos que o doente poderá estar anestesiado, é extremamente difícil apenas um elemento mobilizá-lo.

No que diz respeito ao enfermeiro que acumula as funções de circulante e de apoio à anestesia, constatámos que em 125 sessões de balneoterapia (91,2%) esteve presente apenas um elemento. Apesar da sua importância não estar descrita na bibliografia consultada, podemos fazer uma analogia e associar as suas funções ao enfermeiro circulante e ao enfermeiro de apoio à anestesia que executa funções num bloco operatório. Neste contexto, é fácil percebermos que todo o processo é extremamente dificultado, pois é imprescindível manter a técnica asséptica cirúrgica. Por outro lado, é necessário rentabilizarmos o tempo e, conforme descrito anteriormente, após o banho é essencial que o quarto esteja preparado para receber o doente, sendo esta uma das funções do enfermeiro circulante. Na ausência deste elemento a preparação do quarto recai sobre os enfermeiros responsáveis pelos cuidados ao doente, sujeitando-o a tempos de espera adicionais, o que corresponde a perda de temperatura corporal e aumento do desconforto do doente, efeitos indesejáveis que se pretendem minimizar. A nossa amostra revela que em apenas uma das sessões faltou este elemento (0,7%), mas se observarmos os últimos três anos (de sessões de balneoterapia da UQ dos HUC), podemos concluir que a sua ausência se fez sentir em 8,94% dos casos. Esta pode parecer uma pequena percentagem, mas corresponde a 124 sessões e este valor em três anos pode já ser considerado significativo.

Ao longo desta dissertação foi várias vezes documentado o visível progresso no tratamento do doente queimado. Porém, como referem Klein *et al.* (2007), actualmente a sobrevivência do doente é um resultado insuficiente. O regresso ao trabalho, à escola, a recuperação de uma aparência aceitável e a reintegração na sociedade são objectivos dos modernos cuidados ao doente queimado.

De forma a potencializar estes objectivos é necessário que a reabilitação do doente queimado tenha início no primeiro dia em que é admitido numa uni-

dade de queimados. Neste contexto, o enfermeiro de reabilitação nas sessões de balneoterapia, tem um papel preponderante, pois estão reunidas as condições ideais para a realização de exercícios passivos caso o doente esteja sob o efeito de anestesia, atingindo amplitudes, que a dor e o medo não permitem quando se encontra desperto; por outro lado, quando o doente não está sob o efeito de anestesia, o facto de estar liberto dos pensos permite-lhe uma mobilização activa dos membros e respectivas articulações (Trindade e Lourinha, 1996). Num estudo realizado por Shankowsky, Callioux e Tredget (1994), observou-se que em 75,8% das sessões de balneoterapia em unidades de queimados dos Estados Unidos, ocorreram sessões de fisioterapia. Na nossa amostra observámos que em 121 sessões de balneoterapia o enfermeiro de reabilitação não esteve presente, correspondendo a 88,3% dos casos. O que nos leva a concluir que nas sessões de balneoterapia da UQ dos HUC é necessário estimular a presença assídua deste elemento.

Relativamente aos cirurgiões, verificámos que estes estiveram presentes em 46 sessões de balneoterapia (33,6%). A totalidade destes elementos observou o doente, o que corrobora a opinião de Trindade e Lourinha (1996), que nos afirmam que a observação da área queimada, é uma das vantagens da balneoterapia. Assim, a balneoterapia promove a possibilidade da SCQ ser avaliada, influenciando de forma mais eficaz as decisões face ao tratamento do doente queimado.

Alguns autores como Júnior (2001), descrevem que para que o tratamento de uma queimadura, seja executado de forma correcta e eficaz, é necessária a participação de alguns elementos da equipa multidisciplinar, entre os quais, o anestesista. No presente estudo, concluímos que na grande maioria das sessões de balneoterapia, estiveram presentes anestesistas, observando-se que apenas 11 sessões (8,0%) ocorreram sem a presença deste elemento. Também os Auxiliares de Acção Médica têm uma participação neste contexto de cuidados, tendo à sua responsabilidade a limpeza oportuna do chão e/ou superfícies (por derramamento de água ou fluidos corporais) ou também a reposição inesperada de algum material que não faça parte do *stock* da sala. Constatámos que estes elementos estive-

ram presentes em 93 sessões de balneoterapia, o que corresponde a 67,9% dos casos estudados.

Os resultados obtidos estão de acordo com os autores Sousa, Nunes e Santos (2003), que descrevem a equipa multiprofissional que desempenha funções na sala de balneoterapia da UQ dos HUC, afirmando que é composta por: dois enfermeiros responsáveis pelo doente; um enfermeiro circulante, que acumula a função de apoio à anestesia; um Auxiliar de Acção Médica; um elemento da equipa médica de anestesista. Com base na opinião destes autores, relativamente aos elementos que apontam como pertencentes à equipa multiprofissional prestadora de cuidados na sala de balneoterapia e com base nos dados obtidos, podemos concluir, de um modo geral, que os vários elementos estiveram presentes na maior parte das sessões de balneoterapia. Constatámos, também, a necessidade de uma intervenção mais assídua do enfermeiro de reabilitação. Perante estes resultados podemos afirmar que é necessário intervir no sentido de adequar uma melhor gestão de pessoal, de forma a acautelar a permanência de todos os elementos nas referidas sessões, pois só assim se conseguem garantir cuidados de qualidade.

Na UQ dos HUC verifica-se a alternância semestral dos **anti-sépticos**. Observámos na nossa amostra que, em 78 sessões de balneoterapia estudadas, o anti-séptico utilizado foi a iodopovidona solução espuma 40 mg/ml (56,9%), e em 59 sessões foi utilizado o digluconato de cloro-hexidina 40 mg/ml (43,1%). Araújo (2004), em dados referentes ao Brasil, diz-nos que só é utilizada a cloro-hexidina, justificando esta opção com base nos efeitos secundários da iodopovidona. Porém, Edwards-Jones e Greenwood (2003) citam um estudo que relatava que na maior parte das unidades de Inglaterra, era a iodopovidona que era usada no banho e na lavagem que envolviam desbridamento da área queimada.

A bibliografia consultada indica-nos que a cloro-hexidina apesar de praticamente não apresentar efeitos secundários, não possui uma acção germicida tão vasta como a iodopovidona, que por sua vez apresenta vários efeitos secundários. Todavia, não sabemos até que ponto, no doente queimado, esses efeitos secundários afectam o bem-estar fisi-

co do indivíduo. Por outro lado, está documentado que vários microrganismos ganham resistência à cloro-hexidina, mas esta característica não se atribui à iodopovidona.

De acordo com McDonnell e Russel (1999), actualmente os microrganismos podem-se adaptar a uma variedade de condições ambientais físicas e químicas, resultando na resistência ao uso extensivo de anti-sépticos e desinfectantes. Tem sido relatado que o uso prudente de anti-sépticos no tratamento e prevenção de infecção de feridas ou de excessiva colonização da mesma, pode reduzir o uso de antibióticos, e melhorar o processo de cicatrização através da redução do número de microrganismos patogénicos.

Com base nos pressupostos anteriores, consideramos que o uso dos anti-sépticos na UQ dos HUC deve ter em conta as especificidades do doente, não estando adequada a sua alternância de 6 em 6 meses. Actualmente, não se justifica, por exemplo, que durante o internamento de um indivíduo, supondo que este apresenta a área queimada colonizada por determinado microrganismo para o qual a cloro-hexidina não possui efeito, esta continue a ser utilizada em detrimento da iodopovidona, por não estar em uso no meio ano respectivo.

No que diz respeito aos **resultados das zara-gatoas**, verificámos que em 119 sessões, independentemente do anti-séptico utilizado, não houve alteração dos resultados (86,9%), ou seja, independentemente do resultado obtido ter sido positivo ou negativo no primeiro momento de colheita, manteve-se positivo e negativo respectivamente num segundo momento de colheita.

Destes, 67 correspondiam ao resultado negativo-negativo (48,9%), seguido de 57 resultados positivo-positivo que ocorreram em 38,0% das sessões de balneoterapia estudadas. Contudo, dos resultados em que houve alteração entre o primeiro e o segundo momento, em 11 das sessões de balneoterapia (8,0%), constatámos que independentemente do anti-séptico utilizado, o resultado foi favorável, ou seja, uma área queimada que antes de sessão de balneoterapia se encontrava colonizada, após a referida sessão apresentou-se descolonizada. Podemos atribuir este facto a vários factores, pois como defende Gomes (1995), a redução numérica das

bactérias é obtida através das sessões de balneoterapia. Podendo, na perspectiva de Leontsinis e Brito (2004), ocorrer por arrastamento, através da aplicação de água corrente e desbridamento mecânico, removendo tecido desvitalizado e possivelmente colonizado, ou devido à aplicação de anti-sépticos. Em 7 sessões de balneoterapia (5,1%) os resultados, apesar de se apresentarem em menor percentagem, não foram tão favoráveis, ou seja, uma área queimada que antes da sessão não se apresentava colonizada após a mesma sessão revelou-se colonizada. Neste caso pensamos que estará relacionada com o cumprimento ineficaz das medidas preventivas da infecção. Na perspectiva de Araújo (2004) pode-se atribuir a colonização da área queimada ao retardamento da excisão da escara resultante da lesão; ao manuseamento indevido da área queimada; à ineficaz limpeza e desinfecção dos materiais e equipamentos com os quais o doente contacta, entre outros factores.

Pelo que sugerimos que muito trabalho referente à prática dos cuidados ao doente queimado, seja realizado no sentido de tentar determinar especificamente o que está a falhar e eliminar estes factores que predis põem o doente ao risco de infecção da área queimada.

Quanto aos **organismos** presentes na área queimada, foram identificados na sua maioria bactérias, das quais 52 (57,8%) correspondiam a gram positivos e 34 (37,8%) a gram negativos. Verificámos que 4 resultados dizem respeito a fungos e leveduras (4,4%). Estes resultados corroboram a opinião de Lemos, Costa e Blom (2001), que nos afirmam que a SCQ é inevitavelmente colonizada por grampositivos, por gram-negativos, podendo também instalar-se as infecções fúngicas.

No nosso estudo, os resultados encontrados face aos microrganismos presentes na área queimada dos doentes que foram sujeitos a sessões de balneoterapia, não contrariam a opinião defendida por Danilla *et al.* (2005), que nos dizem que na investigação por eles realizada, a prevalência de microrganismos isolados é semelhante aos descritos na bibliografia, verificando-se que os *Staphylococcus aureus* e as *Pseudomonas aeruginosa* se encontravam entre os primeiros. Também Gang *et al.* (2000) defendem que o principal microrga-

nismo responsável por infecção da área queimada era habitualmente a *Pseudomonas aeruginosa*, contudo recentemente é o *Staphylococcus aureus*. Os referidos autores acrescentam que este agente patogénico entra na corrente sanguínea através da queimadura, tornando-se obrigatório o controlo da proliferação microbiana na SCQ, devendo esta, na perspectiva de Fritsch e Yurko (2003), começar no momento da admissão, continuando até que a recuperação esteja completa.

Na procura de factores que pudessem influenciar a descolonização da área queimada dos indivíduos que foram sujeitos a sessões de balneoterapia, formulámos 9 hipóteses de investigação em que considerámos como variáveis independentes a idade, o sexo, o tempo de internamento, a etiologia da queimadura, a percentagem da SCQ, a profundidade da queimadura, a duração da sessão de balneoterapia, o enfermeiro responsável pelos cuidados ao doente e o anti-séptico utilizado.

Tendo em conta a análise inferencial realizada neste estudo, podemos afirmar que não se confirma estatisticamente a **primeira hipótese** de investigação que afirmava haver relação entre a idade dos indivíduos que realizaram sessões de balneoterapia e a descolonização da SCQ. Contudo, podemos observar que são os indivíduos com média de idades mais elevada (61,46 anos) que apresentam os resultados das culturas positivas antes e depois da sessão de balneoterapia. Podemos afirmar que os resultados vão de encontro ao que Edwards-Jones e Greenwood (2003) defendem, ou seja, as infecções ocorrem preferencialmente em indivíduos com mais de 60 anos.

A **segunda hipótese** de investigação relaciona o sexo dos indivíduos e a descolonização da área queimada. George *et al.* (2005) afirmam que os indivíduos do sexo masculino após lesão térmicas têm mais probabilidade de sobreviver que os indivíduos do sexo feminino. Porém, não encontramos estudos que nos indicassem que o sexo dos indivíduos está directamente relacionado com o risco de infecção da área corporal queimada, e muito menos uma ligação às sessões de balneoterapia.

Sendo que os resultados da nossa amostra revelam que não existe diferença estatisticamente significativa entre os grupos, o que nos permite con-

cluír que não se confirma estatisticamente a segunda hipótese, ou seja, não há relação entre o sexo dos indivíduos que realizaram sessões de balneoterapia e a descolonização da SCQ, na UQ dos HUC. Verificámos ainda, perante o cálculo do OR e respectivo IC a 95%, que apesar de existir um tendência para a associação entre os indivíduos do sexo masculino e o sucesso das sessões de balneoterapia, face à descolonização da área queimada, este resultado também não é estatisticamente significativo.

A **terceira hipótese** de investigação, procura testar a relação entre o tempo de internamento e a descolonização da área queimada. Na análise estatística, através do teste Qui-Quadrado, obtivemos um  $p = 0,040$ , ou seja, verificámos que existe uma associação estatisticamente significativa entre as duas variáveis em estudo. Podemos verificar que a maior parte dos indivíduos com menos de 20 dias de internamento foram aqueles cuja área corporal queimada negativou mais frequentemente, correspondendo a 6 casos (54,6%). Observámos também que em 5 casos (71,4%) os indivíduos que tinham mais do que 31 dias de internamento positivaram, ou seja, verificou-se a colonização da SCQ após a sessão de balneoterapia. Estes resultados não contrariam a opinião de Hodle, Richter e Thompson (2006), que defendem que os internamentos hospitalares prolongados aumentam o risco de adquirir uma infecção nosocomial. Noutra perspectiva Lemos, Costa e Blom (2001), defendem que as infecções contribuem para o aumento da permanência e custos hospitalares e das sequelas; sendo, também, responsáveis por mais de 70% dos óbitos do doente queimado. Podemos afirmar que a terceira hipótese de investigação é aceite, ou seja, há relação entre o tempo de internamento e a descolonização da SCQ, após a sessão de balneoterapia na UQ dos HUC. Os indivíduos que foram sujeitos a sessões de balneoterapia, com menor tempo de internamento foram aqueles em que verificámos descolonização da área queimada. Pelo cálculo do OR, obtendo um valor de 1,05, verificámos que o tempo de internamento inferior ou igual a 29 dias está associado ao sucesso das sessões de balneoterapia e que este resultado, pelo cálculo do IC a 95%, é estatisticamente significativo.

Relativamente à **quarta hipótese** de investigação, referente à relação entre a etiologia das queimaduras e a descolonização das mesmas, podemos concluir que esta hipótese é refutada, ou seja, não existe relação entre a etiologia das queimaduras e a descolonização da área lesada.

Todavia, apesar de não existirem diferenças estatisticamente significativas entre os grupos, podemos observar que apenas as queimaduras provocadas por fogo positivaram. Procurando determinar a associação entre as queimaduras provocadas por fogo e por líquidos ferventes e o sucesso das sessões de balneoterapia, calculámos o OR (0,29) e o respectivo IC, [-0,236 ; -0,004], observando que são as queimaduras provocadas por fogo que mais se associam ao insucesso das sessões de balneoterapia em detrimento das queimaduras provocadas por líquidos ferventes e que esta associação é, com 95% de confiança, estatisticamente significativa. Pensamos que este resultado se deve ao facto das queimaduras por fogo poderem apresentar mais tecido necrosado, o que por sua vez conduz ao aumento da probabilidade de infecção. Na perspectiva de Lawrence (1992), o tecido danificado leva ao crescimento de uma grande variedade de espécies microbianas.

Constatámos que não há relação estatisticamente significativa entre a percentagem de SCQ e a descolonização da mesma, após a sessão de balneoterapia na UQ dos HUC. Ou seja, a **quinta hipótese** de investigação é refutada. No entanto, pela análise dos resultados, podemos observar que na nossa amostra são as queimaduras com menos de 20% de SCQ as que negativaram mais, ou seja, antes do doente realizar a sessão de balneoterapia apresentava colonização da área queimada, contudo, não revelou essa manifestação após a referida sessão. Verificámos que acima de 19% da SCQ não surgiram casos de descolonização da área queimada. A magnitude de associação entre o sucesso das sessões de balneoterapia e a percentagem da SCQ foi avaliada através do cálculo do OR (4,98) e respectivo IC [0,144 ; 0,604]. Podemos concluir, com 95% de confiança, que as sessões de balneoterapia realizadas a indivíduos com SCQ superior a 19% estão associados ao insucesso das mesmas face à descolonização da área queimada.

Vários autores, entre os quais Lemos, Costa e Blom (2001), afirmam que doentes com mais de 20% da SCQ são considerados imunodeprimidos, tornando-se, deste modo, susceptíveis a infecções. Cruzeiro (1999) especifica que uma área queimada infectada, é causa de septicemia em 52% dos casos se a SCQ for inferior a 20%, atingindo os 90% se a SCQ for superior a 20%. Neste contexto, podemos afirmar que quando a percentagem de área lesada é superior a 20%, é muito difícil controlar a infecção da mesma. Curiosamente foram as queimaduras com percentagem de SCQ

entre os 5-9% as que positivaram mais (42,9%), ou seja, a SCQ não se apresentava colonizada e após a sessão de balneoterapia apresentou esta alteração. Pensamos que este resultado possa estar associado a desvalorização da gravidade da situação, resultando no alívio das regras instituídas relativas à prevenção da infecção.

Relativamente à **sexta hipótese**, verificámos que a associação entre as variáveis é altamente significativa ( $p = 0,004$ ), levando-nos a afirmar que há relação entre o grau da queimadura e a descolonização da SCQ, após a sessão de balneoterapia na UQ dos HUC.

Na perspectiva de Cruzeiro (1999), o ponto de partida da depressão imunológica e consequente infecção da SCQ é quase sempre a escara (associada apenas a queimaduras de terceiro grau), daí a necessidade de ser excisada cirurgicamente. Este grau de queimadura apresenta características,

que segundo Smeltzer e Bare (1994), tornam inviável a circulação sanguínea, pelo que, leucócitos polimorfonucleares ou anticorpos, ou ainda antibióticos sistémicos não podem alcançar esta área.

Apesar de Edwards-Jones e Greenwood (2003), defenderem que tanto a iodopovidona como a clorexidina apresentam excelente penetração na escara, observámos que as sessões de balneoterapia, realizadas a indivíduos com queimaduras de 3º grau, foram as que permaneceram em 27 casos sempre positivas (51,9%), sendo as queimaduras de 2º e 3º grau (42,9%) e em igual percentagem as de 3º grau as que positivaram, ou seja, ocorreu colonização da área queimada durante a sessão de balneoterapia. Pelo cálculo do Qui-Quadrado verificámos, ainda, que as queimaduras de 2º grau negativaram

em 6 sessões (54,5%). Sendo estas as que estão associadas ao sucesso das sessões de balneoterapia. Verificámos, ainda, pelo cálculo do OR (1,30) e do IC a 95% [-0,122 ; 0,251], que são as queimaduras de 2º grau as que mais tendem a contribuir para o sucesso das sessões de balneoterapia, mas esta associação não pode, com 95% de confiança, ser extrapolada para a população. Com base nos autores consultados, pensamos que este resultado se deve ao facto deste grau de queimadura, por não apresentar uma lesão tão profunda (escara), o que permite que a circulação sanguínea se processe de forma mais eficaz do que nas queimaduras de 3º grau, com as vantagens inerentes a este facto; por outro lado é mais fácil a remoção de tecido desvitalizado, através da aplicação de água corrente ou de desbridamento mecânico, facilitando assim, a acção dos anti-sépticos (via tópica) e dos antibióticos (via sistémica). As sessões de balneoterapia contribuem, assim, para a redução do número de microrganismos presentes na área queimada.

Estes resultados são corroborados por Gomes e Serra (2001) que afirmam que a balneoterapia, o desbridamento e a terapia tópica contribuem para a redução da colonização da lesão.

A **sétima hipótese** de investigação remete-nos para a relação entre a duração das sessões de balneoterapia e a descolonização da SCQ. Pela análise dos resultados podemos observar que nas sessões de balneoterapia, com uma duração entre 15 e 30 minutos, nenhuma contribuiu para a colonização da área queimada. No entanto, verificámos uma grande homogeneidade nos resultados obtidos, que foi confirmada pelo teste estatístico Qui-Quadrado obtendo-se um  $p = 0,352$ , que nos permite concluir que não existe uma associação significativa entre as duas variáveis, refutando-se a hipótese em análise. Não há, portanto, relação entre a duração das sessões de balneoterapia e a descolonização da SCQ, na UQ dos HUC. De forma a sintetizar um pouco mais a informação obtida, procedemos ao cálculo do OR, cujo resultado 1,98, nos permitiu concluir que são as sessões com uma duração inferior ou igual a 30 minutos que mais contribuem para o sucesso das mesmas. Contudo, perante o IC a 95% [-0,027 ; 0,345] podemos afirmar que esta característica não está presente na população. A bi-

bibliografia consultada remete-nos para a associação entre a exposição das lesões e a colonização da área lesada. Contudo, no contexto específico do doente queimado pensamos que os resultados encontrados possam, além do tempo de exposição, estar relacionados com o aumento do número de manipulações ao doente, aumentando deste modo a probabilidade de colonização das lesões.

Podemos afirmar que a **oitava hipótese** de investigação é refutada, ou seja, o número de enfermeiros responsáveis pelos cuidados ao doente não está associado à descolonização da área queimada. Pensamos que independentemente do número de enfermeiros que prestam cuidados ao doente, a sua forma de actuação será sempre a mesma, face às medidas de prevenção da infecção da área queimada do doente. Afirmamos, ainda, que esta variável poderá estar mais relacionada com o esforço físico exigido por parte do enfermeiro no desempenho das suas funções nas sessões

de balneoterapia, como por exemplo, deslocar o transfere com o doente ou mesmo mobilizar o doente durante as referidas sessões. Verificámos, através do cálculo do OR (1,65) e do IC [-0,103; 0,339], que a realização do tratamento por apenas um enfermeiro responsável pelos cuidados ao doente, está associado ao sucesso da sessão de balneoterapia. Embora esta associação não possa, com 95% de confiança, ser extrapolada para a população. Pensamos, com base na bibliografia consultada, que o aumento do número de elementos nos cuidados, conduz a um aumento do número de manipulações no doente, aumentando por sua vez o risco de infecção face à quebra das medidas de prevenção da mesma. Acreditamos que este resultado pode certamente ser melhorado, com a sensibilização e actualização de conhecimentos da equipa multiprofissional, neste caso em particular da equipa de enfermagem.

Pela análise inferencial realizada, podemos afirmar que aceitamos a **nona hipótese**, ou seja, há relação estatisticamente significativa entre o uso do anti-séptico e a descolonização da SCQ, após a sessão de balneoterapia na UQ dos HUC. Na nossa amostra constatámos que na maior parte das sessões (54,5%) foi com a utilização do anti-séptico iodopovidona solução espuma 40 mg/ml que

os resultados das zaragatoas mais negativaram. A bibliografia consultada indica-nos que a iodopovidona é um anti-séptico que apresenta algumas vantagens em relação à cloro-hexidina, como apresentar um espectro de acção mais abrangente, não estando documentada a resistência bacteriana. Por outro lado, observámos que foi também na presença do referido anti-séptico que a área lesada foi colonizada (resultado negativo-positivo). Pensamos, contudo, que este resultado não se deve à acção do anti-séptico, mas sim ao manuseamento indevido da ferida ou à limpeza e desinfectação inadequada do material e equipamento que esteve em contacto com o doente. De forma a delimitar mais a informação obtida, calculámos o OR com o intuito de determinarmos a associação entre os anti-sépticos e o sucesso das sessões de balneoterapia. Obtivemos o valor 0,35 que nos permitiu concluir que na nossa amostra o uso do anti-séptico iodopovidona está associado ao insucesso das sessões de balneoterapia. O IC [-0,415 ; -0,086] indica-nos que este resultado é, com 95% de confiança, estatisticamente significativo.

Na presente dissertação, perante os resultados obtidos, não podemos concluir qual o anti-séptico que deve ser utilizado, em detrimento do outro. Contudo, podemos afirmar que na UQ dos HUC, o uso dos anti-sépticos é feito de forma pouco criteriosa. Na perspectiva de Ferreira (1999), o seu uso deverá ser prudente e adequado à situação do doente. Pensamos que é imprescindível a realização de um estudo nesta mesma unidade acerca dos efeitos secundários de ambos os anti-sépticos (em particular da iodopovidona) e respectiva eficácia.

## CONCLUSÃO

Os resultados obtidos neste estudo sugerem que as sessões de balneoterapia da UQ dos HUC acarretam consequências significativas, que devem ser consideradas quando se fala em promover atitudes que visem a melhoria do controlo da infecção da área queimada. É necessário investir numa abordagem multiprofissional que promova a adopção de comportamentos, que rentabilizem em qualidade os cuidados às áreas queimadas. Espera-se que

esta dissertação contribua para alertar para a necessidade dos profissionais de saúde melhorarem as suas intervenções, no que concerne à diminuição da morbimortalidade do doente queimado associada à infecção da área queimada e aos benefícios que podem advir das sessões de balneoterapia face ao aumento da qualidade de vida do doente.

Para atingir estas metas propomos que, na UQ dos HUC, se tenham em conta vários propósitos, incluindo:

- formação em serviço que permita esclarecer a realidade das sessões de balneoterapia, suas vantagens e inconvenientes, melhorando a forma de actuação dos profissionais;
- elaboração de projectos de investigação que desmistifiquem alguns conceitos, por exemplo se o anti-séptico iodopovidona espuma 40 mg/ml manifesta efeitos secundários no doente queimado ou se a utilização da actual protecção do transfere do doente é ou não vantajosa;
- elaboração de protocolos de actuação de forma a maximizar e uniformizar a actuação dos profissionais de saúde;
- elaboração de protocolo de controlo da infecção na sala de balneoterapia;
- sensibilização da equipa face aos resultados encontrados, procurando deste modo mudar comportamentos.

Ao finalizarmos este trabalho, não podemos deixar de referenciar algumas das dificuldades que sentimos na sua concretização. Associada à dificuldade em fundamentar mais profundamente alguns aspectos, surgiram-nos, também, alguns obstáculos relacionados com a colheita de dados e falta de registos na “Folha de registo de intervenções de enfermagem na sala de balneoterapia”. No entanto, estamos conscientes da importância da realização deste estudo para o nosso desenvolvimento pessoal e profissional. De modo algum podemos considerar este estudo completo, todavia, acreditamos ter criado um trabalho que poderá servir de base a outras investigações, enriquecendo assim o conhecimento científico acerca do doente queimado.

Não queremos terminar sem deixar expresso que a equipa multiprofissional que desenvolve funções na UQ dos HUC, é constituída por profissionais

de referência, que procuram de forma incessante a optimização da qualidade dos cuidados prestados ao doente queimado. Este facto traduz-se na diminuição progressiva da taxa de mortalidade, dos doentes que sofreram internamento na UQ dos HUC, ao longo dos últimos anos. Neste contexto, salientamos o desejo que nos move: divulgar os resultados deste trabalho junto dos profissionais de saúde, na expectativa de que ele se reflecta na prestação de cuidados, de forma a dar continuidade ao espírito de desenvolvimento desta equipa.

## BIBLIOGRAFIA

ANWAR, Umair [et al.] (2007) – Changing pattern of adult burn referrals to a regional burns centre. **Journal of Burn Care & Research**. Hagerstown, MD : Lippincott Williams Wilkins. ISSN 1559-047X. Vol. 28, nº 2 (Mar.-Apr.), p. 299-305.

ARAÚJO, António Sílvio (2004) – Infecção no paciente queimado. In MACIEL, Edmar e SERRA, Maria Cristina – **Tratado de queimaduras**. São Paulo : Editora Atheneu. ISBN 85-7379-653-7. p.149-158.

BÜTTEMEYER, R. [et al.] (2004) – Establishing a baseline for organisation and outcome in burn care : basic data compiled by German burn centres, 1991-2000. **Burns – Journal of the International Society for Burn Injuries**. New Jersey, USA : Butterworth-Heinemann. ISSN 0305-4179. Vol. 29, nº 2 (Mar.), p. 115-120.

CRISÓSTOMO, Márcio R. ; SERRA, Maria Cristina do V. Freitas ; GOMES, Dino Roberto (2004) – Epidemiologia das queimaduras. In MACIEL, Edmar ; SERRA, Maria Cristina – **Tratado de Queimaduras**. São Paulo : Editora Atheneu. ISBN 85-7379-653-7. p. 31-35.

CRUZEIRO, Celso (1999) – **Protocolo de controlo de infecção**. Coimbra : Unidade Funcional de Queimados dos Hospitais da Universidade de Coimbra.

DANILLA, Stefan [et al.] (2005) – Concordance between qualitative and quantitative cultures in burned patients : analysis of 2886 cultures. **Burns – Journal of the International Society for Burn Injuries**. New Jersey, USA : Butterworth-Heinemann. ISSN 0305-4179. Vol. 31, nº 8 (Dec.), p. 967- 971.

