

VOLUME **59** NÚMERO **5-6** **SERVIR**
SETEMBRO | DEZEMBRO 2017



Maria Inês Stilwell

SERVIR

Revista de Enfermagem e
Informação Geral

EDITOR

Associação Católica de
Enfermeiros e Profissionais de
Saúde

DIREÇÃO

Joao Paulo Nunes

CONSELHO CIENTÍFICO

Ana Cristina Mancussi e Faro

Andreia Silva

Beatriz Araújo

Carlos Albuquerque

Elma Zoboli

Fernanda Trindade Lopes

Isabel Ferraz

João Mendes

José Amendoeira

Luís Lisboa

Luís Saboga Nunes

Madalena Cunha

Maria de Fátima Martins

Margarida Vieira

Olivério Ribeiro

Rosa Maria Martins

Sandra Queirós

Sérgio Deodato

Zaida Charepe

CONSELHO EDITORIAL

Ana Paula Neves

António Almeida

Elisa Garcia

José Botelho

Mercedes Olazabal

Maria Helena Cadete

ADMINISTRAÇÃO

Ana Paula Neves

Joao Paulo Nunes

ÍNDICE

3 EDITORIAL

5 **Tomada de posição sobre a eutanásia**
A Direcção Nacional da Associação Católica de Enfermeiros e Profissionais de Saúde

8 **Morte a pedido, eutanásia, morte assistida**
Instituto de Bioética da Universidade Católica Portuguesa – Porto

10 **Cuidar de idosos no domicílio, em contexto rural**
Emília Sarmento
Amélia Rego

19 **A Recuperação do autocuidado: foco das intervenções em Enfermagem**
Andreia Silv
Manuela Madureira
Olinda Ourique

28 **Cuidados continuados: Estudo de caso de uma unidade de convalescença**
Emília Sarmento
Amélia Rego

38 **Revisão Integrativa da Literatura Intervenções promotoras da dignidade da pessoa em cuidados paliativos**
Catarina Eufémia da Silva Ramos
Patrícia Pontífice-Sousa
Sandra Neves

46 **Prevalência e determinantes das perturbações músculo-esqueléticas em Jovens**
Rosa Martins
Artur Almeida
Ana Andrade
Helena Moreira

53 **Visita pré-operatória de enfermagem: importância da sua implementação**
Marta Alexandra Gomes Pires
Amélia Rego

- 59 Cuidar do doente em cuidados paliativos com cateter venoso central totalmente implantado - Importância do manuseamento**
Raquel Filipa Martinho dos Santos
Maria Deolinda Antunes Luz Lopes Dias Maurício
- 67 Organizar a prestação de cuidados por “enfermeiro de referência” promove a qualidade**
Amélia Rego
Patrícia Coelho
- 75 Motivação para o trabalho em enfermeiros após transição do modelo de gestão hospitalar**
Amélia Rego
Mónica Rodrigues
Beatriz Araújo
- 86 Revisão Sistemática da Literatura**
A adesão ao regime terapêutico do idoso com doença crónica: contributos para uma revisão sistemática da literature
Helena Isabel Gonçalves Almeida
Ana Rita Fernandes de Sousa
Patrícia Pontífice Sousa
- 92 Consumo de medicamentos potencialmente inapropriados e reconciliação de medicamentos em pessoas idosas**
Armando Manuel Gonçalves de Almeida
Sandra Mónica Silva Santos
Miguel Santos
- 103 Cuidar de quem cuida. O que faz o enfermeiro sentir-se cuidado ao cuidar?**
Amélia Rego
- 108 NOTÍCIAS**
3º Congresso Nacional da ACEPS



Ana Paula Neves

No momento em que editamos o presente número da revista *Servir* escrevemos acerca do envelhecimento e das suas implicações nos cuidados de enfermagem.

A razão desta escolha deve-se ao facto de Portugal estar a envelhecer mais rápido que a maior parte dos países europeus, em que o decréscimo da natalidade e a emigração jovem fazem do nosso país um dos mais envelhecidos da Europa. O Relatório das Nações Unidas (2015) coloca Portugal na lista dos seis países que estão a envelhecer mais depressa. A estimativa feita por esta organização aponta que, em 2050, cerca de 40% da população portuguesa terá mais de 60 anos.

O envelhecimento constitui um dos desafios do nosso tempo. Somos cada vez mais e temos cada vez mais anos para envelhecer de forma saudável.

A organização dos cuidados aos idosos exige uma resposta coordenada de diversos setores da sociedade, desenvolvida por equipas multiprofissionais, visando a criação de ambientes favoráveis que possam contribuir para manter e reforçar a sua autonomia e saúde. Promover políticas capazes de criar oportunidades de aprendizagem e crescimento ao longo da vida, combater a discriminação etária e integrar os idosos em múltiplos projetos de contribuição para a comunidade são alguns aspetos que merecem ser considerados.

O nosso empenho no mundo da saúde inclui, igualmente, o compromisso das Escolas Superiores de Enfermagem, que devem preparar os estudantes para a prestação de cuidados de enfermagem de excelência às pessoas idosas, em qualquer contexto: necessidades em cuidados hospitalares e em cuidados de saúde primários, destacando-se os cuidados no domicílio. De acordo com o Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde da OMS (2015), é necessário uma força de trabalho de saúde sustentável e adequadamente treinada, pelo que se deve incluir competências geriátricas e gerontológicas fundamentais em todos os currículos de saúde, bem como competências gerais como a comunicação, trabalho em equipa, tecnologias de informação e comunicação.

Também, a investigação em enfermagem permite aumentar o conhecimento neste domínio, respondendo a questões ou resolvendo problemas para benefício dos idosos, famílias e comunidades possibilitando, deste modo, melhorar a qualidade dos cuidados otimizando

Contacto
ana.neves@esel.pt

os resultados em saúde. Desejamos que esta revista permita dar visibilidade a esta construção de saberes, contribuindo para melhorar a qualidade de vida e o bem-estar dos idosos a nível global.

Cuidar das pessoas idosas exige que não se perca a lucidez da essência do cuidar, o compromisso, o princípio básico do respeito pelo outro, pela vida, pela morte digna e serena.

Os profissionais de saúde encontram nas pessoas idosas um grupo heterogêneo, com existências e experiências de vida muito diferentes. Cada pessoa idosa é um ser único, irrepetível, dotado duma identidade própria que determina a valorização e tomada de consciência, pelos enfermeiros, da singularidade da pessoa cuidada.

Cada pessoa idosa tem as suas expressões, as suas rugas, os ouvidos “duros”, as pernas “enferrujadas”, os “males” da vista. Sabe lendas, tradições, contos, provérbios, contando e partilhando histórias sem fim. Recebemos de geração em geração dos nossos antepassados, aquilo que somos hoje, pelo que nos cabe perpetuar esta herança, a sabedoria acumulada, os seus conhecimentos e os seus valores, transmitindo-os às gerações vindouras.

Procuraremos que a revista Servir ajude à compreensão do fenómeno do envelhecimento nas suas diferentes dimensões e possibilite a difusão do conhecimento produzido nesta área da saúde e da Enfermagem.



Tomada de posição sobre a eutanásia

Estamos, todos nós, perante um novo desafio; reflectir e tomar posição sobre as questões relacionadas com a Eutanásia.

A Associação Católica dos Enfermeiros e Profissionais de Saúde tem, sobre este tema, uma posição reflectida, sistemática e actual, que não pode deixar de manifestar, no âmbito da responsabilidade social de Instituição da sociedade civil. Assim, acreditamos que:

1. As questões relacionadas com o tema da Eutanásia (doravante designadas por Eutanásia), não podem ser enclausuradas, numa análise casuística e conclusiva. A importância dos seus referenciais – o Ser Humano e a Vida – exigem reflexão desapaixonada e posições de princípio.
2. O direito à vida não pode ser confundido com o direito a dispor da vida.
3. Ao falar de Eutanásia, não deveremos usar conceitos subjectivos para tentar generalizar sentimentos que cada pessoa experimentará de forma diversa. Referimo-nos a expressões, como “morrer com dignidade”, "morte assistida", ou "sofrimento intolerável", as quais são ambivalentes para uma análise conceptual, apenas ganhando pertinência no concreto de cada indivíduo.
4. A Eutanásia, enquanto conceito, abarca uma série de temas derivados e conexos que devem ser definidos per si, sob risco de não ser possível alcançar uma consciência verdadeiramente esclarecida, por parte do cidadão, não familiarizado com terminologia clínica, em Saúde.
5. A Eutanásia não é "assunto Tabu", podendo e devendo ser analisado, sob todos os pontos de vista, de acordo com a sua natureza. É indispensável a visão médica, de enfermagem, da psicologia:... mas também da filosofia moral; da antropologia e da religião, e do âmbito da espiritualidade.
6. Não se deve confundir "liberdade" com "direito a escolher morrer", porque a liberdade não é o único critério para uma escolha. Analogamente, a expressão "*escolher morrer*" pode escamotear a rede de interconexões sociais que são a evidência de que, não se podendo viver sem a relação pessoal e social, não é eticamente sustentável reclamar, em absoluto, o direito a dispor de si.



7. A Vida de cada pessoa tem, pois, igual valor à de todas as outras pessoas, tão só porque a Vida é um Valor transpessoal e transtemporal. Mas, como nos diz Ortega y Gasset, "*Eu sou eu e a minha circunstância*". Não vivemos sem os demais e com eles partilhamos a vida, o sofrimento e o fim de vida.
8. A História relata-nos práticas de morte provocada, de que são testemunhas as "*abafadeiras*"; aquelas que por "caridade" aliviavam o sofrimento que parecia ser intolerável... mas, a ciência, entretanto, evoluiu, proporcionando ao Ser Humano, outras formas de vivenciar períodos de final de vida.
9. Quando alguém se refere a outros, presumindo o seu sofrimento intolerável, está de alguma forma a tentar exorcisar o seu próprio sofrimento e a incapacidade para lidar com o sofrimento alheio. Cria-se, assim, uma nebulosa "científica" que relativiza o trabalho dos profissionais de saúde, os quais, numa base diária, Cuidam de Pessoas que estão doentes e que, de forma única, sofrem, em variados momentos do ciclo vital.
10. De entre esses, que Cuidam da Vida das Pessoas, os Enfermeiros estão na linha da frente dos possuidores de autoridade para falar sobre Eutanásia. O conhecimento acumulado pelo apoio estruturalmente profissional aos Processos Vitais de Terceiros faz com que as suas posições se sobreponham a meras situações de análise conjuntural, ou reflexões baseadas num ambiente emocional, incorrectamente generalizado. Poucos actores sociais poderão reclamar um conhecimento tão real e actual dos processos da Pessoa em fim de vida, na medida em que nenhum relato ou inferência retórica pode aproximar-se da complexa rede de sentimentos; dúvidas; dores; ansiedades e medos que aí se geram. Respostas simples, neste domínio, revelam reduzida honestidade intelectual ou a preponderância do orgulho humano.
11. Tem existido, ao longo dos anos recentes, um notável desenvolvimento em matéria de Cuidados Paliativos, Controlo da dor, Relação terapêutica de Ajuda. As modernas unidades de acolhimento de pessoas em fim de vida, e as equipas de cuidados domiciliários, são a resposta social, equilibrada, ao direito a um fim de Vida com dignidade. Não nos parece correcto a apropriação da própria Expressão "Morrer com dignidade", para suportar a opção da Eutanásia. Faz-nos mais sentido a Expressão "Viver com dignidade", até ao momento da morte.
12. As metodologias de relação, enquanto elemento terapêutico, fazem sobressair o esforço que, ao longo de anos, temos feito, em matéria de



formação em Cuidados Paliativos. Aprendemos a melhor acompanhar a Pessoa em sofrimento. A morte digna é, pois, a morte que acontece, no seio dos significativos e sem desequilíbrio homeostático insuportável.

13. Os Enfermeiros Católicos, para além da natural sintonia com a mais moderna evidência científica, nesta matéria, arvoram a dimensão de uma classe, cujo Código Deontológico, afirma o "*respeito do direito da pessoa à vida durante todo o ciclo vital*" (art.º 82º), à luz do que se obrigam a "*Atribuir à vida de qualquer pessoa, igual valor, pelo que protege e defende a vida humana em todas as circunstâncias;*"(...). Adicionam a este enquadramento, a visão Cristã da Pessoa e da Vida, perante a qual o Homem recebe a Vida, como dádiva, devendo usá-la para buscar a Deus, nos Irmãos e pelos Irmãos. Isto é, chamado a uma Ontogénese, reproduz a Filogénese que o precede e lhe sucederá.

A Direcção Nacional da Associação Católica de Enfermeiros e Profissionais de Saúde

MORTE A PEDIDO, EUTANÁSIA, MORTE ASSISTIDA.

Uma petição apresentada à Assembleia da República, depoimentos publicados em jornais, ou opiniões veiculadas pela rádio ou pela televisão, têm contribuído para uma certa crispação e confusão da opinião pública.

Na realidade, ao falar-se de morte assistida e de suicídio assistido está a praticar-se uma grave confusão de conceitos. Morte assistida é aquela em que alguém é assistente, companhia e ajuda. Neste sentido, ninguém quer morrer sozinho, mas sim na companhia daquele(s) a quem escolhesse para o(a) acompanhar. Na realidade, o que os proponentes de uma revisão da lei desejam é a legalização da eutanásia, esta definida como a morte a pedido, que ocorre quando alguém é morto por outrem após ter dirigido insistentemente pedido a esta última pessoa (geralmente um profissional de saúde). O suicídio assistido, por sua vez, consiste numa ajuda ao suicídio, quando a pessoa solicita a outrem que lhe forneça os meios necessários para se suicidar. Do ponto de vista de conceito e da prática, trata-se da mesma questão: alguém não quer continuar a viver e solicita a outra pessoa que a mate ou lhe dê os meios necessários para conseguir esse fim.

Dizem os proponentes da legalização desta prática que ela se justifica (1) por a pessoa ter o direito a dispor da sua vida e (2) por haver vidas em que o sofrimento e a incapacidade retiram toda a qualidade e dignidade a essa mesma vida. Por isso, doentes incuráveis, em grande sofrimento, lúcidos, deveriam ter o direito de por termo à vida com a ajuda de terceiros.

Estes argumentos não são consistentes, em primeiro lugar, porque a autonomia assim invocada, enquanto capacidade de dispor da própria vida, nunca é absoluta, antes deve ser entendida como autonomia relacional, modulada e influenciada pelo enquadramento da pessoa no ambiente familiar, social e cultural em que vive. Ninguém é

dono de ninguém, nem sequer do próprio corpo, componente do seu eu indissociável de todas as outras. A autonomia, em matéria de cuidados de saúde, nunca é absoluta e, ainda que deva imperar no sentido da autodeterminação, circunscreve-se sempre num âmbito relacional, mediada pelo estabelecimento duma relação interpessoal. Quanto ao argumento do sofrimento, este também não resiste à análise crítica. Se é certo que muitas doenças evoluem com dor e sofrimento, também é verdade que a medicina encontrou meios terapêuticos poderosos para afastar esses companheiros da doença. Não obstante, e ainda que possa ser argumentável que haverá sempre uma réstia de sofrimento ao qual a atual ciência não consegue responder, este deverá, no nosso entender, impelir a uma procura de resposta efetiva. Certo é que a medicina actual dispõe de meios para tratar todas as situações dolorosas.

Se a eutanásia e a ajuda ao suicídio fossem legalizadas, as consequências seriam desastrosas. É claro que seria necessário mudar radicalmente todo o enquadramento legal, acabando o preceito constitucional de que a vida humana é inviolável. O princípio básico do respeito pela vida, não como valor mas como plataforma sobre a qual assentam todos os valores e direitos, seria irremediavelmente fracturado. O atual enquadramento legal e ético-deontológico das profissões da área da saúde teria de ser completamente revisto já que, pelo menos os códigos deontológicos médicos e de enfermagem advogam a vida e defendem o direito da pessoa doente e, como tal, o dever destes profissionais em promover a dignidade e qualidade de vida da pessoa que padece de doença incurável e/ou se encontra em fase terminal de vida.

Não podemos ignorar, ao discutir esta questão, a experiência entretanto acumulada nos três países em que, há cerca de dez anos, se encon-

tra legalizada a eutanásia – Bélgica, Holanda e Luxemburgo. A primeira constatação é de que apenas nestes três países tal aconteceu; a imensa maioria dos estados do mundo não seguiu o seu exemplo, talvez por se ter verificado que nestes três países o enquadramento legal e a prática evoluíram no sentido de um alargamento e banalização da eutanásia. Acresce ainda que associações internacionais (e.g., Organização Mundial da Saúde, Conselho da Europa e Associação Europeia de Cuidados Paliativos) sustentam a premissa de que não se deve acelerar nem retardar a morte, estando aqui implícita a negação das práticas de eutanásia e suicídio assistido e obstinação terapêutica, respectivamente. A eutanásia, que inicialmente e à semelhança do que agora propõem os signatários do manifesto, ficava sujeita a regras restritivas e limitada a casos excepcionais, foi-se tornando cada vez mais abrangente e facilitada, a ponto de abranger pessoas em

coma, inconscientes, pessoas com demências, e até menores de idade. Na Holanda, neste preciso momento, o Governo prepara-se para legislar de modo a permitir a eutanásia a pessoas não doentes, sem sofrimento, que devido à sua idade avançada entendam desejar ser mortas na incerteza de virem a adoecer ou de ficarem diminuídas ou incapazes.

Acontece ainda que as autoridades médicas rejeitam a eutanásia (os cinco bastonários da Ordem dos Médicos ainda vivos pronunciaram-se neste sentido) por entenderem que o dever do médico é respeitar a vida do doente, prestar-lhe todo o auxílio e cuidado, garantindo a melhor qualidade de vida possível e uma morte digna, serena, sem dor nem sofrimento. Isto é possível e constitui o objectivo a alcançar.

Não, a eutanásia não é a solução e a sua legalização teria consequências catastróficas para nós, enquanto indivíduos e cidadãos.

Instituto de Bioética da Universidade Católica Portuguesa – Porto

CUIDAR IDOSOS NO DOMICÍLIO, EM CONTEXTO RURAL

CARING FOR THE ELDERLY IN THEIR OWN HOME, IN A RURAL CONTEXT

INVESTIGADORA E DOUTORA EM BIOÉTICA PELO INSTITUTO
BIOÉTICA DA UCP – CENTRO REGIONAL DO PORTO
ENFERMEIRA, MESTRE EM CIÊNCIAS RELIGIOSAS/BIOÉTICA
TEOLÓGICA, ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE
NA COMUNIDADE, UNIDADE SAÚDE PÚBLICA DOURO 1,
ACES DO DOURO 1 – MARÃO E DOURO NORTE - VILA
REAL.
E-MAIL: emiliasarmento25@hotmail.com
esarmentosp.douro1@srsvreal.min-saude.pt

ENFERMEIRA, PH.D, INVESTIGADORA
E-MAIL: ameliarego52@gmail.com

Emília Sarmento

Amélia Rego

RESUMO

Saber quem são e como vivem as populações rurais, nomeadamente como vivenciam as questões da situação de saúde, constituiu a razão deste estudo no qual são abordados três conceitos centrais, nomeadamente, a comunidade rural, a população idosa e os determinantes sociais de saúde.

O aumento progressivo da longevidade, observado de forma transversal em todas as sociedades, acompanhado de uma acentuada queda na fecundidade e mortalidade geral, tem conduzido a uma mudança significativa da pirâmide etária da população, aumentando de forma substancial as pessoas com idade superior a 65 anos.

Trata-se de um estudo exploratório e descritivo.

Tomámos uma amostra de conveniência, constituída por 777 habitantes, dos quais 64,1% são

INTRODUÇÃO

O modelo de povoamento da região que estudámos evoluiu no sentido de um reforço da componente urbana, tendo aumentado o grau de concentração territorial da população. Observou-se um crescimento da proporção de idosos que na região transmontana varia entre 14,1% e 31,9% (INE, 2002).

A esperança de vida aumentou nas últimas décadas. Hoje, a maioria das pessoas vive até mais tarde, sendo que “a vida humana prolongou-se no decurso das últimas décadas, em consequência não só dos progressos da medicina, mas também das transformações económicas, sociais e tecnológicas que vieram propiciar uma melhoria geral no bem-estar das pessoas” (Brito, 2001, p.15).⁽¹⁾

O envelhecimento pode ser analisado sob duas grandes perspectivas: individualmente, em que assenta na maior longevidade dos indivíduos, ou seja, o aumento da esperança média de vida e sob o ponto de vista demográfico, o qual se define pelo aumento da proporção das pessoas idosas na população total. É um processo natural e universal que é inerente a todo o ser humano, pelo que entendê-lo significa “compreender de forma abrangente os aspectos individuais e colectivos da vida, desde os factores genéticos, biológicos, físicos, químicos e nutricionais aos aspectos psicológicos, sociológicos, económicos, comportamentais, ambientais, e sobretudo a pessoa” (DGS, 2001, p.1). Depreende-se, assim, que o envelhecimento é um processo irreversível a que todos estamos submetidos. Segundo a Direcção Geral de Saúde (DGS, 2001, p.1) o termo “idoso” significa, “pessoa que tem bastante idade”. A mesma entidade de saúde afirma ainda que é a partir dos sessenta e cinco anos de vida, inscritos no

idosos, que preencheram os seguintes critérios de inclusão: habitar na área rural de um Concelho da região norte (NUT's III); aceitar participar da pesquisa e ter recorrido à unidade móvel no período em estudo, ou seja de Janeiro a Setembro de 2010. Consideramos esta tipificação a mais adequada aos objectivos deste estudo, uma vez que se procura conhecer o perfil de saúde da população idosa, de uma determinada área geográfica e conhecer alguns factores que influenciam esse perfil de saúde. Foram tidos em consideração todos os procedimentos éticos decorrentes de uma investigação científica com seres humanos, tendo sido obtido parecer favorável da Comissão de Ética para a Saúde, da ARS Norte (parecer nº 35/2009).

Para a recolha de dados utilizámos o inquérito por questionário e a observação participante.

Os resultados revelam que o interior vai tornar-se um enorme “lar de idosos” e os cuidados aos idosos em contexto domiciliário são uma tarefa de apoio das redes de vizinhança. Foi constatado que 62,9% não tinham auto vigilância de saúde adequada; 62,3% tinham uma adesão ao regime terapêutico prescrito, não demonstrado e 65,5% tinham uma gestão do regime terapêutico ineficaz.

Relativamente à situação de saúde verificou-se que 25,1% dos inquiridos sofrem de patologia cardiovascular, 20,7% de patologia osteoarticular e que 16,2% de patologia cardiovascular e metabólica, concomitantemente. No que se refere ao acesso às consultas médicas, 62,2% dos elementos da nossa amostra tiveram entre 0 e 5 consultas no seu médico de família, no ano anterior à aplicação do questionário.

O estudo contribui para dar visibilidade a essa parcela da população, reflectir a influência da cultura do meio rural na saúde das populações e ajudar a repensar a adequação das políticas públicas e a importância de utilizar estratégias de proximidade na elaboração de planos de saúde, visando proporcionar um cuidado adequado e equitativo. Os cuidados de proximidade serão aqueles que, efetivamente, minimizam

cartão de cidadão que, convencionalmente, as pessoas são consideradas idosas.

O peso da população idosa não só continua a aumentar como, ainda, vem acompanhado do decréscimo da população jovem, constituindo o que se tem vindo a designar como a dupla base do “envelhecimento” da população: “A notória diferença entre as instituições que gerem a velhice e as que a tratam, as modificações relacionais entre gerações, são indicadores preocupantes relativamente à problemática dos idosos.

O envelhecimento é um fenómeno que acontece aos mais diversos níveis: biológico, porque se traduz por modificações do aspecto físico, pela forma de se deslocarem e pelas rugas que, pouco a pouco, sulcam a pele; social, com a mudança de estatuto provocada pela passagem à reforma; finalmente psicológico porque envolve as modificações das suas atividades intelectuais e das suas motivações. Considera-se relevante que ao aumento da longevidade corresponda, também, uma preocupação particular em relação aos idosos e ao processo de envelhecimento, pela sua dimensão e pelos problemas que levanta em termos epidemiológicos, assistenciais, de saúde e éticos. No nosso dia-a-dia profissional, deparamo-nos frequentemente com idosos que estão num estadio da sua adaptação à velhice muito diferente uns dos outros. Embora a idade cronológica seja a mesma, não raras vezes, os idosos reagem de formas muito diferentes à mesma situação. Compreender melhor o processo que leva pessoas diferentes a reagirem de forma diferente à mesma situação, como lidar com estas diferentes sensibilidades, como gerir os recursos que temos à nossa disposição, como potenciar as capacidades destes idosos e como potenciar os nossos recursos e os da sociedade são preocupações a considerar respondendo a questões tais como: Que sabemos nós da comunidade rural? Que conhecimento existe acerca da população idosa em contexto rural? E o acesso desta população aos cuidados de saúde faz-se de forma equitativa ou persistem iniquidades?

É neste contexto que definimos como objetivos deste estudo dar maior visibilidade a esta parcela da população, descrevendo e analisando os seus dados demográficos e as suas condições de saúde

as dificuldades identificadas, decorrentes do isolamento geodemográfico e do acesso aos cuidados de saúde por deficit de conhecimentos e reduzida rede de suporte social e familiar.

PALAVRAS-CHAVE:

COMUNIDADE RURAL, IDOSOS,
DETERMINANTES SOCIAIS DE SAÚDE

ABSTRACT

Knowing who the rural populations are and how they live, particularly how they have experienced the issues of health status, was the reason for this study that addressed three main concepts, namely the rural community, the elderly population and social determinants of health.