DERAZON, Sagit Meshulam [et al.] (2006) – Prediction of mobility e mortality on admission to a burn unit. **Plastic and Reconstructive Surgery**. Hagerstown, MD : Lippincott Williams Wilkins. ISSN 0032-1052. Vol. 118, nº 1 (Jul.), p. 116-120.

EDWARDS-JONES, Valerie ; GREENWOOD, John E. (2003) – What’s new in burn microbiology? **Burns – Journal of the International Society for Burn Injuries**. New Jersey,

- USA : Butterworth-Heinemann. ISSN 0305-4179. Vol. 29, nº 1 (Fev.), p. 15-24. EMBIL, John M. [et al.] (2001) – Na outbreak of methicillin resistant *Staphylococcus aureus* on a burn unit: potencial role of contaminated hydrotherapy equipment. **Burns – Journal of the International Society for Burn Injuries**. New Jersey, USA : Butterworth-Heinemann. ISSN 0305-4179. Vol. 27, nº 7 (Nov.), p. 681-688.
- FERREIRA, A. Costa; REIS, Jorge; AMARANTE, José (1997) – Nutrição nos doentes queimados graves. **Arquivos de Medicina**. Porto. ISSN 0871-3413. Vol. 12, nº1 (Dez.), p.38-43.
- FERREIRA, M. D. Lopes (1999) – Desinfecção química. **Sinais Vitais**. Coimbra. ISSN 0872-8844. Nº 25 (Jul.), p. 49-50.
- FRITSCH, Diane E. ; YURKO, Lynne C. (2003) – Intervenções junto de pessoas com queimaduras. In PHIPPS, Wilma J. ; SANDS, Judith K. ; MAREK, Jane F. – **Enfermagem médico-cirúrgica : conceitos e prática clínica**. 6.ª ed. Loures : Lusociência. Vol. 4. ISBN 972-8383-65-7. GANG, Raj Kumar [et al.] (2000) – Staphylococcal septicaemia in burns. **Burns – Journal of the International Society for Burn Injuries**. New Jersey, USA : Butterworth-Heinemann. ISSN 0305- 4179. Vol. 26, nº 4 (Jun.), p. 359-366.
- GEORGE, Richard L. [et al.] (2005) – The association between sex and mortality among burn patients as modified by age. **Journal of Burn Care & Rehabilitation**. Hagerstown, MD : Lippincott Williams Wilkins. ISSN 0273-8481. Vol. 26, nº 5 (Set.-Oct.), p. 416-421.
- GOMES, Dino Roberto (1995) – Fisiologia e fisiopatologia. In GOMES, Dino Roberto ; SERRA, Maria Cristina ; PELLON, Marco A. – **Queimaduras**. Rio de Janeiro : Editora Revinter Ltda. ISBN 85-7309- 052-9.
- GOMES, Dino Roberto ; SERRA, Maria Cristina (2001) – Infecção no queimado. In GOMES, Dino Roberto ; SERRA, Maria Cristina ; JR., Luiz Macieira – **Conductas atuais em queimaduras**. Rio de Janeiro : Editora Revinter Ltda. ISBN 85-7309-524-5. p. 49 e 55.
- HAN, Tae-Hyung [et al.] (2005) – A retrospective analysis of 19,157 burns patients : 18 years experience from Hallym Burn Centre in Seoul, Korea. **Burns – Journal of the International Society for Burn Injuries**. New Jersey, USA : Butterworth-Heinemann. ISSN 0305-4179. Vol. 31, nº 4 (Jun.), p. 465-470.
- HEALING (2006) – Healing botanicals with balneotherapy – **Balneotherapy**. [Consult. 25 Jun.]: Disponível em WWW:<URL: <http://www.balneotherapy.com/therapy.shtml>>.
- HODLE, Amanda E. ; RICHTER, Kimber P. ; THOMPSON, Rosie M. (2006) – Infection control in U.S. burn units. **Journal of Burn Care & Research**. Hagerstown, MD : Lippincott Williams Wilkins. ISSN 1559-047X. Vol. 27, nº 2 (Mar.-Apr.), p. 142-151.
- JÚNIOR, Luiz Macieira G. (2001) – Abordagem cirúrgica diária da queimadura durante a balneoterapia. In . In GOMES, Dino Roberto ; SERRA, Maria Cristina ; JR., Luiz Macieira – **Conductas atuais em queimaduras**. Rio de Janeiro: Editora Revinter Ltda. ISBN 85-7309-524-5. p.37 e 38.
- KLEIN, Matthew B. [et al.] (2007) – The national institute on disability and rehabilitation research burn model system data base : a tool for the multicenter study of the outcome of burn injury. **Journal of Burn Care & Research**. Hagerstown, MD : Lippincott Williams Wilkins. ISSN 1559-047X. Vol. 28, nº 1 (Jan.-Fev.), p. 84-96.
- KOMOLAFE, O. O. [et al.] (2003) – Bacteriology of burns at the Queen Elizabeth central hospital, Blantyre, Malawi. **Burns – Journal of the International Society for Burn Injuries**. New Jersey, USA : Butterworth-Heinemann. ISSN 0305-4179. Vol. 29, nº 3 (May), p. 235-238.
- KUT, Altug [et al.] (2006) – Epidemiologic analysis of patients with burns presenting to the burn unit of a university hospital Network in Turkey. **Journal of Burn Care & Research**. Hagerstown, MD : Lippincott Williams Wilkins. ISSN 1559-047X. Vol. 27, nº 2 (Mar.-Apr.), p. 161-169.
- LAWRENCE, J. C. (1992) – Burn bacteriology during the last 50 years. **Burns – Journal of the International Society for Burn Injuries**. New Jersey, USA : Butterworth-Heinemann. ISSN 0305- 4179. Vol. 18, supplement 8, p. S23-S29.
- LEMOS, Antônio Tarcisio de Oliveira ; COSTA, Divino Martins ; BLOM, Berandete Catete (2001) – Infecções no paciente queimado. In MARTINS, Maria Aparecida – **Manual de infecção hospitalar: epidemiologia, prevenção e controle**. 2ª ed. São Paulo : Medsi. ISBN 85-7199-256-8.
- LEONTSINIS, Cybele Maria P.; BRITO, Maria Eliane M. (2004) – Atendimento da enfermagem na balneoterapia. In MACIEL, Edmar ; SERRA, Maria Cristina – **Tratado de queimaduras**. São Paulo:Editora Atheneu. ISBN 85-7379-653-7. p. 329-334.
- McDONNELL, G. ; RUSSEL, A. Denver (1999) – Antiseptics e disinfectants : activity, action, eresistance. **Clinical microbiology reviews**. USA : American Society for Microbiology. ISSN 1098-6618. Vol. 12, nº. 1 (Jan.), p. 147-179.
- MILLER, Sidney F. [et al.] (2006) – National burn repository 2005 : a ten-year review. **Journal of Burn Care & Research**. Hagerstown, MD : Lippincott Williams Wilkins. ISSN 1559-047X. Vol. 27, nº4 (Jul.-Aug.), p. 411-436.
- SAGRAVES, Scott G. [et al.] (2007) – A collaborative Systems approach to rural burn care. **Journal of Burn Care & Research**. Hagerstown, MD : Lippincott Williams Wilkins. ISSN 1559-047X. Vol. 28, nº 1 (Jan.-Feb.), p. 111-114.
- SHANKOWSKY, Heather A. ; CALLIOUX, Lynda S. ; TREDGET, Edward E. (1994) – North Americansurvey of hydrotherapy in modern burn care. **Journal of Burn Care & Rehabilitation**. Hagerstown,

MD : Lippincott Williams Wilkins. ISSN 0273-8481. Vol. 15, nº 2 (Mar.-Apr.), p. 143-146.

SILVA, P. Natividade [et al.] (2003) – Burn patients in Portugal : analysis of 14797 cases during 1993-1999. **Burns – Journal of the International Society for Burn Injuries**. New Jersey, USA: Butterworth-Heinemann. ISSN 0305-4179. Vol. 29, nº 3 (May), p. 265-269.

SMELTZER, Suzanne C. ; BARE, Brenda G. (1994) – **Brunner e Suddarth** : tratado de enfermagem médico-cirúrgica. 7ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. ISBN 85-277-0272-X.

SOUSA, António ; NUNES, Fernanda; SANTOS, Raquel (2003) – **Balneoterapia** : um tratamento sem dor. Cuidados de Enfermagem : reflexões, investigação e partilha de experiências. 1ª ed. Coimbra : Direcção do serviço de Enfermagem dos Hospitais da Universidade de Coimbra. ISBN: 972-8152-71-X.

TRINDADE, Ângela ; LOURINHA, Dulce (1996) – Cuidados de enfermagem a doentes queimados. **Enfermagem em Foco**. SEP. Coimbra. ISSN 0872-8003. Ano VI, nº 22 (Fev.-Abr.), p. 41-46.

YONGQIANG, Feng [et al.] (2007) – Epidemiology of hospitalized burn patients in Shandong province: 2001-2005. **Journal of Burn Care & Research**. Hagerstown, MD: Lippincott Williams Wilkins. ISSN 1559-047X. Vol. 28, nº 3 (May-Jun.), p. 468-473.

# ANÁLISE REFLEXIVA COM BASE NO ARTIGO: LA COMPLEJIDAD DEL CUIDADO Y EL CUIDADO DE LA COMPLEJIDADE

(MOYA & ESTABEN, 2006)\*

Márcia Lúcia Sousa Dias Alves <sup>(1)</sup>

Paulo Joaquim Pina Queirós <sup>(2)</sup>



## Resumo

A partir da leitura do artigo, La complejidad del cuidado y el cuidado de la complejidad: un tránsito pedagógico de los reduccionismos fragmentantes a las lógicas no lineares de la complejidad (Moya e Estaben, 2006), procuramos fazer uma análise reflexiva sobre a temática exposta, realçando os aspetos mais importantes desta. Nesta reflexão juntamos de uma forma criativa o contributo pessoal resultante da prática clínica, considerando ainda outros subsídios advindos da bibliografia pesquisada.

**Palavras-chave:** Teoria de enfermagem; Filosofia em enfermagem; Conhecimento; Educação em enfermagem (Fonte:DeCs)

## Abstract

**REFLECTIVE ANALYSIS BASED ON THE ARTICLE: LA COMPLEJIDAD DEL CUIDADO Y EL CUIDADO DE LA COMPLEJIDADE (MOYA & ESTABEN, 2006).**

From reading the article, La complejidad del cuidado y el cuidado de la complejidad: un tránsito pedagógico de los reduccionismos fragmentantes a las lógicas no lineares de la complejidad (Moya e Estaben, 2006), we make a reflective analysis about the thematic exposed, highlighting the most aspects of this. In this reflection joined in a creative personal contribution resulting from the clinical practice and considering other subsidies arising from researched bibliography.

**Keywords:** *Nursing Theory; Philosophy in nursing; Knowledge; Nursing education (Source: DeCs)*

## Resumen

**ANÁLISIS REFLEXIVO BASADO EN EL ARTÍCULO: LA COMPLEJIDAD DEL CUIDADO Y EL CUIDADO DE LA COMPLEJIDADE (MOYA & ESTABEN, 2006).**

A partir de la lectura del artículo, La complejidad del cuidado y el cuidado de la complejidad: un tránsito pedagógico a reduccionismos fragmentantes una lógica en las que la complejidad lineal (Estabén y Moya, 2006), se hace un análisis sobre la reflexión temática expuesta, destacando los aspectos más importantes de este. En este trabajo se unieron en una contribución personal creativo que resulta de la práctica clínica, y teniendo en cuenta otras subvenciones derivadas de la bibliografía investigada.

**Palabras clave:** *Teoría de Enfermería, Filosofía en Enfermería, Conocimiento, Educación en Enfermería (Fuente: DeCS)*

Rececionado em julho 2013. Aceite em outubro 2013

\*Artigo publicado com a referência: Moya, JLM; Esteban, MPS (2006) *La complejidad del cuidado y el cuidado de la complejidad: un tránsito pedagógico de los reduccionismos fragmentantes a las lógicas no lineares de la complejidad. Texto & Contexto-Enferm. Vol15 n°2 Florianópolis. Apr/June*. Trabalho realizado no âmbito da unidade curricular Teoria de Enfermagem do IV Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

<sup>1</sup> Enfermeira, Hospital Dr. Nélio Mendonça, Mestranda em Enfermagem Médico-Cirúrgica

<sup>2</sup> Escola Superior de Enfermagem de Coimbra/Pós-Doutorando ICBAS-UP

## INTRODUÇÃO

O artigo em análise, *La complejidad del cuidado y el cuidado de la complejidad: un tránsito pedagógico de los reduccionismos fragmentantes a las lógicas no lineares de la complejidad* (Moya e Estaben, 2006), assume-se como um instrumento de divulgação de conhecimentos científicos atualizados sobre o tema supracitado. Este aborda a formação inicial e em contexto clínico do enfermeiro, tendo em conta o paradigma da simplicidade e o da complexidade.

O paradigma da simplicidade apresenta como características a continuidade, causalidade local e determinismo, coloca ordem nas ações, excluindo a desordem, a instabilidade e a intersubjetividade. A nível educacional pretende que o formando reproduza o conhecimento transmitido durante as aulas, baseada na segurança inquestionável. Apresenta o conteúdo como fatos brutos, argumentos e verdades indiscutíveis no contexto de um ambiente de certeza. Neste paradigma, os profissionais de enfermagem ignoram que a realidade é holística, ou seja, excluem que o todo é maior do que a simples soma das suas partes, e ignoram a experiência subjetiva. Por exemplo, os diagnósticos de enfermagem muitas vezes são codificados em várias taxonomias, reduzindo a explicação destes sobre o significado da doença na pessoa.

Por sua vez, o paradigma da complexidade caracteriza-se pela incerteza, imprevisibilidade e estimula a auto-organização, autoprodução através de processos de certeza e incerteza, ordem e desordem e da não-aceitação de determinismo e clareza. Neste, os profissionais de enfermagem prestam cuidados indissociáveis das realidades de cada pessoa, tende compreender e argumentar sobre os significados mencionados por eles.

Neste sentido, compreende-se a escolha deste tema para perçecionarmos estes paradigmas na nossa prestação de cuidados, na educação, no ensino clínico, bem como no nosso desenvolvimento pessoal e profissional.

Tendo em conta o exposto iremos sistematizar uma análise crítica com uma apreciação generalizada com cariz essencialmente estético, nomeadamente com o resumo do artigo e uma análise refle-

xiva do mesmo, tendo em conta autores significativos e o desenvolvimento pessoal e profissional dos autores desta reflexão.

## SINTESE DO ARTIGO DE MOYA E ESTABEN

Este artigo aborda o paradoxo entre o paradigma da simplicidade e o paradigma da complexidade na formação inicial em enfermagem e a prática profissional. O primeiro paradigma tem como características o reducionismo, subdivisões e simplificações na educação e na prestação de cuidados. O segundo tende a uma educação em que os objetivos, políticas e métodos ou meios estão intrinsecamente ligados e promove as ambiguidades, contradições e a identidade profissional.

No paradigma da simplicidade ou reducionista o professor é visualizado como um especialista infalível e onnipotente em que a informação transmitida ao aluno deverá ser reproduzida pelo mesmo, separando-o do conhecimento cultural, social e político de onde estão inseridos, ignorando a sua identidade pessoal. Propicia a improbabilidade dos alunos examinarem os seus próprios conceitos, de tomarem decisões e de apresentarem comportamentos reflexivos durante a prática profissional, podendo promover uma incoerência entre o discurso teórico e prático. Neste também contempla a impossibilidade de qualquer debate ético sobre os problemas do ensino de enfermagem e da prática profissional, reduzindo o valor regulamentar da ética nos mesmos.

No que concerne ao paradigma da complexidade os autores referem que este incorpora os programas curriculares de enfermagem que contemplem a noção de pessoa como um todo irreduzível, em congruência com os seus valores. O processo educacional é de interação entre professores e alunos, com participação ativa, autonomia e reflexão, envolvendo a comunicação social, sistema de troca dinâmica, desejos, interesses, motivações, expectativas e interpretações de ambos. Ou seja, este processo é em grande parte codeterminado pelos alunos, respeitando as suas escolhas morais e consciência, exigindo aos mesmos o compromisso de definir e aceitar as suas próprias limitações,

dilemas, incertezas e contradições.

Este paradigma fomenta a análise de fundamentos subjacentes aos vários modelos teóricos apresentados aos alunos, facilitando a investigação das práticas realizadas por enfermeiros profissionais e promovendo a autonomia intelectual e moral dos mesmos.

## ANÁLISE REFLEXIVA DO ARTIGO

Os autores remetem-nos para dois paradigmas – simplicidade e complexidade. Segundo Silva e Ciampone (2003), o paradigma é um grande norteador do sentir, pensar e agir humano, orienta, dirige, controla o raciocínio das pessoas e o sistema de ideias. O primeiro, como referem Moya e Estaben (2006), dirige-nos para o reducionismo e elimina os fenómenos humanos, concentrando-se nas práticas técnicas. Segundo Morin (2008), este paradigma tanto separa o que está ligado (disjunção), como unifica o que é diverso (redução).

O segundo, como o próprio nome indica é mais complexo e engloba a cooperação dos intervenientes e valoriza o humanismo, em que o homem não pode ser reduzido, partido ou disjunto, mas sim observado como um todo.

Este paradigma integra o pensamento, opondo-se aos mecanismos reducionistas, estimula a reflexão e a investigação, valorizando as inteligências múltiplas através das diferenças individuais baseadas nas implicações/distinções/conjunções (Morin e Moigne, 2000). Também controla o campo cognitivo, intelectual e cultural de onde nascem as teorias e os raciocínios (Silva e Ciampone, 2003).

Este paradigma prioriza a transmissão de informação com significado e a busca da produção da autonomia do conhecimento, estimula a capacidade de perceção e pensamento de acordo as suas necessidades e realidades educacionais e profissionais, em concordância com problemas reais, sociais, económicos, afetivos e educacionais, discutindo sentimentos e emoções (Ferreira, Carpin e Behrens, 2010).

De acordo Morin e Moigne (2000), o paradigma da complexidade visa criar articulações e relações

para um pensamento intermulti-transdisciplinar e complexo na integração do cuidado humano e das tecnologias de informação na enfermagem, para gerir dados, informação e conhecimento, apoiando assim nas tomadas de decisões baseadas no mesmo. Estas tecnologias buscam interação, associação, inter-relação direta e indireta no cuidado, a nível social, educacional, afetivo, económico, político, psicológico, relacional e integra múltiplos saberes e fazeres. Estas finalidades desafiam o ensino nas escolas e em contexto clínico.

Já Cruz *in* Marques (2006) mencionava o educar para a mudança, para uma sociedade de múltiplos saberes, para a qualidade, para espaços específicos alargados e finalmente para o horizonte de vida de cada um. A educação tem como finalidade um saber evoluir, saber ser e saber estar, na medida em que há uma capacidade de adaptação constante, não só a novas ideias mas também a novos contextos da vida pessoal e profissional.

Salientamos que esta capacidade nem sempre é-nos facilitada, pois, tendo em conta que vivemos num Mundo cada vez mais competitivo, o processo de adaptação e de formação contínua torna-se um elemento fundamental para o desenvolvimento pessoal e profissional. Contudo, não bastam as razões externas (subidas na carreira, aumento de ordenados) para realizarmos formação, temos que ter a convicção que esta vai contribuir para tornarmo-nos melhores profissionais, melhores cidadãos, pessoas cada vez mais responsáveis e informadas, com mais conhecimentos e mais aptas a trabalhar numa sociedade cada vez mais competitiva, pois como menciona Morin (2008), o contexto está em constante transformação.

Este processo educativo corresponde à capacidade de fazermos uma leitura adaptativa e reconstruirmo-nos para a capacidade de enfrentar novos desafios, pois todas as experiências, se bem aproveitadas, são de extrema importância para garantir um desenvolvimento sustentado e permitir o acesso a patamares de maior exigência e capacidade profissional. Isto vai de encontro às características da sociedade em que vivemos - aberta, de risco e multicultural. Ou seja, há uma grande mobilidade de pessoas, interação cultural, sem fronteiras e sem barreiras, com mudanças rápidas, aceleradas

e imprevisíveis, o que implica que sejamos competentes para enfrentar da melhor forma o Mundo de amanhã, ou qualquer mobilidade de serviço inesperado. Perante a pluralidade, temos que ter referenciais pessoais, para que possamos pensar por nós próprios, adaptarmo-nos, sabermos viver de acordo com os nossos valores e com a educação que adquirimos.

Para que este desenvolvimento possa ser adequado deverão ser traçados objetivos/metapas para uma conceção ampliada da educação de modo a que todos possam descobrir, reanimar e fortalecer o seu potencial criativo, ou seja, revelar o tesouro escondido dentro de cada um de nós.

Segundo Delors (1999, p. 89) “À educação cabe fornecer, de algum modo, os mapas de um mundo complexo e constantemente agitado e, ao mesmo tempo, a bússola que permite navegar através dele”.

Para poder dar resposta ao conjunto das suas missões, a educação deve organizar-se em torno de quatro aprendizagens fundamentais que, ao longo da vida, serão de algum modo, para cada indivíduo, os pilares básicos da educação/ conhecimento: aprender a conhecer, aprender a fazer, aprender a viver juntos e aprender a ser (Delors, 1999). Os processos de aprendizagem e conhecimento para desenvolver a educação devem representar e analisar mais aprofundadamente as complexidades e as incertezas (Moya e Estaben, 2006).

Morin (2008) reconhece a complexidade como uma relação sujeita/objeto, ordem/desordem e organização/desorganização. Ou seja, concebe a multiplicidade para a inteligibilidade, interação, incerteza, agitação, irregularidade e instabilidade, bem como autonomia, liberdade e interdependência, buscando olhar para o “todo” e para as “partes” buscando relações entre elas, sabendo que o “todo” é diferente da soma das “partes” e estas por sua vez são diferentes do “todo”.

Tendo em conta o supracitado, gostaríamos de realçar o filme do Clube dos Poetas Mortos, em que na academia de Welton o professor Keating incita o aluno Todd Andersen a deixar o medo de lado e a revelar o seu “eu” poético que se encontrava camuflado. Para o aluno Neil Perry os ensinamentos do professor tornaram-se fonte de ins-

piração e de determinação, dando-lhe força para, contra a vontade do pai, realizar o grande sonho da sua vida - representar. A nosso ver, o papel de Robin Williams foi fundamental no sentido em que foi o motor de desenvolvimento das capacidades de todos os seus alunos, em o grupo desenvolveu as suas capacidades mais escondidas, com desordem, liberdade e interação entre eles e sentiram-se capazes de combater todas as barreiras, tornando deste modo “Carpe Diem” o seu lema.

Cury (2008) vai de encontro a esta ideia revelando que ninguém é uma ilha física, psíquica e social dentro da humanidade. Todos os nossos atos conscientes ou inconscientes e com atitudes construtivas ou destrutivas, alteram os acontecimentos e os desenvolvimentos da própria humanidade. O autor do artigo menciona que a característica da vida humana é o sentido e este não nos é dado pela natureza biológica, sentido inexplicável pela física ou química. Morin (2008) complementa que o ser humano é um ser físico, químico, biológico, psíquico, cultural, social, económico e histórico, produzindo saberes que promove reflexão, intencionalidade, experiência e objetividade.

Quando pensamos em aprendizagem, pensamos em descoberta, experiências, errar, construir e desconstruir...aprender aprendendo...com a vida, com as outras pessoas. Ao descrever estas expressões, lembramo-nos do livro intitulado em “Uma Viagem Espiritual” de Nicholas Sparks e Billy Mills (2004), em que este retrata um longo caminho sonhador e autónomo que um jovem índio triste, sem sentido para a vida e com uma enorme depressão, após o falecimento da irmã, teve de percorrer para encontrar a felicidade. No seu percurso foi dando significado à sua vida, aprendendo a lidar com os maus momentos da vida, proporcionando segurança devido à imprevisibilidade das suas metas, promovendo autoestima e autorrealização.

Este processo educacional está cada vez mais vincado nos estudantes de enfermagem, pois apercebemo-nos de um maior dinamismo e imprevisibilidade, que nos licenciados à mais tempo não era tão visível. Por exemplo: realização de diários reflexivos, portfólios, discussões em grupo, entre outras. Contudo, no mestrado, os docentes já estão

contemplando, através da avaliação, os supramencionados trabalhos de reflexão.

Tendo em conta o supracitado, a escola deve propiciar atividades que provoquem a reflexão, observação, análise crítica, resolução de problemas com o intuito de promover a autonomia de ideias, atitudes e ações (Silva e Camilho, 2007).

Queirós *in* Pires *et al.* (2004) afirma que a educação centrada no aluno e no desenvolvimento da reflexão na e sobre a ação, devem ser a pedra que permitirá a mudança de currículos tradicionais para outro, perspetivado para as novas realidades do século XXI.

A Comissão Internacional sobre a Educação para o séc. XXI considera-a em toda a sua globalidade, ou seja, começa-se a ter em conta a realização da pessoa que, na sua totalidade, aprende a Ser. Assim, a pessoa para desenvolver este aprender a ser, não pode negligenciar certas virtudes como o raciocínio, a memória, as capacidades físicas e a aptidão para comunicar.

No entanto, a nosso ver, os estudantes, ao entrarem nalgumas universidades de enfermagem, adotam acriticamente padrões epistemológicos e valores culturais vigentes das universidades. Paraphraseando Moya e Estaben (2006), no paradigma da simplicidade o professor apresenta o conteúdo da disciplina como fatos brutos e argumentos discutíveis como verdades indiscutíveis num ambiente imperativo. No entanto, os mesmos autores seguem as linhas do paradigma da complexidade em que os professores devem proporcionar as suas estratégias de ensino e padrões de relacionamento professor-aluno com o intuito de proporcionar um aluno responsável, autónomo, crítico, capaz de analisar objetivamente o mundo que o rodeia, transformando-se. Mencionam também que alguns destes processos de aprendizagem passam pelo reconhecimento de que os valores sobre a formação de enfermeiros e prática do cuidado devem ser submetidos a análise crítica e que a revisão deve ser feita livremente por cada aluno.

Assim, como enfermeiros, é fulcral que a aprendizagem seja significativa e funcional, pois tornamos seres mais reflexivos, mais críticos, mais capazes de dar respostas otimizadas, partilhar decisões, discuti-las e negociá-las, ou seja, uma pa-

nóplia de virtudes que são essenciais para a nossa prática diária.

Esta perspetiva do estudante como agente da sua educação/formação promoverá o desenvolvimento de um pensamento crítico e reflexivo, levando-o a atitudes humanistas que o conduzem à descoberta das suas necessidades de formação facilitado pelos formadores/professores/tutores. A aprendizagem reflexiva deve ser considerada pela Enfermagem como um elemento central na perspetiva de construção do saber, baseado no lema de aprender a aprender (Neves *apud* Ferreira, 2004). Serão as estratégias do ensino criativo que levarão a formandos mais motivados, que sem descurar a técnica de Enfermagem, como preconiza o reducionismo, optarão por uma atitude mais crítica e reflexiva, tomando certamente decisões mais informadas e centradas na pessoa.

Nesta perspetiva já Schön (2000) sugeria dimensões de reflexão, designados por ele de “reflexão-na-ação”, “reflexão-sobre-a-ação” e a “reflexão sobre a reflexão na ação”.

Reforçamos a ideia supramencionada com uma citação de Cruz *in* Marques (2006) mas da autoria de Costa: “a compreensão do mundo da prática exige trabalho e formação de todos os intervenientes, pois não se compadece exclusivamente com a aplicação de saberes adquiridos, [...] dado que as certezas de ontem, não são as de hoje e não serão as de amanhã” (p.354)

Tendo em conta o referido, sentimos a necessidade de falar um pouco acerca da aprendizagem em contexto clínico, pois a prática uma vez sistematizada é refletida, organizada e gerida, ganhando um lugar numa perspetiva teórica (Malglaive, 1995). É da responsabilidade dos serviços de saúde proporcionar um ambiente facilitador das aprendizagens: professores e enfermeiros estão conscientes que há competências ao nível dos múltiplos saberes, que só na atividade e em contexto de trabalhos podem ser percebidos e desenvolvidos pelos estudantes (Carvalho, 2003).

Caires e Almeida *in* Gonçalves (2001, p.227) descrevem o ensino clínico como “... um momento de confronto com alguns dos principais desafios e oportunidades que o Mundo do Trabalho lhe reserva”, na medida em que permite o assumir de

novos papéis, o «vestir a pele» de um profissional, o conhecer e adaptar-se a um novo contexto com rotinas, regras e padrões distintos do meio universitário. Estas características da prática clínica são evidenciadas pelos estudantes que segundo Kushnir e Windsor citado por Abreu (2003) referem que “o mundo vivido é muito mais complexo do que aquele cuja imagem constroem no decurso da formação teórica” (p.58), levando a que vivam muitas das vezes sentimentos de ansiedade.

O ensino clínico foi, para os autores desta reflexão inicialmente, uma fonte de grande ansiedade e stress, por não dominarem os contextos onde se encontravam inseridos, pela imprevisibilidade e complexidade das relações interpessoais com as pessoas doentes e com os profissionais de saúde e por sentirem-se em constante observação e avaliação pelo doente e/ou enfermeiro tutor.

Como mencionam Moya e Estaben (2006), a formação em enfermagem, em termos qualitativos, depende do que aprendemos num contexto clínico, sendo este um espaço insubstituível de transformação de conhecimentos e aquisição de saberes práticos e processuais. Também Costa *in* Abreu (2007) partilha da mesma opinião, pois refere que o “contexto de trabalho aparece como local privilegiado da aprendizagem, permitindo que os saberes formalizados se confrontem com a prática e que os saberes práticos se formalizem, num ciclo recursivo.” (p.81). O trabalho surge como um local de socialização, como uma rede de forças interativas que influenciam a aprendizagem do aluno e o transformam. Importante será ter a noção da perspectiva holística da aprendizagem, pois como menciona Morin (2011), não basta utilizar uma palavra ou informação, mas é fundamental ligá-la a um contexto.

Coloca-se então a seguinte questão: Como aprendem os profissionais de enfermagem?

Segundo Bártolo (2007) o indivíduo forma-se porque põe em prática o aprendido, isto é, experimenta, vive, reflete, *aprende cuidando e cuida aprendendo*. Na mesma perspectiva, Morin (2011) refere que formação em contexto de trabalho é um conjunto de saberes, fazeres, regras, normas, proibições, estratégias, crenças, ideias, valores e mitos que são transmitidos e reproduzidos, num campo

intertransdisciplinar.

Esta ideia extremamente importante, porque, lembra-se a primeira autora desta reflexão de um facto passado, ocorrido aquando do primeiro mês da sua integração na vida profissional, no serviço onde ainda hoje se encontra a exercer funções. Lembra-se perfeitamente, como se fosse hoje, da reacção ao entrar na enfermaria...já tinha ficado bem impressionada com o relato da passagem de turno, mas ao ver a situação com os seus olhos, a primeira ideia que lhe veio à cabeça foi: não vou ser capaz. Era um doente com diagnóstico médico de neoplasia da amígdala e que tinha sido internado por perdas hemáticas pela cavidade oral, ao entrar na enfermaria deparou-se com o doente, de pé, no lavatório a se lavar e com uma hemorragia ativa e abundante e logo que entrou ele disse “ajude-me, por favor”. Sentiu-se impotente, pois nunca tinha visualizado esta situação e foi procurar auxílio. A sua chefe e uma das suas colegas, com anos de experiência, retirou-a do local, pois não estava a conseguir controlar a situação, bem como o seu estado emocional, pois só chorava. Enquanto a sua colega prestava cuidados ao doente, a sua chefe levou-a para o seu gabinete onde discutiu a situação. A partir desse momento descontraíu-se, aproveitou a oportunidade para aprender, e admite, que embora seja sempre uma situação constrangedora, foi uma experiência que teve efeito evolutivo sobre si, tanto como pessoa, como profissional, ou seja, obteve um efeito de uma autêntica mudança do seu comportamento e atitude, mas acima de tudo no seu saber.

A troca de saberes entre os enfermeiros é fundamental, não só para a socialização dos mesmos, mas, igualmente, para a aprendizagem. Consideramos que o debate clínico interdisciplinar pode ser uma reflexão sobre a prática. Nestas circunstâncias, o trabalho em equipa e a comunicação das experiências em grupo são cruciais para os profissionais de saúde, permitindo problematizar, dar sentido aos saberes construídos a partir da reflexão, com a ajuda de conceções teóricas e formar um conhecimento mais sólido através da experiência de cada um. Com esta reflexão sobre a prática, pode-se reformular a teoria e permitir a realização de novas aprendizagens, tornando os enfermeiros

cada vez mais competentes. Esta aprendizagem reflexiva é descrita segundo Bartolo (2007), como um tipo de formação em exercício, em que toda a formação ocorre articulada com a ação, permitindo o desenvolvimento pessoal dos intervenientes, bem como o desenvolvimento global de competências.

Outro momento ideal para os enfermeiros, docentes e estudantes refletirem, conjuntamente, sobre as atividades realizadas, as ações empreendidas e os referenciais teóricos subjacentes são as passagens de turno. Estas permitem valorizar e aprimorar o saber do grupo, relacionando-o e estimulando cada um dos elementos, para novas formações, tão necessárias ao desenvolvimento da qualidade dos cuidados, contribuindo para a competência dos enfermeiros. Incluem uma oportunidade privilegiada de aprendizagem, pois como cita Bartolo (2007) “permite aos enfermeiros um tempo de paragem para olhar, analisar, discutir e criticar a sua prática.” (p.179)

Outro momento privilegiado dá-se quando são contextualizados e redigidos os registos de enfermagem. Estes estimulam a leitura científica e a procura da excelência no cuidar, contribuindo para o desenvolvimento do pensamento cognitivo e crítico, na tentativa de evitar erros em situações diferentes ou análogas. Aumentando assim, o sentido de responsabilidade de cada elemento.

Moya e Estaben (2006) realçam que estes processos de aprendizagem promovem um profissional de enfermagem autónomo, confiante, com julgamento, perspetiva pró-ativa e tomadas de decisão com implicações para a formulação de objetivos na sua formação e para a realização de trabalhos de investigação.

Desta feita, a aprendizagem tem uma particularidade, não é unidirecional, não se restringe só a um indivíduo mas repercute-se no grupo e na organização. Na ideia de Pires partilhada por Bartolo (2007), a aprendizagem não contribui exclusivamente para a aquisição de um conjunto de saberes essenciais à prática, mas também para o desenvolvimento da construção da sua identidade pessoal e profissional.

O cuidar no paradigma da complexidade exige responsabilidade e o investimento no desenvolvi-

mento pessoal e profissional é indubitavelmente uma mais-valia, pois desta forma tornamo-nos pessoas munidas com aptidão e capacidade de executar a nossa profissão com elevados padrões de excelência. Esta excelência não se restringe ao cuidar, mas também ao nível relacional, da orientação e de todas as funções que estão regulamentadas no REPE e no código deontológico de enfermagem. Moya e Estaben (2006) complementam que o profissional deve ver a pessoa doente e não o objeto doença, permitindo que o sofrimento seja aliviado, promovendo autonomia e capacidade do autocuidado na pessoa doente, incorporando os seus interesses, motivações, sensações, emoções e contextos vivenciais. Contemplo esta informação, ao realizar uma lembrança ao filme de Patch Adams – “O Amor é Contagioso”, em que o autor contagia todos os doentes, familiares e enfermeiras, com sua alegria e criatividade, de forma humana, tendo sempre em atenção às significações e às motivações dos intervenientes, bem como aos contextos onde estavam inseridas, percebendo e valorizando a pessoa no seu todo, promovendo a satisfação e dignidade, bem como o respeito e a ética no cuidar.

A valorização dos valores, sentidos e significações que os doentes dão à sua situação clínica, exigem cuidados complexos. Pois, ignorar a experiência subjetiva, implica que quando um profissional olha e interroga a espessura do corpo orgânico, não nos diz nada sobre o significado de sua doença (Moya e Estaben, 2006). Nesta vertente e sendo as relações interpessoais um processo complexo de interação humana que ocorre permanentemente entre pessoas, quer de forma verbal ou não, é fundamental termos presente que somos pessoas com sentimentos, emoções e necessidades e que quando nos relacionamos com os outros temos de ter em atenção às diferenças individuais, desenvolvendo a competência interpessoal.

Silva e Camilho (2007) completam que o cuidar deve ser flexível, sensível, não-linear, não determinista e não pré-determinado. Waldow (2009) também acrescenta que a prestação do enfermeiro tem como finalidade a manutenção da vida, evitar complicações, efeitos secundários e sintomas, restaurando o sentido pela vida, bem-estar e bem-

-viver do ser humano.

Collière, já em 1989 citava que “Diz-me de que conhecimentos te serves para prestar cuidados, e como te serves deles, e dir-te-ei que cuidados prestas ...” (p.245). Neste sentido e fazendo desta forma, nossas as palavras de Cury (2005), gostaríamos de ser lembrados como profissionais “que lutavam para que aqueles jovens pensassem, não fossem formatados, não se tornassem repetidores de ideias, mas de novos pensamentos.” (p.102). Esperamos, desta forma no futuro, contribuir para uma equipa de pessoas motivadas, quer pessoal e profissionalmente, capazes de construir e colaborar em organizações mais dinâmicas, competitivas e cooperantes, ou seja, um grupo capaz de fomentar a auto realização, o bem-estar dos doentes que compõem a comunidade onde nos inserimos e atingir o patamar da excelência nos cuidados de enfermagem.

## CONCLUSÃO

A elaboração desta análise procurou abordar o paradoxo existente entre o paradigma da simplicidade e o da complexidade no âmbito da formação inicial em enfermagem e na prática profissional. A educação e a formação dos enfermeiros sejam elas teóricas ou práticas detêm um alto grau de ambiguidade, incerteza e abertura. Desta forma, não devemos ignorar os fenómenos instáveis, nem permitir que a nossa prática seja dominada por uma política de rotulagem.

Demos a conhecer as características do paradigma simplista ou também comumente conhecido como reducionista, tentamos também alocá-lo ao nosso quotidiano sob o ponto de vista profissional e pessoal, correlacionando-o assim com as características do reducionismo, subdivisões e simplificações na educação e na prestação de cuidados a que o mesmo se encontra associado.

Sob um olhar prático concluímos que o paradigma da simplicidade é aquele em que o professor é visualizado como um especialista infalível e onipotente, ou seja, este é o detentor de todo o saber, e toda a informação transmitida ao aluno deverá ser reproduzida na íntegra pelo mesmo, ig-

norando a sua identidade pessoal, separando-o do conhecimento cultural, social e político de onde estes encontram-se envoltos. Este paradigma propicia a estagnação do conhecimento, isto é, eleva a improbabilidade dos alunos examinarem os seus próprios conceitos.

Foi também nossa preocupação dar a conhecer as desvantagens que o paradigma da simplicidade apresenta. Vimos que em consequência do uso degradado da razão cuja ideologia adjacente diz que temos tendência de utilizar apenas os meios para atingir os fins, vimos que não avaliamos os fins para que os *outputs* do nosso esforço seja compensado com o método de execução mais eficiente. Outro risco consequente deste paradigma é a separação da realidade em esferas de análise, não havendo um estabelecimento de vínculos nem uma participação da criação cognitiva.

No que diz respeito ao paradigma da complexidade procurámos clarificar o seu conceito, e retirar uma interpretação holística das suas características em termos educacionais, bem com os objetivos em que assenta este paradigma, qual o seu *modus operandi* na sociedade, as suas políticas, métodos ou meios que lhe está intrinsecamente ligado, contradições e a identidade profissional.

Constatou-se então que a meta de enfermagem não é um cuidado como um processo esquematizado, mas sim um cuidado como um processo complexo, tendo sempre em conta a manifestação dos valores e uma prestação de cuidados em busca da excelência.

Apurou-se também que ao longo deste artigo reflexivo o paradigma da complexidade seja na vertente educacional ou ainda em contextos clínicos de enfermagem é uma mais-valia, uma vez que se trata de uma realidade multidimensional que se constrói a partir de inúmeras inter-relações e de práticas. É um processo de aquisição de conhecimentos que requer dinamismo, uma mentalidade aberta, não-linear, dialética e reflexiva.

Constatamos, com este artigo, o quanto é fundamental termos a capacidade de valorizar os indivíduos no seu todo tendo em conta as suas sensações, emoções, experiências humanas, entre outros. Ficamos também a conhecer que para atingir tal meta - valorização dos indivíduos, pode-

mos simplesmente recorrer ao diálogo bem como à discussão do plano de cuidados com o doente. Constatou-se que este paradigma requer que o enfermeiro, na qualidade de prestador de cuidados, seja um profissional responsável e que detenha a capacidade de se adaptar à mudança bem como à imprevisibilidade, tendo sempre em atenção os princípios éticos. Os autores procuram incorporar este paradigma nos programas curriculares de enfermagem com um caráter complementar da noção de pessoa como um todo em congruência com os seus valores.

Vimos também que o processo educacional assenta na interação entre docentes e discentes acompanhado de uma participação ativa, autónoma e reflexiva, inserindo-se em toda a envolvente interagindo com a comunicação social, sistema de trocas de dinâmicas, desejos, interesses, motivações, expectativas e interpretações de ambas as partes, respeitando as suas escolhas morais e de consciência, exigindo dos mesmos o compromisso de definição e aceitação das suas próprias limitações, dilemas, incertezas e contradições.

Sentimos que com a análise deste artigo enriquecemos o nosso saber e este tornar-se-á uma mais-valia aquando da tomada de decisão fundamentada em raciocínios sólidos. Contudo, em nosso entender o maior contributo deste exercício, emana da consolidação da importância da reflexão da prestação de cuidados mais complexa para obtenção de uma realidade mais humana, pessoal, sentida e profissional.

No que concerne às dificuldades aquando a execução desta análise, sentimos alguma incoerência, inicialmente, sobre a conceptualização de paradigma da complexidade, pois apesar de utilizarmos o termo complexo, não o utilizávamos da maneira correta e também não tínhamos a noção da sua abrangência e da sua relevância, confundindo-o com outras noções. Uma outra dificuldade foi perceber o próprio título - A complexidade dos cuidados e os cuidados complexos, pois parecia-nos um trocadilho confuso.

Após uma leitura mais aprofundada dos conceitos e das suas características, sugerimos uma maior pesquisa, divulgação e integração deste paradigma na formação dos profissionais, com o intuito

de melhorar a prestação de cuidados com rumo à excelência das nossas ações e consequentemente promover o desenvolvimento da prática de Enfermagem para com os doentes e seus familiares.

#### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABREU, Wilson - Formação e aprendizagem em contexto clínico. Fundamentos, teorias e considerações didáticas. Sinais Vitais. Coimbra (2007).

ABREU, Wilson - Supervisão, qualidade e ensinamentos clínicos: Que parcerias para a excelência em saúde?. Sinais Vitais. Coimbra (2003).

BÁRTOLO, E. - Formação em contexto de trabalho no ambiente hospitalar. Um estudo etnográfico numa unidade de cuidados intensivos pediátricos. Lisboa: Climepsi, 2007.

CAIRES, S.; ALMEIDA, L. - O estágio como um espaço de desenvolvimento de competências pessoais e profissionais: o papel da supervisão. IN GONÇALVES, L. et al.. - Atas do seminário da universidade para o mundo do trabalho: desafios para um diálogo. Braga, 2001. p. 227-246.

CARVALHAL, R. - Parcerias na formação. Papel dos orientadores clínicos: Perspetiva dos atores. Lisboa: Lusociência, 2003.

COLLIÈRE, Marie-Françoise (1989). Promover a vida: da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem. Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses. 1989. 384p.

CRUZ, S. - Enfermeiros tutores enquanto sujeitos do processo ensino/aprendizagem. Valorização de características por alunos, docentes e enfermeiros. In MARQUES, Paulo - Rumo ao conhecimento em enfermagem. Porto: Escola Superior de Enfermagem de São João, 2006. p.341-400.

CURY, A. - A saga de um pensador. Cascais: Pergaminho. 2008. 320p.

DELORS, Jacques - Educação: um tesouro a descobrir: relatório para a UNESCO da Comissão Internacional sobre Educação para o século XXI. Porto: Edições Asa, 1999. 288p.

FERREIRA, C. - A técnica de espelhamento na aprendizagem clínica dos estudantes de enfermagem. Revista Investigação em Enfermagem, Vol. 9 (2004) p.24-34.

FERREIRA, Jacques Lima; CARPIM, Lucymara; BEHRENS, Marilda Aparecida - Do paradigma tradicional ao paradigma da complexidade: um novo caminho na educação profissional. B. Téc. Senac: a R. Educ. Prof., Rio de Janeiro, v. 36, n.1(2010), p. 51-59.

MALGLAIVE, G. - Ensinar adultos. Porto: Porto Editora, 1995. 272 p.

MORIN, E. - Introdução ao pensamento complexo. 4.ª ed. Porto Alegre: Sulina, 3ed. 2011.120p.

MORIN, Edgar ; MOIGNE, Jean-Louis Le. A Inteligência da Complexidade. São Paulo: Petrópolis, 2000.

MORIN, Edgar. Ciência com Consciência. Trad. Maria D. Alexandre e Maria Alice Sampaio Dória. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2008. 344p.

MOYA, José L. Medina; ESTEBAN, Maria P. - La complejidad de cuidado y el cuidado de la complejidad: un tránsito pedagógico de los reduccionismos fragmentantes a las lógicas no lineales de la complejidad. Texto Contexto Enfermagem, Vol. 15, n.º 2 (2006) p. 312-319.

PIRES, R. [et al.] - Supervisão clínica de alunos de enfermagem. Sinais Vitais, Vol. 54 (2004), p. 15-17.

SCHÖN, D. - Educando o Profissional Reflexivo. Um novo design para o ensino e a aprendizagem. Porto Alegre: Editora ARTMED, 2000. 256 p.

SILVA, Ana Lúcia; CAMILHO, Simone Oliveira – A educação em enfermagem à luz do paradigma da complexidade. Revista Escola de Enfermagem USP. Vol. 41, n. 3 (2007), p.403-410.

SILVA, Ana Lúcia; CIAMPONE, Maria Helena T. – Um olhar paradigmático sobre a assistência de enfermagem – um caminhar para o cuidado complexo. Revista Escola Enfermagem USP. Vol. 37, n. 4 (2003), p.13-23..

SPARKS, Nicholas; MILLS, Billy - Uma viagem Espiritual. Portugal: Editorial Presença, 2004. 132p.

WALDOW, Vera Regina – Reflexões sobre educação em enfermagem: ênfase em um ensino centrado no cuidado. O Mundo da Saúde. São Paulo. Vol. 33, n.2 (2009), p.182-188.

# TRANSIÇÕES SAÚDE-DOENÇA EXPERIÊNCIA NA PESSOA GASTRECTOMIZADA

Alexandra Afonso <sup>(1)</sup>  
Guilhermina Carvalho <sup>(1)</sup>  
Fátima Domingues <sup>(1)</sup>



## Resumo

Fazer uma reflexão dos processos de transição relativamente a uma pessoa submetida a uma gastrectomia constitui o objeto de estudo deste artigo. Compreender a experiência transicional e definir as intervenções de enfermagem que melhor se adequam à obtenção de uma transição saudável, constitui o principal objetivo. A pessoa em estudo, experiencia uma transição de padrão múltiplo (saúde-doença; desenvolvimental e situacional) e caminha para um processo de transição saudável, uma vez que possui a percepção, o devido conhecimento e reconhecimento da experiência que está a viver demonstrando consciencialização do evento transacional que está a passar.

**Palavras-chave:** Transições; vulnerabilidade; processo de saúde-doença; gastrectomia.

## Abstract

**TRANSITIONS OF HEALTH-DISEASE. Individual experience in Gastrectomy.**

*This article make a reflection on the transition processes of a person who had been submit to a gastrectomy theme of this article. Understanding the transition experience and define nursing interventions most appropriate for achieving a healthy transition is the main objective. The person under study, experience a transition standard multiple (health and disease, development and situational) and is heading towards a healthy transition process, as it has the perception, right knowledge and recognition*

**Keywords:** transitions; vulnerability; health-disease process; gastrectomy

## Resumen

**TRANSICIONES DE SALUD-ENFERMEDAD. La experiencia de una persona gastrectomizada.**

*Hacer una reflexión de los procesos de transición en relación a una persona sujeta a una gastrectomía es el tema de este artículo. Entender la experiencia de transición y definir las intervenciones de enfermería que son más adecuados para el logro de una transición saludable es el objetivo principal. La persona objeto de estudio, la experiencia de una transición de múltiple estándar (la salud y la enfermedad; desarrollo y situacional) que se encamina hacia un proceso de transición saludable, ya que tiene la percepción, los conocimientos adecuados y el reconocimiento de la experiencia que está viviendo y demostrando consciencia del evento de transacción que está sucediendo.*

**Palabras clave:** las transiciones; vulnerabilidad; proceso salud-enfermedad; gastrectomía.

Rececionado em abril 2012. Aceite em janeiro 2013

<sup>1</sup> Enfermeiras com Pós-Licenciatura em Enfermagem Médico-Cirúrgica (ESEP – 2009/2010)  
ULS do Nordeste - Unidade Hospitalar de Bragança (Bloco Operatório)

## INTRODUÇÃO

Os carcinomas compreendem a maioria (90-95%) dos tumores malignos do estômago, sendo considerada a primeira causa de morte por cancro a nível mundial, com incidência particularmente elevada no leste da Europa, China, Japão e América do Sul (Freitas, 2002). Na perspetiva de Diniz de Freitas Professor Catedrático de Gastrenterologia da Faculdade de Medicina de Coimbra, a “maioria dos cancros gástricos é detetada numa fase avançada”, pelo que defende uma deteção mais precoce da doença (Freitas, 2002, p. 218). O cancro gástrico é mais comum no sexo masculino (Guimbaud e Perlemuter, 1996; Freitas, 2002; Sands, 2003), embora essa diferença se atenua nos tumores que ocorrem em jovens ou no idoso (Freitas, 2002). A incidência de cancro aumenta com a idade (Freitas, 2002; Sands, 2003), evidenciando uma subida nítida a partir dos 50 anos. A idade média do diagnóstico é de 63 anos nos EUA e de 55 anos no Japão (Freitas, 2002). Para Sands (2003) esta patologia é rara antes dos 40 anos e a incidência aumenta com a idade, tal como defendido por Freitas. Guimbaud e Perlemuter (1996) acrescentam que a idade média aquando do diagnóstico é de 70 anos.

As alterações do estado de saúde doença representam, uma ameaça e um desafio, que exigem esforços de adaptação e de reajustamento do organismo. Para se conseguir compreender o impacto que a adaptação tem na vida de alguém é necessário ter em conta o contexto transicional. Chick e Meleis (1986) referem que as transições recaem no domínio da enfermagem quando elas são pertinentes à saúde ou à doença ou quando as respostas à transição são manifestadas nos comportamentos relacionados com a saúde. Também, Zagonel (1999), Brandalize e Zagonel (2006) se referem à dimensão do cuidado transicional como um cuidado de enfermagem voltado para uma maior sensibilização, consciencialização e humanização que ajuda a melhor identificar nos sujeitos fatores que indicam a transição, facilitando o seu processo em direção à transição saudável. Transição, é definido por Chick e Meleis (1986,

p. 239) como uma “passagem ou movimento de um estado, condição ou lugar para outro”. Para estes autores a transição tem conotação com o tempo e o movimento. Assim, pode considerar-se que a vida em si constitui uma transição. Schlossberg (1981) cit por Fonseca (2005) refere que qualquer mudança desenvolvimental implica um movimento de adaptação no sentido de uma modificação das condições de vida do indivíduo, ou seja, para o autor à medida que a vida decorre, as pessoas experimentam mudanças e transições continuamente, e estas mudanças resultam frequentemente em novas redes de relações, novos comportamentos e novas perceções de si mesmo. Nesta ótica, o resultado de uma transição pode revestir-se de aspetos positivos e negativos, envolvendo ganhos e perdas desenvolvimentais (Fonseca, 2005).

Pretende-se com este artigo - após revisão bibliográfica e recolha de dados - fazer uma reflexão ao processo de transição de uma pessoa submetida a uma gastrectomia, identificando a natureza, o tipo, o padrão e as propriedades da mesma, assim como, abordar as condições facilitadoras e inibidoras de processos e de resultado que a pessoa em análise apresenta.

## MÉTODOS

Desenvolveu-se esta temática através da elaboração de um estudo de caso de uma pessoa a experienciar uma transição saúde-doença: carcinoma gástrico. No sentido, de sustentar a reflexão em estudo optou-se por pesquisar eletronicamente em bases de dados Online EBSCO Host, CINAHL e a MEDLINE. Foi ainda feita pesquisa em diversos livros e revistas científica sobre a temática. Alguns descritores foram utilizados no sentido de facilitar a pesquisa: transições; vulnerabilidade; processo de saúde-doença; gastrectomia.

### Caso Clínico

O Sr. José é um doente de 68 anos de idade que veio ao serviço de urgência por vômitos

alimentares, fadiga e emagrecimento de cerca de 11 kg em dois meses - o que inicialmente o doente associou ao seu processo de envelhecimento. Apresentava uma degradação do seu estado físico, de etiologia desconhecida, acabando por ficar internado no serviço de cirurgia para estudo de patologia gastro-intestinal.

O doente foi sujeito a uma avaliação inicial de enfermagem, na qual revelou alguma apreensão e preocupação com o seu atual estado de saúde. Foi possível constatar o quadro emocional em que se encontrava: apreensivo, preocupado, e ligeiramente ansioso, contudo, a ansiedade escondia uma vontade enorme de superar os seus problemas o mais rapidamente possível e uma revolta relacionada com um episódio vivido junto do seu médico de família. Dois meses depois de se reformar (jardineiro funcionário da Câmara Municipal), altura em que o doente ainda refletia sobre essa nova condição: (...) “agora que eu tinha muito tempo, que eu nem sei o que hei de fazer, apareceu-me isto”. Relata ainda que, “aí por meadas de outubro senti-me mal pela primeira vez na vida até caí redondo no chão e já só dei de mim na urgência do hospital”. No próprio dia teve alta com encaminhamento para o médico de família com uma carta que dizia “urgente”. Dois dias depois, dirigiu-se ao centro de saúde com a carta e “o médico não fez caso nenhum de mim disse que não tinha tempo e que voltasse outro dia, assim fiz, mas ele continuou sem fazer caso nenhum e eu sentia-me cada vez pior já não segurava nas calças”. Em dezembro, sentiu-se mal novamente e teve que recorrer ao serviço de urgência (...) internaram-me logo pois neste tempo perdi muito peso para aí, uns 20 kg fiquei só com a pele e os ossos pois a comida consoante a comia assim a botava fora”. O doente permaneceu internado e acamado durante uns dias, sem forças para se autocuidar: “não conseguia tomar banho sozinho, não conseguia desfazer a barba, só pensava: o que vai ser a minha vida!”.

O doente relatou que sempre foi saudável, raramente tomava medicação, apenas para dores de cabeça ou para a gripe. Vive sozinho, é divorciado (foi abandonado pela esposa ficando com filhos pequenos), tem dois filhos casados

a viverem noutra cidade. O doente referia com algum orgulho e satisfação que sempre fez a lida da casa e ainda faz alguns trabalhos agrícolas. Demonstra ao longo do seu discurso ter esperança nos amigos (...) “tenho muitos amigos na aldeia e sei que me vão ajudar eu é que não gosto de dar trabalho”.

Após a realização dos exames auxiliares de diagnóstico, foi diagnosticado uma neoplasia do antro-gástrico e foi proposto para cirurgia. Após ter tido conhecimento que teria que ser submetido a uma intervenção cirúrgica, demonstrou grande esperança na resolução do seu problema “acho que vou ficar homem outra vez”. No período pós-operatório revelou ter consciência das alterações que a cirurgia iria trazer para a sua vida quotidiana ... “tenho muitos amigos e uma rapariga lá na aldeia que me pode ir fazer a limpeza da casa e a comida, já pensei, posso mandar vir a comida do Centro de Dia de França”. Durante todo o seu discurso, havia um olhar de esperança e ao mesmo tempo de reorganização mental e preparação antecipatória - preparação do seu regresso a casa.

## TRANSIÇÃO SAÚDE/DOENÇA

a experiência de uma pessoa gastrectomizada

O momento do diagnóstico gera sempre algum sofrimento psíquico, pois, a doença traz insegurança, ansiedade e medo de morrer. Melo (2005) considera que lidar com um diagnóstico percecionado como uma ameaça é semelhante ao confronto com qualquer outro tipo de ameaça. Assim, existe uma variedade de processos psicológicos que estão associados com a experiência de estar doente. O diagnóstico de cancro coloca a pessoa perante um desafio ou uma ameaça à sua integridade física, psicológica e emocional. As pessoas que experienciam o diagnóstico de “cancro” vivem uma situação de transição, potenciada pelos tratamentos/intervenções disponíveis – neste caso, tratamento cirúrgico. Cada pessoa avalia a ameaça associada ao diagnóstico/tratamento com uma resposta emocional a essa ameaça e desenvolve estratégias de coping com vista a reduzir a

ameaça percebida (Melo, 2005). As ações de enfermagem contribuem para a manutenção de comportamentos adaptativos, daí, atenderem às necessidades dos indivíduos, para os preparar para as transições, facilitando o processo de aprendizagem de novas competências relacionadas com a saúde dos sujeitos e experiência de doença. Na perspectiva de Meleis et al. (2000) a experiência de doença (diagnóstico, procedimentos cirúrgicos, reabilitação...), transições desenvolvimentais e de esperança de vida (gravidez, paternidade, ...) e transições culturais e sociais (prestação de cuidados à família) são exemplos de transições que tornam os sujeitos extremamente vulneráveis.