The progressive increase of longevity, observed across the board in all societies, accompanied by a sharp drop in general fertility and mortality, has been leading to a significant change in the population's age pyramid, with a substantial increase of the citizens over 65 years of age. This is an exploratory and descriptive study. We took a convenience sample of 777 inhabitants, of whom 64,1% are elderly, who met the following inclusion criteria: living in the rural area of a municipality in the northern region (NUT's III); consenting to participate in the research; and having resorted to the mobile unit during the study period, i.e. January to September 2010. We consider this the most appropriate classification for the objectives of this study, since it seeks to understand the health profile of the elderly population in a given geographical area and find out some of the factors that influence that health profile. All ethical procedures arising from research on humans have been taken into account, with favorable opinion from the Ethics Committee for Health, the ARS North (opinion n.º 35/2009). To collect data, we used the survey questionnaire and participant observation.

Results show that the interior will become a huge "retirement home" and that care for the

e foram sistematizados da seguinte forma: (i) Caracterizar a comunidade rural de dez freguesias de um Concelho do Interior Norte (NUT's III); (ii) Tornar possível, uma contextualização do envelhecimento enquanto fenómeno major nessa população rural; e (iii) Compreender a relação entre os determinantes sociais de saúde e o posicionamento da saúde, na distribuição de recursos de proximidade. Pensamos poder contribuir para favorecer a integração e participação dos idosos na tomada de decisão sobre o seu próprio destino, reposicionando-o no conjunto do sistema de relações intergeracionais constituindo esta questão, na nossa perspectiva, um desafio que as sociedades envelhecidas enfrentam e na qual os profissionais de saúde podem e devem ter uma papel ativo.

COMUNIDADE RURAL E POPULAÇÃO IDOSA

Falar de comunidade rural implica necessariamente fazer referência à pobreza a ela associada, pois tal como refere Mota (2010, p. 22) "mais do que nunca, o contraste entre o crescimento vertiginoso das riquezas e a persistência/ ampliação do pauperismo é assustador" e difere substancialmente entre as comunidades rurais onde persistem os idosos, não raras vezes, sós. Esta circunstância decorre de diferentes razões, entre as quais podemos enumerar a dispersão dos agregados populacionais, as condições de acessibilidade existentes e o deficiente aproveitamento das terras numa agricultura de subsistência, onde as terras são de baixa produtividade. Entre os seus habitantes podemos encontrar maioritariamente idosos, cujos familiares mais jovens migraram na procura de melhores condições de vida. O fenómeno da exclusão social, na perspectiva de Clavel (2005, p.25), tem um "aspeto multidimensional e multiforme da pobreza, que não se reduz a uma falta de recursos" Este facto é uma realidade na população em estudo.

As mudanças estruturais das economias e sociedades (mutações tecnológicas, transformações do mercado de trabalho, fragilização das estruturas familiares, tendências para a fragmentação social, evolução dos fenómenos migratórios, mutações nos sistemas de valor, entre outros.) influenciam

elderly in domestic context is a task in support of neighborhood networks. It was found that 62,9% did not have adequate self-health monitoring; 62,3% had an adherence to the prescribed treatment regimen not shown; and 65,5% had an ineffective management of therapeutic regimen. Regarding the health situation, it was found that 25,1% of respondents suffer from cardiovascular disease, 20,7% have an osteoarticular pathology and 16,2% suffer concurrently from cardiovascular and metabolic disease. In what concerns to access to medical consultations, 62,2% of the subjects of our sample had between 0 and 5 appointments in their family doctor in the year prior to the questionnaire.

The study contributes to give visibility to this part of the population, it reflects the cultural influence of the health of rural populations and helps to rethink the suitability of public policies and the importance of using proximity strategies in the preparation of health plans, in order to provide proper and equal care. The local care will be those that effectively minimize the difficulties encountered as a result of geo-demographic isolation and access to health care derived from knowledge deficit and a reduced social and familiar support network.

KEYWORDS:

RURAL COMMUNITY, ELDERLY, SOCIAL DETERMINANTS OF HEALTH

a zona Nordeste de Portugal, uma zona essencialmente rural e com características muito próprias (Peres, 2011).

No que concerne à saúde preconiza-se um aumento da cobertura do atendimento aos idosos e, por essa via, uma diminuição do isolamento, o que está de acordo com o Plano Nacional de Saúde para 2011-2016, apresentado para discussão pública, que, nas orientações estratégicas para um envelhecimento activo, privilegia nesta fase do ciclo vital a intervenção a diferentes níveis, considerando que “o acesso aos cuidados de saúde é essencialmente uma questão de permitir o acesso das pessoas ao seu potencial de saúde e, por consequência, deve ser analisado à luz das necessidades em saúde e dos contextos económicos e culturais dos diferentes grupos da sociedade” (Fortado & Pereira, 2010, p.52). A família deve ser potenciada e capacitada para a prestação de cuidados informais que já exerce de uma forma natural, para promover a manutenção da funcionalidade, autonomia e independência dos seus familiares idosos; os centros de saúde e os hospitais devem promover a identificação de critérios de fragilidade e de cuidados antecipatórios; fornecendo a prestação de cuidados curativos, paliativos, de reabilitação e de recuperação globais em internamento, em ambulatório e no domicílio se e quando necessário (DGS, 2001). O envelhecimento da população, atualmente generalizado, foi utilizado pela primeira vez no século XX, no contexto de um estudo apresentado em 1928 por Alfred Sauvy (Hortelão, 2003). O aumento progressivo da longevidade, observado de forma transversal em todas as sociedades, acompanhado de uma acentuada queda na fecundidade e mortalidade geral, tem conduzido a uma mudança significativa da pirâmide etária da população, aumentando de forma substancial as pessoas com idade superior a 65 anos, assim como as pessoas com mais de 80 anos. “O envelhecimento da população mundial é um facto incontestável e verifica-se tanto nos países desenvolvidos como naqueles em desenvolvimento” (Marino, Moraes & Santos, 1999, p.15). Existem dois tipos de envelhecimento, na base e no topo, sendo que o primeiro acontece quando a percentagem de jovens começa a diminuir como resultado de um menor número de nas-

cimentos; o segundo é a consequência do aumento da esperança de vida, pois há cada vez mais pessoas com 65 anos ou mais, e ambos se encontram intimamente ligados.

DETERMINANTES DA SAÚDE

Hoje, temos uma oportunidade única de melhorar a saúde nas comunidades mais pobres e mais vulneráveis atuando sobre as causas das desigualdades de saúde e doença. As mais importante dessas causas são as condições sociais nas quais as pessoas vivem e trabalham, à qual a Organização Mundial de Saúde deu o nome de determinantes sociais da saúde.

Reconhece-se como interdependente a relação entre as condições sociais e as condições de saúde, sendo que é importante o conhecimento efetivo da realidade local, numa perspectiva de proximidade e efetividade, de forma a estabelecer uma oportunidade de promoção das políticas de saúde que combatam as raízes sociais das iniquidades existentes e evitáveis.

A dimensão social da saúde, referida insistentemente na Constituição da OMS de 1948, não teve grande adesão permanecendo algo “esquecida”, pela fase que se seguiu na saúde pública e que realçava programas mais baseados na tecnologia. Era necessário, por uma questão económica, dar visibilidade rápida e efectiva aos ganhos em saúde decorrentes dos programas implementados, por exemplo a saúde da mulher grávida, a saúde da criança, etc. Os determinantes sociais da saúde e a necessidade de implementação de acções intersectoriais ressurgiram, mais tarde, no movimento Saúde para Todos, liderado por Halfdan Mahler (Director Geral da OMS, eleito em 1973), que considerava, com muita oportunidade, que a saúde está interrelacionada com as condições sócio económicas que vão muito além do meramente técnico de saúde e requer uma parceria entre todos de forma a potenciar recursos e otimizar potencialidades. Essa atuação será tanto mais efetiva e eficaz se as políticas de saúde, para além das diretivas nacionais tiverem uma vertente local e de proximidade, conhecendo e reconhecendo a realidade, num compromisso efectivo de intercooperação.

Nas zonas urbanas, os idosos têm várias possibilidades de atividades, organizam-se em forma de rede, praticam actividade física, fazem artesanato, frequentam a universidade sénior, estabelecem-se redes de parcerias. Na zona rural, o lazer dos idosos consiste, basicamente, em frequentar a igreja e eventos religiosos, visitas a familiares ou vizinhos (Paúl, 2005). A realidade das regiões do interior virarem um asilo, onde os mais velhos ficam sós, e, quando necessitam de cuidados, têm como suporte de apoio a rede de vizinhança, que sendo importante é manifestamente insuficiente uma vez que não raras vezes constatamos que são idosos que cuidam de idosos. As “intervenções sobre os determinantes sociais da saúde com vista a diminuir as iniquidades relacionadas à estratificação social, além de obrigarem a uma actuação coordenada, intersectorial, abarcando diversos níveis da administração pública, devem estar também acompanhadas por políticas mais gerais de carácter transversal que busquem fortalecer a coesão e ampliar o capital social das comunidades vulneráveis, e promover a participação social do desenho e implementação de políticas e programas (CSDH, 2006).

Para Fonseca (2008, p. 214), numa “perspetiva preventiva, revela-se importante atuar sobre os estilos de vida e sobre o contexto de vida do idoso ...” mas só isso será insuficiente pelo que também é importante, simultaneamente, “o reforço da capacidade de coping, tendo em vista amortecer ao máximo o impacto das fontes de stress e dos recursos disponíveis para lidar com problemas significativos” (Idem, p. 215). Para cumprir tal desiderato os profissionais de saúde precisam de ter oportunidade de atualização. Corroboramos, por isso, a afirmação de Castro (2007, p.18) ao referir que “o envelhecimento da população faz com que os profissionais de saúde cada vez mais tenham que ter saberes que permitam uma intervenção adequada às necessidades da população idosa. Uma vez que esses profissionais cada vez mais vão cuidar de idosos, é importante a sua sensibilização e preparação para melhor desempenharem as suas funções, de forma a melhorarem a qualidade de vida deste grupo etário”.

MATERIAL E MÉTODOS

Apresentamos um estudo exploratório e descritivo, sob o paradigma quantitativo, que se desenvolveu num concelho rural da região norte (NUT's III).

Para se identificar o perfil de saúde da população idosa, bem como alguns factores que possam influenciar esse perfil, optou-se por um questionário construído a partir da literatura consultada, dos objectivos do estudo, da experiência e de acordo com as questões de partida. O questionário utilizado é um instrumento de auto-relato. Dado tratar-se de um instrumento não testado e aferido, antes da sua aplicação procedemos a pré-teste. Na sua construção, as questões foram estruturadas e pré-codificadas: dados sociodemográficos; percepção das capacidades de saúde/acesso a esses cuidados e o quadro patológico. Para análise estatística, foi utilizado o software Statistical Package for the Social Sciences for Windows, versão 17.0 (SPSS 17).

Considera-se esta tipificação a mais adequada aos objectivos deste estudo, uma vez que se procura conhecer o perfil de saúde da população idosa de uma determinada área geográfica e conhecer alguns factores que influenciam o perfil de saúde do idoso dessa comunidade. Foram considerados todos os procedimentos éticos decorrentes de uma investigação científica com seres humanos (parecer nº 35/2009 da Comissão de Ética para a Saúde, da ARS Norte).

A população foi esclarecida sobre os objectivos do estudo, tendo sido obtido o seu consentimento para a colheita, análise, tratamento e divulgação, sob anonimato, dos dados obtidos. A aplicação do questionário decorreu entre janeiro e abril de 2010

AMOSTRA

Da população total residente em 10 freguesias rurais da área de abrangência da unidade de saúde (Cuidados de Saúde Primários) onde actua a Unidade Móvel de Saúde, num total de 10.037 habitantes (INE, 2002: Censos 2001), foi considerada uma amostra de conveniência, de 777 habitantes que reuniram os seguintes critérios de inclusão:

morar na área rural; aceitar participar da pesquisa; ter recorrido à unidade móvel no período em estudo (janeiro a setembro de 2010).

Dos 777 elementos da amostra 64,1% são idosos (499) com 65 ou mais anos, 68,1% eram do sexo feminino, 64,9% referiram ser casados, sendo que 63,8 % referiram viver em famílias nucleares. Da amostra 92,8% referem não ter qualquer tipo de habilitações académicas ou ter apenas a frequência do 1º ciclo.

Quando abordados sobre os recursos financeiros para fazer face às despesas 76,1% referem receber mensalmente menos do que o equivalente ao ordenado mínimo nacional.

Tais resultados são coincidentes com os dados fornecidos pelo INE onde a expansão demográfica na região Norte decorreu entre 1991 e 2001 (INE, 2002) a um ritmo claramente superior ao do período intercensitário precedente e foi maioritariamente causada pelo movimento natural da população, cabendo contudo aos comportamentos migratórios um importante papel complementar na explicação do dinamismo demográfico regional.

Relativamente aos recursos financeiros verifica-se um acentuado défice que é sublinhado por Fortado e Pereira (2010, p.12) com base nos resultados do estudo de Van Doorslaer e Koolman. Estes autores salientam que “embora as desigualdades no estado de saúde em função do rendimento existam na maioria dos países europeus, a desigualdade é mais marcante em Portugal.”