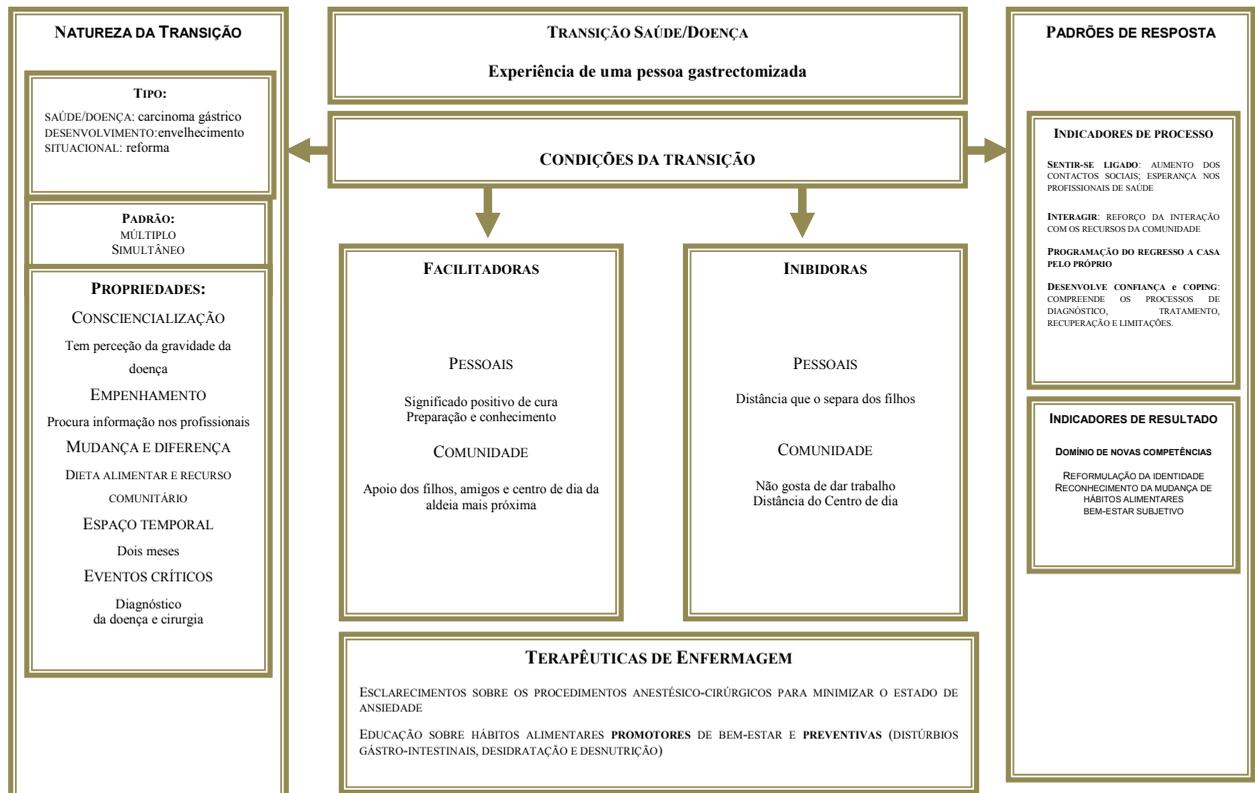
De seguida, será feita uma análise à transição vivida pelo Senhor José. Para uma melhor compreensão do caso em estudo, optou-se pela elaboração de um esquema que permite ter uma visão geral da transição experienciada (cfr. Figura 1).

## NATUREZA DA TRANSIÇÃO

Para despoletar um processo de transição na pessoa é necessário haver mudanças, que podem não só criar a oportunidade de uma melhoria do seu bem-estar, como também, expô-la a riscos de doença acrescidos. Sabendo que a pessoa é um ser bio-psico-social-cultural e espiritual, possui crenças e valores que podem influenciar as suas experiências de vida (Meleis et al., 2000). A mudança é algo de “inevitável e que não é necessariamente natural ou desejável” (Zagonel, 1999, p. 26).

A pessoa em estudo, encontra-se a experienciar uma transição de saúde-doença relacionada com o diagnóstico e procedimentos cirúrgicos. Contudo, a experiência de saúde-doença não está a decorrer de forma isolada, mas sim, em conjunto com outras transições de carácter desenvolvimental, como o envelhecimento - ao que inicialmente atribuiu a fadiga e o emagrecimento - e, situacional

Figura 1: Dados do Sr. José à luz da teoria das transições de Meleis (Adaptado de Meleis et al., 2000)



relacionada com a reforma “agora que eu tinha muito tempo, que eu nem sei o que hei de fazer, apareceu-me isto”. Assim, esta pessoa está, segundo Meleis et al. (2000), a experimentar uma transição múltipla e simultânea.

Dos dados recolhidos, tudo leva a pensar que a pessoa a viver este processo transicional esteja a caminhar para um processo de transição saudável, uma vez que possui a perceção, o devido conhecimento e reconhecimento da experiência que está a viver, o que demonstra consciencialização do evento transicional que está a passar: “... agora que sei o que tenho e sei que estou em boas mãos, sei que vou ficar melhor!”. Na perspetiva de Chick e Meleis (1986) cit. por Zagonel (1999, p. 28) a “transição tem uma característica essencialmente positiva, uma vez que a pessoa, ao passar pelo evento, alcança uma maior maturidade e estabilidade com o que passou”. O envolvimento no processo de transição deixa de ser exequível caso não haja consciencialização do mesmo, uma vez que a consciência, na perspetiva de Meleis et al. (2000), influencia o nível de envolvimento. Na perspetiva de Henderson (2007) quanto mais envolvida a pessoa estiver, maior será o seu sucesso de recuperação. O doente durante o seu discurso revelou consciencialização do problema e respetivo envolvimento, dado demonstrar preocupação em obter um maior número de informação junto da equipa médica e de enfermagem do seu estado de saúde-doença. Apesar desta constatação, o doente nunca verbalizou/expressou ter conhecimento do seu diagnóstico, contudo, a forma como se expressava revelava ter conhecimento do mesmo.

Os eventos críticos definem-se como o acontecimento que determina a necessidade de ocorrer uma transição (Meleis et al., 2000), daí que, o momento do conhecimento do diagnóstico e a cirurgia constituirão os eventos críticos identificados pela pessoa em análise.

### CONDIÇÕES DA TRANSIÇÃO

Durante uma transição é necessário descobrir quais são as condições que facilitam ou dificultam o processo de transição no sentido de se atingir uma transição saudável. Na mudança está implícito

a capacidade de adaptação do sujeito ao evento, capacidade de “saltar para o outro lado”, que nem sempre implica um impacto negativo. A título de exemplo, a pessoa que vive momentos de transição após ter sido submetido a uma gastrectomia encara no seu dia a dia, vários eventos e desafios, tais como: gerir o seu plano terapêutico e dietético, auto-cuidarse nos seus hábitos de vida diária, com maior ou menor capacidade, o que em termos de temporalidade pode demorar. Apesar, do processo de adaptação e ajustamento às novas atividades constituir um processo demoroso, poderá na perspetiva de Meleis et al. (2000), fazer com que a pessoa se adapte e aceite a transição. A pessoa em análise, demonstra capacidade de adaptação e ajustamento à situação que está a viver, com vontade e esperança de recuperar “vou voltar a ser homem”. Neste caso, é visível que está a realizar uma transição positiva, uma vez que se adapta e aceita a transição, como um momento decisivo na atribuição de novos significados, assim como, um domínio na aprendizagem e compreensão desta nova situação. As condições de transição assumem, neste caso, uma dimensão facilitadora uma vez que o significado atribuído ao evento é influenciado pelas condições pessoais (significado positivo de cura, preparação antecipatória e conhecimento) e da comunidade (apoio dos profissionais de saúde, dos filhos, dos amigos e do Centro de Dia da aldeia mais próxima) que ajudam no seu percurso de transição. Para além, das condições facilitadoras experienciadas pela pessoa em análise, alguns fatores, encontrados como distância da família (filhos) e do Centro de Dia, bem como o facto de não gostar de dar trabalho, funcionam como inibidores neste processo transicional.

As intervenções terapêuticas de enfermagem basearam-se essencialmente - no período pré-operatório - no esclarecimento sobre os procedimentos anestésico-cirúrgicos perspetivando a diminuição do estado de ansiedade. No período pós-operatório as terapêuticas de enfermagem incidiram na educação sobre hábitos alimentares que fossem promotores de bem-estar e preventivos de distúrbios gástro-intestinais (desnutrição e desidratação).

Padrões de Resposta

Os indicadores de processo e de resultado estão intimamente ligados ou articulados à passagem de vários momentos de transição experienciado de forma saudável. Com isto, pretende-se dizer que, as transições não são estáticas, ou seja, estendem-se pelo tempo. A possibilidade de identificar os indicadores de processo que orientam os sujeitos em direção à saúde podem ser uma mais-valia para o enfermeiro avaliar e intervir precocemente na ajuda/apoio necessário, para a pessoa percorrer o seu caminho com resultados saudáveis. A pessoa em análise – gastrectomizada - ao longo do seu processo de transição revelou sentir-se ligada e em interação, uma vez que houve aumento dos contactos sociais (recursos da comunidade) com vista à programação do seu regresso a casa, depositou ainda, grande esperança nos profissionais de saúde. A familiaridade adquirida junto do enfermeiro permitiu sentir-se mais apoiado e à vontade para partilhar o que “lhe ia na alma”. Por outro lado, os níveis de confiança que esta pessoa desenvolveu foram cruciais para realizar um percurso transicional de forma positiva pois, compreendeu os processos relacionados com o diagnóstico, tratamento, recuperação e limitações. O facto de a pessoa encarar com positividade e compreensão os diferentes processos revela um domínio de novas competências necessárias para o desenvolvimento de uma identidade fluida e integradora, ou seja, a reformulação da identidade, bem-estar subjetivo e o reconhecimento na mudança de hábitos alimentares (comer mais vezes e em pequenas quantidades). A pessoa face às experiências de transição que está a passar, adotou comportamentos que indiciam que tem conhecimento, percepção, vontade e capacidade para se envolver e interagir. Apesar de uma mestria não ser visível numa fase precoce (Meleis et al. 2000), as habilidades demonstradas pelo doente sugerem que está a adquirir um nível de mestria aliado a uma nova identidade com características integradoras, promovendo assim respostas saudáveis às transições.

### ANÁLISE CRÍTICA

A consideração da existência de padrões de transição associados ao desenvolvimento, saúde-

doença, situacional e organizacional, decorre, das implicações conceituais e metodológicas subjacentes a estudos que envolveram pessoas que estavam a experienciar transições deste tipo. Ao estudar estas transições, a enfermagem procura, recorrendo a estudos de caso, compreender melhor as reações das pessoas perante transições eminentes, para poderem facilitar o processo de aprendizagem de novas competências relacionadas com as experiências de saúde doença que estão a experimentar.

Com esta reflexão, que contextualiza uma transição saúde-doença, pretende-se encontrar um elemento dinamizador fundamental para cada pessoa tomar consciência de si e dos outros, como seres em construção e em transformação, ao longo de sucessivas transições. As relações que se estabelecem nas dinâmicas familiares e sociais, cada vez mais diferentes e diversas, desempenham um papel central, constituindo-se como um contexto de desenvolvimento e de construção de significados partilhados.

Da análise deste caso, verificou-se que existe uma sobreposição de transições e que a mudança está relacionada com as expectativas pessoais e mudança de papéis. Esta mudança resulta do esforço do doente, que procura através de mecanismos de ação e controlo, ultrapassar o mal-estar e os constrangimentos pessoais e sociais que se lhe deparam. Assim, partindo da avaliação subjetiva das mudanças percebidas e antecipadas e das suas perceções acerca da possibilidade de mudar a sua vida, considera que controla a mudança de forma eficaz. Parte da noção de obter ganhos com a transição que está a viver.

A percepção, o conhecimento e reconhecimento da experiência de transição, e a procura de informação indicam, que a pessoa tem consciência e envolvimento nos processos de mudança. Também, o facto, de no passado, ter experimentado uma transição situacional relacionada com o divórcio, de forma saudável, tendo a cargo dois filhos menores, talvez o tenha capacitado para a adoção de atitudes ativas e proactivas face às diversas situações que se lhe deparavam, daí, a preparação antecipatória desta transição (saúde-doença). Para além de ter demonstrado capacidade

individual para a transição, também é notório o impacto que a comunidade (aldeia/amigos) tem no progresso da mesma.

## CONCLUSÃO

A preocupação com as transições de saúde-doença tem adquirido uma importância crescente entre os enfermeiros. Estes, integrados em equipas multidisciplinares, têm na sua prática clínica diária, um papel de cuidador para preparar as pessoas para as transições. Esta preocupação constitui a expressão da autonomia técnica e de decisão do corpo de enfermagem.

Este artigo, ao abordar, o cuidar transicional de uma pessoa gastrectomizada, visa contribuir para a compreensão da adaptação dos indivíduos a novos acontecimentos de vida. A abordagem foi feita à luz da teoria das transições de Meleis, a qual contribuiu para a compreensão das propriedades e condições inerentes a um processo de transição e consequentemente ao desenvolvimento das terapêuticas de enfermagem. A reflexão crítica foi gratificante, na medida em que permitiu compreender a problemática das transições em contexto de saúde-doença.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BRANDALIZE, D. L.; ZAGONEL, I.P.S – *Um marco conceitual para o cuidado ao familiar da criança com cardiopatia congénita à luz da teoria de Roy. Cogitare Enferm.* 2006, 11 (3) (Set/Dez), pp 264-70 [Consult. 20 Nov. 2009]. Disponível na Internet: [calvados.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/viewFile/7315/5246](http://calvados.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/viewFile/7315/5246).
- CHICK, N.; MELEIS, A. I. – Transitions: a nursing concern. In: CHINN, P. L. *Nursing research methodology*. Rockeville: Aspen, 1986. p. 237-257.
- FONSECA, António Manuel – *Desenvolvimento Humano e envelhecimento*. Lisboa: Climepsi. 2005. p. 137-182.
- FREITAS, de Dinis – *Doenças do aparelho digestivo*. Coimbra: AstraZeneca. 2002.
- GUIMBAUD, Rosine; PERLEMUTER, Gabriel; – *Soins infirmiers aus personnes atteintes d'affections digestives*. Paris: Masson. 1996.
- HENDERSON, Virginia – *Princípios básicos dos cuidados de enfermagem do CIE*. Camarata: Lusodidacta. 2007.
- MELEIS, A. et al. – *Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory*. *Advances in Nursing Science*. 2000, 23 (1), Sept., p. 12-28.
- MELO, Maria da Luz – *Comunicação com o doente: certezas e incógnitas*. 1ª ed. Loures: Lusociência, 2005.
- SANDS, J. K. – Avaliação de pessoas com problemas no estômago e duodeno. In PHIPPS, W.J; SANDS, J.K; MAREK, J.F – *Enfermagem Médico-Cirúrgica: Conceitos e Prática Clínica*. Camareate: Lusociência, 2003. Cap. 40.
- SCHUMACHER K. L.; MELEIS A. I. – Transitions: a central concept in nursing. *Image: Journal of Nursing Scholarship*, 1994, 26(2):119-27.
- ZAGONEL, I.P.S. - *O cuidado humano transicional na trajetória de enfermagem*. *Revista Latino-americana Enfermagem*. 1999, Ribeirão. Preto, Vol. 7, nº 3 (julho), p. 25-32. [Consult. 20 Nov. 2009]. Disponível na Internet: [www.scielo.br/pdf/rlae/v7n3/13473.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v7n3/13473.pdf).

# GESTOR DE CASOS EXPERTISE CLÍNICA

João Guterres <sup>(1)</sup>; Glória Gonçalves <sup>(2)</sup>  
Alexandra Afonso <sup>(3)</sup>; Fátima Domingues <sup>(3)</sup>; Guilhermina Carvalho <sup>(3)</sup>



## Resumo

A gestão de casos é definida como um método para planejar, coordenar, implementar e avaliar a eficácia e a eficiência dos cuidados prestados ao paciente e à família, com vista a melhorar a qualidade de vida, a menor custo. O gestor de casos possui um papel fundamental neste processo assistencial, pois procura encontrar o equilíbrio entre as necessidades do paciente e as do sistema, minimizando a fragmentação, a descontinuidade e a duplicação da assistência prestada. Nem todos podem assumir o papel de gestor de casos, na medida que são necessários determinados requisitos essenciais ao seu desempenho: comunicacionais, espírito de liderança, gestão de recursos e de conflitos. Este artigo pretende fazer uma reflexão relativamente às características do perfil do gestor de caso, na medida que possui um papel preponderante nos domínios dos processos assistenciais ao doente e família/cuidador.

**Palavras-chave:** Gestão de casos; gestor de casos; habilidades; características; enfermeiro; cuidar; roteiro clínico.

## Abstract

### CASE MANAGER. CLINICAL EXPERTISE.

Case management is defined as a method to plan, coordinate, implement and evaluate the effectiveness and efficiency of care provided to patients and their families, to improve the quality of life at a lower cost. The case manager has a key role in the care process, as it seeks to find a balance between the needs of the patient and the system, minimizing fragmentation, duplication and discontinuity of care delivered. Case managers must have certain key performance requirements: communication, leadership, resource management and ability to deal with conflicts. This article aims to reflect on the characteristics of the case manager profile, as having a leading role caring to the patient and family / caregiver processes.

**Keywords:** case management; case manager; skills; profile; nurse care; clinical script.

## Resumen

### GESTOR DEL CASO. EXPERIENCIA CLINICA.

La gestión de casos se define como un método para planificar, coordinar, ejecutar y evaluar la eficacia y eficiencia de la atención prestada a los pacientes y sus familias, para mejorar la calidad de vida a un costo menor. El administrador de casos tiene un papel clave en el proceso de atención, ya que trata de encontrar un equilibrio entre las necesidades del paciente y el sistema, minimizando la fragmentación, la duplicación y la discontinuidad de la atención prestada. No todos pueden tomar el papel de gestor de casos, es necesario determinados requisitos esenciales para su desempeño: comunicación, habilidades de liderazgo, gestión de los recursos y de los conflictos. Este artículo tiene como objetivo reflexionar sobre las características del perfil del gestor de casos, pues tiene un papel preponderante en los dominios de los procesos asistenciales en el área del paciente y la relación familia/cuidador.

**Palabras clave:** manejo de casos; gestor de casos; habilidades; características; enfermería; cuidado; guion clínico.

Rececionado em abril 2012. Aceite em janeiro 2013

Enfermeiros com Pós-Licenciatura em Enfermagem Médico-Cirúrgica pela ESEP (2009/2010)

<sup>1</sup> Hospital de S. João do Porto, EPE - Unidade de Doentes Neutropénicos

<sup>2</sup> Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho - Bloco Operatório Central

<sup>3</sup> Unidade Local de Saúde do Nordeste, EPE - Unidade Hospitalar de Bragança - Bloco Operatório

## INTRODUÇÃO

Nos últimos anos, as alterações demográficas em curso têm provocado grandes modificações nas relações sociais, e exigem mudanças na postura, tanto do poder político, como da sociedade, para fazer face às situações sociais emergentes. O envelhecimento da população, as alterações nos perfis familiares - que diminuem a disponibilidade de cuidadores informais - e os avanços científicos e tecnológicos produzem alterações no decorrer do ciclo vital. Daí, haver um aumento das exigências dos cidadãos que esperam maior implicação na tomada de decisões relacionadas com a saúde, mais informação personalizada no tratamento, mais conforto, intimidade, coordenação e continuidade de prestação do serviço de saúde (Pérez, et al., 2003).

A gestão de casos é um método que permite providenciar cuidados que respondam às expectativas dos clientes, profissionais e gestores de casos. Este método nasceu nos Estados Unidos da América (EUA) nos anos 70, para cuidados psiquiátricos e comunitários. Mais tarde, em 1985, este tipo de cuidados em meio hospitalar americano estendeu-se aos cuidados agudos (Charchar, et al., 2005). Só em 1990, é que a gestão de casos foi “expandida a todos os setores da saúde” (Carpentier, 1996 cit. por Charchar, et al., 2005, p. 12). Atualmente, é utilizado em vários hospitais do Canadá e em alguns países da Europa, nomeadamente em Espanha onde se organizaram diversos grupos de trabalho para conhecer o método e avaliar as vantagens da sua implementação. No Quebec, este modelo de assistência nasceu no dia da publicação do “Projeto Político em Saúde Mental”, que preconiza: “cada pessoa tem direito a um plano de serviços personalizados, coordenados por uma pessoa pivô” (Charchar, et al., 2005, p. 12).

A gestão de casos constitui um processo de colaboração no decurso do qual o profissional de saúde planifica, coordena, vigia e assegura a continuidade dos cuidados, avaliando os cuidados e os serviços oferecidos ao cliente e à sua família/cuidador antes e após a hospitalização (Carpentier 1998; OIIQ 1999 cit. por Charchar, et al., 2005). Para Bower (2004) e Sanchez, et al. (2008) este processo monitoriza e avalia de forma a, que o

cliente e a família alcancem os objetivos terapêuticos previstos. A trajetória clínica mobiliza e articula os recursos necessários e disponíveis facilitando a intervenção dos diferentes profissionais e serviços para obter os melhores resultados de qualidade e custos reduzidos. Esta modalidade - gestão de casos - permite diminuir a fragmentação dos cuidados, envolver e ajudar a família/cuidador a definir as suas necessidades, simplificar o acesso aos recursos disponíveis, assim como, favorecer uma colaboração interprofissional. A gestão de casos pode ser efetuada a nível domiciliário ou por telefone, em clínicas particulares, nos hospitais de dia ou pode ser integrado num programa de reabilitação (Charchar, et al., 2005).

## MÉTODOS

A revisão bibliográfica do presente artigo foi realizada através de uma pesquisa na Biblioteca do Conhecimento Online (b ON) - EBSCO Host -, assim como, o recurso a alguns livros. As palavras-chave utilizadas para a pesquisa bibliográfica (online) foram as seguintes: gestão de casos; gestor de casos; habilidades; características; enfermeiro; cuidar; roteiro clínico, nos idiomas: português, inglês, francês e espanhol.

**CRITÉRIOS DE INCLUSÃO:** estudos empíricos ou revisões da literatura quer quantitativos quer qualitativos, tendo por base o tema em estudo, publicados a partir do ano de 1990 inclusive.

**CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO:** artigos de opinião e editoriais.

## GESTÃO DE CASOS

Antes de ser feita uma abordagem ao perfil do gestor de casos que constitui o mote deste artigo, torna-se importante fazer uma reflexão aos domínios que circundam o sistema ou método de prestação de cuidados que atualmente parece responder às expectativas dos clientes. Este sistema/método caracterizado como gestão de casos pode entender-se como um processo de colaboração sistemático e dinâmico para promover e coordenar serviços de saúde a uma população. Este processo

participativo facilita opções e serviços que cubram as necessidades dos pacientes, ao mesmo tempo que reduzem a fragmentação e duplicação de serviços, melhorando a qualidade e custo efetivo dos resultados clínicos (Hernández, et al., 2005; Fernández Rodriguez, et al., 2007). A gestão de casos reporta-se a um sistema de assistência focado nos resultados - do cliente e organização - dentro de marcos temporais bem definidos e apropriados, com utilização racional dos recursos. Contudo, para que haja efetividade no seu processo de assistência deve ser encarado como um sistema alicerçado na coordenação/continuidade (*continuum*) dos cuidados, em que se valoriza cada caso como um todo e é interpretado por um profissional (gestor de caso) de saúde. O profissional deverá orientar a sua prática recorrendo à melhor evidência - informação e roteiros clínicos (Case Management Society of America cit por Zander, 2002). A informação acerca dos pacientes e do cuidado ao paciente é vista, por Anderson, et al. (2004) por duas perspetivas: quantidade e tipo de informação. A necessidade de mais informação está relacionada com a capacidade de reunir, centralizar e standartizar os dados do paciente em formato eletrónico. A informação é gerada pela fragmentação dos cuidados prestados aos utentes, especialmente em casos complexos em que se reúnem diferentes especialidades. De salientar, que se a informação não for devidamente documentada pode acarretar problemas para a comunicação. O termo roteiro clínico é internacionalmente aceite no contexto da gestão dos cuidados de saúde. É um método utilizado na gestão de cuidados a um paciente inserido num grupo e num espaço temporal bem definido, que abarca as metas, os elementos chave assentes em guidelines, boas práticas e expectativas do paciente por forma a facilitar a comunicação (Bleser, et al., 2006). Para Phaneuf (2005, p. 3) o roteiro clínico consiste “num plano de intervenção elaborado por uma equipa pluridisciplinar, repartido num continuum dividido em etapas bem definidas, tendo em conta os diferentes problemas habitualmente encontradas pelo paciente que sofre da patologia própria do programa de gestão de casos”. O roteiro clínico permite reunir os profissionais à volta dos mesmos objetivos, favorecendo a con-

certação e a colaboração entre os mesmos, melhorar a eficácia do sistema de cuidados, facilitar a tomada de decisão em enfermagem e ajudar mais eficazmente as famílias nas suas decisões no que diz respeito aos tratamentos e à sua aplicação à prática.

A American Nurses Credentialing Center (ANCC) com o aval da American Nurses Association (ANA) referem que os gestores de caso participam ativamente com os clientes na identificação das necessidades, providenciam e coordenam cuidados contínuos de encontro ao paciente/cliente e às suas necessidades de saúde, evitando a fragmentação e duplicação de cuidados visando a máxima qualidade a menor custo efetivo (McCullough, 2009). A fragmentação dos serviços constitui um desafio particular, pois pode resultar numa superutilização, subutilização, falhas e descontinuidade de cuidados levando a resultados dispendiosos para o utente (Cary, 1999). Para Pérez, et al. (2003) para que haja continuidade nos vários níveis de cuidados, como um processo de antecipação às necessidades do paciente terá que haver depois da alta uma priorização de atuações em grupos vulneráveis a problemas de saúde, especialmente pessoas com problemas de mobilidade e idade avançada que padeçam de processos crónicos ou terminais. Os esforços devem ser dirigidos, tanto ao paciente como aos cuidadores informais que o atendem (Pérez, et al., 2003).

Também, Anderson, et al. (2004) consideram que gestão de casos é um modelo multidisciplinar e multiprofissional de colaboração através do qual o “gestor de caso” avalia, planeia, garante a execução dos cuidados, monitoriza e coordena as opções de assistência, entre diferentes serviços de saúde. Na mesma linha de pensamento, outros autores definem gestão de casos como “o processo de planeamento, coordenação, gestão e revisão dos cuidados da pessoa” (Offredy, et al., 2008, p. 252).

A definição de prioridades e objetivos de acordo com os recursos disponíveis é indispensável na abordagem aos grupos que preenchem os critérios de admissão a um programa de gestão de casos. O principal objetivo da gestão de casos é desenvolver intervenções eficientes, tendo por base o custo/benefício, para coordenar serviços com o objetivo de

maximizar a qualidade de vida (Hutt et al., 2004 cit por Offredy, et al., 2008). Phaneuf (2005) quando se refere à gestão de casos define-o como um modelo que visa a continuidade dos serviços e a qualidade dos resultados clínicos em clientes específicos, num contexto de gestão eficaz, eficiente e humano de recursos.

## GESTOR DE CASOS

As atuais mudanças na sociedade têm levado a um significativo aumento de pessoas que apresentam necessidades mais complexas de cuidados no domicílio muitas das quais derivadas da alta hospitalar. Perante esta realidade, é necessário uma assistência mais efetiva especialmente a grupos mais vulneráveis.

O gestor de casos pode assumir uma intervenção importante na medida que, deve interagir em profundidade com a pessoa e família/cuidador, demonstrar interesse em desenvolver competências que lhe permitam implementar abordagens de mudança de estilos de vida e adesão ao regime terapêutico. Neste sentido, o gestor de casos constitui-se como agente de mudança e incentiva os outros à mudança. É importante ter em conta cada situação específica numa atitude preventiva e proactiva (Stafford & Berra, 2007). O gestor de casos numa atitude proactiva vai intervir em diferentes áreas nomeadamente na organização, nas questões associadas à comunicação, no paciente em causa e, por último, nos resultados e benefícios para a saúde da população de um programa de gestão de casos (Zander, 2002; Offredy, et al., 2008). O gestor de casos apresenta, assim, uma atitude antecipatória das necessidades de cada pessoa.

## GESTOR DE CASOS: CARACTERÍSTICAS E COMPETÊNCIAS

De acordo com o Case Management Administrator Certification (CMAC) as competências que os gestores de caso devem possuir são: identificar populações de risco, desenvolver estratégias de gestão de populações de risco, capacidade de liderança, para poder avaliar situações e planear estratégias (CMAC cit por Zander, 2002). Para

Cary (1999) existem três competências específicas indispensáveis ao desempenho do papel de gestor de caso: defesa, gestão de conflitos e colaboração. A defesa exige diversas funções que são influenciadas pelas capacidades físicas, psicológicas, sociais e ambientais do utente. Os gestores de casos têm ainda a função de ajudar os pacientes a gerir os seus conflitos e recursos escassos, o que implica, por partes dos gestores uma capacidade de comunicação ativa. A colaboração, para esta autora, consegue-se através de um processo de desenvolvimento com o objetivo de promover a amplificação, clarificação e verificação das perspetivas de todos os membros da equipa.

Na perspetiva de Walani (2006) o enfermeiro gestor de casos tem de ser capaz de trabalhar em sinergia com a equipa, pois dessa forma o produto final do trabalho colaborativo irá obter melhores resultados. Deve possuir habilidades de gestão e liderança, bons conhecimentos sobre os pacientes, ou seja, deve ser um bom negociador e mentor. Deve ainda, possuir competências necessárias para analisar custos e benefícios, mantendo sempre o paciente/família/cuidador como foco de atenção. O gestor deve ser auto dirigido, orientado para a meta e capaz de liderar a sua equipa com resultados de sucesso. A comunicação aberta com todos os departamentos é também indispensável para o sucesso (Kerfoot K., 1993, cit por Flarey, et al., 1996).