A nossa amostra é manifestamente envelhecida, maioritariamente vive em famílias nucleares de dois elementos, onde velhos cuidam de velhos, com alta iliteracia quer a nível de instrução quer a nível de recursos de saúde, com condições habitacionais degradadas (fracas condições higio sanitárias) e reduzidos recursos económicos.

RESULTADOS

A rede viária é uma infra-estrutura que condiciona o acesso aos cuidados de saúde. Relativamente ao tipo de transporte utilizado pelos inquiridos verificamos que 46,0% utilizavam os transportes públicos (autocarros) para se deslocar ao centro

de saúde, sendo que 62,2% referiram ter ido entre 0 e 5 vezes ao centro de saúde no ano anterior ao questionário, muitos deles verbalizando dificuldades de transporte e/ou deslocação (motoras). Quando questionados sobre a vigilância em saúde, 62,9% reconheceram que não tinham autovigilância adequada, 62,3% tinham uma adesão ao regime terapêutico prescrito não demonstrado e 65,5% tinham uma gestão do regime terapêutico ineficaz.

Quadro n.º 1- Acesso aos cuidados de saúde/ percepção das capacidades de saúde

TIPO DE TRANSPORTE	FR	%
AUTOCARRO	358	46,0
CARRO PRÓPRIO	100	12,9
CARRO DE FAMILIAR	132	17,0
A PÉ	38	4,9
TÁXI	149	19,2
N.º DE CONSULTAS NA UNIDADE DE SAÚDE		
0-5	483	62,2
6-10	223	28,7
11-15	57	7,3
16-20	11	1,4
>20 V	3	,4
AUTO VIGILÂNCIA		
ADEQUADO	288	37,1
NÃO ADEQUADO	489	62,9
ADESÃO AO REGIME TERAPÊUTICO		
DEMONSTRADO	293	37,7
NÃO DEMONSTRADO	484	62,3
GESTÃO DO REGIME TERAPÊUTICO		
EFICAZ	268	34,5
INEFICAZ	509	65,5

Quanto ao Quadro Patológico encontramos, através da consulta do sistema de informação de saúde: Cardiovascular 25,1%; Dermatológico 0,5%; Gastrointestinal 2,4%; Geniturinário 0,9%; Hematológico 0,6%; Metabólico 4%; Neoplásico 2,4%; Neurológico 1,4%; Oftálmico 0,8%; Osteoarticular 20,7%; Psiquiátrico 5,3%; Respiratório 2,2%, Comportamentos aditivos 0,6%; Cardiovascular e metabólica, concomitantemente 16,2%; Cardiovascular e osteoarticular 8,5%; Metabólico e osteoarticular 3%; Cardiovascular, metabólico e osteoarticular 5,4%.

Foram referenciados para os serviços de enfermagem (acompanhamento de proximidade – Unidade móvel e/ou enfermeiro de família) 87,9% dos inquiridos, tendo sido referenciados 8,9% por agudização de sintomatologia. Foram ainda referenciados para a Visitação Domiciliária 2,7%; Médico de família 8,9% e Assistente Social 0,4%.

DISCUSSÃO

Relativamente ao acesso aos cuidados de saúde/ percepção das capacidades de saúde, quando o cuidado ao idoso é necessário, acaba por ser uma tarefa solitária, não existindo organização nas famílias para complementação, daí que, atendendo ao item gestão do regime terapêutico, 65,5% da amostra demonstrava uma gestão ineficaz e 62,3% não demonstrava uma adesão ao regime terapêutico prescrito, tendo sido observado que 62,9% dos casos mantinham autovigilância não adequada.

Face a estes resultados o sistema de saúde deve dispor, numa perspectiva individual, de uma rede de prestação de cuidados de saúde (com serviços integrados, centrados em equipas multidisciplinares e com cuidadores informais devidamente treinados), com uma componente de recuperação global e de acompanhamento das pessoas idosas, designadamente através da rede de cuidados de proximidade, de forma a combater as crenças erróneas e potenciar a autovigilância e consequentes ganhos em saúde da população.

Uma boa saúde é essencial para que as pessoas mais idosas possam manter uma qualidade de vida aceitável e possam continuar a assegurar os seus contributos na sociedade. Pessoas idosas ativas e saudáveis, para além de se manterem autónomas, constituem um importante recurso para as suas famílias, comunidades e até para a economia do país. Num estudo de âmbito nacional, Pereira (2002) evidencia desigualdades na doença em função do nível socioeconómico, utilizando indicadores relacionados com o nível de instrução e com o rendimento, o que vem de encontro aos resultados encontrados.

Relativamente à autovigilância, adesão ao regime terapêutico prescrito verifica-se que, efetivamente, a taxa de adesão é francamente inferior àquilo que

seria desejável. Segundo a Taxonomia da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem, a Adesão ao regime terapêutico corresponde a “desempenhar actividades para satisfazer as exigências terapêuticas dos cuidados de saúde; aceitação do decurso de tratamento prescrito como prestador de cuidado” (ICN, 2006), considerando que se reconhece à pessoa um desempenho pró activo para a qual deve ser tido em conta todo o seu historial cultural e de vida, potenciando as suas capacidades no sentido de que por ele percepcione a necessidade de aderir ao regime terapêutico. Neste sentido são importantes os serviços de proximidade, devendo motivar para a adesão que será “sinónimo de concordância, compreendendo a aceitação e intervenção activa e voluntária do doente que partilha a responsabilidade do tratamento com a equipa de profissionais de saúde que o segue” (Bugalho & Carneiro, 2004, p. 9-10).

É uma grande vantagem reverter estes números de forma a potenciar a pró atividade da população na gestão e adesão ao regime terapêutico numa lógica de proximidade que potencia a confiança, o reconhecimento da realidade social e a optimização da gestão de recursos, promovendo a obtenção de ganhos em saúde da população vulnerável.

Existe evidência de “um gradiente social favorecendo os grupos socioeconómicos superiores para os vários indicadores de morbi mortalidade, através de vários estudos já realizados. Estas desigualdades poderão ser explicadas por dificuldades no acesso aos meios de prevenção e tratamento” (Fortado & Pereira, 2010, p.52).

O isolamento de determinados grupos populacionais específicos e de sectores mais desfavorecidos da sociedade, que habitualmente não recorrem aos serviços de saúde convencionais, justifica que se privilegie uma maior equidade no acesso a esses mesmos cuidados, para que a intervenção dos cuidados de proximidade assumam uma função útil no suporte a essas populações e constitua uma boa estratégia de aproximação à comunidade, pelo melhor conhecimento dos contextos locais, valorizando as diferentes culturas existentes.

Embora o nosso estudo se dirija aos idosos, fazemos um paralelismo sobre a preocupação no que diz respeito ao abandono do meio rural pelos mais jovens, trazendo consequências directas para a

gestão em saúde na comunidade, pois só os mais velhos permanecem.

Efetivamente, a situação socioeconómica influencia a saúde dos idosos. A média de rendimento dos velhos da área rural é consistentemente menor que a dos urbanos; os serviços de saúde são escassos, pouco acessíveis e mais dispendiosos que em área urbana; o transporte público é mais necessário, mas muito menos disponível do que na área urbana. Estes factos sugerem a existência de grandes desigualdades sociais e políticas, principalmente no meio rural.

A vida com qualidade nunca é uma questão privada que possa avaliar-se pela utilidade individual, nunca é o bem de alguém individualmente. É, pois, uma questão de responsabilidade ética que a sociedade tem para com os idosos que não são um grupo exterior à própria sociedade, mas que fazem parte integrante dessa mesma sociedade, sendo obrigação individual e colectiva dar-lhes o lugar que é deles por direito e proporcionar-lhes as condições necessárias para que usufruam de uma vida com qualidade.

Vulnerável é a vida humana. Mas há situações especialmente apelantes na população idosa, em que a vulnerabilidade passa de eventual acontecimento a permanente realidade. Assim, com este artigo disponibilizamos a oportunidade de refletir sobre problemas do concreto quotidiano, que exigem um olhar ético e um empenhamento no reconhecimento e na defesa da dignidade e integridade dos mais vulneráveis membros da família humana. É, por isso, importante que se repense o actual sistema de assistência social e de saúde “*em toda a sua amplitude, em todo o seu trajecto, de modo pluridisciplinar e interdisciplinar, criando uma verdadeira política de envelhecimento, um plano gerontológico nacional, da família, habitação, do mercado de trabalho, ocupação dos tempos livres, do apoio domiciliário e outras formas assistenciais dirigidas às necessidades dos idosos*” (Fernandes, 2002, p.15).

CONCLUSÃO

Envelhecer é, cada vez mais, um desafio, para quem envelhece e para quem apoia o envelhecimento. A nível organizacional, é fundamental que surjam novas formas de entreaajuda, de apoio e de

prestação de cuidados, particularmente nos casos em que, por isolamento social ou doença, os recursos estabelecidos não são suficientes nem eficazes para prevenir a dependência, o abandono e a solidão. A proximidade para os cuidados de saúde aos idosos rurais no contexto domiciliário é, pois, um desafio, porque o agir humano não se deve reduzir apenas à estrutura do fazer de um comportamento, cujo valor se institui exclusivamente em função do efeito que se deseja alcançar. Deve ser um agir de forma totalmente conforme com a realização de um bem, pelo qual se movem, não só uma parte do homem, mas toda a sociedade.

Neste estudo, efetivamente, procurou-se dar maior visibilidade a esta parcela populacional descrevendo e tentando analisar os dados demográficos, socioeconómicos e as condições de saúde dos idosos presentes na realidade do meio rural, chamando à atenção da iniquidade existente no tratamento das situações e da importância de analisar o processo saúde/doença de forma holística. Deste modo, dar-se-á importância aos determinantes sociais da saúde que são relevantes para obter ganhos em saúde de uma franja da população não raramente negligenciada.

É necessário implementar uma rede de apoio efetiva, pois, as famílias, de momento, só podem

contar com a vizinhança. No entanto, compreendemos que é preciso repensar uma nova proposta para combater esta realidade com um olhar mais amplo, frente ao contexto família e o idoso, incluindo-se, assim, todo o sistema familiar. Os cuidados de proximidade serão uma boa opção, mas devem existir parcerias efetivas de resolução de problemas concretos das populações. É importante repensar uma estratégia que devolva ao meio rural a sua população com condições semelhantes às da cidade. Repensar a rede social e apoiar a habitabilidade das casas rurais de forma a melhorar os acessos viários, entre outras soluções.

Sugerimos o estabelecimento de acordos de cooperação com as autarquias locais e até com as associações, os quais contribuirão para o aprofundamento do relacionamento entre as instituições, no sentido de otimizar recursos financeiros, materiais e humanos. Se, através dos cuidados de proximidade se conseguir reduzir algumas dessas taxas de morbidade, nomeadamente neste grupo populacional, poder-se-ão aumentar os ganhos em saúde da população portuguesa e, por consequência, reduzir a necessidade de internamentos em cuidados de saúde diferenciados, aumentando a qualidade de vida das populações rurais.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Brito, L. (2001). *A saúde mental dos prestadores de cuidados a familiares idosos*. Coimbra: Quarteto Editora, p. 15.
- Bugalho, A. & Carneiro, A. (2004). Intervenções para aumentar a adesão terapêutica em patologias crónicas. Lisboa Centro de Estudos de medicina Baseada na Evidência – Faculdade de medicina de Lisboa.
- Castro, Cristina M.V. (2007). «Representações Sociais dos Enfermeiros face ao Idoso, em contexto de prestação de cuidados». Dissertação de Mestrado em Comunicação em Saúde. Orientadora: Prof.ª Doutora Natália Ramos. Universidade Aberta. Lisboa. Disponível em [www: URL: http://repositorioaberto.univ-ab.pt/handle/10400.2/705](http://repositorioaberto.univ-ab.pt/handle/10400.2/705).
- Clavel, G. (2005). A sociedade de exclusão – Compreendê-la para dela sair. Porto Editora, Porto. *Commission on Social Determinants of Health (CSDH). A conceptual framework for action on social determinants of health*. Disponível em www.determinantes.fiocruz.br
- Conselho Internacional de Enfermeiros. (2006). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem CIPE/ICNP*. Versão 1.0. Lisboa: IGIF.
- Direção Geral de Saúde (2001). *Autocuidados na saúde e na doença: guias para pessoas idosas*. Lisboa: DGS.
- Fernandes, P. (2002). *A depressão no idoso*. Coimbra: Quarteto Editora, p.15.
- Fonseca, A.M. (2008). *Psicologia do envelhecimento e vulnerabilidade*. In Carvalho, A. S. (coord). *Bioéticas e vulnerabilidade (195-218)*. Coimbra: Edições Almedina.
- Fortado, C. & Pereira, J. (2010). *Equidade e Acesso aos cuidados de Saúde*. Escola Nacional de Saúde Pública. Universidade Nova de Lisboa. Lisboa. Julho, Documento de trabalho.
- Hortelão, A.P.S. (2003). *Qualidade de vida e envelhecimento. Estudo comparativo de idosos residentes em comunidade e idosos institucionalizados na região de Lisboa*. Lisboa: Dissertação de mestrado em Comunicação em saúde, Universidade Aberta.
- Instituto Nacional de Estatística (2002). *Recenseamento Geral da População Portuguesa, 2001-2002*. Lisboa: INE.
- Marino, M. C. A.; Moraes, E. N. & Santos, A. G. R. (1999). Avanços e perspectivas em geriatria. In: PETRO ANU, A. & Pimenta, L.G. *Clínica e cirurgia geriátrica*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Mota, Ana Elizabete (org) (2010). *O Mito da Assistência Social: ensaios sobre Estado, política e sociedade*. 4ª ed. São Paulo: Cortez.
- Paúl, Constança (2005). «*Envelhecimento Activo e Redes de Suporte Social*», in *Sociologia*, 15, pp. 275-287.
- Pereira J. (2002). *Prestação de cuidados de acordo com as necessidades? Um estudo empírico aplicado ao sistema português*. In: Piola, SF. & Vianna, SM. (ed). *Economia da Saúde: conceitos e contribuição para a gestão da saúde*. 3ª ed. Brasília, IPEA; p.141-16
- Peres, M. A. de C. (2011). Velhice e analfabetismo, uma relação paradoxal: a exclusão educacional em contextos rurais da região Nordeste. Soc. estado. [online], 26, 3, pp.631-662. ISSN 0102-6992. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-69922011000300011>

A RECUPERAÇÃO DO AUTOCUIDADO: FOCO DAS INTERVENÇÕES EM ENFERMAGEM

THE RECOVERY OF SELF CARE: NURSING FOCUS

MESTRE EM ENFERMAGEM MÉDICO CIRURGIA
HOSPITAL DR. JOSÉ DE ALMEIDA, CASCAIS
E.MAIL: silva_andreias@hotmail.com

Andreia Silva

DOUTORA EM CIÊNCIAS DE ENFERMAGEM
INSTITUTO CIÊNCIAS DA SAÚDE DA UCP

Manuela Madureira

ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRURGICA
HOSPITAL DR. JOSÉ DE ALMEIDA, CASCAIS

Olinda Ourique

RESUMO

A investigação e divulgação a nível científico acerca da influência da Enfermagem nas transições da pessoa associada à dependência do autocuidado e o seu papel na recuperação da saúde tem vindo a apresentar um movimento crescente.

Objetivos: Identificar qual o papel atribuído ao Enfermeiro na recuperação do autocuidado.

Método: Revisão sistemática da literatura onde se optou por um método de pesquisa eletrónica de artigos na EBSCOHOST com as palavras-chave self care, recovery e nursing role. Os artigos foram analisados e avaliados por 3 leitores independentes havendo concordância na seleção dos artigos apurados.

Resultados: foram selecionados 13 artigos que tinham sido

INTRODUÇÃO

O fenómeno do autocuidado tem sido bastante enfatizado nas teorias de Enfermagem, contudo assume maior importância quando têm implicações nas atividades de vida diárias das pessoas (Petronilho, Magalhães, Machado, & Vieira (2010)). Enquanto Enfermeira prestadora de cuidados em meio hospitalar, é possível observar frequentemente utentes em fase agudizada da doença que passam por transições não só psicológicas, mas também físicas.

Esta questão deixa-me apreensiva quanto à avaliação do potencial de recuperação do autocuidado de cada utente, de acordo com a fase transicional em que se encontra. Tendo isto em conta é importante que o Enfermeiro que cuida do doente tenha perceção destas condições, por forma a facilitar o processo de mudança que o doente e a sua família enfrentam.

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

De acordo com Petronilho (2012), autocuidado é um conceito associado a autonomia, independência e responsabilidade pessoal, sendo caracterizado como um fenómeno complexo e multi-dimensional. Hoeman (2000) complementa, apresentando o desempenho do autocuidado como uma questão pessoal, que tem início com rituais, hábitos e horários apreendidos no seio familiar. Também a Ordem dos Enfermeiros (2014), referenciando a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem, define Autocuidado como atividade praticada pelo próprio que passa por tratar do que é necessário para se manter, manter-se operacional e lidar com as necessidades individuais básicas e íntimas e as atividades de vida diárias. Define ain-

da Potencialidade como um Juízo que implica um estado (presente ou real) e Recuperação como um Foco em que o Status passa por readquirir força, restabelecer a saúde, a condição normal ou o modo de vida. Contudo o potencial de recuperação também não será igual para todos os utentes, pelo que é necessária a avaliação desse mesmo potencial na data de alta clínica. Assim, o papel do Enfermeiro passa por prestar atenção não só à questão física mas também à questão social e psicológica do cliente após o incidente crítico, seja ele um Acidente Vascular Cerebral, Enfarte Agudo do Miocárdio ou outra doença (Burton 2000, O'Connell et al. 2001).

Esta revisão sistemática tem como finalidade explorar de que forma os Enfermeiros são determinantes na recuperação do autocuidado bem como as intervenções que devem ser implementadas de forma a facilitar a convalescença do cliente. Para isso, a Enfermagem tem utilizado, cada vez mais, instrumentos de avaliação do nível de dependência como por exemplo a Escala de Barthel, a escala de Lawton e Brody e a versão portuguesa do instrumento Apraisal os Self-care Agency Scale que permitem ao enfermeiro um trabalho sistemático e metodológico na promoção e na avaliação da autonomia, bem como na avaliação dos ganhos em saúde (Pereira (2007)). Segundo Petronilho, Magalhães, Machado e Vieira (2010) a Escala de Barthel tem tido pouca utilidade clínica no que respeita à clarificação do conceito do autocuidado, este facto observa-se neste tipo de instrumentos de avaliação pois são pouco descritivos, prejudicando a avaliação e a monitorização do nível de consciência (Doran (2003)).

MATERIAL E MÉTODOS

A presente revisão sistemática pretendeu identificar o papel do Enfermeiro na recuperação do autocuidado veiculado pela literatura científica. Para o efeito, foi estabelecida a seguinte questão de partida: Qual o papel do Enfermeiro na recuperação do autocuidado do utente em fase de doença agudizada? Estabelecendo-se como questões secundárias: O que influencia a recuperação do autocuidado do cliente? Quando é que os clientes se apercebem que necessitam de um cuidado dependente?

publicados a partir de 2008, escritos em Português, Inglês e Espanhol e aos quais se tinha acesso a artigo completo, sendo que cada um deles identifica o Enfermeiro como elo crucial na capacidade de recuperação.

Conclusões: O Enfermeiro enquanto conhecedor das alterações fisiológicas resultantes do processo de envelhecimento deve estar preparado para identificar défices de autocuidado decorrentes da vida do individuo, permitindo uma atuação precoce e facilitando o processo de recuperação.

PALAVRAS-CHAVE:

AUTOCUIDADO, ENFERMAGEM,
RECUPERAÇÃO

ABSTRACT

Scientific research and dissemination about the influence of nursing on the transitions of the person associated with self-care dependence and its role in health recovery has been increasing.

Objectives: To identify the role assigned to the nurse in the recovery of self-care.

Method: Systematic review of the literature where we chose an electronic search method for articles on EBSCOHOST with the keywords self care, recovery and nursing role. The articles were analyzed and evaluated by 3 independent readers and there was concordance in the selection of articles.

Results: 13 articles that had been published since 2008, written in Portuguese, English and Spanish were selected, and had access to a complete article, each of which identifies Nurses as a crucial link in their capacity for recovery.

Conclusions: The Nurse, while knowledgeable about the physiological changes resulting from the aging process, must be prepared to identify self-care deficits resulting from the individual's life, allowing an early action and facilitating the recovery process.

KEYWORDS:

SELF CARE, NURSING, RECOVERY

Os critérios de inclusão para a seleção de artigos e formulação da pergunta de partida seguem a metodologia PI[C]OD (população alvo (P), o tipo de intervenção (I), as comparações (C), o resultado - outcome (O), e o tipo de estudo - design (D)), sendo que P (utente em fase de doença agudizada) I (recuperação do autocuidado) e O (papel do Enfermeiro).

Para identificação das palavras-chave de pesquisa foi utilizada a base de indexação DeCS, tendo sido selecionados os seguintes operadores: self care (autocuidado), recovery (recuperação) e nursing role (papel do Enfermeiro).

Através do site da Ordem dos Enfermeiros, a 01 de Maio de 2015, foi acedido à EBSCOHOST e pesquisados todos os artigos relevantes nas bases de dados lá inseridas: CINAHL, Nursing & Allied Health Collection, Cochrane Plus Collection, MedLatina e MEDLINE. Foi utilizada uma pesquisa alargada com o objetivo de aceder a todos os artigos que tivessem as três palavras-chave em simultâneo ficando a frase booleana constituída da seguinte forma: self care AND recovery AND nursing role. Uma primeira pesquisa para o título em que todas as palavras-chave estavam inseridas no título produziu resultados positivos, pelo que, foi alargada a pesquisa ao abstract e, posteriormente, a artigo com texto completo.

Foram ainda estabelecidos como critérios de inclusão:

- Artigos com data de publicação superior a 2008, assumido obter uma pesquisa mais atual sobre o autocuidado;
- Artigos que se encontrassem escritos em Português, Inglês e Espanhol;
- Acesso ao artigo completo.

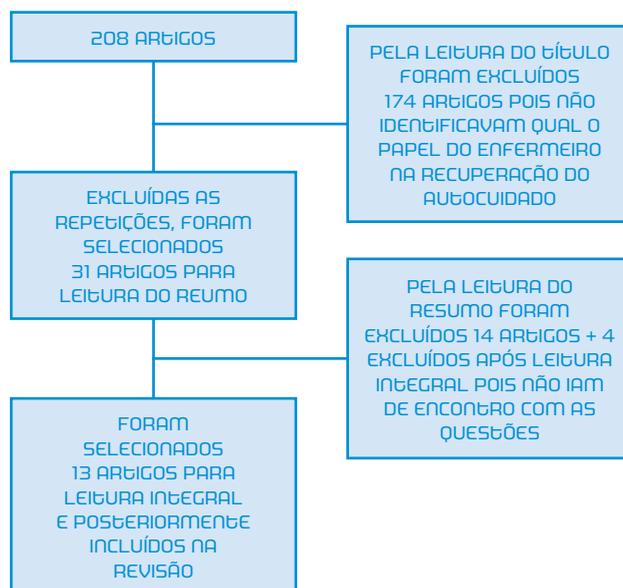
O PROCESSO DE SELEÇÃO

Os artigos foram selecionados pela autora, enfermeira com formação académica e experiência com pacientes com necessidades de autocuidado. Primeiramente foram lidos os títulos e, em seguida, selecionados os resumos e finalmente o artigo completo de forma a identificar se os artigos selecionados preenchiam os critérios de inclusão.

A pesquisa inicial das bases de dados inseridas na EBSCOHOST gerou 208 artigos que foram analisados quanto ao título, 31 foram examinados relativamente ao abstract, sendo selecionados 17 artigos

que foram lidos integralmente para verificação de elegibilidade. Após este processo, 13 artigos foram incluídos na revisão (Figura 1). Os artigos não selecionados para este estudo foram excluídos pois não davam resposta à questão de investigação. Para avaliação dos resultados foi elaborado um

FIGURA 1
Processo de Seleção de artigos



quadro onde foram registadas as seguintes características dos artigos selecionados: nome dos autores e ano, população, intervenção e resultados. O conjunto de dados finais foi analisado de acordo com a relevância do Enfermeiro na facilidade de retomar/ recuperar o autocuidado do cliente.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Com a finalidade de responder à questão principal, Qual o papel do Enfermeiro na recuperação do autocuidado do utente em fase de doença agudizada e a outras questões secundárias, procedeu-se à leitura dos diversos artigos, de forma a identificar e analisar o seu conteúdo, organizando por temas, respeitando sempre os assuntos e o seu significado. Consideraram-se válidos os artigos que responderam aos critérios de inclusão apresentados anteriormente e que não apresentassem omissão de informação relevante para o estudo, tendo sido excluídos artigos que não satisfizessem os mesmos critérios ou que fossem considerados irrelevantes para o estudo. Como resultado obtido na pesquisa bibliográfica, obtiveram-se treze estudos (quadro 1).