Para Zander, os enfermeiros são os candidatos mais adequados para gerir cuidados críticos porque são o elo de ligação entre o sistema de saúde e o paciente (Zander, 1996). No sentido de atingir a eficiência, foram definidas tarefas e ações que descrevem as características ideais para o gestor de casos. Para Weil e Karls (1985) cit. por Cary (1999) as características que o gestor de casos deve possuir são: qualificações técnicas para compreender e avaliar diagnósticos específicos, exigindo geralmente credenciais “experiências” clínicas e análises financeiras; familiaridade com o idioma e a terminologia (capacidade de compreender e de se explicar aos outros em termos simples); assertividade e diplomacia com pessoas de todos os níveis; capacidade de avaliar objetivamente as situações e determinar a adequação de gestão de casos; conhecimento dos recursos disponíveis e

dos pontos fracos e fortes de cada um; habilidade de atuar como defensor perante o utente e o pagador em modelos baseados no pagamento por terceiros e habilidade para atuar como conselheiro dos utentes proporcionando suporte, compreensão, informação e intervenção (Weil e Karls, 1985, cit por Cary, 1999, p. 391).

Em Espanha, no modelo de gestão de casos centrado no hospital, o gestor de casos é um profissional expertise na assistência a pacientes e famílias hospitalizadas, com conhecimento da gestão das respostas humanas. Este profissional é capaz de aplicar o processo de enfermagem e gerir fontes de informação para a melhoria efetiva da prática clínica (Pérez, et al., 2003).

Os domínios de conhecimento considerados úteis, tanto para os enfermeiros como para os sistemas que desejam implementar papéis de gestão de casos com qualidade, são, entre outras, na ótica de Bower as seguintes: conhecimento dos meios de financiamento dos cuidados de saúde; conhecimento clínico, competência e maturidade; recursos de cuidados para utentes nas instituições e nas comunidades; planeamento de altas; competências de gestão: comunicação, delegação, persuasão, uso do poder, consulta, resolução de problemas, gestão de conflitos, entre outros; competências de ensino, aconselhamento e educação; avaliação de programas e investigação; técnicas de melhoria de qualidade; consulta e avaliação dos pares (Bower, 2004).

Para Ervin (2008) a capacidade de organização e de mobilização de recursos disponíveis constitui o elemento chave para implementar um plano de intervenção individualizado. O planeamento das atividades é baseado nas prioridades e necessidades das pessoas que se encontram nos programas de gestão de casos, para que os objetivos definidos sejam para o doente e não para o profissional. No âmbito hospitalar, a continuidade de cuidados é assegurada pela coordenação de cuidados entre níveis. Esta unidade teve origem na necessidade de encontrar um equilíbrio entre as necessidades do paciente e as do sistema. Para cumprir este propósito, os profissionais ajudam o paciente e família a recorrer ao sistema de saúde com eficiência, minimizando elementos de fragmentação, descontinuidade e duplicação de cuidados na assistência

prestada ao paciente (Fernández Rodriguez, et al., 2007).

O gestor de casos pela natureza da sua atividade deve possuir capacidade de coordenação de todos os intervenientes para maximizar recursos e obter os melhores resultados em saúde para a pessoa. Para tal, a coordenação permite que “várias disciplinas e pacientes trabalhem em conjunto e harmoniosamente” (Ervin, 2008, p. 129). Para Offredy, et al. (2008) a coordenação desenvolvida pelo gestor de caso permite assegurar os cuidados de saúde necessários, acesso a serviços da comunidade e sociedade de modo a prevenir a duplicação de serviços. O gestor de caso com as competências efetivas e reais permite melhorar o autocuidado, a adesão ao regime terapêutico e a gestão de sinais e sintomas no sentido de prevenir complicações em condições crónicas (Offredy, et al., 2008).

Além das competências e das características, Coleman e Hagen (1991) cit. por Cary (1999) referem que o gestor de casos deve assumir um papel de: facilitador (apoia e facilita na obtenção dos objetivos mútuos); ligação (proporciona um laço de comunicação formal entre todas as partes no que respeita à gestão do plano de tratamento); coordenador (combina, regula e coordena os serviços de cuidados de saúde necessários aos utentes); agente (agencia os prestadores de cuidados que o doente necessita); educador (educa o utente, família e prestadores de cuidados); negociador (negoceia o plano de cuidados); monitor/relator (fornece informação sobre segurança, qualidade dos cuidados e os resultados para o paciente); defensor do paciente; monitor de padronização (formula e monitoriza as principais orientações específicas e sua sequência no roteiro clínico (Coleman e Hagen, 1991 cit. por Cary, 1999).

A habilidade de comunicação constitui uma característica referenciada por vários autores (Haley, 2007; Stafford & Berra, 2007) em que McCabe (2004) defende que a comunicação centrada no paciente favorece uma relação positiva. A comunicação, para Haley (2007) é considerada como um instrumento para diminuir os deficits de conhecimentos de modo a favorecer a assunção de papéis, a gestão das condições de doença e do regime terapêutico. As “competências efetivas na área da comunicação

utilizadas para reforçar os conhecimentos da pessoa” são assim, essenciais nas competências do gestor de casos (Haley, 2007, p. 50). Para além destes elementos específicos do gestor de casos, Stafford & Berra (2007) salientam ainda, a necessidade de educação e treino em estratégias de mudanças de comportamento, questões culturais relevantes para a pessoa e o conhecimento sobre os recursos disponíveis na comunidade. Park, et al. (2009) no seu estudo no USA - com uma população de 24085 gestores de caso - com o objetivo de comparar as características destes em relação à idade, anos de experiência e profissão, constataram que 93,3% da população eram enfermeiros, com uma média de idade de 55 anos, em que 29,4% possuíam 6 a 10 anos de experiência na área de gestão de casos. Destes autores, sobressai a ideia que a educação e o treino são de extrema importância para a gestão de casos. Liu, et al. (2009) numa revisão da literatura, na qual analisaram dezanove artigos para avaliar a eficácia da informação, acerca da educação contínua para gestores de casos, concluíram que os programas de formação enfatizavam o ensino de conhecimentos sobre gestão de casos, competências e modelos (Liu, et al., 2009 p. 491). Um desses programas analisados por Dickerson, et al. (2003) tinha como objetivos educacionais: definir a gestão de casos; definir papéis e responsabilidade; determinar o ponto de situação; identificar os problemas; definir o processo ideal; determinar os passos para atingir o processo ideal; determinar capacidades para a resolução de problemas e desenvolver capacidades comunicacionais. Nos Estados Unidos, país onde teve início o movimento de gestão de casos existem algumas entidades que efetuam formação e acreditação da formação. Os critérios de admissão definidos pela ANCC (2009, p. 1) são: curso de enfermagem; possuir dois anos de prática profissional; possuir no mínimo “2000 horas de prática clínica em enfermagem de gestão de casos nos últimos três anos” e possuir “trinta horas de formação contínua em enfermagem de gestão de casos, nos últimos 3 anos”. Para a ACMA (2009, p.1) os concorrentes devem possuir pelo menos “2 anos de experiência” no sistema de saúde de gestão de casos ou possuir “4160 horas de experiência” na gestão de casos.

## CONCLUSÃO

A gestão de casos reúne um leque de elementos considerados imprescindíveis e um trabalho prévio de extrema importância. Compreende um conjunto de passos e processos com uma sequência lógica, que assegura ao paciente e família/cuidador os serviços necessários para uma melhor qualidade de vida a custos reduzidos.

O gestor de casos detentor de conhecimentos específicos na sua área de atuação está empenhado em aprofundar as suas competências e neste sentido atua como um expert em seu domínio e é reconhecido pelos seus pares, na otimização dos resultados dos seus casos.

Após revisão bibliográfica, foi possível verificar que o enfermeiro desempenha um papel preponderante no seio da equipa multidisciplinar, pois é o elemento que possui as habilidades necessárias para promover o autocuidado do paciente, conseguindo articular de forma eficaz a relação custo benefício com os ganhos em saúde.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ACMA, AMERICAN CASE MANAGEMENT ASSOCIATION. 2009.** American Nursing Creditation: candidate handbook. *www.acmaweb.org*. [Online] 2009. [Citação: 1 de fevereiro de 2010.] *www.goamp.com/DOCUMENTS/pdf/HANDBOOKS/ACMA.handbook.pdf*.
- ANCC, AMERICAN NURSES CREDENTIALING CENTER. 2009.** Nursing Case Management. *www.nursecredentialing.org*. [Online] 2009. [Citação: 1 de fevereiro de 2010.] *www.nursecredentialing.org/documents/certification/application/nursingspeciality/casemanagementApplication.aspx*.
- Anderson, M. A., Helms, L. B. e Kelly, N. 2004.** Realigning the communication Paradigm in Nursing Case Management. *Care Management Journals*. 2004, Vol. 5, pp. 67-72.
- Bleser, Leentje de, et al. 2006.** Defining Pathways. *Journal of Nursing Management*. julho de 2006, Vol. 14, pp. 553-563.
- Bower, Kathleen A. 2004.** Patient Care Management as a Global Nursing Concern. *Nursing Administration Quarterly*. 2004, Vol. 28, 1, pp. 39-43.
- Cary, Ann. 1999.** Gestão de Casos. [autor do livro] Márcia Stanhope e Jeanett Lancaster. *Enfermagem comunitária: promoção da saúde de grupos, famílias e indivíduos*. Loures : Lusociência, 1999.

- Charchar, Françoise, May, Sylvie Le e Bolduc, Louis. 2005.** Expérience d'un suivi systématique post hospitalisation chez une clientèle ayant subi Syndrome Coronarien Aigu. *L'infirmière Clinicienne*. 2005, Vol. 2, 1, pp. 11-24.
- Dickerson, Pamela e Mansfield, Jerry. 2003.** Education for Effective Case Management Practice. *The Journal of Continuing Education in Nursing*. Março-Abril de 2003, Vol. 34, 2, pp. 54-58.
- Ervin, Naomi E. 2008.** Caseload Management Skills for Improved Efficiency. *The Journal of Continuing Education in Nursing*. March de 2008, Vol. 39, 3, pp. 127-132.
- Fernández Rodriguez, V., et al. 2007.** Enfermeras hospitalarias de enlace (gestoras de casos). *Enfermería global*. maio, 2007, Vol. 10, Administracion - Gestion - Calidad, pp. 1-11.
- Flarey, Dominick L. e Blancett, Suzanne Smith. 1996.** *Handbook of Nursing Case Management - Health Care Delivery in a World of Managed Care*. Maryland : Editorial Resources: Ruth Bloom, 1996. 0-8342-0790-7.
- Haley, Judey E. 2007.** Experience Shown to Affect Communication Skills of Nurse Case Managers. *Care Management Journals*. 2007, Vol. 8, nº, pp. 50-57.
- Hernández, Rosa M. P., et al. 2005.** La enfermera Comunitaria de Enlace en el Servicio Andaluz de Salud. *Enferm Comun*. 2005, Vol. 1, 1, pp. 43-48.
- Kerfoot K., Luquire R. 1993.** Case management/outcomes management: the role of the nurse manager. *Nurs Econ*. 1993, Vol. 11, pp. 321-323.
- Liu, Wen-I, Edwards, Helen e Courtney, Mary. 2009.** Review of continuing professional education in case management for nurses. *Nurse Education Today*. 2009, Vol. 29, pp. 488-492.
- McCabe, Catherine. 2004.** Nurse - Patient Communication: an exploration of patients' experience. *Journal of Clinical Nursing*. 2004, Vol. 13, pp. 41-49.
- McCullough, Lynn. 2009.** The case manager: in quality care. *Creative Nursing*. 2009, Vol. 15, 3, pp. 124-126.
- Offredy, Maxime, Bunn, Frances e Morgan, Janice. 2008.** Case Management in long term conditions: an inconsistent journey? *British Journal of Community Nursing*. 2008, Vol. 14, 6, pp. 252-257.
- Park, Eun-Jun e Huber, Diane. 2009.** Case management workforce in the United States. *Journal of Nursing Scholarship*. 2009, Vol. 41, 2, pp. 175-183.
- Pérez, F. Arqueros e R. Fernandez Bono, N. Galdeano Rodriguez. 2003.** Unidad de Coordinación en el hospital Torrecardenas: un servicio a los ciudadanos gestionado por enfermeras. *Alborá de Enfermería*. maio de 2003, Vol. 2.
- Phaneuf, Margot. 2005.** Le suivi systématique des clientèles: outils et moyens de coordination. *Infiresources*. 2005.
- Sanchez, López e Cabrera, L. Amoedo. 2008.** Modelo de gestion de casos en el paciente renal hospitalizado com síndrome sociosanitario. *Revista Comunicaciones Presentadas al XXXIII Congreso*. 2008.
- Stafford, Randall e Berra, Kathy. 2007.** Critical Factors in Case Management: Practical Lessons from a Cardiac Case Management Program. *Disease Management*. 2007, Vol. 10, nº 4, pp. 197-207.
- Walani, Laila. 2006.** Nurse Case managers: Patient Care Implications at a Pakistani University. *British Journal of Nursing*. 2006, Vol. 15, 17, pp. 912-913.
- Zander, Karen. 2002.** Nursing Case Management in the 21st Century: Intervening Where Margin Meets Mission. *Nursing Administration Quarterly*. 2002, Vol. 26, nº 5, pp. 58-67.
- Zander, Karen. 1996.** The Early Years: The Evolution of Nursing Case Management. [autor do livro] Dominick L. Flarey e Suzanne Smith Blancett. *Handbook of Nursing Case Management - Health Care Delivery in a world of Managed Care*. Maryland : An Aspen Publishers, Inc, 1996.

# A INFLUÊNCIA DA ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO NA QUALIDADE DE VIDA DOS IDOSOS

Mónica Rosário Pereira<sup>(1)</sup>; Jacinta Rosa Morais<sup>(2)</sup>;  
José Manuel Jorge Gomes<sup>(3)</sup>; António José Pinto Morais<sup>(4)</sup>



## Resumo

Na actual conjuntura de aumento da esperança média de vida a Enfermagem de Reabilitação constitui uma mais-valia, garantindo cuidados especializados que propiciem a autonomia e a qualidade de vida dos idosos.

O interesse em conhecer a influência de Enfermagem de Reabilitação, na qualidade de vida dos idosos, em contexto comunitário, deu origem ao estudo que tem como objectivos: caracterizar a população idosa, identificar a qualidade de vida dos idosos, verificar as relações entre as variáveis sócio-demográficas, de contexto clínico e a qualidade de vida dos idosos que recorrem à Unidade de Reabilitação de Medicina Familiar, no Centro de Saúde Norton de Matos.

É um estudo quantitativo, descritivo-correlacional, a amostra consiste em 45 idosos a realizar programa de reabilitação, entre 1 de Julho e 18 de Dezembro de 2009, e a colheita de dados teve por base o Questionário do Estado de Saúde SF-36.

No que respeita à qualidade de vida dos idosos verificou-se que após a realização do programa de reabilitação houve melhoria em praticamente todas as dimensões da qualidade de vida estudadas, sendo a Dor Corporal o domínio em que se constou um maior aumento do percentil de referência desde o momento da admissão até à alta.

**Palavras-chave:** Reabilitação, idoso, qualidade de vida.

## Abstract

### **THE INFLUENCE OF NURSING REHABILITATION ON QUALITY OF LIFE OF ELDERLY.**

*In the current conjecture of increased life expectancy Nursing Rehabilitation is an asset, providing specialized care that foster independence and quality of life for seniors. The interest in knowing the influence of Rehabilitation Nursing, quality of life of elderly people in a community context, gave rise to the study aims to characterize the elderly population, identify the quality of life for seniors, to examine relationships between variables socio-demographic, clinical context and quality of life of elderly people who resort to the Rehabilitation Unit of Family Medicine at the Health Center Norton de Matos.*

*It is a quantitative, descriptive, correlational, the sample consists of 45 seniors to carry out rehabilitation program, between July 1 and December 18, 2009, and data collection was based on the Health Status Questionnaire SF-36.*

*With regard to the quality of life for seniors found that after the completion of the rehabilitation program has improved in virtually all dimensions of quality of life study, and the Bodily Pain domain in which consisted a greater increase in the percentile of reference from admission to discharge.*

**Keywords:** Rehabilitation, elderly, quality of life

## Resumen

### **LA INFLUENCIA DE LA REHABILITACIÓN DE ENFERMERÍA EN LA CALIDAD DE VIDA DE LOS ANCIANOS.**

*En la conjetura actual de aumento de la vida de Rehabilitación Enfermería esperanza es un bien, proporcionar la atención especializada que fomentar la independencia y la calidad de vida de los ancianos.*

*El interés por conocer la influencia de la rehabilitación de enfermería, la calidad de vida de las personas mayores en un contexto comunitario, dio lugar a los objetivos del estudio para caracterizar la población de edad avanzada, identificar la calidad de vida de los ancianos, para examinar las relaciones entre las variables socio-demográficas, el contexto clínico y la calidad de vida de las personas mayores que acuden a la Unidad de Rehabilitación de Medicina Familiar en el Centro de Salud de Norton de Matos.*

*Se trata de un tipo cuantitativo, descriptivo, correlacional, la muestra se compone de 45 personas mayores para llevar a cabo programas de rehabilitación, entre 1 de julio y 18 de diciembre de 2009, y la recolección de datos se basó en el Cuestionario de Estado de Salud SF-36.*

*Con respecto a la calidad de vida de los ancianos que tras la finalización del programa de rehabilitación ha mejorado en prácticamente todos los aspectos de la calidad de vida de estudio, y el dominio de dolor corporal que consistía en un aumento mayor en el percentil de referencia desde el ingreso hasta el alta.*

**Palabras clave:** Rehabilitación, la calidad de los ancianos, de la vida.

Rececionado em dezembro 2012. Aceite em setembro 2013

<sup>1</sup> Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação, no Centro Hospitalar do Médio Tejo.

<sup>2</sup> Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, no Centro de Saúde da Madalena.

<sup>3</sup> Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação, no Centro Hospitalar do Médio Tejo.

<sup>4</sup> Doutor em Enfermagem, Professor Coordenador na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (Orientador do trabalho)

## INTRODUÇÃO

O envelhecimento da população é um fenómeno com tendência a aumentar com o declínio da natalidade, mas também com o aumento da esperança média de vida.

Na opinião de Neves citado por Figueiredo, Araújo e Figueiredo (2006), a importância da doença, associada ao estilo de vida e ao envelhecimento da população, tem tornado visível que os cuidados de saúde podem prolongar o tempo de vida e aumentar a qualidade da mesma.

Para o idoso, a qualidade de vida está muito relacionada com a saúde, pois esta emerge como um conjunto de atributos associados ao bem-estar, satisfação e manutenção de condições que possibilitam manter a sua função física e mental nas actividades de vida diária, recreativas, profissionais e sociais (Henriques e Sá, 2007).

Reabilitar o idoso abrange duas áreas distintas mas que se relacionam, o estimular capacidades e o recuperar habilidades perdidas, pelo estabelecimento de um programa de Reabilitação num processo dinâmico com vista o atingir uma aceitável qualidade de vida com dignidade, auto-estima e independência.

Para a Direcção Geral de Saúde (2003, p. 10), "... os Centros de Saúde são, por excelência, os responsáveis pela prevenção da incapacidade e pela orientação adequada do doente". De acordo com Hoeman (2005, p. 127), "... o exercício da Enfermagem de Reabilitação na comunidade é uma arena de eleição para prestar serviços de Reabilitação complexos aos utentes e suas famílias".

Pudemos verificar ao longo da nossa pesquisa bibliográfica que o envelhecimento crescente, o aumento progressivo de incapacidades e a consequente diminuição da qualidade de vida das pessoas idosas, leva a que os Enfermeiros desenvolvam cada vez mais a sua actividade com as mesmas. A Enfermagem de Reabilitação poderá constituir uma mais-valia nos serviços de saúde, nomeadamente em contexto comunitário, no sentido do idoso recuperar ou manter a sua autonomia.

Na presente investigação pretendemos conhecer

a influência de Enfermagem de Reabilitação, na qualidade de vida dos idosos, em contexto comunitário, tendo os seguintes objectivos:

- Caracterizar a população idosa que recorre à Unidade de Reabilitação de Medicina Familiar, no CSNM.
- Identificar a qualidade de vida dos idosos que recorrem à Unidade de Reabilitação de Medicina Familiar, no CSNM.
- Verificar as relações entre as variáveis sócio-demográficas, de contexto clínico e a qualidade de vida dos idosos que recorrem à Unidade de Reabilitação de Medicina Familiar, no CSNM.

Tendo as em conta o supra-referido, foram elaboradas seguintes hipóteses:

- Existe uma associação significativa entre as variáveis sócio-demográficas e a qualidade de vida dos idosos constituintes da amostra;
- Existe uma associação significativa entre as variáveis sócio-demográficas e a patologia incapacitante dos idosos constituintes da amostra;
- Existe uma melhoria significativa positiva entre as variáveis de contexto clínico (patologia incapacitante e programa de reabilitação) e a qualidade de vida dos idosos constituintes da amostra;

## METODOLOGIA

Com a finalidade de estudar a relação entre variáveis, para conhecer a influência da Enfermagem de Reabilitação na qualidade de vida dos idosos, desenvolvemos um estudo de carácter quantitativo, descritivo-correlacional.

A população corresponde a todos os utentes com idade igual ou superior a 65 anos, que recorreram à Unidade de Reabilitação de Medicina Familiar do CSNM, no período de tempo compreendido entre 1 Julho e 18 de Dezembro de 2009. A colheita de dados realizou-se, então, nesse período, ficando a amostra constituída por 45 utentes.

O instrumento de colheita, composto por um Questionário de caracterização da população, pelo Questionário do Estado de Saúde SF-36

e pelo Questionário do programa de Enfermagem de Reabilitação foi utilizado em dois momentos. Num primeiro momento foi aplicado o questionário de caracterização da população e o Questionário do Estado de Saúde SF-36 (preenchido pelo utente, aquando da admissão na Unidade de Reabilitação de Medicina Familiar). No segundo momento, ou seja, aquando da alta, foi aplicado o Questionário do Estado de Saúde SF-36 e o Questionário do programa de Enfermagem de Reabilitação (preenchido pela Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação).

As considerações ético-legais foram preocupação neste estudo pelo que incluímos, no instrumento de colheita de dados, uma folha de rosto, na qual se identificam os autores, o objetivo do estudo e se agradece a colaboração dos inquiridos.

Para assegurarmos o preenchimento do instrumento pelo mesmo utente, de forma confidencial e anónima, elaborámos uma grelha de registo, através da qual se associou o nome do utente a um número, garantindo a confidencialidade dos dados e a validade dos mesmos.

O estudo estatístico das variáveis foi efectuada através da utilização do programa de estatística SPSS (Statistical Package for Social Sciences), Versão 15.

No tratamento de dados aplicámos as técnicas e procedimentos de estatística descritiva analítica e inferencial. Em relação à estatística descritiva calculámos frequências absolutas e percentuais, medidas de tendência central – média (M) e medidas de dispersão - desvio padrão (Dp). Relativamente à estatística inferencial utilizámos testes paramétricos (coeficiente de Pearson, teste de t de Student, para amostras emparelhadas e ANOVA) e os seus correspondentes não paramétricos (Correlação de Spearman, teste U de Mann-Whitney, teste T de Wilcoxon, teste de Kruskal-Wallis), sempre que as distribuições dos dados não asseguravam o pressuposto da normalidade (teste de Kolmogorov-Smirnov  $p < 0.05$ ). Utilizámos, ainda, o teste do Qui-

-Quadrado para relacionar variáveis nominais e a sua alternativa, o teste de Fisher (quando os seus pressupostos não são cumpridos). Os testes foram aplicados ao nível de significância 5% ( $p < 0,05$ ).

## APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DE DADOS

### Caracterização sócio-demográfica da amostra

A amostra recolhida é constituída por 45 utentes da Unidade de Reabilitação de Medicina Familiar com idades compreendidas entre 65 e 88 anos, perfazendo uma média de 73.22 anos de idade. Prevalence o sexo feminino representando 78% da amostra. Ao nível do estado civil, os utentes tendem a ser casados (60%) ou viúvos (31%). No que se prende com as habilitações literárias a situação mais comum consiste no nível do 1.º ciclo do Ensino Básico (68%).

Ao nível da acessibilidade à Unidade, importa apontar que todos os inquiridos residiam em zona de habitação urbana. Maioritariamente, os sujeitos chegam ao serviço através de transportes públicos (49%).

### Caracterização do contexto clínico

Verificamos que 44% dos sujeitos apresentam uma patologia incapacitante ao nível da coluna e dos membros inferiores, sendo que 38% dos casos indicaram uma patologia ao nível dos membros superiores. Importa ainda referir, que oito dos utentes que responderam ao questionário mostram mais do que uma patologia incapacitante.

Quanto à realização do programa de reabilitação confirmou-se que as técnicas mais utilizadas consistem na massagem terapêutica e no ultra-som, que são referidas em mais de 80% dos casos (Tabela 1). As mobilizações, fortalecimento muscular, calor húmido e correcção postural, também se mostraram muito frequentes, referidas por 67%, 64%, 60% e 47% dos planos de tratamento analisados.

**Tabela 1 - Intervenções de Enfermagem de Reabilitação**

Intervenções	N	Percentagens de respostas	Percentagens de casos
Massagem Terapêutica	44	19,3	97,8
Ultra som	37	16,2	82,2
Mobilizações	30	13,2	66,7
Fortalecimento Muscular	29	12,7	64,4
Calor húmido	27	11,8	60,0
Correcção Postural	21	9,2	46,7
Cinesiterapia Respiratória	12	5,3	26,7
Parafina	11	4,8	24,4
Treino Marcha	8	3,5	17,8
Treino Equilíbrio	5	2,2	11,1
Reeducação Funcional	3	1,3	6,7
Actividades de Vida Diária	1	0,4	2,2
<b>Total</b>	<b>228</b>	<b>100,0</b>	<b>506,7</b>

### Caracterização da Qualidade de Vida

As pontuações dos inquiridos, nas diferentes dimensões do instrumento foram calculadas de acordo com os procedimentos indicados no estudo elaborado por Ribeiro (2005) sobre a utilização do questionário do estado de saúde SF-36. Com base nestas referências, foi possível constatar que os idosos na admissão apresentam pontuações muito baixas, relativamente à amostra padrão referida no estudo de Ribeiro (2005), ao nível do funcionamento físico ( $M = 58.22$ ,  $Dp = 27.12$ ), desempenho físico ( $M = 51.11$ ,  $Dp = 47.96$ ), dor corporal ( $M = 43.22$ ,  $Dp = 24.17$ ) e saúde geral ( $M = 47.09$ ,  $Dp = 17.15$ ), na medida que as suas pontuações localizam-se nos percentis 20 e 30. Também mostram-se em desvantagem ao nível da vitalidade ( $M = 55.33$ ,  $Dp = 23.92$ ) e da saúde mental ( $M = 62.04$ ,  $Dp = 23.90$ ), mas de forma menos severa, com as pontuações situadas no percentil 40. Importa ainda referir que a amostra mostrou-se acima da média ao nível do funcionamento social ( $M = 76.11$ ,  $Dp = 30.01$ ) e no desempenho emocional ( $M = 73.33$ ,  $Dp = 41.19$ ), em que os valores podem ser situados nos percentis 60 e 100, respectivamente (Tabela 2).

**Tabela 2 – Qualidade de vida no momento de admissão**

Dimensão	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão	Percentil de referência <sup>1</sup>
Funcionamento físico	5	100	58,22	27,12	20
Desempenho físico	0	100	51,11	47,96	30
Dor corporal	0	84	43,22	24,17	20
Saúde geral	15	82	47,09	17,15	30
Vitalidade	10	100	55,33	23,92	40
Funcionamento social	0	100	76,11	30,01	60
Desempenho emocional	0	100	73,33	41,19	100
Saúde mental	12	100	62,04	23,90	40

<sup>1</sup>Percentil de referência de acordo com o estudo de adaptação do SF-36, (Ribeiro, 2005), valores normativos para a totalidade dos participantes

Analisando as pontuações dos utentes no momento da alta da unidade de reabilitação, com base nos valores de referência indicados no estudo de adaptação do instrumento utilizado à população portuguesa, é possível verificar uma clara evolução nos resultados.

Tal como no momento anterior, as pontuações dos inquiridos situam-se acima da média ao nível das dimensões funcionamento social ( $M = 85.28$ ,  $Dp = 20.86$ ) e desempenho emocional ( $M = 86.67$ ,  $Dp = 26.27$ ), no percentil 80, especificamente, mas é depois da intervenção da Unidade de Reabilitação que os utentes passam a pontuar acima da média também ao nível da dor corporal ( $M = 76.24$ ,  $Dp = 21.69$ ) e vitalidade ( $M = 68.64$ ,  $Dp = 15.90$ ). No mesmo sentido, verifica-se que os utentes passam a ter pontuações medianas quando comparadas com a população geral ao nível da saúde mental ( $M = 57.16$ ,  $Dp = 15.05$ ).

### Variáveis sócio-demográficas e a Qualidade de Vida

Com o objectivo de testar a associação entre a idade e a qualidade de vida utilizámos o coeficiente de Pearson, que tem como objectivo testar e descrever a força e o sentido da relação entre duas variáveis contínuas (Fortin, 1999). No momento da admissão apenas foi identificada uma relação pertinente entre a idade e as dimensões da SF-36. A idade encontra-se moderadamente correlaciona-

**Tabela 3** – Coeficientes de correlação de Pearson entre idade e as dimensões do SF-36 no momento de admissão

Idade	Funcionamento físico	Desempenho físico	Dor corporal	Saúde geral	Vitalidade	Funcionamento social	Desempenho emocional	Saúde mental
R	-,324*	-,078	-,279	-,250	-,193	-,303(*)	-,010	-,109
P	,030	,612	,064	,098	,204	,043	,947	,475
N	45	45	45	45	45	45	45	45

da com as pontuações ao nível do funcionamento físico ( $r = -.32$ ,  $p < 0.05$ ) e do funcionamento social ( $r = -.30$ ,  $p < .05$ ).