AUTORES	POPULAÇÃO (P)	INTERVENÇÃO (I)	RESULTADOS (O)
FOSS E BERNARD (2012)	CLIENTES SUBMETIDOS A CIRURGIA	IDENTIFICAR AS INTERVENÇÕES APLICADAS POR ENFERMAGEM QUE PROMOVEM A RÁPIDA MELHORIA APÓS A CIRURGIA.	ESTE ESTUDO RECONHECE QUE A INFORMAÇÃO PRÉ-OPERATÓRIA, A REDUÇÃO DA RESPOSTA AO STRESS, A REDUÇÃO DA DOR E A PROMOÇÃO DO CONFORTO SÃO PARTES IMPORTANTES DO CUIDADO AO CLIENTE, SENDO QUE OS ENFERMEIROS SÃO A CHAVE DO SUCESSO DO PROGRAMA DE RECUPERAÇÃO MELHORADA.
DOSHI, RAMASON, AZELLARASI, CHAN & NAIDU (2014)	179 PARTICIPANTES COM FRATURA DA ANCA: - GRUPO A> 60 <85 ANOS (N=120) - GRUPO B> 85 (N=59)	DENEGIFICAR SE EXISTE RELAÇÃO ENTRE A ALTERAÇÃO DO ÍNDICE DE BARTHHEL MODIFICADO (MBI) E A IDADE DO CLIENTE.	ESTE ESTUDO DEMONSTRA QUE A IDADE NÃO ALTERA A CAPACIDADE DO AUTOCUIDADO, ATRAVÉS DA ANÁLISE DE DOIS GRUPOS, O A (IDADE MÉDIA DE 77 ANOS) E O B (IDADE MÉDIA 91,8 ANOS). NA AVALIAÇÃO DO MBI, O ESTUDO DEMONSTRA QUE O GRUPO A APRESENTOU DIFERENÇAS SIGNIFICATIVAS NO MBI NO MOMENTO DA ALTA, AOS 6 MESES E AO 1º ANO, JÁ O GRUPO B SÓ MOSTROU UMA DIFERENÇA SIGNIFICATIVA ENTRE A ALTA E OS 6 MESES. CONTUDO AS PONTUAÇÕES DE MBI, AO FINAL DO 1º ANO, ESTÃO PERTO DAS RESPECTIVAS PONTUAÇÕES PRÉ-LESÃO. AS PONTUAÇÕES ANTES DA ALTA HOSPITALAR NÃO FORAM SIGNIFICATIVAMENTE DIFERENTES ENTRE OS DOIS GRUPOS, ISSO SIGNIFICA QUE O POTENCIAL DE RECUPERAÇÃO BASEADO EM PONTUAÇÕES MBI FOI SEMELHANTE NOS DOIS GRUPOS ETÁRIOS. AS PONTUAÇÕES DO MBI AO FIM DE UM ANO FORAM SIGNIFICATIVAMENTE MENORES QUE NO MOMENTO DA PRÉ-FRATURA EM AMBOS OS GRUPOS, ISSO REFLETE QUE EMBORA HAJA UMA SIGNIFICATIVA MELHORIA NO PÓS-OPERATÓRIO, AMBOS OS GRUPOS DA COORTE GERIÁTRICA NÃO REGRESSARAM AO SEU RESPECTIVO ÍNDICE DE BARTHHEL MODIFICADO AO FIM DE 1 ANO.
SU, TSAI, CHEN & CHEN (2010)	85 PACIENTES COM OSTEOARTRITE COM IDADES SUPERIORES A 50 ANOS	COMPREENDER AS NECESSIDADES DE CUIDADOS DE SAÚDE E FATORES RELACIONADOS PARA PACIENTES COM OSTEOARTRITE DO JOELHO DURANTE O PERÍODO DE RECUPERAÇÃO PÓS-OPERATÓRIA.	ESTE ESTUDO DEMONSTRA QUAIS OS MEDOS MAIS SENTIDOS: LIMITAÇÕES NA MOBILIDADE DO JOELHO, DOR E EDEMA E EQUIMOSE. PACIENTES REFEREM QUE O MAIS IMPORTANTE FOI O AUXÍLIO DO PROFISSIONAL NO ALÍVIO DA DOR, NO AUXÍLIO DA REALIZAÇÃO DE EXERCÍCIOS DE RECUPERAÇÃO E ENSINO SOBRE A EVOLUÇÃO CICATRICIAL. APÓS ANÁLISE DOS DADOS O ESTUDO DEMONSTROU QUE A NECESSIDADE DE CUIDADOS NA DATA DA ALTA CLÍNICA ESTAVA RELACIONADO COM A IDADE DO CLIENTE, COM A SITUAÇÃO DE EMPREGO, O NÚMERO DE JOELHOS COM OSTEOARTRITE E O CONTROLO DA DOR. O ESTUDO IDENTIFICA AINDA QUE AS NECESSIDADES DOS USUÁRIOS PASSAM POR NECESSIDADES FISIOLÓGICAS, SOCIAIS E PSICOLÓGICAS.
FECHER-JONES E TAYLOR (2015)	11 PARTICIPANTES APÓS RESSECÇÃO DO CÓLON	EXPLORAR A EXPERIÊNCIA VIVIDA PELOS PACIENTES SUBMETIDOS A RESSECÇÃO DO CÓLON POR VIA LAPAROSCÓPICA, INSERIDOS NUM PROGRAMA DE RECUPERAÇÃO.	ESTE ESTUDO DEMONSTRA QUE QUANDO OS RESULTADOS ESPERADOS NÃO SÃO OS ALCANÇADOS A EXPERIÊNCIA FICA RELACIONADA COM LUTA FÍSICA E PSICOLÓGICA PARA VOLTAR A GANHAR CONTROLO DA SAÚDE E DO SEU BEM-ESTAR. DESDE ESTUDO ADVIERAM 4 TEMAS: EXPECTATIVAS (CLIENTES ESPERAVAM RECUPERAR AS SUAS FUNÇÕES RAPIDAMENTE E TEREM MENOS DOR PELO FACTO DAS CIRURGIAS SEREM POR VIA LAPAROSCÓPICA), CONTROLO (SENSAÇÃO DE CONTROLO QUANDO CONSEGUIAM Atingir OS SEUS OBJETIVOS E MANTER A SUA INDEPENDÊNCIA APESAR DA DOR, FADIGA E NÁUSEAS), NECESSIDADE DE CONFORTO (TODOS OS CLIENTES REFERIAM SER IMPORTANTE O APOIO MÉDICO E DE ENFERMAGEM, CONTUDO 9 DOS 11 REFEREM QUE ESTE APOIO DIMINUÍA CONFORME ADQUIRIAM INDEPENDÊNCIA) E RECUPERAÇÃO DO BEM-ESTAR (ALGUNS SINTOMAS VIVENCIADOS EM DOMICÍLIO CAUSARAM ANSIEDADE, SENDO QUE ESTES REFERIAM QUE SE ESTIVESSEM HOSPITALIZADOS PODERIAM ESCLARECER AS SUAS DÚVIDAS).
BERNARD E FOSS (2014A)	4 PARTICIPANTES SUBMETIDOS A CIRURGIAS	EXPLORAR AS EXPERIÊNCIAS DE PACIENTES QUE RECEBEM CUIDADOS COMO PARTE DE UM PROGRAMA DE RECUPERAÇÃO MELHORADA.	ESTE ESTUDO DEMONSTRA A ABORDAGEM DE 4 TEMAS IMPORTANTES, UM DELES É A QUANTIDADE DE INFORMAÇÃO QUE SE DÁ AO CLIENTE NO PRÉ E NO PÓS-OPERATÓRIO; EXPERIÊNCIAS DE INTERNAAMENTO (OS CLIENTES REFEREM PREFERIR A EXISTÊNCIA DE LISTAS QUE DIGAM COMO SE DEVE OU NÃO AGIR E QUAIS OS OBJETIVOS A Atingir CADA DIA, DESTA FORMA SENTIAM-SE PARTE INTEGRANTE DO TRATAMENTO); EXPERIÊNCIAS DE RECUPERAÇÃO EM DOMICÍLIO (OS CLIENTES REFEREM SER IMPORTANTE E BENÉFICO UM RÁPIDO RETORNO AO DOMICÍLIO) E EXPERIÊNCIAS PSICOLÓGICAS E EMOCIONAIS (PODE-SE JUSTIFICAR OS ELEVADOS NÍVEIS DE ANSIEDADE E ISOLAMENTO DURANTE O PERÍODO DE CONVALESCENÇA PELO FACTO DE SE RESPONSABILIZAR OS CLIENTES PELA SUA PRÓPRIA RECUPERAÇÃO) ESTE ESTUDO DEMONSTRA AINDA QUE OS PACIENTES ENFRENTAM DESAFIOS DURANTE O PROGRAMA DE RECUPERAÇÃO, PRINCIPALMENTE NO QUE RESPEITA À CONVALESCENÇA EM DOMICÍLIO.

BERG, ARES TED & KJELLGREN, (2013)	31 PARTICIPANTES ENTRE O 14º-30º DIA PÓS-OPERATÓRIO	EXPLORAR DIFERENTES PERCEÇÕES DA RECUPERAÇÃO DO PÓS-OPERATÓRIO EM PACIENTES DE CIRURGIA AMBULATÓRIA.	DESSE ESTUDO EMERGIRAM TRÊS CATEGORIAS: CONDIÇÕES PARA RECUPERAÇÃO EM CASA, VOLTAR À VIDA NORMAL E SER PARTE DE UM FLUXO DE CUIDADO. DAQUI PODE-SE IDENTIFICAR QUE OS CLIENTES PREFEREM INFORMAÇÕES PRÉ E PÓS OPERATÓRIAS BEM DETALHADAS QUE INFORMEM ACERCA DA DOR, CUIDADOS À FERIDA, HIGIENE PESSOAL, NÍVEL DE EXERCÍCIO E REGRESSO AO TRABALHO. PARA EVITAR DIFICULDADE COM O AUTOCUIDADO QUANDO FOREM PARA DOMICILIO, ESTE ESTUDO TAMBÉM DEFINE QUE SE DEVE COMEÇAR DESDE CEDO A FAZER ENSINOS ACERCA DAS ATIVIDADES DO AUTOCUIDADO, DEMONSTRANDO SOLUÇÕES INDIVIDUALIZADAS E PRÁTICAS.
BOYD ET AL. (2008)	2279 PACIENTES ANALISADOS (1.480 TIVERAM ALTA CLÍNICA COM FUNÇÃO MELHOR SIMILAR A 2 SEMANAS ANTES DA ADMISSÃO, ENQUANTO 799 TIVERAM ALTA CLÍNICA COM PIOR FUNÇÃO DO QUE 2 SEMANAS ANTES DA ADMISSÃO).	COMPARAR OS RESULTADOS FUNCIONAIS NO ANO APÓS A ALTA CLÍNICA DE UMA DOENÇA MÉDICA AGUDA COM NOVO DÉFICE DO AUTOCUIDADO	ESTE ESTUDO DEMONSTRA QUE O DECLÍNIO NO AUTOCUIDADO ESTÁ ASSOCIADO À HOSPITALIZAÇÃO POR DOENÇA. OS RESULTADOS DO PRESENTE ESTUDO TÊM IMPLICAÇÕES IMPORTANTES PARA MÉDICOS E PRESTADORES, PORQUE SUGEREM QUE ADULTOS MAIS VELHOS HOSPITALIZADOS PODEM TER NECESSIDADE DE MAIOR CUIDADO DO QUE ANTES DA SUA HOSPITALIZAÇÃO. NOVAS DEFICIÊNCIAS NO AUTOCUIDADO OBSERVADAS NA DATA DA ALTA HOSPITALAR TÊM IMPLICAÇÕES IMPORTANTES PARA DEFINIR SE TÊM CAPACIDADE DE VIVER EM SUA CASA SOZINHOS OU SE TÊM NECESSIDADES DE SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA DOMICILIAR. DOS CLIENTES QUE TÊM ALTA COM NOVOS DÉFICES DO AUTOCUIDADO ESPERAM-SE RESULTADOS FUNCIONAIS MAIS BAIXOS E DEVEM SER CONSIDERADOS PARA UM PROGRAMA DE RECUPERAÇÃO DO AUTOCUIDADO MAIS INTENSIVO QUE DEFINA OBJETIVOS DE CUIDADOS GLOBAIS.
KORPER-SHOEK, BIJL, E HAFSTEINSDÓTTIR. (2011))	17 ARTIGOS	IDENTIFICAR A INFLUÊNCIA DA AUTOEFICÁCIA E QUAIS AS INTERVENÇÕES NECESSÁRIAS NO QUE RESPEITA À MOBILIDADE, ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIA, BEM-ESTAR, DEPRESSÃO E QUALIDADE DE VIDA DE PACIENTES COM AVC.	OS RESULTADOS DESSE ESTUDO FORAM DIVIDIDOS EM DOIS GRUPOS: AUTOEFICÁCIA ASSOCIADA A RESULTADOS CLÍNICOS E OS EFEITOS DE INTERVENÇÕES SOBRE A AUTOEFICÁCIA. NESTE ESTUDO FOI POSSÍVEL FAZER-SE UMA ASSOCIAÇÃO POSITIVA ENTRE A AUTOEFICÁCIA E A MOBILIDADE, BEM COM O USO DE ESTRATÉGIAS DE COPING E REFORÇO POSITIVO. TAREFAS ORIENTADAS, GRUPOS DE CAMINHADA E SESSÕES DE ENSINO PARA A SAÚDE TÊM GRANDE EFEITO NO QUE RESPEITA À OBTENÇÃO DE MELHORES RESULTADOS. PACIENTES COM BAIXA AUTOEFICÁCIA TÊM MAIOR PREDISPOSIÇÃO PARA A DEPRESSÃO. OS ENFERMEIROS DEVEM COMEÇAR A DISTRIBUIR TAREFAS PEQUENAS E IR AUMENTANDO A COMPLEXIDADE DAS TAREFAS DE ACORDO COM AS RESPOSTAS DOS USUÁRIOS, PARA QUE ESTES CONSIGAM MANTER AS SUAS ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIA ATRAVÉS DO SEU PRÓPRIO AUTOCUIDADO.
SOUZA ET AL. (2010)	11 MULHERES E 1 HOMEM COM OSTEOPOROSE	IDENTIFICAR A PERCEÇÃO DA DOENÇA SEM SINTOMATOLOGIA E ATUAÇÃO DOS CLIENTES	ESTE ESTUDO REVELA QUE OS CLIENTES SÓ COMEÇAM A PERCEBER QUE TÊM A DOENÇA QUANDO EXISTEM SINTOMAS DA DOENÇA. DAQUI ELABORARAM 2 TEMAS: FENÓMENO A - IDENTIFICAR-SE COMO SAUDÁVEL QUANDO NÃO EXPERIMENTAM SINTOMAS DA DOENÇA E SENTIREM-SE DESENCORAJADOS POR SE APERCEBEREM QUE ESTÃO AFETADOS PELA DOENÇA. FENÓMENO B - TOMADA DE DECISÃO SOBRE O TRATAMENTO PARA ATINGIR O BEM-ESTAR. É IMPORTANTE IDENTIFICAR A IMPORTÂNCIA QUE A PESSOA DÁ À DOENÇA PARA PODER ATUAR SOBRE O SEU TRATAMENTO E PROMOÇÃO DO BEM-ESTAR, É IMPORTANTE DAR OPORTUNIDADE AO INDIVÍDUO PARA FALAR DA SUA SITUAÇÃO COM OS PROFISSIONAIS, RECONHECENDO SITUAÇÕES SEMELHANTES. É IMPORTANTE OS PROFISSIONAIS IDENTIFICAREM AÇÕES TERAPÊUTICAS EM GRUPO, TENTAREM COLOCAR A PESSOA NO PAPEL DE CLIENTE COM OSTEOPOROSE E FAZER ENTENDER QUE O PROCESSO DE ADAPTAÇÃO AO TRATAMENTO VAI ALÉM DE MEDIDAS MEDICAMENTOSAS.

BERNARD E FOSS (2014B)	4 PARTICIPANTES SUBMETIDOS A CIRURGIAS	IDENTIFICAR O IMPACTO DO PROGRAMA DE RECUPERAÇÃO CIRÚRGICA NA ENFERMAGEM COMUNITÁRIA	ESTE ESTUDO DEMONSTRA QUE APESAR DA VONTADE DE CADA UENHE REGRESSAR O MAIS RÁPIDO POSSÍVEL AO DOMICÍLIO, POR VEZES HÁ RECEIO DE RESTABELECE-SE EM CASA POIS TORNA-OS PARTE INTEGRANTE E RESPONSÁVEL PELA MELHORIA DO SEU ESTADO. CONTUDO NEM TODOS OS CLIENTES RESPONDEM DA MESMA FORMA E OS PROFISSIONAIS TÊM DE FAZER UMA AVALIAÇÃO E ACOMPANHAMENTO DIFERENTES. PARA ISSO O DESENVOLVIMENTO DE TELEFONEMAS DE FOLLOW-UP FORAM BEM RECEBIDOS POIS OS CLIENTES PODERIAM DESENVOLVER A SUA CONFIANÇA, ESTABELECE-SE COMUNICAÇÃO RECONFORTANTE E DESPENDER TEMPO COM OS CLIENTES QUE TIVERAM ALTA CLÍNICA. ESTES CONTACTOS TELEFÓNICOS ENFERMEIRO-CLIENTE OU CLIENTE-ENFERMEIRO SERVEM PARA ESCLARECIMENTO DE DÚVIDAS. ESTA COMUNICAÇÃO TROUJE BENEFÍCIOS AOS CLIENTES, DIMINUINDO A ANSIEDADE, MAS TAMBÉM AOS PROFISSIONAIS QUE ESTAVAM MAIS CONFIANTES NO QUE RESPEITA AOS ENSINOS A REALIZAR QUANDO DAVAM ALTA PARA DOMICÍLIO A ALGUM CLIENTE.
MENEZES E LOPES (2012)	16 IDOSOS RESIDENTES EM CENTRO DE CONVALESCENÇA	COMPREENDER A IMPORTÂNCIA DO CUIDADO NO IDOSO.	ESTE ESTUDO DEMONSTRA QUE OS IDOSOS ENTRE 80 E 90 ANOS TÊM CUIDADO CONSIGO PRÓPRIOS DENTRO DAS SUAS POSSIBILIDADES, NÃO SÓ COM A SUA APARÊNCIA, MAS TAMBÉM MUDANDO HÁBITOS OU ADOPTANDO NOVOS PADRÕES DE COMPORTAMENTO, MELHORANDO ASSIM A QUALIDADE DE VIDA. A PRÁTICA DA ATIVIDADE FÍSICA É UM ASPECTO BASTANTE OBSERVADO NO CUIDADO DO IDOSO PELA NECESSIDADE DE SE MANTER EM FORMA. NO QUE REFERE À UNIDADE DE CONVALESCENÇA, OS IDOSOS COMPREENDEM QUE HÁ SITUAÇÕES EM QUE NECESSITAM DE AUXÍLIO PARA SE CUIDAREM DEVIDO ÀS SUAS LIMITAÇÕES. ESTE ESTUDO DEMONSTRA AINDA QUE NÃO É A IDADE QUE FAZ O CLIENTE, MAS SIM AS MODIFICAÇÕES DO INDIVÍDUO QUE PODEM SER ADAPTÁVEIS A UMA VIDA SAUDÁVEL, ASSIM OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE TÊM DE TOMAR CONSCIÊNCIA DOS FATORES DETERMINANTES DESSE PROCESSO, COMPREENDENDO A SUA COMPLEXIDADE E ATUANDO EM PROL DA PROMOÇÃO DA SAÚDE DOS IDOSOS E MANUTENÇÃO DA CAPACIDADE FUNCIONAL.
SANTANA, AMARAL, PEREIRA, DELPHINO E CASSIANO (2014)	72 PARTICIPANTES ACOMPANHADOS APÓS O 5º DIA PÓS-OPERATÓRIO	COMPARAÇÃO DA NECESSIDADE DO AUTOCUIDADO ENQUANTO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM NA RECUPERAÇÃO CIRÚRGICA EM ADULTOS E IDOSOS	ESTE ESTUDO DEFINE QUE AS ALTERAÇÕES FISIOLÓGICAS RESULTANTES DO PROCESSO DE ENVELHECIMENTO PODEM INFLUENCIAR A RECUPERAÇÃO CIRÚRGICA DE PACIENTES IDOSOS, CAUSANDO COMPLICAÇÕES PÓS-OPERATÓRIAS RELACIONADAS COM A DESIDRATAÇÃO, A NUTRIÇÃO INADEQUADA, STRESS E CO MORBILIDADES ASSOCIADAS À FASE DE VIDA. PARA ALÉM DISSO OS IDOSOS TÊM UMA MENOR CAPACIDADE FUNCIONAL QUE PIORA APÓS A CIRURGIA. A DIFICULDADE DOS IDOSOS PRESTAREM OS SEUS AUTOCUIDADOS APÓS A CIRURGIA TÊM DE SER CONSIDERADOS, POIS TEM IMPACTO NA SUA ROTINA DIÁRIA, BEM COMO NA VIDA DO FAMILIAR OU CUIDADOR.
ROSÉN, BERGH, SCHWARTZ-BARCOBT E MÅRTESSON (2014)	2 PARTICIPANTES NO PÓS-OPERATÓRIO	COMPARAR A CAPACIDADE DE GESTÃO DOS SINTOMAS NAS CIRURGIAS DE AMBULATÓRIO.	ESTE ESTUDO REVELA QUE OS PACIENTES PODEM PRECISAR DE ACESSO CONTÍNUO A UMA ENFERMEIRA, NÃO APENAS NA FORMA DE CHAMADAS DE FOLLOW-UP EM DETERMINADAS ALTURAS, OU DO NÚMERO DE TELEFONE DO CIRURGIÃO QUANDO TAL CONTACTO É APENAS DE NATUREZA ROTINEIRA. QUANDO HÁ SINTOMAS QUE O ENFERMEIRO IDENTIFICA É IMPORTANTE A ATRIBUIÇÃO DE ESTRATÉGIAS MAIS EFICAZES PARA LIDAR COM ELAS, TORNANDO UMA RECUPERAÇÃO MAIS PRECOCE NA SATISFAÇÃO DAS ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIA. A EXISTÊNCIA DE SINTOMAS PERSISTENTES PODEM CONDUZIR À NECESSIDADE DE UMA VISITA DOMICILIÁRIA DE ENFERMAGEM POR FORMA A DIMINUIR A ANSIEDADE OU FAZER ENCAMINHAMENTO PARA OUTRO PROFISSIONAL.

A Enfermagem pertence à família dos serviços de saúde que estão organizados para providenciar cuidados diretos a pessoas com diferentes necessidades devido ao seu estado de saúde ou natureza da sua patologia, para isso há aspetos sociais e inter-

personais que caracterizam a relação de ajuda entre os que precisam e os que providenciam cuidados (Allgood (2014)). Há vários estudos que evidenciam a importância da adequação dos cuidados aos utentes de acordo com o processo de transição saú-

de-doença pelo qual se encontram a passar. Santana, Amaral, Pereira, Delphino e Cassiano (2014) vão de encontro com esta afirmação pois identificam no seu estudo que as alterações fisiológicas resultantes do processo de envelhecimento podem influenciar a recuperação cirúrgica dos pacientes idosos, causando complicações pós-operatórias relacionadas com desidratação, nutrição inadequada, stress e co morbilidades associadas à fase de vida. Boyd et al. (2008) complementam ainda, no seu estudo, que o declínio do autocuidado está associado à hospitalização devido ao processo de transição saúde-doença e que a hospitalização tem maior implicação nos adultos mais velhos devido à existência de uma maior necessidade de cuidado do que antes do internamento.

Já Doshi, Ramason, Azellarasi, Chan e Naidu (2014) contrariam a posição dos autores acima citados, pois o seu estudo teve como objetivo identificar se a recuperação do autocuidado dependia da idade do cliente e reconheceu que ambos os grupos do seu estudo estavam, ao fim de um ano, perto de atingir as pontuações na Escala de Barthel Modificada que apresentavam no momento antes da lesão, não havendo, assim, diferença significativa entre os dois grupos, contudo admitiu também que os idosos mais novos apresentaram uma evolução mais rápida do que os idosos mais velhos.

Boyd et al. (2008), no seu estudo, observaram que a existência de novos défices do autocuidado na data da alta hospitalar, tem implicações na capacidade dos clientes viverem sozinhos em sua casa e concretizar as suas necessidades, podendo carecer de serviços de assistência domiciliar. Também Santana, Amaral, Pereira, Delphino e Cassiano (2014) determinam que a dificuldade dos idosos prestarem os seus autocuidados após a hospitalização tem de ser considerada, pois o impacto na sua rotina diária, bem como na vida do familiar ou cuidador, está relacionado com a maior ou menor capacidade funcional. Assim, Menezes e Lopes (2012) referem que os idosos compreendem que há situações em que necessitam de auxílio para se cuidarem devido às limitações ou situação da doença e que não veem problemas em ir para uma unidade de convalescência. Esta situação deve-se, talvez, ao facto de o cliente idoso dar a mesma importância ao cuidado de si e

do outro, mantendo os devidos cuidados com a sua aparência, alternância dos hábitos de vida e adoção de novos padrões de comportamento, melhorando assim a qualidade de vida (Menezes e Lopes, 2012). Boyd et al. (2008) identificaram que os clientes que desenvolvem novos défices do autocuidado têm resultados funcionais mais baixos e devem ser propostos para uma rede de recuperação do autocuidado mais intensiva que defina os objetivos de cuidados globais. Para isso, é importante que os profissionais de saúde tenham consciência dos fatores determinantes no processo de transição saúde-doença e compreendam a sua complexidade e magnitude, de forma a atuar em prol da promoção da saúde dos idosos e manutenção da sua capacidade funcional (Menezes e Lopes, 2012).

Souza et al. (2010) referem ainda que é importante que os profissionais sejam capazes de promover ações terapêuticas em grupo, para que os “novos clientes” adquiram estratégias de coping para além das medicamentosas. Korpershoek, Bijl, e Hafsteinsdóttir (2011) reforçam esta ideia, referindo que os Enfermeiros devem atribuir, primeiramente, tarefas pequenas e ir aumentando a sua complexidade de acordo com as respostas dos utentes, para que estes recuperem o seu autocuidado o mais precocemente possível.