No que diz respeito ao funcionamento físico, este integra 10 itens (3a ao 3j da escala SF-36), definindo-se como baixo quando o utente se avalia como muito limitado na realização de todas as actividades físicas (correr, andar, levantar pesos, ajoelhar-se, abaixar-se, aspirar a casa, tomar banho ou vestir-se). Esta dimensão encontra-se elevada quando o utente realiza todos os tipos de actividade física, incluindo os mais exigentes. Relativamente ao funcionamento social, esta dimensão comporta 2 itens (6 e 10 da escala SF-36), em que níveis baixos se associam a problemas físicos e emocionais, que interferem de forma extrema e frequente com as actividades sociais normais (relacionamento com família, vizinhos, entre outros). Em níveis elevados, o utente realiza as actividades sociais normais sem que problemas físicos ou emocionais interfiram.

Ambos os coeficientes mostram-se negativos (Tabela 3), indicando que idades mais elevadas se associam a piores índices de qualidade de vida ao nível das duas dimensões.

Pode-se assim concluir que existe uma correlação negativa estatisticamente significativa entre a idade e a qualidade de vida, nas dimensões funcionamento físico, funcionamento social no momento da admissão.

### Variáveis sócio-demográficas e a patologia incapacitante

Para analisar a associação entre algumas variáveis sócio-demográficas e a patologia incapacitante, utilizámos o teste do Qui-Quadrado e o Teste de Fisher.

Os resultados parecem indicar que a manifestação da patologia na coluna, nos membros inferiores e nos membros superiores não dependem do sexo, estado civil, habilitações literárias ou do tipo de transporte utilizado dos utentes.

A média de idade dos utentes com patologia incapacitante na coluna ou nos membros superiores não é significativamente diferente dos utentes sem patologia incapacitante na coluna ou nos membros superiores, respectivamente. Em contrapartida, os utentes com patologia nos membros inferiores tendem a ser mais velhos ( $M = 75.05$ ,  $Dp = 4.42$ ;  $t_{(43)} = -2.106$ ,  $p < .05$ ) do que os utentes sem patologia desse tipo ( $M = 71.76$ ,  $Dp = 5.75$ ).

Constatámos assim, que se verifica apenas uma relação estatisticamente significativa entre uma variável sócio-demográfica e a patologia incapacitante.

### Variáveis de contexto clínico e a Qualidade de Vida

Um outro objectivo por nós delineado consiste no estudo da relação entre as variáveis clínicas e os resultados do questionário SF-36. Neste sentido, procurou-se perceber o impacto da patologia incapacitante nas várias dimensões que integram a qualidade de vida.

Tínhamos pois, a intenção de individualmente compreender de que forma as várias dimensões que constituem a escala SF-36 influenciava os utentes com determinada patologia incapacitante em estudo.

Porém, não se verificou nenhuma relação estatisticamente significativa entre a patologia incapacitante em particular e as respectivas dimensões da escala SF-36. Os resultados parecem assim sugerir que a patologia incapacitante, não distingue o nível qualidade de vida entre os utentes da Unidade.

**Tabela 4** – Comparação entre as dimensões de SF-36, entre o momento de admissão e o momento de alta médica

Dimensão		Média	Desvio padrão	Teste	p
Funcionamento físico	Antes	58,22	27,12	-3,571	0,001
	Depois	68,00	22,40		
Desempenho físico	Antes	51,70	48,34	-3,749*	0,000
	Depois	78,41	32,17		
Dor corporal	Antes	43,22	24,17	-11,976	0,000
	Depois	76,24	21,69		
Saúde geral	Antes	47,09	17,15	-4,399	0,000
	Depois	57,16	15,05		
Vitalidade	Antes	55,00	24,09	-4,923	0,00
	Depois	68,64	15,90		
Funcionamento social	Antes	76,11	30,01	-2,564*	0,010
	Depois	85,28	20,86		
Desempenho emocional	Antes	73,33	41,19	-2,518*	0,012
	Depois	86,67	26,97		
Saúde mental	Antes	62,82	23,60	-4,385	0,000
	Depois	73,18	18,25		

\*teste T de Wilcoxon

No prosseguimento da presente análise, procurou-se perceber se o programa de reabilitação teria impacto na qualidade de vida dos inquiridos. Nesse sentido, compararam-se as dimensões da escala SF-36 entre o momento da admissão na Unidade de Reabilitação e o momento da alta.

De acordo com os resultados encontrados, foram encontradas diferenças significativas entre os dois momentos. Em todas as dimensões verifica-se que as pontuações dos idosos no momento da alta são sempre superiores às do momento da admissão.

A sua análise demonstra que  $p < 0.05$  para todas as dimensões de escala SF-36, ou seja, existem diferenças significativas após a realização do programa de reabilitação. Conclui-se que existe uma relação estatisticamente significativa entre o programa de reabilitação e a qualidade de vida. Constatámos que embora em todas as dimensões haja um aumento das médias, realça-se o facto de na dimensão dor corporal se ve-

ificar uma maior diferença entre as médias (antes do programa de reabilitação = 43,2 e depois = 76,24).

Efectivamente o programa de reabilitação realizado na Unidade de Reabilitação parece melhorar o estado de saúde, e conseqüentemente, o nível de qualidade de vida dos utentes (Tabela 4).

## DISCUSSÃO DOS DADOS

A primeira hipótese formulada – “**Existe associação significativa entre as variáveis sócio-demográficas (idade; sexo; estado civil; habilitações literárias e meio de transporte utilizado até ao Centro de Saúde) e a qualidade de vida dos idosos constituintes da amostra**”

Entre todos os procedimentos aplicados, apenas foi identificada uma relação estatisticamente significativa entre a idade e algumas dimensões da qualidade de vida.

Verificámos assim, uma correlação negativa estatisticamente significativa entre a idade e as dimensões funcionamento físico e funcionamento social no momento da admissão à Unidade de Reabilitação, indicando que os utentes com idade superior a 74 anos possuíam níveis mais baixos de qualidade de vida.

Assim os nossos resultados corroboram a bibliografia consultada (Pereira e Santos, 2008), que referem o crescente envelhecimento da população acarreta o aumento de situações incapacitantes, com problemas de dependência e/ou défice funcional, o que requer suporte tanto a nível social, familiar como a nível da saúde. Tendo em conta que a capacidade funcional do indivíduo diminui com a idade, Ferreira (2007) realça a necessidade de estabelecer programas de reabilitação que visem melhorar as capacidades na pessoa idosa e conseqüente melhoria da qualidade de vida.

A bibliografia consultada aponta que o envelhecimento da população torna evidente que os cuidados de saúde podem não salvar vidas, mas prolongam o tempo de vida e/ou aumentam a qualidade de vida da mesma (Neves citado por Figueiredo, Araújo e Figueiredo, 2006). Tal como refere Spiriduso (2005) o envelhecimento da população pode

ter como consequência o aumento da incidência e da prevalência de doenças degenerativas, que predispõe o idoso a uma qualidade de vida muito baixa.

Quanto à segunda hipótese – **“Existe associação significativa entre as variáveis sócio-demográficas e a patologia incapacitante dos idosos constituintes da amostra”**

É de salientar que ao analisar a relação entre as variáveis sócio-demográficas e a patologia incapacitante, esta não se revelou significativa, excepto no que concerne à idade.

Os resultados parecem assim, indicar que a manifestação da patologia na coluna, nos membros inferiores e nos membros superiores não dependem do sexo, estado civil, habilitações literárias ou do tipo de transporte utilizado dos utentes.

No caso da idade, os utentes com patologia nos membros inferiores tendem a ser mais velhos. O envelhecimento leva a um aumento gradual de determinadas doenças crónico-degenerativas que podem conduzir à incapacidade. Lopes (2007) refere que as doenças crónicas afectam cerca de dois terços das pessoas com mais de 65 anos.

Ao longo do processo de envelhecimento, são maioritariamente acometidas as articulações que sofreram mais trabalho e carga, como sejam as articulações do joelho e coxo-femural.

No que respeita à terceira hipótese – **“Existe uma melhoria significativa positiva entre as variáveis de contexto clínico (patologia incapacitante e programa de reabilitação) e a Qualidade de vida dos idosos constituintes da amostra”**

Constata-se que a patologia incapacitante especificamente não influencia a qualidade de vida entre os utentes que recorrem à Unidade de Reabilitação, uma vez que os resultados não têm significado estatístico.

De acordo com a bibliografia consultada (Spiruso, 2005), o alargamento da esperança média de vida levou a um aumento da incidência e a prevalência de doenças crónicas e degenerativas o que predispõe os idosos a um baixo nível de qualidade de vida.

Pode-se afirmar que existem diferenças significativas da qualidade de vida, entre os dois momentos (admissão e alta). Em todas as dimensões

avaliadas, as pontuações dos sujeitos aquando da alta são sempre superiores às pontuações no momento da admissão o que nos leva a acreditar que a intervenção da Unidade de Reabilitação melhora o estado de saúde, e consequentemente o nível de qualidade de vida dos utentes que recorrem à referida unidade. De realçar ainda, que a dimensão dor corporal foi a que apresentou maior destaque com o programa de reabilitação, entre o momento da admissão e alta.

Este resultado é extremamente positivo, na medida em que, consensualmente, qualidade de vida e dor admitem interpretações combinadas com múltiplas variáveis biopsicossociais. Respostas individuais à dor revelam que ela não pode ser considerada como um simples fenómeno de estímulo-resposta. Mais do que isso, a sua compreensão na doença crónica deve ser sempre considerada.

Segundo Silva e Pazos (2005), a dor crónica é a segunda causa de procura pela assistência médica que aliada à dor do aparelho locomotor são as mais rebeldes ao tratamento, portanto, as estratégias terapêuticas devem adaptar-se às situações dos utentes, aos seus receios e conceitos, considerando os desapontamentos com resultados insatisfatórios anteriores. O sofrimento crónico modifica o inter-relacionamento familiar e social e favorece a instalação de depressão, ansiedade e desespero, agravando o estado geral e a qualidade de vida.

As autoras supracitadas, referem ainda que um melhor conhecimento da influência da dor na qualidade de vida permitirá “incorporar na avaliação integral do indivíduo critérios de direccionamento terapêutico. Conhecer e tratar a dor devem ser uma preocupação daquele que se propõe a cuidar do paciente crónico” (Silva e Pazos, 2005, p. 375).

De encontro a este resultado, podemos aferir que no caso da reabilitação geriátrica atendendo a que as alterações relacionadas com a idade são muitas vezes progressivas, é exigida aos enfermeiros especialistas, uma atenção especial no que diz respeito ao planeamento dos cuidados. Este deve fornecer intervenções precoces e rápidas, de maneira a promover a maior independência possível ao longo do *continuum* dos cuidados.

Desta forma, muitas das ameaças às capacidades funcionais e à qualidade de vida podem ser evitadas ou minimizadas.

Efectivamente, o programa de reabilitação realizado na Unidade de Reabilitação parece melhorar o estado de saúde, e consequentemente, o nível de qualidade de vida dos utentes.

Fundamentando esta análise, os autores como Costa (2005) e Loureiro *et al.* (2007) referem a importância de diferentes intervenções específicas de Enfermagem de Reabilitação junto dos idosos, no sentido de promover condições favoráveis ao equilíbrio físico e cognitivo do idoso. Neste sentido, é prevenido um envelhecimento patológico, maximizando as capacidades funcionais e consequentemente a autonomia da população idosa.

Julgamos que o nosso trabalho ficaria enriquecido se a amostra fosse maior. No entanto importa referir que a aplicação da escala SF-36 em dois momentos, não permitiu abranger mais utentes. A amostra em estudo não sendo representativa de outras populações, é apesar disso satisfatória e adequada ao estudo em causa.

Depois de reflectirmos sobre os resultados obtidos e, numa tentativa de encontrar formas de melhorar a saúde e a qualidade de vida dos idosos, através da Enfermagem de Reabilitação, sugerimos medidas, tais como:

Seria importante que os enfermeiros de reabilitação explorassem a visita domiciliária, como estratégia de intervenção e apoio junto dos idosos;

Deveria ser coordenado o horário de trabalho dos cuidadores informais, com o horário do programa de reabilitação no sentido de maximizar o envolvimento destes no processo adaptativo dos utentes.

Pensamos que seria enriquecedor num próximo estudo:

Testar a influência de determinada intervenção de Enfermagem de Reabilitação na independência funcional e qualidade de vida dos idosos;

Realizar um estudo de abordagem qualitativa pelo método fenomenológico analisando vivências dos idosos durante o programa de reabilitação efectuado pelo enfermeiro especialista;

## CONCLUSÃO

Atendendo aos resultados obtidos e à sua discussão, podemos retirar algumas conclusões e deixar algumas sugestões, as quais julgamos pertinentes para um apoio mais eficaz, tendo em vista a melhoria da qualidade de vida dos idosos.

Desta reflexão de índole prática identificámos as seguintes conclusões:

### **Relativamente à caracterização da população:**

- A população estudada é maioritariamente do sexo feminino (77,8%);
- Quanto à idade da população estudada 62,2 % situa-se entre os 65 e os 74 anos;
- No que respeita ao estado civil, constatamos que 60 % estão casados sendo que 31,1 % já se encontram viúvos;
- Já no que se refere à zona de habitação identificámos que a grande maioria dos sujeitos (97,8 %) reside em meio urbano e a distâncias menores a 5 Km do Centro de Saúde;
- Relativamente à acessibilidade constatámos que a maioria dos idosos utiliza o transporte público (48,9 %) para se deslocar até ao Centro de Saúde, sendo que (33,3 %) da população desloca-se a pé.

### **No que respeita à situação do contexto clínico é de referir que:**

- Verificámos que 44% dos sujeitos apresentam uma patologia incapacitante ao nível da coluna e dos membros inferiores, 38% dos casos uma patologia ao nível dos membros superiores. Oito dos utentes mostram mais do que uma patologia incapacitante;
- Das Intervenções utilizadas no Programa de Reabilitação concluímos que a massagem terapêutica foi utilizada em 44 dos 45 idosos incluídos no estudo. Outras intervenções com considerável percentagem de utilização foram o ultra - som (82,2%), mobilizações (66,7%), fortalecimento muscular (64,4 %) e aplicação de calor húmido (60%).

### **No que se refere à qualidade de vida relacionada com o contexto clínico:**

- Um dado verificado é que após a realização do Programa de Reabilitação houve melhoria em pra-

ticamente todas as dimensões da qualidade de vida estudadas, sendo que o domínio em que se constou um maior aumento do percentil de referência desde o momento da admissão até à alta terá sido na dor corporal que no final do tratamento apresenta um percentil de 100.

### **Cruzando as variáveis sócio-demográficas e a patologia incapacitante:**

- Constatou-se ausência de significado estatístico, à excepção da idade. Os utentes com patologia nos membros inferiores tendem a ser mais velhos.

Depois de reflectirmos sobre os resultados obtidos, julgamos que o nosso trabalho ficaria enriquecido se a amostra fosse maior. No entanto importa referir que a aplicação da escala SF-36 em dois momentos, não permitiu abranger mais utentes para o tempo estabelecido para a colheita de dados.

Contudo, reconhecemos que o papel do enfermeiro especialista em reabilitação poderá ser preponderante na dinâmica dos serviços de saúde, tendo por consequência uma melhoria de cuidados de saúde na comunidade (Mendes e Ribeiro, 2007).

Assim, numa tentativa de encontrar formas de melhorar a saúde e a qualidade de vida dos idosos, através da Enfermagem de Reabilitação, sugerimos que:

- Seria importante que os enfermeiros de reabilitação explorassem a visita domiciliária, como estratégia de intervenção e apoio junto dos idosos;
- Deveria ser coordenado o horário de trabalho dos cuidadores informais, com o horário do programa de reabilitação no sentido de maximizar o envolvimento destes no processo adaptativo dos utentes.

Por outro lado, como a procura de novos saberes constitui não só relevância para o desenvolvimento da profissão, mas também, e essencialmente, benefício para aqueles que recebem os cuidados, pensamos que seria vantajoso futuramente:

- Testar a influência de determinada intervenção de Enfermagem de Reabilitação na independência funcional e qualidade de vida dos idosos;
- Realizar um estudo de abordagem qualitativa pelo meto fenomenológico, analisando vivências dos idosos durante o programa de reabilitação efectuado pelo enfermeiro especialista.

### **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

COSTA, Maria Arminda (2005) – Cuidados de enfermagem aos idosos: percursos de formação e de investigação. IN: PAÚL, Constança; FONSECA, António M. – Envelhecer em Portugal. Lisboa: Climepsi Editores, p. 255-279.

DIRECÇÃO GERAL DA SAÚDE (2003) – Rede de referência hospitalar de medicina física e de reabilitação. Lisboa: Direcção de Serviços de Planeamento, 68 p. ISBN 972-675-093-8.

FERREIRA, Tânia P. (2007) – Actividade física e qualidade de vida: nos idosos em comunidade. Revista Portuguesa de Enfermagem.

Amadora. ISSN 0873-1586. Nº 9, p. 37-42.

FIGUEIREDO, Ana P.; ARAÚJO, Palmira M.; FIGUEIREDO, Pedro E. (2006) – Qualidade de vida do doente oncológico. Enfermagem Oncológica. Porto. Ano 9, nº 36, p. 15-22.

FORTIN, Marie Fabienne (1999) – O processo de investigação: da concepção à realização. Loures: Lusociência, 388 p. ISBN 972-8383-10-X.

HENRIQUES, Adriana; SÁ, Eunice (2007) – Qualidade de vida de idosos em lares e centros de dia. Pensar Enfermagem. Lisboa. ISSN 0873-8904. Vol. 11, nº 2, p. 25-36.

HOEMAN, Sirley P. (2000) – Enfermagem de reabilitação: aplicação e processo. 2ª ed. Lisboa: Lusociência, 787 p. ISBN 972-8383-13-4.

LOPES, Lidia (2007) – Necessidades e estratégias na dependência: uma visão da família. Revista Portuguesa de Saúde Pública. ISSN 0870-9025. Vol. 25, nº 1, p. 39-46.

LOUREIRO, Marli [e tal.] (2007) – As actividades de vida diária e ajudas técnicas nos grandes idosos, diagnóstico de situação. Geriatrics. Lisboa. Vol. 3, nº 15, p. 50-58.

MENDES, Luís Miguel; RIBEIRO, Susana Isabel (2007) – A reabilitação no processo de cuidados de enfermagem. Nursing. ISSN 0871-6196. Ano 17, nº 217, p. 36-39.

PEREIRA, Teresa Branco; SANTOS, Rui Jorge Dias (2008) – Ser enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação. Enformação. ISSN 1646-9607. Nº10 p. 6-9.

RIBEIRO, José Luís Pais (2005) – O importante é a saúde: estudo de adaptação de uma técnica de avaliação do Estado de Saúde – SF-36. 1ª ed. Leiria: Merck Sharp & Dohme, 132 p. ISBN 972-99744-0-3.

SILVA, Lolita Dopico; PAZOS, Ana Lúcia (2005) – A influência da dor na qualidade de vida do paciente com lesão crónica de pele. Revista de Enfermagem Uerj. ISSN 0104-3552. Vol. 13, nº3, p. 375-381.

SPIRDUSO, Waneen W. (2005) - Dimensões físicas do envelhecimento. São Paulo: Manole, 482 p. ISBN 85-204-341-2..

# O QUE OS ENFERMEIROS PENSAM DA ENFERMAGEM? DADOS DE UM GRUPO DE INFORMANTES

Paulo Joaquim Pina Queirós <sup>(1)</sup>



## Resumo

Junto de um conjunto de quarenta e nove enfermeiros, com o objectivo de conhecer o que pensam sobre a enfermagem sob o ponto de vista teórico, questionámos sobre o conhecimento em enfermagem, a sua natureza, a racionalidade utilizada, as características do saber usado e criado, e como definem a enfermagem enquanto ciência. Analisámos as respostas com frequências absolutas e relativas, ponderámos os achados com juízo crítico e em conjugação com a revisão da literatura e concluímos que a enfermagem é identificada como ciência e arte, ciência humana prática, mas paradoxalmente assente numa racionalidade técnica e não prático-reflexiva, e que existe apropriação de conceitos e aspectos da teoria de enfermagem pelos enfermeiros informantes, mas a ganhar com uma discussão e interpretação mais aprofundada de forma a adquirir maior consistência.

**Palavras-chave:** Teoria de Enfermagem; Filosofia em Enfermagem; Conhecimento (Fonte: DeCs)

## Abstract

### **WHAT NURSES THINK OF NURSING? DATA FROM A GROUP OF INFORMANTS.**

Along with a set of forty-nine nurses, in order to know what they think about nursing under the theoretical point of view, questioned about nursing knowledge, its nature, rationality used, the characteristics of the knowledge used and created, how they define nursing as a science. We analyzed the responses with absolute and relative frequencies, pondered the findings with critical judgment and weighting with the literature review and concluded that nursing is identified as science and art, science human practice, but paradoxically is based on a technical rationality and not practical reflective, and that there is appropriation of concepts interpretation in order to acquire greater consistency.

**Keywords:** Theory; Philosophy in Nursing; Knowledge (Source: DeCs)

## Resumen

### **QUÉ PIENSAN LAS ENFERMERAS DE ENFERMERÍA? DATOS DE UN GRUPO DE INFORMANTES.**

A lo largo de un conjunto de cuarenta y nueve enfermeras, con el fin de saber lo que piensan acerca de la enfermería bajo el punto de vista teórico, interrogado sobre los conocimientos de enfermería, su naturaleza, la racionalidad utilizado, las características del conocimiento utilizado y crearon, cómo definen enfermería como una ciencia. Se analizaron las respuestas de frecuencias absolutas y relativas, ponderó los resultados con el juicio crítico y la ponderación con la revisión de la literatura y concluimos que la enfermería se identifica como la ciencia y el arte, ciencia práctica humana, pero, paradójicamente, alegando, la racionalidad técnica y no práctica reflexivo, y que no hay apropiación de conceptos y aspectos de la teoría de enfermería, pero los informantes ten a ganar de la discusión e interpretación con el fin de adquirir mayor consistencia.

**Palabras clave:** Teoría de Enfermería; Filosofía en Enfermería; Conocimiento (Fuente: DeCS)

## INTRODUÇÃO

A teoria de enfermagem, e mais no concreto a metateoria enquanto teoria sobre a teoria, estão na preocupação disciplinar da enfermagem. A afirmação disciplinar da enfermagem, socialmente reconhecida com evidência nas conquistas civilizacionais traduzidas no aumento de bem-estar, da saúde das populações, da esperança médias de vida e da qualidade de vida nos anos acrescidos à vida, torna necessário e urgente a organização do discurso enquadrador desta forma de conhecimento.

Ouvir como os enfermeiros pensam conceptualmente a sua acção, como a definem e a caracterizam, como identificam o conhecimento que geram e utilizam, torna-se o ponto de partida deste estudo, procurando aferir da apropriação de conceitos e dos contornos que os mesmos apresentam quando utilizados pelos seus actores.

## ENQUADRAMENTO

A enfermagem como prática social organizada em profissão utiliza e cria conhecimento específico, disciplinar, afirmando-se como ciência de características próprias que importa conhecer.

Com alguma razão, e diga-se actualidade, definimos enfermagem como ciência e arte. No processo evolutivo atravessamos uma fase, eventualmente necessária, de hipervalorização da enfermagem enquanto ciência, sobretudo perto da leitura mais positivista no entendimento do que é ciência.

Hoje, fruto do desenvolvimento teórico e da afirmação da prática pudemos com alguma tranquilidade e discernimento voltar a olhar para a definição da enfermagem como ciência e arte, percebendo que este conhecimento disciplinar, científico, é constituído por padrões de conhecimento, vários e riquíssimos, que não se esgotam no padrão empírico beneficiando também de outros padrões.

Devemos a Carper (1978, 2006) a identificação dos padrões, empírico, estético, pessoal e ético, como fundamentais para o conhecimento em enfermagem. Vários autores, com similitudes e dessemelhanças, propuseram acrescentos e outras formulações. É o caso dos padrões clínico e

conceitual (Schultz e Meleis, 1988); experimental, interpessoal e intuitivo (Moch, 1990); contexto (White, 1995, 2006); processual, relacional, cultural e tácito (Abreu, 2008). “Colectivamente, os diversos padrões de conhecimento constituem as fundações ontológicas e epistemológicas da disciplina de enfermagem” (Fawcett, *et al.* 2001, p. 117). É ainda em Fawcett, *et al.* (2001) que encontramos a afirmação apoiada em Carper (1978) e Chinn e Kramer (1999) que estes padrões de conhecimento são um componente essencial de integração do conhecimento como base para a prática profissional e que nenhum deles pode ser usado isoladamente, destacado de outros.

A arte de enfermagem também tem sido usada como sinónimo de cuidar, refere-nos Meleis (2012). Lembra-nos ainda que numa análise epistemológica efectuada por Johnson (1994), o significado de arte em enfermagem é apresentada em cinco sentidos, exemplificados quando os enfermeiros são capazes de: “1 – Compreender o significado que é inerente ao encontro com os seus pacientes; 2 – Estabelecer conexões (mais do que ligações); 3 – Habilmente executar actividades de enfermagem; 4 – Escolher entre alternativas; 5 – Realizar a prática com critérios morais.” (Meleis, 2012, p. 92).

Ao colocar nestes termos a natureza do conhecimento em enfermagem, os padrões de conhecimento, percebemos que a enfermagem não pode ser encarada como ciência exacta (positivista) mas antes se enquadra no grupo disciplinar das ciências humanas, e dentro destas das ciências humanas práticas. Para Medina (1999) “a enfermagem poderia ser caracterizada, seguindo a tipologia de Strasser (1985), como uma ciência humana prática” (p.82). E para Kim (2010) a “enfermagem como uma disciplina científica deve delinear a sua natureza específica como uma ciência humana prática, distingue-se não só das ciências naturais e sociais, mas também das chamadas ciências humanas” (p.10).

Quanto às ciências humanas práticas, estas pressupõem a participação directa em algum tipo de *praxis*. Ciência humana prática desde logo pelo propósito *práxico* de facilitar os processos de transição tendo em vista o bem-estar (Meleis & Tran-genstein, 1994). Mas também pela constatação

que o conhecimento em enfermagem é um conhecimento que se cria, estrutura e reestrutura numa dinâmica dialógica entre a concepção (teoria) e o fazer (prestação de cuidados), num constante ir e vir em movimento de translação. Bishop e Scudder (1995), inspirados em Gadamer, denominam-no de «espiral hermenêutica».

Os enfermeiros cuidam, sem deixar de tratar, de pessoas doentes ou sadias, no palco da vida, onde o inesperado, o imprevisível e o instável são inerentes, num palco constantemente de incerteza, fruto da variabilidade de circunstâncias e factores, que só podem ser compreendidos e interpretados na aceitação da complexidade da vida, das vivências dos utentes, familiares e dos prestadores de cuidados. Assim acompanhamos Moya (2002) na constatação que a “actividade da enfermeira tem lugar em situações sociais de grande complexidade e ambiguidade, que não podem resolver-se pela mera aplicação de conhecimentos científicos...” (p.5).

Uma racionalidade técnica própria das ciências aplicadas não consegue abranger, compreensiva, descritiva e interpretativamente a riqueza da prestação de cuidados. A racionalidade prático-reflexiva -, assente na reflexão em acção, traduz com maior clareza o raciocínio utilizado na acção pelos enfermeiros, até porque “... as formas de representação positivista atribuem aos fenómenos do cuidado profissional de saúde e aos do seu ensino uma certeza de que realmente carecem” (Moya & Esteban, 2006, p.1 *resumen*).

“Para Schön, o profissional não actua seguindo a lógica instrumental da racionalidade técnica. Antes pelo contrário, o profissional é um prático reflexivo cuja acção se funda num conhecimento prático e tácito que se activa durante a acção”. (Moya, 2005, p.488) É este conhecimento específico que para Benner (2001) permite diferenciar entre enfermeiros iniciados e peritos passando por iniciado avançado, competente e proficiente, sendo para a autora característico dos enfermeiros peritos a utilização de esquemas de reconhecimento, o sentido de proeminência e a consciência situacional. Também Donald Schön (1992) refere que “inerente à prática daqueles profissionais que reconhecemos como especialmente competentes, existe uma fundamentação artística. A arte é uma

forma de exercício da inteligência, um tipo de saber, diferente em aspectos cruciais do nosso modelo *standard* de conhecimento profissional” (p. 26).

O pensamento teórico em enfermagem evoluiu e tem evoluído num percurso de grande riqueza conceptual que de forma plural (teórica e metodológica) tem de ser apropriado pelos enfermeiros. A título de exemplo, entre outros, encontramos nas teorias e conceitos de Leininger, de Orem, de Roy, de Peplau, de Watson, grande valor interpretativo daquilo que fazemos enquanto enfermeiros. Já que “o objectivo da ciência consiste em proporcionar-nos, através das teorias, uma história (*story*) literalmente verdadeira acerca de como é o mundo” (Fraassen, 1985, *apud* Echeverría, 2003, p.172). Referindo o mesmo autor (em 1972, na obra citada) que “o trabalho essencial de uma teoria científica é proporcionar-nos uma família de modelos, para ser utilizada na representação dos fenómenos empíricos” (p.170).

Neste contexto questionamo-nos que sentido e qual o significado de uma prática baseada em evidências enquanto desígnio disciplinar? Tendo em conta o tempo que vivemos, como diz Benner (2009) de “eclipse do conhecimento clínico pelo conhecimento científico formal” (p.346), acrescentando “todas as disciplinas práticas sofrem com a obscuridade do conhecimento prático ou clínico em uma era em que o conhecimento formal e a tomada de decisão técnico racional são as únicas formas legítimas de conhecimento” (p.346).

A prática baseada em evidências assume importância na opinião de McEwen (2009) em três aspectos: 1º é uma abordagem baseada no problema e considera o contexto da experiência actual do profissional (Melnyk, 2004); 2º reúne a melhor evidência disponível e a prática actual, combinando a pesquisa com o conhecimento prático e a teoria; 3º facilita a aplicação dos achados de pesquisa incorporando o conhecimento directo e indirecto na prática (French, 1999). Também Craig & Smyth (2004).

Referem que “baseado na evidência” é um dos mais usados e, talvez, o menos compreendido adjectivo dos cuidados de saúde de hoje». E Mullally (em prólogo à obra de Craig & Smyth, 2004) refere que os enfermeiros “reconhecem que já não é

mais aceitável uma prática puramente baseada na tradição”.

No entanto McEwen (2009) dá-nos conta das preocupações relacionadas com a prática baseada em evidências na enfermagem. Esta “focaliza mais a ciência de enfermagem do que a arte” (p.446), sintetizando em seis argumentos aspectos a considerar e aduzidos também por outros autores teóricos de enfermagem: 1º a concentração rígida no conhecimento baseado empiricamente leva a falhas no captar a exclusividade da enfermagem e a importância do cuidado holístico na prática contemporânea; 2º ... é que a confiança rígida na prática baseada em evidência posiciona os enfermeiros como extensões do médico ou como técnicos médicos, reduzindo a enfermagem a uma prática técnica. Tal preocupação foi manifesta da seguinte forma: considerar a prática baseada em evidência equivalente ao “atendimento por um livro de receitas” e desprezar o cuidado individualizado; 3º ... como a pesquisa que envolve os seres humanos é complexa, os dados estão sujeitos à interpretação e, portanto, não devem ser a única base para a prática. A pesquisa deve ser considerada dentro do contexto da prática prescrita pela teoria e integrar os valores, as crenças e da filosofia de enfermagem; 4º ... a promoção de um vínculo com a medicina baseada em evidências, com ênfase no pensamento positivista e com o domínio dos ensaios clínicos aleatórios como principal evidência. Essa preocupação está relacionada à desconsideração da evidência obtida por meio da pesquisa qualitativa; 5º ... com potencial de exclusividade do cuidado de saúde vinculado às intervenções que forem substanciadas por um corpo de evidência documentado ... levando a questões éticas; 6º ... nem toda a prática em saúde pode e deve ser baseada em evidências.

## METODOLOGIA

Com o objectivo de conhecer o que pensam os enfermeiros da disciplina de enfermagem, da enfermagem como ciência e da natureza do seu conhecimento, através de um questionário, procurámos junto de enfermeiros a iniciar a frequência

de cursos de mestrado em enfermagem a resposta a três aspectos. Primeiro o grau de concordância, avaliado em três níveis (concordo, intermédio, não concordo) com um conjunto de 23 frases, agrupadas em 8 blocos: disciplina de enfermagem; o que fazem; os contextos; a prática baseada em evidências; uma enfermagem avançada; relação e cultura; autocuidado, transições e bem-estar. Em segundo lugar a indicação de como definem a enfermagem enquanto ciência, escolhendo entre 9 hipóteses formuladas ou optando por uma outra designação em aberto. Em terceiro lugar também com 9 hipóteses formuladas ou optando também por uma designação em aberto, indicando a caracterização do raciocínio/racionalidade utilizada no conhecimento em enfermagem.

Os questionários foram respondidos em sala de aulas após a explicação do que se pretendia, do pedido de colaboração e da garantia do anonimato. A amostra de informantes ficou constituída por 49 enfermeiros, 8 do sexo masculino (16,7%), 40 do sexo feminino (83,3%), (1 *missing* na idade). Média de idades 28,35 (min. 22 e máx. 49), e média de anos de profissão de 5,79 (min. 0 e máx. 28). Os dados foram analisados com frequências absolutas e relativas, discutidos e tiradas as conclusões.

## APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS

Às 23 questões a que se pediu a identificação de concordância, não concordância ou a localização num ponto intermédio obtiveram-se os dados reunidos no Quadro nº 1 com a seguinte expressão.

Num primeiro bloco de três perguntas, em torno dos conceitos de ciência e arte, identificámos que maioritariamente (87,8%) os enfermeiros consideram a enfermagem como ciência, sendo que esta pergunta, não obteve não concordâncias, embora comporte ainda cinco enfermeiros num nível intermédio. A simples identificação da enfermagem como arte reúne um significativo número 19 de concordância embora no conjunto as opiniões se dispersem com 17 na resposta intermédia e 12 na não concordância. Já a identificação de enfermagem como ciência e arte consegue uma concordância de 79,2%.

Num segundo bloco de questões sobre o que os enfermeiros fazem, adquire significado na adesão de não concordância em 40,8% à frase “cuidam e não tratam”, na adesão em 61,2% à consideração que os “enfermeiros cuidam e tratam”, sendo que a afirmação taxativa que “os enfermeiros tratam” reúne no nível intermédio 50% das opiniões.

No terceiro conjunto de três questões sobre os contextos verificamos uma clara adesão a que “os enfermeiros lidam com o inesperado” (81,6%), sendo que

12 enfermeiros acham que “lidam com o previsível” e também 12 não concordam que “lidem com a certeza”. No entanto notamos que em relação à certeza e ao previsível as frequências mais elevadas estão no nível intermédio respectivamente 59,6% e 41,17%.

No que diz respeito à prática baseada em evidências, com três perguntas agrupadas num quarto bloco, encontramos que “nos cuidados não há lugar para improvisos” com 66,3% de não concordâncias contra 4,1% de concordância. Sendo que 46,9%

**Quadro nº 1:** Número e percentagem de identificação/concordância com as seguintes frases

Pergunta	concordo		intermédio		não concordo	
	n	%	n	%	n	%
A enfermagem é uma ciência	43	87,8	5	12,2		
A enfermagem é uma ciência e uma arte	38	79,2	9	18,8	1	2,1
A enfermagem é uma arte	19	39,6	17	35,4	12	25,0
Os enfermeiros cuidam e não tratam	12	24,5	17	34,7	20	40,8
Os enfermeiros tratam	8	16,7	24	50,0	16	33,3
Os enfermeiros cuidam e tratam	30	61,2	9	18,4	10	20,4
Os enfermeiros lidam com a certeza	7	14,9	28	59,6	12	25,5
Os enfermeiros lidam com o inesperado	40	81,6	7	14,3	2	4,1
Os enfermeiros lidam com o previsível	12	25,0	20	41,17	16	33,3
Todos os cuidados tem de se basear numa prática baseada em evidências	20	40,8	21	42,9	8	16,3
Nos cuidados não há lugar para improvisos	2	4,1	16	32,7	31	66,3
A prática baseada em evidências não é tudo	23	46,9	19	38,8	7	14,3
Uma enfermagem avançada tem de ser científica	34	69,4	14	28,6	1	2,0
Uma enfermagem avançada tem de ser reflexiva	40	81,6	8	16,3	1	2,0
Uma enfermagem avançada acompanha elevado nível técnico	28	57,1	19	38,8	2	4,1
Numa enfermagem avançada é mais importante os aspectos técnicos que os relacionais	2	4,2	6	12,5	40	83,3
A enfermagem é sobretudo relacional	24	50,0	20	41,7	4	8,3
Não há enfermagem sem relação	40	81,6	7	14,3	2	4,1
A competência cultural para lidar com a diversidade é importante mas secundária	4	8,2	19	38,8	26	53,1
Se só há enfermagem com relação, o outro é sempre culturalmente diferente	10	20,8	19	39,6	19	39,6
O autocuidado só tem a ver com a capacidade para as actividades de vida diária			12	24,5	37	75,5
O autocuidado é uma característica /propriedade do adulto saudável	14	28,6	5	10,2	30	61,2
O que os enfermeiros fazem é facilitar os processos de transição com vista ao bem-estar	33	67,3	15	30,6	1	2,0

concordam que “uma prática baseada em evidências não é tudo”, mas no entanto “todos os cuidados tem de se basear numa prática baseada em evidências” a recolher 40,8% das respostas, ainda assim com 42,9% a situarem-se no nível intermédio.

O quinto bloco de questões refere-se ao conceito de enfermagem avançada. É neste questionário caracterizado pela resposta a quatro questões. Ficamos a conhecer que estes informantes consideram que uma enfermagem avançada tem de ser científica (69,4%), reflexiva (81,6%); com elevado nível técnico (57,1%). Note-se que a qualificação reflexiva reuniu a frequência mais elevada. Registe-se ainda a clara não concordância (83,3%) que “numa enfermagem avançada são mais importantes os aspectos técnicos que os relacionais”.

Um sexto bloco com quatro perguntas aborda o aspecto relacional e cultural. “Não há enfermagem sem relação” reúne concordância de 81,6% dos enfermeiros informantes, sendo que a afirmação “... é sobretudo relacional” apenas tem a concordância de 50% com 41,7% num nível intermédio. A importância da competência cultural para lidar com a diversidade mas secundarizada reúne a não concordância de 53,1%. Que “...o outro é sempre culturalmente diferente” surge com respostas equilibradas, mas ainda assim, mais expressivo no intermédio e no não concordo, ambas com 39,6%.

O autocuidado, um sétimo grupo a ser considerado, reúne a não concordância em 75,5% quando se afirma que “só tem a ver com actividades da vida diária” e com zero concordâncias, e 61,2% igualmente de não concordância quando é dito tratar-se de “... uma característica/propriedade do adulto saudável”.

Por último, as transições e o bem-estar, expressos na frase “o que os enfermeiros fazem é facilitar os processos de transição com vista ao bem-estar” reúne a concordância de 67,3%, e a não concordância de 1 informante (2,0%), sendo que 15 (30,6%) se posicionam numa concordância intermédia.

Em relação à definição de enfermagem enquanto ciência obtivemos 83 escolhas (os informantes podiam escolher mais que uma). Considerar a enfermagem como “ciência humana prática” reuniu o maior número de escolhas com 27 indicações a que corresponde 32,53% das escolhas indicadas (Quadro nº 2). Um pouco distanciado nas frequências absolu-

tas e relativas surge a “ciência humana teórica” (12 e 14,46%) e a consideração como “ciência social” com 11 escolhas (13,25%). Num patamar ainda de menor grandeza temos a escolha como “ciência humana”, e como “ciência aplicada”, 8 cada (9,46%). Nove informantes não se reviram nas opções disponibilizadas e responderam à questão aberta com as seguintes designações: “ciência de enfermagem”, “ciência holística”, “ciência humana baseada na evidência”, “ciência humana social”, “ciência multidimensional”, “ciência social”, “ciência vivencial” com frequência 1, e ainda “ciência humana teórico-prática” com frequência 2. Como podemos verificar no Quadro nº 2 a designação de “ciência básica” não recolheu escolhas, por outro lado as designações de “ciência aplicada” e “ciência exacta” no conjunto recolhem 12,05% das referências.

Quadro nº 2: Como definem a enfermagem enquanto ciência? Número e percentagem de respostas.

Como define a enfermagem enquanto ciência	Nº	%
Ciência humana	8	9,64
Ciência teórica	2	2,41
Ciência humana teórica	12	14,46
Ciência básica	0	0,00
Ciência aplicada	8	9,64
Ciência exacta	2	2,41
Ciência humana prática	27	32,53
Ciência social	11	13,25
Ciência prática	4	4,82
Ciência..... (Pode escolher outra designação)*	9	10,84
<b>Total</b>	<b>83</b>	

Na caracterização do raciocínio/racionalidade utilizada no conhecimento específico em enfermagem (vide Quadro nº 3), os informantes efectuaram 114 referências. Obtivemos ainda 45 indicações de primeira referência. As nove hipóteses

de racionalidade colocadas foram todas utilizadas, ocorrendo também o registo de uma outra racionalidade que não foi discriminada. No entanto observando como primeira referência as respostas concentraram-se em 6 das 9 sugestões de resposta e não se verificou nenhuma outra referência. Como primeira referência surge e por ordem decrescente a “racionalidade técnico-científica” (42,22%), “racionalidade prático-reflexiva” (22,22%), “racionalidade científica-aplicada” (11,11%), “racionalidade técnica” e “racionalidade teórica” (ambas com 8,89%), e por último a “racionalidade científica” (6,67%). Considerando o total das referências a “racionalidade prático-científica” surgem em primeiro lugar com 32 referências (28,07%) logo seguido da “racionalidade prático-reflexiva” com 31 referências (27,19%). A “racionalidade científica-aplicada” surge em terceiro lugar com 16 referências (14,04%). Como se pode verificar pelos achados é menor a distância entre a “racionalidade técnico-científica” e a “racionalidade prático-reflexiva” (28,07% para 27,19%), do que quando olhamos para os dados das primeiras referências onde o que separa as duas racionalidades é mais significativo, uma diferença de frequências relativas de 42,22% para 22,22%.

Numa análise mais fina, criando blocos, pudemos comparar, de um lado “racionalidade técnico-científica”, “científica-aplicada”, “aplicada”, e “científica” com total de 59 referências a que corresponde 51,76%, e de outro lado a “racionalidade prático-reflexiva”, “prática”, e “reflexiva” com 41 referências (35,96%). Agrupando também em blocos as respostas como primeira referência obtemos no bloco com a “racionalidade técnico-científica”, “científica-aplicada”, “científica”, e “técnica” 31 referências a que corresponde 68,89% das respostas, o que compara com as 10 respostas (22,22%) da “racionalidade prático-reflexiva”.

Comparando as diferenças de blocos para o total das referências (51,76% com 35,76%) e para as primeiras referências (68,89% com 22,22%) mantem-se e acentua-se a linha que vinha de trás com primazia para uma racionalidade positivista em detrimento da racionalidade prático-reflexiva.

Quadro n° 3: Como caracteriza o raciocínio /racionalidade utilizado no conhecimento específico em enfermagem.

Tipo de racionalidade	N° de referências	%	Como 1ª referência	%
Racionalidade prática	6	5,26		
Racionalidade científica	6	5,26	3	6,67
Racionalidade técnica	1	0,88	4	8,89
Racionalidade técnico-científica	32	28,07	19	42,22
Racionalidade reflexiva	4	3,51		
Racionalidade aplicada	4	3,51		
Racionalidade teórica	13	11,40	4	8,89
Racionalidade prático-reflexiva	31	27,19	10	22,22
Racionalidade científica-aplicada	16	14,04	5	11,11
Racionalidade (pode escrever outra)*	1	0,88		
<b>Total</b>	<b>114</b>		<b>45</b>	

## DISCUSSÃO

O grupo de enfermeiros informantes apresenta-se com uma média de idades e conseqüentemente de anos de profissão relativamente baixa. Este dado, não pode deixar de ser considerado a um tempo, por estarmos em presença de jovens profissionais que terão uma proximidade relativa ao sistema formal de ensino de graduação, pois genericamente terão acabado as suas licenciaturas há pouco tempo, sendo expectável um maior à-vontade com os conceitos, teorias e posicionamentos epistemológicos da enfermagem.

Por outro lado, o facto de terem poucos anos de profissão, eventualmente não permitiu ainda a caminhada necessária para afastando-se de “iniciados” se apropriarem da racionalidade prático-reflexiva própria de profissionais “peritos” (Benner, 2001). Estes julgam o imediato e as circunstâncias dos problemas colocadas na acção com capacidade tácita. “É neste reconhecimento da importância que situações e contextos representam na configuração de soluções estratégicas a eles responsi-

vas e adequadas, que radicam os pressupostos de uma nova epistemologia da prática” (Sá-Chaves, 2000, p.97) assente numa racionalidade prático-reflexiva. Proximidade do que Benner (2009, p. 347) refere como “a enfermeira especialista [no sentido de perito] é capaz de reconhecer o que é notável em determinadas situações por causa de seu conhecimento clínico avançado e porque ela conhece o paciente”.

Ainda, a afirmação clara dos informantes com a identificação natural da enfermagem como ciência é eventualmente fruto da proximidade com a formação de nível superior que estes enfermeiros são portadores, assumindo que o verdadeiro conhecimento é o científico, razão pela qual encontraríamos nos achados a normalidade que seria expectável. Sabiamente Moya e Esteban (2006, p. 313) lembram-nos que “com efeito, quando a enfermagem acede à universidade adopta acriticamente, para legitimar-se, os padrões epistemológicos e os valores culturais imperantes na instituição universitária”, acrescentaríamos aproximando-se do paradigma dominante, ou seja, ciência aplicada usuária da racionalidade técnica. Em linha com este raciocínio encontramos a frase de Craig & Smyth (2004, *Prefácio*) “os enfermeiros, o maior grupo profissional que presta cuidados de saúde, têm estado na vanguarda ao reconhecer a necessidade de identificar, avaliar e aplicar a melhor evidência na sua prática clínica.”

Todavia quando descemos em pormenor na informação recolhida e na sua análise, paradoxalmente, mas de acordo com as médias de idade e da experiência profissional, a caracterização de ciência não se afasta da consideração de enfermagem enquanto ciência aplicada, portadora de uma racionalidade técnica, embora discursivamente identifica-se a enfermagem como ciência humana prática, beneficiária de uma racionalidade prático-reflexiva. Assim sendo, o paradoxo real resulta a um tempo da apropriação de conceitos (significantes) mas ainda não por défice vivencial do sentido profundo do significado. Shön (1992) ajuda-nos a compreender a situação da prestação e dos prestadores de cuidados, quando esclarece, nas palavras de Moya (2005, p. 488), que “o profissional não actua seguindo a lógica instrumental da racionalidade

técnica. Antes pelo contrário, o profissional é um prático-reflexivo cuja acção se funda no conhecimento prático e tácito que se activa durante a acção e no qual podem, sobre todos os efeitos heurísticos, distinguir-se três componentes: conhecimento na acção, reflexão na acção e reflexão sobre a reflexão na acção”.

## CONCLUSÕES

Este breve estudo sugere seis conclusões e duas sínteses.

1º - Identificação clara da enfermagem como ciência, sem discordâncias. No entanto, a descer ligeiramente nas frequências de identificação quando considerado a enfermagem como ciência e arte, ainda assim mantendo uma forte expressão. Ciência e arte onde a prática baseada em evidências não é tudo havendo lugar para a improvisação.

2º - Grande dispersão quanto à caracterização do tipo de ciência, ainda assim com maior indicação de se tratar de uma “ciência humana prática”.

3º - Concordância que o conhecimento em enfermagem assenta numa racionalidade técnica, por oposição a uma racionalidade prático-reflexiva própria das ciências humanas práticas.

4º - Desencontro entre a definição de ciência (humana prática) e a identificação da racionalidade (técnico-científica), a traduzir eventual apropriação do lugar onde a teoria de enfermagem “encaixa”, - a enfermagem enquanto ciência -, mas a não interiorizar a natureza da racionalidade que está em presença.

5º - Os enfermeiros lidam com o inesperado, dúvidas que lidam com a certeza e com o previsível, cuidam e tratam com o objectivo de “facilitar os processos de transição com vista ao bem-estar”. Consideram não haver enfermagem sem relação, embora esta não seja sobretudo relacional, onde a competência cultural não é secundária mas em que o outro não é sempre visto como culturalmente diferente.

6º - O autocuidado é entendido como mais que capacidade para as actividades, mas não assumido como característica dos adultos. Uma enfermagem avançada tem de ser científica, relacional e técnica.

ca, mas onde os aspectos técnicos não são mais importantes que os relacionais.

Em síntese: *a)* Enfermagem identificada como ciência e arte, ciência humana prática, mas paradoxalmente assente numa racionalidade técnica e não prático-reflexiva. *b)* Apropriação de conceitos e aspectos da teoria de enfermagem pelos enfermeiros informantes, mas a ganhar com uma discussão e interpretação mais aprofundada de forma a adquirir maior consistência.

## REFERÊNCIAS

- ABREU, W. C. (2008): Transições e contextos multiculturais. Coimbra: Formasau, Formação e Saúde Lda.
- BENNER, P. (2001): De iniciado a perito: Excelência e poder na prática clínica de enfermagem. 2<sup>ed</sup>. Coimbra: Quarteto.
- BENNER, P.; TANNER, C.; CHELSA, C. (2009): Expertise in nursing practice: caring, clinical judgment & ethios. 2<sup>nd</sup> ed. New York: Springer Publishing Company.
- BISHOP, A.; SCUDDER, J. (1995): Applied science, practice and intervention technology. In Omery A, Kasper C, Page (eds), In Search of Nursing Science. London: Sage Publications; 263-274.
- CARPER, B. (2006): Fundamental Patterns of Knowing in Nursing. In L. C. Andrist; P. K. Nicholas; K. A. Wolf, A History of Nursing Ideas (pp. 129-137). Sudbury: Jones and Bartlett Publishers.
- CARPER, B.(1978): Fundamental patterns of knowing in nursing. In Nicoll L (Ed.), Perspectives on nursing theory. Philadelphia: ;Lippincot; 216-25.
- CHINN, P.L.; KRAMER, M.K. (1999): Theory and Nursing: Integrated Knowledge development (5<sup>th</sup> ed.). St.Louis. MO: Mosby
- CRAIG, J. ; SMYTH, R. (2004): Prática Baseada na Evidência. Manual para enfermeiros. Loures: Lusociência.
- ECHEVERRÍA, J. (2003): Introdução à metodologia da ciência. Coimbra: Livraria Almedina.
- FAWCETT, J. *et al.* ( 2001): On nursing theories and evidence. Journal of Nursing Scholarship. 33:2, 115-119
- FRENCH, P. (1999): The development of evidence-based nursing. Journal of Advanced Nursing. 29 (1), 72-78
- JOHNSON, J. (1994): A dialectical examination of nursing art. Advances in Nursing Science, 17 (1), 1-14
- KIM, H. (2010): The nature of theoretical thinking in nursing. 3 ed. New York: Springer Publishing Company.
- McEWEN, M. ; WILLS, E. (2009): Bases Teóricas para a Enfermagem. 2<sup>a</sup> ed. Porto alegre: Artemed.
- MEDINA, J.L. (1999): La Pedagogía del cuidado: saberes y prácticas en la formación universitaria en enfermeira. Barcelona: Laertes.
- MELEIS, A, TRANGENSTEIN, P. (1994): Facilitating transitions: redefinition of the nursing mission. Nurs. outlook. 42.
- MELEIS, A.I.(2012): Theoretical nursing. Development and progress. 5<sup>th</sup> ed. Philadelphia: Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins.
- MELNYK, B. (2004): Sparking a change to evidence-based practice in health care organizations. Evidence-Based Nursing. 1, 83-84
- MOCH, S. D. (1990): Personal knowing: Evolving research in nursing. Scholarly Inquiry for Nursing Practice, 4(2), pp. 155-163.
- MOYA, J.L. (2002): Práctica educativa y práctica de cuidados enfermeros desde una perspectiva reflexiva. Revista de Enfermería (Albacete) [acesso 15 jan 2013]; 4(15).
- MOYA, J.L. (2005): Redescubrir el saber práctico de la enfermera. El difícil equilibrio académico y profesional en la España «preuropea» (III). Rev. ROL enferm. 28 (7-8); 487-90.
- MOYA, J.L.; ESTEBAN, M.P.S. (2006): La complejidad del cuidado y el cuidado de la complejidad: un tránsito pedagógico de los reduccionismos fragmentantes a las lógicas no lineales de la complejidad. Texto Contexto Enferm [online]. Abr-Jun [acesso 2013 Out 15];15 (2):312-9. Disponível em:[http://www.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072006000200016](http://www.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072006000200016).
- SÁ-CHAVES, I. (2000): Formação, Conhecimento e Supervisão. Contributos nas áreas da formação de professores e de outros profissionais. Aveiro: Universidade de Aveiro.
- SCHÖN, D. (1992): La formación de profesionales reflexivos. Hacia un nuevo diseño de la enseñanza y el aprendizaje en las profesiones. Barcelona: Ediciones Paidós.
- SCHULTZ, P. R.; MELEIS, A. (1988): Nursing epistemology: Traditions, insights, questions. Image: Journal of Nursing Scholarship, 20, pp. 217-221.
- STRASSER, S.(1985): Understanding and explanation: Basic ideas concerning the humanity of the human sciences. Pittsburgh: Duquesne. University Press.
- WHITE, J. (1995): Patterns of knowing: Review, critique, and update. Advance in Nursing Science, 17(4), pp. 73-86.
- WHITE, J. (2006): Patterns of knowing: Review, Critique, and Update. In L. C. Andrist; P. K. Nicholas; K. A. Wolf, A History of Nursing Ideas (pp. 139-150). Sudbury: Jones and Bartlett Publishers.

# INFLUÊNCIA DO AMBIENTE DA PRÁTICA NOS RESULTADOS DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM

António Fernando Salgueiro Amaral <sup>(1)</sup>  
Pedro Lopes Ferreira <sup>(2)</sup>



## Resumo

O ambiente da prática pode ser definido como um conjunto de características organizacionais que facilitam ou constroem a prática profissional de enfermagem. O objetivo é verificar se o ambiente da prática influencia os resultados dos cuidados ao nível da funcionalidade das pessoas. Estudo transversal e longitudinal, descritivo-correlacional. Os instrumentos utilizados para a recolha dos dados foram o *Practice Environment Scale of the Nursing Work Index* (PES-NWI) e o *Internacional Resident Assessment Instrument – Acute Care* (InterRAI – AC), ambos em versão portuguesa. Os dados foram analisados com recurso ao programa SPSS, versão 19.0. A amostra foi constituída pelos doentes internados nos 26 serviços de quatro hospitais da região centro de Portugal e pelos enfermeiros dos mesmos, com exceção dos enfermeiros chefes. Os dados relativos aos doentes foram recolhidos entre março e julho de 2012 e os relativos aos enfermeiros entre julho e agosto do mesmo ano. Os resultados sugerem que os ambientes favoráveis da prática influenciam positivamente os resultados obtidos nos doentes ao nível do estado funcional. Os gestores devem ter isto em consideração pois a otimização dos ambientes pode ajudar a assegurar a qualidade dos cuidados, o que tem repercussões positivas ao nível da efetividade dos cuidados de enfermagem.

**Palavras-chave:** Ambiente da prática dos cuidados, estado funcional, *outcomes*

## Abstract

### *INFLUENCE OF PRACTICE ENVIRONMENT ON NURSING CARE OUTCOMES*

*The practice environment can be defined as a set of organizational characteristics that facilitate or constrain professional nursing practice. The goal is to verify if the practice environment influences care outcomes at the level of people's functionality. Cross-sectional study and longitudinal, descriptive and correlational. The instruments used for data collection were the Practice Environment Scale of the Nursing Work Index (PES - NWI) and the International Resident Assessment Instrument - Acute Care (InterRAI - AC), both in the Portuguese version. Data were analyzed using the SPSS software, version 19.0. The sample consisted by nurses of 26 services of four hospitals in the central region of Portugal, with the exception of head nurses, and by patients hospitalized in the same hospitals. Data on patients were collected between march and july 2012 and for the nurses between july and august of the same year. The results suggest that the favorable practice environments positively influence the results obtained in patients at the level of functional state. Managers should take this into consideration as optimization of the environments can help ensure the quality of care, which has a positive impact on the level of effectiveness of nursing care.*

**Keywords:** *Nursing practice environments, functional status, outcomes.*

## Resumen

### *INFLUENCIA DEL ENTORNO DE LA PRÁCTICA EN LOS RESULTADOS DE LOS CUIDADOS DE ENFERMEIRA*

*El entorno de la práctica se puede definir como un conjunto de características de una organización que facilitan o limitan el ejercicio de la enfermería. El objetivo es verificar se el entorno influye en los resultados de la atención al nivel de la funcionalidad de las personas. Estudio transversal y longitudinal, descriptivo y correlacional. Los instrumentos utilizados para la recolección de datos fueron el Practice Environment Scale of the Nursing Work Index (PES - NWI) and the International Resident Assessment Instrument - Acute Care (InterRAI - AC), en la versión Portuguesa. Los datos fueron analizados utilizando el software SPSS, versión 19.0. La muestra estuvo conformada por los pacientes hospitalizados en 26 plantas de cuatro hospitales en el centro de Portugal, por las enfermeras de las mismas plantas con la excepción de los jefes de enfermería. Los datos sobre los pacientes fueron recolectados entre marzo y julio de 2012 y para las enfermeras entre julio y agosto del mismo año. Los resultados sugieren que los entornos de la práctica favorables influyen positivamente en los resultados obtenidos en los pacientes en el que dice respecto a lo estado funcional. Los gerentes deben tener en cuenta que la optimización de los entornos puede ayudar a garantizar la calidad de la atención, que tiene un impacto positivo en el nivel de efectividad de los cuidados de enfermería.*

**Palabras clave:** *entornos de practica; estado funcional; resultados*

## INTRODUÇÃO

Num contexto em que os recursos são escassos, as decisões devem ser devidamente fundamentadas, pois a sua aplicação numa área sacrifica a utilização noutra em que poderiam gerar melhores resultados (custo de oportunidade). O setor da saúde, pela sua especificidade, exige que se analise comparativamente vários programas, bem como os seus custos e consequências medidas sob a forma de ganhos em saúde, para que a escolha garanta a maior utilidade (Ferreira, 2005). Os resultados nesta área são um importante indicador da efetividade e da qualidade dos cuidados e devem ser considerados na gestão hospitalar para garantir a accountability (prestação de contas), num contexto internacional de redução de custos (Donabidean, 1992), o que implica uma maior responsabilização perante os utilizadores (Cruz e Frederico, 2012). No entanto, a exigência de diminuição de custos pode originar políticas hospitalares potencialmente geradoras de repercussões negativas, nomeadamente na qualidade dos cuidados e na satisfação dos doentes e dos profissionais de saúde. Investigações internacionais revelam que melhores ratios enfermeiro/doente, mais formação dos enfermeiros e maior envolvimento destes profissionais na tomada de decisão e nas políticas hospitalares, conduzem a melhores níveis de produtividade e de satisfação, favorecendo assim os resultados dos cuidados de enfermagem e a organização (Aiken *et al.*, 2002; ICN, 2007).

Desde os anos 80 que o ambiente da prática dos cuidados tem sido objeto de análise e tem vindo a ser referido como uma variável que influencia os resultados dos cuidados de enfermagem, pois a promoção de ambientes favoráveis pode ser fundamental para a otimização da qualidade dos cuidados (Lake, 2002). Assim, o objetivo do presente estudo é verificar se os ambientes de prática considerados favoráveis pelos enfermeiros influenciam positivamente os resultados obtidos nos doentes ao nível do estado funcional.

## FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Os serviços prestados pelos enfermeiros representam cerca de 90% dos cuidados de saúde (Davis, 2012), pelo que os decisores têm que ter em conta a sua contribuição para a qualidade e efetividade dos cuidados (Aiken *et al.*, 2002). Para isso é necessário obter-se um consenso sobre os resultados que são sensíveis aos cuidados de enfermagem. Doran (2011) definem resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem como um estado, um comportamento ou perceção de um doente ou família, mensurável ao longo de um *continuum*, que ocorre em resposta a uma intervenção de enfermagem. Vários organismos nos Estados Unidos da América e Canadá recomendaram que se começasse a recolher dados acerca dos resultados dos cuidados de enfermagem que permitissem a avaliação da qualidade e da efetividade desses mesmos cuidados (Doran *et al.*, 2006). Contudo, é importante referir que os cuidados de enfermagem se desenvolvem sob a influência de vários fatores que podem interferir na sua qualidade e efetividade, nomeadamente o ambiente onde a prática se desenrola (Lake, 2002).

Vários estudos internacionais descrevem o ambiente da prática dos cuidados como uma variável que influencia os resultados dos cuidados de enfermagem (Aiken *et al.*, 2002). Embora existam várias definições, a que retrata o ambiente da prática como um conjunto de características organizacionais que facilitam ou constroem a prática profissional de enfermagem (Lake, 2002) parece ser mais a mais consensual entre os autores. A mesma autora propôs um instrumento para avaliar o ambiente da prática dos cuidados denominado *Practice Environment Scale of the Nursing Work Index* (PES – NWI), em que um dos objetivos foi providenciar valores de referência obtidos a partir dos hospitais “magnetes”, conceito já reconhecido pela American Nurses Credentialing Center, uma subsidiária da American Nurses Association. Estes são hospitais que apresentam um conjunto de características

organizacionais comuns, incluindo a descentralização da tomada de decisão ao nível da enfermagem; uma liderança de enfermagem forte, efetiva e visível; o reconhecimento da autonomia, do contributo e responsabilidade da enfermagem para a qualidade dos cuidados; e a adequação dos recursos humanos e flexibilidade dos horários (*Idem*).

As organizações hospitalares são sistemas complexos que exigem uma gestão capaz de garantir o seu funcionamento. A organização pode centrar-se em dois modelos: o profissional, em que são valorizadas as competências e qualificações individuais e a existência de sistemas de autorregulação dentro de cada uma das profissões (Flood e Scott, 1987, *apud* Lake, 2002); e o burocrático, em que a organização é centrada na tarefa e em que se privilegia um controlo hierárquico e a utilização de regras formais (Lake, 2002).

A complexidade e imprevisibilidade associadas aos cuidados de saúde exigem uma atenção competente, pelo que o modelo profissional, que fomenta a tomada de decisão e a autonomia dos profissionais e que privilegia a presença de profissionais com elevado grau de qualificações, é preferível ao modelo burocrático (Lake, 2002; Lake e Friese, 2006). Quando o ambiente se considera profissional, os enfermeiros podem passar mais tempo junto dos doentes; existe mais autoridade e flexibilidade na tomada de decisão; e são proporcionadas aos enfermeiros condições para que exerçam a sua profissão ao mais alto nível da prática clínica, trabalhando efetivamente numa equipa interdisciplinar. Assim, estes ambientes contribuem para uma melhoria da qualidade dos cuidados, podendo originar melhores resultados nos doentes, como já se verificou em vários estudos internacionais (Doran *et al.*, 2002a; Aiken *et al.*, 2008; Friese *et al.*, 2008; Doran, 2011).

O InterRAI-Acute Care (InterRAI-AC) é um instrumento criado por um grupo de investigação internacional que desenvolve instrumentos de avaliação orientados para pessoas que necessitam de cuidados, sobretudo idosos. É utilizado internacionalmente em vários contextos e com diferentes fins, como planeamento dos cuidados, medição de resultados e indicadores de qualidade (Glenny, 2009). O InterRAI-AC é composto por várias di-

mensões que avaliam diferentes domínios clínicos, como por exemplo, o desempenho funcional.

O estado funcional é um conceito multidimensional, partilhado pela dimensão comportamental (ex.: Atividades de Vida Diária (AVDs)), psicológica (ex.: humor), cognitiva (ex.: concentração e atenção) e social (ex.: atividades relacionadas com os papéis desempenhados nas diferentes fases do desenvolvimento) (Doran, 2011). As medidas de desempenho nas AVDs são provavelmente mais sensíveis à variação do estado funcional em ambientes institucionais do que as medidas de Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVDs) (*Idem*).

## METODOLOGIA

Foi solicitada a autorização para a realização do estudo aos conselhos de administração dos hospitais participantes que, após parecer positivo das respetivas comissões de ética, a concederam. Foi ainda solicitado a cada doente o seu consentimento para participar no estudo.

Estudo transversal, longitudinal, descritivo-correlacional. Os instrumentos utilizados para a recolha dos dados foram o PES-NWI, versão portuguesa (Amaral, Ferreira e Lake, 2012), e o InterRAI-AC (validado para a população portuguesa por Amaral, Ferreira e Gray, 2013 – aguarda publicação). Os dados foram analisados com recurso ao programa SPSS, versão 19.0.

A amostra foi constituída pelos enfermeiros de 26 serviços de medicina e cirurgia de quatro hospitais da região centro de Portugal, com exceção dos enfermeiros chefes, e pelos doentes internados nos mesmos e em mais dois serviços de ortopedia, tendo apenas como critério de inclusão um tempo de internamento igual ou superior a 3 dias. O período de recolha dos dados relativos aos doentes decorreu entre março e julho de 2012 e o relativo aos enfermeiros, entre julho e agosto do mesmo ano.

## INSTRUMENTOS:

A versão portuguesa do PES-NWI (Amaral, Ferreira e Lake, 2012) é constituída por 31 itens agrupados em cinco dimensões que caracterizam o ambiente da prática e representadas na tabela 1.

Tabela 1 – Dimensões do PES-NMI

	Dimensão	No. de itens
1	Participação nas políticas hospitalares	9
2	Fundamentos de enfermagem para a qualidade dos cuidados	10
3	Capacidade de gestão, liderança e de apoio dos enfermeiros	5
4	Adequação dos recursos humanos e materiais	4
5	Relação colegial entre médicos e enfermeiros	3

O instrumento é destinado a ser preenchido por enfermeiros, que assinalam em cada item o seu nível de concordância numa escala de 1 (‘concordo completamente’) a 4 (‘discordo completamente’). Para o tratamento dos dados, as pontuações de cada item são invertidas de modo a que o valor maior corresponda a um maior acordo. Lake (2002) propõe para análise dos dados a utilização das médias obtidas em cada resposta, pelo que o valor 2,5 correspondente ao ponto médio da escala é considerado o ponto de corte para considerar os ambientes favoráveis. Depois de recodificadas, foi calculada a média composta global do PES-NWI e as médias das cinco dimensões que o constituem.

O InterRAI-AC (Gray, 2006) é composto por várias dimensões que avaliam diferentes domínios clínicos, sendo que nesta análise foi utilizado para avaliar o nível de dependência nas AVDs dos doentes internados. Aplica-se em quatro momentos: Pré-admissão (como estava 3 dias antes de adoeecer); Admissão (como está nas primeiras 24h de internamento); 14º dia de internamento; e Alta (como estava nas últimas 24h de internamento). Neste estudo optou-se por eliminar a avaliação no 14º dia porque o tempo médio de internamento em Portugal é de 7,64 dias tal como referido no Relatório Final realizado pelo Grupo Técnico para a Reforma Hospitalar criado pelo Despacho N.º 10.601/2011 do Ministro da Saúde, tendo sido feita apenas a avaliação nos outros três momentos.

Alguns itens do instrumento, pertencentes ao domínio da funcionalidade e que avaliam o auto-desempenho nas AVDs, foram utilizados para construir a Versão Curta da Escala das Atividades de Vida Diária (VC-EAVD). Estes itens avaliam, numa escala de 0 (independente) a 8 (dependência total), o desempenho do doente nas seguintes atividades: tomar banho; higiene pessoal; caminhar; transferência para a sanita; uso da casa de banho; mobilidade na cama; e comer.

A VC-EAVD foi então construída de acordo com as orientações propostas pelo InterRAI a partir da recodificação e somatório das variáveis “Auto-desempenho nas AVDs - Higiene Pessoal”, “Auto-desempenho AVDs - Caminhar”, “Auto-desempenho nas AVDs - Uso da casa de banho” e “Auto-desempenho AVDs - Alimentação”. O somatório destas variáveis recodificadas origina uma escala num intervalo de 0 a 16, cujos valores mais altos e mais baixos representam respetivamente uma maior e menor dependência na realização das AVDs.

Para se analisar os dados do PES-NWI em conjunto com os dados obtidos a partir do InterRAI-AC, agregaram-se os dados das respostas dos enfermeiros através do cálculo da média do PES-NWI por serviço e desagregaram-se na base dos dados do InterRAI-AC onde estão os dados relativos aos doentes, colocando-os ao nível dos serviços para que todos os doentes tivessem sujeitos a essa variável. A média do PES por serviço foi dicotomizada, sendo que os valores inferiores a 2,5 foram codificados com 0 (ambiente desfavorável) e os superiores ou iguais a 2,5 com 1 (ambiente favorável).

Considerando o objetivo do estudo, mediu-se a evolução no desempenho nas AVDs através da VC-EAVD entre a admissão e a alta, em ambientes de prática de cuidados favoráveis e desfavoráveis. Recorreu-se à análise multivariada. Existem vários planos de estudo multivariados, dependendo dos objetivos da investigação, e estes podem ser combinados de várias formas originando planos combinados. Quando se quer investigar um ou mais fatores no mesmo grupo de sujeitos, utiliza-se um plano com medidas repetidas, que é muito utilizado quando se pretende medir uma variável

em dois momentos diferentes (Cramer, 2003). A estatística ANOVA de medições repetidas foi o teste de significância utilizado para verificar a existência ou não de um efeito de interação significativo entre a evolução do estado funcional do doente entre dois momentos do tempo de internamento e o ambiente da prática de enfermagem. Utilizou-se o teste de Wilcoxon, que é um método não paramétrico utilizado para comparar duas amostras emparelhadas, para calcular a diferença entre cada par, sendo que o resultado nos pode indicar se os doentes melhoraram, pioraram ou se mantiveram o auto-desempenho nas AVDs.

## RESULTADOS

Registou-se uma taxa de resposta dos enfermeiros de 66.19%, tendo-se utilizado para análise 365 questionários preenchidos. A média de idades é de 35 anos (desvio padrão de 8 anos). Relativamente às habilitações literárias, 80.2% dos enfermeiros têm a licenciatura e 14.8% a pós-licenciatura. 16.7% são especialistas, sendo que destes, 37.7% são especializados em enfermagem médico-cirúrgica e 34.4% em enfermagem de reabilitação. A média do tempo de exercício da profissão é de 12

anos (desvio padrão de 7) e em média os enfermeiros trabalham no serviço há 8 anos (desvio padrão de 6). 55.5% dos enfermeiros trabalham em serviços de medicina e 44.5% em serviços de cirurgia.

A média global de concordância dos enfermeiros com o ambiente da prática dos cuidados foi de 2.57, o que significa que o ambiente da prática, no geral, é considerado favorável. Com a aplicação do teste ANOVA, verificam-se diferenças estatisticamente significativas entre os serviços ( $Z=4.410$ ;  $p=0.000$ ).

Como podemos verificar na Tabela 1, 9 serviços (34.62%) são considerados com ambiente desfavorável e 17 (65.38%) com ambiente favorável. A dimensão Participação nas políticas do hospital é a que regista um maior número de serviços com uma média inferior a 2.5 (25 serviços), seguida da dimensão Adequação dos recursos humanos e materiais (20 serviços), sendo que esta dimensão tem 5 serviços com uma média inferior a 2. A dimensão Fundamentos de enfermagem para a qualidade dos cuidados regista uma média superior a 2.5 em todos os serviços (100%).

Relativamente à amostra dos doentes, foram avaliados 1823, mas após a aplicação dos critérios de validade dos registos ficaram para análise 1764 questionários. 50% (849) são homens e

Tabela 1 – Número e percentagem de serviços com média superior e inferior a 2.5 na avaliação do ambiente da prática

PES-NWI	Serviços (número e percentagem) (média no [1;4] e 100%=26 serviços)			
	$\bar{X} < 2.5$	$\bar{X} \geq 2.5$	$\bar{X} < 2$	$\bar{X} > 3$
	Nº (%)	Nº (%)	Nº (%)	Nº (%)
<b>Global</b>	<b>9 (34.62%)</b>	<b>17 (65.38%)</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
Capacidade de gestão, liderança e apoio dos enfermeiros	8 (30.77%)	18 (69.23%)	0	2 (7.69%)
Fundamentos de enfermagem para a qualidade dos cuidados	0	26 (100%)	0	8 (30.76%)
Participação nas políticas do hospital	25 (96.15%)	1 (3.85%)	1 (3.85%)	0
Relação colegial entre médicos e enfermeiros	9 (34.62%)	17 (65.38%)	0	3 (11.53%)
Adequação dos recursos humanos e materiais	20 (76.92%)	6 (23.08%)	5 (19.23%)	2 (7.69%)

850 são mulheres; a idade média é de 70.78 anos, com um desvio padrão de 16.991 anos; 55% (944) dos doentes são casados, 28.8% (495) são viúvos e 11.3% (194) solteiros; 98% (1731) têm o português como língua materna; 64% (1129) foram internados em serviços de medicina, 29.5% (521) em serviços de cirurgia e 6.5% (114) em serviços de ortopedia.

Num intervalo de 0 a 16, a média geral na VC-EAVD é de 6.77 na admissão e 4.73 na alta. Ao analisarmos os resultados da Tabela 2, resultantes da aplicação do teste de Wilcoxon, e considerando que se o número de doentes que melhoraram for igual ao número de doentes que pioraram não existem diferenças significativas entre os grupos, então constatamos que 584 doentes melhoraram entre a admissão e a alta, 64 pioraram e 933 mantiveram-se na mesma. Para uma significância de 0.05 os resultados são estatisticamente significativos, ou seja, os doentes estão mais dependentes ao nível do auto-desempenho nas AVDs na Admissão do que na Alta.

**Tabela 2** – Número de doentes que melhoraram, pioraram e se mantiveram ao nível do auto-desempenho nas atividades de vida diária

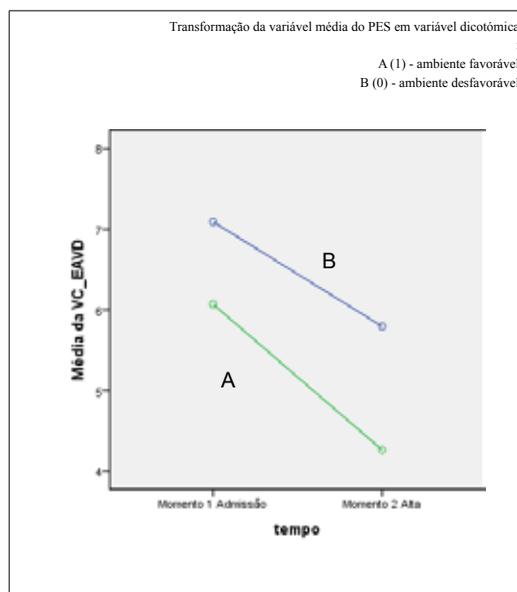
	N
Pioraram	64
Melhoraram	584
Mantiveram-se	933
<b>Total</b>	<b>1581</b>

Ao observarmos a Tabela 3, verificamos que a evolução dos doentes ao nível do auto-desempenho nas AVDs nos dois ambientes da prática dos cuidados de enfermagem (0=desfavorável; 1=favorável) entre a admissão e a alta não é igual. As melhoras mais pronunciadas ocorrem nos ambien-

tes de prática mais favoráveis (6.07 - 4.26 = 1.81), contrastando com os resultados obtidos nos desfavoráveis (7.09 - 5.79 = 1.3).

Ao aplicarmos o teste ANOVA de medidas repetidas, verificámos que existe um efeito de interação significativo entre o ambiente da prática e a evolução dos doentes ao nível do auto-desempenho nas AVDs entre a admissão e a alta (p=0.013).

**Gráfico 1** – Dependência dos doentes no auto-desempenho nas atividades de vida diária por tipo de ambiente de prática dos cuidados de enfermagem



Considerando que as médias mais altas da VC-EAVD representam mais dependência no auto-desempenho das AVDs, a análise do gráfico também nos permite constatar que existe uma evolução positiva mais acentuada ao nível do auto-desempenho nas AVDs nos ambientes de prática favoráveis (linha A).

**Tabela 3** – Média do auto-desempenho dos doentes nas AVDs na admissão e na alta em ambientes de prática favoráveis e desfavoráveis

PES (dicotomizado)	VC-EAVD admissão (média)	VC-EAVD alta (média)	Diferença nas médias entre a admissão e a alta
<b>0</b>	7.09	5.79	1.3
<b>1</b>	6.07	4.26	1.81

## DISCUSSÃO

Relativamente à avaliação global do ambiente da prática dos cuidados pelos enfermeiros, apesar da média global ter sido 2.57 e de 64.38% dos serviços apresentarem um ambiente favorável, 34.62% apresentam um ambiente desfavorável, o que denuncia a necessidade de mudanças e melhorias. A dimensão que reuniu maior nível de concordância entre os enfermeiros de todos os serviços (100%) foi referente aos fundamentos de enfermagem para a qualidade dos cuidados de enfermagem e de seguida, com 69.23%, a dimensão que lida com a capacidade de gestão, liderança e apoio dos enfermeiros. Isto parece sugerir que os enfermeiros se encontram satisfeitos com o trabalho que desenvolvem e com aquilo que diz respeito à sua área de autonomia. O que parece não os satisfazer é a participação nas políticas hospitalares, uma vez que 25 serviços (96.15%) apresentam uma avaliação negativa nesta dimensão (< 2.5).

Apesar de 584 dos doentes terem melhorado e 933 terem mantido o nível de auto-desempenho nas AVDs entre a admissão e a alta, verificou-se que 64 dos doentes pioraram, ou seja, saíram mais dependentes. Em idosos frágeis, a restauração da independência pode não ser possível, pelo que a prevenção do declínio e a manutenção da funcionalidade pode ser um indicador de sucesso da intervenção (Hirdes e Carpenter, *apud* Doran, 2011), pelo que o facto de 933 terem mantido o nível de auto-desempenho é um bom indicador, considerando que a média de idades na nossa amostra é de 70.78 anos.

Ao relacionar-se a evolução do auto-desempenho nas AVDs dos doentes com o ambiente da prática dos cuidados, verificou-se que as melhorias mais pronunciadas ocorrem nos ambientes de prática mais favoráveis (1.81), pelo que o ambiente influencia os resultados dos cuidados de enfermagem. Num estudo realizado por Friese *et al.* (2008), a taxa de mortalidade em 30 dias, assim como a taxa de complicações, foi maior em hospitais com ambientes de prática de enfermagem considerados desfavoráveis. Num outro estudo (Aiken *et al.*, 2008), também se verificou que a probabilidade de morrer era 14% maior em ambientes de prática

desfavoráveis e a taxa de mortalidade em cirurgia foi 60% mais alta em hospitais com menos enfermeiros e com ambientes de prática considerados desfavoráveis. Numa revisão sistemática da literatura, Doucette, *apud* Doran (2011), verificou que os utentes cuidados em unidades de internamento lideradas por enfermeiros apresentaram melhores resultados no estado funcional do que aqueles que estiveram internados noutras unidades. Num outro estudo similar, realizado por Griffiths *et al.*, *apud* Doran (2011), em que a média de idades dos pacientes era de 70 anos, verificou-se que as unidades geridas pelos enfermeiros foram associadas a uma menor taxa de alta para instituições de cuidados e a um melhor estado funcional. McGillis Hall *et al.*, *apud* Doran (2011), verificaram uma relação significativa entre as variáveis relacionadas com a equipa de enfermagem e os resultados ao nível do estado funcional. Doran *et al.* (2002b) ao realizarem um estudo com 835 utentes admitidos em 19 hospitais universitários de Ontário, em que o estado funcional foi medido no momento da admissão hospitalar, na alta e seis semanas após a mesma, verificaram que os utentes demonstraram um melhor desempenho funcional na alta nas unidades de cuidados em que a comunicação era precisa e clara e em que o número de enfermeiros era proporcional às necessidades. Henry, Foote e Jones, *apud* Doran (2011), concluíram o mesmo, tendo encontrado uma relação estatisticamente significativa entre o número total de horas de cuidados e o estado funcional na admissão e na alta. Outros estudos, de carácter quase experimental e correlacional, também evidenciam a relação entre os resultados ao nível do estado funcional e de: intervenções de enfermagem registadas (Doran *et al.*, 2006), comunicação entre os enfermeiros e coordenação dos cuidados (Doran *et al.*, 2002b) e variáveis relacionadas com a equipa de enfermagem (Horn *et al.*, 2005).

Os resultados do nosso estudo, corroborados por estas evidências, suportam o argumento de que a evolução do estado funcional nos doentes é um resultado sensível aos cuidados de enfermagem e que os ambientes onde a prática se desenvolve tem uma influência significativa nos resultados obtidos pelos doentes.

## CONCLUSÃO

O ambiente da prática é constituído por um conjunto de características organizacionais e a sua avaliação através do PES-NWI permitiu verificar que os enfermeiros, no geral, consideram-nos favoráveis. Contudo, as dimensões 'participação nas políticas do hospital' e 'adequação dos recursos humanos' são avaliadas maioritariamente como desfavoráveis, o que nos sugere a necessidade de mudança e melhoria.

Apesar do número de doentes que melhoraram ou mantiveram o auto-desempenho nas AVDs entre a admissão e a alta ser superior ao número de doentes que pioraram, os doentes internados nos ambientes favoráveis apresentaram uma evolução superior aos que foram cuidados em ambientes considerados desfavoráveis pelos enfermeiros. Isto permite-nos afirmar que o ambiente da prática influencia os resultados dos cuidados de enfermagem nos doentes ao nível do estado funcional e que os resultados são uma medida sensível aos cuidados de enfermagem. Assim, os gestores devem ter em atenção as dimensões avaliadas negativamente e agir no sentido da otimização do ambiente para assegurar a qualidade dos cuidados, o que terá certamente repercussões positivas ao nível da gestão das organizações e da efetividade dos cuidados de enfermagem.

Sugerem-se estudos que incluam enfermeiros de outros hospitais portugueses e que a amostra seja mais representativa da população; e a utilização de métodos de pontuação standardizados e consistentes para facilitar a comparação significativa dos resultados, fornecendo assim uma base de evidência que facilite a tomada de decisão na gestão hospitalar e oriente as políticas em saúde.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AIKEN, Linda [et al.] (2002) - Hospital Nurse Staffing and Patient Mortality, Nurse Burnout, and Job Dissatisfaction. **Journal of American Medical Association**. Volume 288, nº 16, p. 1987-1993.
- AIKEN, Linda [et al.] (2008) – Effects of Hospital Care Environment on Patient Mortality and Nurse Outcomes. **The Journal of Nursing and Nurse Outcomes**. Volume 38, nº 5, p. 223-229.
- AMARAL, António; FERREIRA, Pedro; LAKE, Eileen (2012) - Validation of the Practice Environment Scale of the Nursing Work Index (PES-NWI) for the Portuguese nurse population. **International Journal of Caring Sciences**. Volume 5, nº 3, p. 280-288.
- CRAMER, Duncan; BRYMAN, Alan (2003) - **Análise de Dados em Ciências Sociais**. Oeiras: Celta Editora.
- CRUZ, Sofia; FERREIRA, Maria (2012) – Perceção da cultura organizacional em instituições públicas de saúde com diferentes modelos de gestão. **Referência**. Série 3, nº 6, p. 103-112.
- DAVID, Sheila (2012) - Why Nurses Are the Unsung Heroes of Global Health. **Huff Post Impact**. [Em linha]. [Consult. 22 de Out. 2013]. Disponível em WWW:URL:< [http://www.huffingtonpost.com/sheila-davis-dnp-anpbc-faan/international-nurses-week\\_b\\_1499802.html?view=print&comm\\_ref=false](http://www.huffingtonpost.com/sheila-davis-dnp-anpbc-faan/international-nurses-week_b_1499802.html?view=print&comm_ref=false)
- DESPACHO nº 10.601/2011. D.R. II Série.162 (11-08-24).
- DONABEDIAN, Avedis. (1992) - The role of outcomes in quality assessment and assurance. **Quality Review Bulletin**. Volume 18, nº 11, p. 356-60.
- DORAN, Diana [et al.] (2002a) - An empirical test of the Nursing Role Effectiveness Model. **Journal Advanced Nursing**. Volume 38, nº 1, p. 29-39.
- DORAN; Diana [et al.] (2002b) - Nursing staff mix and patient outcome achievement: The mediating role of nurse communication. **Journal of International Nursing Perspectives**. Volume 1, nº 2-3, p. 74-83.
- DORAN, Diane [et al.] (2006) - Nursing Sensitive Outcomes: Data Collection In Acute Care and Long Term Care Settings. **Nursing Research**. Volume 55, nº 2S, p. S75-S81.
- DORAN, Diane (2011) - **Nursing Outcomes: The State of the Science**. 2ª ed. Sudbury, MA: Jones & Bartlett Learning.
- FERREIRA, Lara Nobre (2005) - Avaliação Económica no sector da saúde. **Revista dos Algarves**. Nº 13, p. 42-49.
- FRIESE, Christopher [et al.] (2008) - Hospital Nurse Practice Environments and Outcomes for Surgical Oncology Patients. **Health Services Research**. Volume 43, nº 4, p. 1145-1163.
- GRAY, Len [et al.] (2006) - **InterRAI Acute Care: Guide for Use of the InterRAI AC Assessment Form Version 09**. Australia: InterRAI.

GLENNY, Christine; STOLEE, Paul (2009) - Comparing the Functional Independence Measure and the InterRAI/MDS for use in the functional assessment of older adults: a review of the literature. **BMC Geriatrics**. Volume 9, p. 52.

HORN, S. [et al.] (2005) - RN staffing time and outcomes of long-stay nursing home residents. **American Journal of Nursing**. Volume 105, nº 11, p. 58-70.

INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES (2007) - **Positive Practice Environments: Quality workplaces=quality care**. Geneva, Switzerland.

LAKE, Eileen (2002) - Development of the Practice Environment Scale of the Nursing Work Index. **Research in Nursing & Health**. nº 25, p. 176-188.

LAKE, Eileen, FRIESE, Christopher (2006) - Variations in Nursing Practice Environments: Relation to Staffing and Hospital Characteristics. **Nursing Research**. Volume 55, nº 1, p. 1-9.

Estudo realizado no âmbito do projeto de investigação “Resultados dos Cuidados de Enfermagem: Qualidade e Efetividade” (FCT-PTPC/CS-SOC/113519/2009), inscrito na Unidade de Investigação em Ciências da Saúde – Enfermagem.

# NORMAS DE PUBLICAÇÃO

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

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

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

## 1 - TIPOS DE ARTIGOS

### 1.1 - Cartas ao director:

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

### 1.2 - Artigos sobre teoria de investigação:

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

*Devem estruturar-se da seguinte forma:*

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

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

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

**Desenvolvimento da temática**

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

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

*Extensão máxima recomendada 15 páginas.*

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**Bibliografia**

*Extensão máxima recomendada 20 páginas.*

## 2 - RESPONSABILIDADES ÉTICAS

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

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

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

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

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

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

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

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

### **3 - COMO ENVIAR ARTIGOS PARA PUBLICAÇÃO**

Os artigos e cartas devem de preferência ser enviados **via on-line** através do site da RIE: [www.sinaisvitais.pt/rie.php](http://www.sinaisvitais.pt/rie.php)

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

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

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

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

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

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

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

### **4 - PROCEDIMENTOS DA RIE**

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

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

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

Terão prioridade na publicação os artigos provenientes de autores assinantes da **RIE**, da Revista Sinais Vitais e do SOS, Jornal de Enfermagem.

### **5 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

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

#### **Monografias;**

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

#### **Artigos de publicações periódicas;**

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

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