Programas de recuperação melhorada de cirurgias ou até de cirurgias em contexto ambulatório foram alvo de vários estudos de forma a identificar que a chave do sucesso destes programas passa pela informação dada no pré-operatório, pela redução da resposta ao stress, pela redução da dor e pela promoção do conforto (Foss & Bernard (2012)). Também Su, Tsai, Chen & Chen (2010) referem que para os clientes o mais importante para a recuperação do autocuidado passa pelo auxílio do profissional no alívio da dor, no apoio para a realização de exercícios de recuperação e no ensino sobre a evolução cicatricial, demonstrando ainda que a necessidade de cuidados na data de alta clínica estava relacionado com a idade do cliente, com a situação de emprego, com co morbilidades associadas e com o controlo da dor. Para facilitar o retorno ao domicílio Berg, Arested e Kjellgren (2013) definem que, para além das informações supra citadas, se deve também realizar ensinamentos precoces acerca das ati-

vidades do autocuidado, demonstrando soluções individualizadas e práticas para cada cliente.

Bernard e Foss (2014b) identificam, no seu estudo, que apesar da vontade que o utente tem de regressar o mais rápido possível ao seu domicílio, por vezes há o receio de se restabelecer em casa, pois torna-os parte integrante e responsável pela melhoria do seu estado e, como nem todos os clientes respondem da mesma forma, os profissionais têm de fazer uma avaliação e acompanhamento diferentes. Assim, para cada cliente, é importante que o Enfermeiro consiga ter algum domínio nas expectativas do cliente, para que este se sinta em controlo da situação e da recuperação do bem-estar (Fecher-Jones & Taylor (2015)).

IMPLICAÇÕES PRÁTICAS PARA A ENFERMAGEM

Os resultados desta revisão sistemática fornecem evidência da atuação do Enfermeiro na recuperação do autocuidado de clientes em processo de transição saúde-doença devendo atuar no início do internamento efetuando ensino pré-operatório, mantendo uma comunicação efetiva, promovendo o alívio de sintomatologia e mantendo consultas de follow-up para esclarecimentos de possíveis dúvidas.

A comunicação entre clientes e Enfermeiros traz sempre benefícios aos clientes pois diminuem a ansiedade pela obtenção de novas informações, expondo experiências físicas, psicológicas e emocionais de recuperação em domicílio, mas também aos profissionais que se tornam mais confiantes no que respeita aos ensinamentos a realizar ao cliente (Bernard & Foss (2014a)). Nestes estudos, foi identificado que a realização de telefonemas de follow-up

ao cliente poderia aumentar o nível de confiança e estabelecer uma comunicação reconfortante. Rosén, Bergh, Schwartz-Barcott e Mårtensson (2014) expõem situações em que os clientes necessitam de maior apoio, em que os telefonemas não são suficientes e a implementação de uma visita domiciliária de Enfermagem pode diminuir as dúvidas dos clientes e providenciar estratégias mais eficazes para lidar com elas.

CONCLUSÃO

Os achados encontrados nos estudos respondem às questões formuladas inicialmente, todavia, é de notar algumas lacunas, no que respeita às intervenções dos Enfermeiros para a recuperação do autocuidado.

Apesar destas lacunas, e perante as questões formuladas inicialmente, verifica-se que o Enfermeiro é parte essencial na recuperação do autocuidado do cliente em processo de transição saúde-doença. Para isso, o Enfermeiro tem de ser capaz de identificar as alterações fisiológicas resultantes do processo de envelhecimento e défices de autocuidado já existentes consoante os antecedentes pessoais do indivíduo, de forma a estabelecer objetivos reais e evitando desconforto, desânimo, ansiedade e desistência do desenvolvimento do seu autocuidado.

É de notar que a maioria dos estudos consultados dizem respeito a situações pós-operatórias recentes, estando em falta estudos de situações com clientes com doença médica em fase agudizada. Aponta-se, assim, para a importância da realização e divulgação de estudos na área da recuperação do autocuidado, em hospitais Portugueses, de forma a sensibilizar os Enfermeiros e outros profissionais para esta realidade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Berg, K., Arested, K. & Kjellgren, K. (2013). Postoperative recovery from the perspective of day surgery patients: A phenomenographic study. *International Journal of Nursing Studies*, 50, 1630-1638. Acedido maio, 01, 2015, em: <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=19468258=5-54e474-e-a47f58-c23596063e40%sessionmg4001r&vid-10&hid=4109>
- Bernard, H. & Foss, M. (2014a). Patient experiences of enhanced recovery after surgery (ERAS). *British Journal of Nursing*, 23 (2), 100-106. Acedido maio, 01, 2015, em: <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=19468258=5-54e474-e-a47f58-c23596063e40%sessionmg4001r&vid-9&hid=4204>
- Bernard, H. & Foss, M. (2014b). The impact of the enhanced recovery after surgery (ERAS) programme on community nursing. *British Journal of Community Nursing*, 19 (4), 184-188. Acedido maio, 01, 2015, em: <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=19468258=5-54e474-e-a47f58-c23596063e40%sessionmg4001r&vid-13&hid=4109>
- Boyd, C. [et al.]. (2008). Recovery of Activities of Daily Living in Older Adults After Hospitalization for Acute Medical Illness. *Journal compilation*. The American Geriatrics Society, 56, 2171-2179. Acedido maio, 01, 2015, em: <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=19468258=5-54e474-e-a47f58-c23596063e40%sessionmg4001r&vid-17&hid=4109>
- Burton, C.R. (2000). A description of the nursing role in stroke rehabilitation. *Journal of Advanced Nursing*, 32, 174-181. Acedido abril, 24, 2015, em: <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=19468258=5-54e474-e-a47f58-c23596063e40%sessionmg4001r&vid-20&hid=4109>
- Doran, D. (2003). *Functional Status. Nursing-Sensitive Outcomes: state of the science*. Canada: Jones and Barlett Publishers 8 Alligood, M.R. (2014). *Nursing Theorist and their work*. (8ª Edição). Missouri: Elsevier Mosby. ISBN 978-0-323-09194-7. 9
- Doshi, H., Ramason, R., Azellarasi, J., Chan, W. & Naidu, G. (2014). Functional improvement of self care in the elderly after hip fracture: is age a factor? *Arch Orthop Trauma Surg*, 134, 489 - 493. DOI 10.1007/s00402-014-1924-9. Acedido maio, 01, 2015, em: <https://www.deepdyve.com/lp/springer-journals/functional-improvement-of-self-care-in-the-elderly-after-hip-fracture-GdLkTPf7k>
- Fecher-Jones, I. & Taylor, C. (2015). Lived experience, enhanced recovery and laparoscopic colonic resection. *British Journal of Nursing*, 24(4) 223-228. Acedido maio, 01, 2015, em: <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=19468258=5-54e474-e-a47f58-c23596063e40%sessionmg4001r&vid-37&hid=4109>
- Foss, M. & Bernard, H. (2012). Enhanced recovery after surgery: implications for nurses. *British Journal of Nursing*, 21 (4), 221-223. Acedido maio, 01, 2015, em: <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=19468258=5-54e474-e-a47f58-c23596063e40%sessionmg4001r&vid-40&hid=4109>
- Hoeman, S. (2000). *Enfermagem de Reabilitação - Aplicação e processo*. (2ª Edição). Loures: Lusociência. ISBN 972-8383-13-4.
- Korpershoek, C., Bijl, J. & Hafsteinsdóttir, T. (2011). Self-efficacy and its influence on recovery of patients with stroke: a systematic review. Blackwell Publishing Ltd, *Journal of Clinical Nursing*, 67 (9), 1876-1894. Acedido maio, 01, 2015, em: <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=19468258=5-54e474-e-a47f58-c23596063e40%sessionmg4001r&vid-46&hid=4109>
- Menezes, T. & Lopes, R. (2012). Significado do cuidado no idoso de 80 anos ou mais. *Revista Electronica de Enfermagem*, 14 (2), 240-247. Acedido maio, 01, 2015, em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v14/n2/v14n2a03.htm>
- O'Connell B. [et al.]. (2001). Recovery after stroke: a qualitative perspective. *Journal of Qualitative Clinical Practice*, 21, 120 - 125. Doi:10.1046/j.1440-1762.2001.00426.x
- Ordem dos Enfermeiros. (2014). *CIPE® Versão 2001 - Classificação Internacional Para a Prática de Enfermagem*. Conselho Internacional de Enfermeiros. ISBN 978-92-95099-18-0.
- Pereira, F. (2007). *Informação e qualidade do exercício profissional dos enfermeiros: Estudo empírico sobre um resumo mínimo de dados de Enfermagem*. Porto: Dissertação de candidatura ao grau de Doutor em Ciências de Enfermagem- Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar.
- Petronilho, F. (2009). *Produção de indicadores de qualidade: A enfermagem que queremos evidenciar*. Sinais Vitais. Janeiro 2009, 52,35-43.
- Petronilho, F. (2012). *Autocuidado: Conceito Central da Enfermagem*. Coimbra: Formasau - Formação Saúde, Lda. ISBN 978-989-8269-17-1.
- Petronilho, F. A., Magalhães, M. M., Machado, M. M. & Vieira, M.N. (2010). Caracterização do doente após evento crítico - impacto da (in) capacidade funcional no grau de dependência do autocuidado. *Sinais Vitais: Enfermagem em revista*, 82. Coimbra: Formasau- Formação e saúde limitada. ISSN: 0872-8844.
- Rosén, H.I., Bergh, I.H., Schwartz-Barcott, D. & Mårtensson, L.B. (2014). *The Recovery Process After Day Surgery Within the Symptom Management Theory*. Wiley Periodicals, Inc. *Nursing Forum*, 49 (2), 100-109. Acedido maio, 01, 2015, em: <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=19468258=5-54e474-e-a47f58-c23596063e40%sessionmg4001r&vid-54&hid=4109>
- Santana, R. F., Amaral, D. M., Pereira, S.K., Delphino, T.M. & Cassiano, T.M. (2014). The occurrence of the delayed surgical recovery nursing diagnosis among adults and the elderly. *Acta Paulista Enfermagem*, 27 (1), 35-39. Acedido maio, 01, 2015, em: <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=19468258=5-54e474-e-a47f58-c23596063e40%sessionmg4001r&vid-57&hid=4109>
- Souza, L. [et al.]. (2010). Self-Managing Osteoporosis Treatment for Well-Being Recovery Mediated by the (in) visibility of the Disease Signs. *Revista Latino-Americana. Enfermagem*, 18 (3), 398-405. Acedido maio, 01, 2015, em: <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=19468258=5-54e474-e-a47f58-c23596063e40%sessionmg4001r&vid-60&hid=4109>
- Su, H., Tsai, Y., Chen, W. & Chen, M. (2010). Health care needs of patients during early recovery after total knee-replacement surgery. Blackwell Publishing Ltd, *Journal of Clinical Nursing*, 19, 673-681. DOI: 10.1111/j.1365-2702.2009.03107.x. Acedido maio, 01, 2015, em: <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=19468258=5-54e474-e-a47f58-c23596063e40%sessionmg4001r&vid-43&hid=4109>

CUIDADOS CONTINUADOS: ESTUDO DE CASO DE UMA UNIDADE DE CONVALESCENÇA

CONTINUING CARE: CASE STUDY OF A UNIT CONVALESCENT

INVESTIGADORAS, PH.D. UNIVERSIDADE CATÓLICA
PORTUGUESA, INSTITUTO DE BIOÉTICA, RUA DIAGO
BOTELHO, 1327, 4169-005 PORTO
E-MAIL: ameliarego52@gmail.com

Amélia Rego
Emília Sarmento

RESUMO

Os cuidados continuados têm como componentes essenciais a articulação entre os diferentes tipos de serviços, a continuidade de cuidados, a atuação multi-disciplinar e a prioridade na manutenção da pessoa o mais possível no seu domicílio. É neste âmbito que nos propomos, através do exemplo da Unidade de Convalescença da Misericórdia da Póvoa de Lanhoso, Instituição Particular de Solidariedade Social (IPSS), apresentar uma Instituição com um funcionamento e organização que satisfazem, em nosso entender, a filosofia proposta para as unidades de cuidados continuados.

Como instrumento de recolha de dados, usámos a entrevista semi-estruturada, cujo conteúdo foi analisado na perspectiva de Bardin. Esta foi dirigida a quatro informantes da Unidade em estudo, provenientes das áreas da gestão, prática clínica e não clínica, tendo sido realizadas

INTRODUÇÃO

A filosofia do sistema de cuidados progressivos condiciona a organização da prestação de cuidados que deve ser baseada nas necessidades dos utilizadores. Assim, a pessoa será cuidada no local mais apropriado ao seu estado de saúde: cuidados de saúde primários, intensivos, intermediários continuados ou paliativos.

Os cuidados de saúde são actos praticados por profissionais de saúde com vista à manutenção e promoção de um estado saudável, à prevenção, avaliação e tratamento da doença.

O Decreto-Lei nº 101/2006, de 6 de Junho, define como meta a instauração de políticas de saúde integradas no plano nacional de saúde e de políticas de segurança social que permitam: (I) desenvolver acções mais próximas das pessoas em situação de dependência, (II) investir no desenvolvimento de cuidados de longa duração, promovendo a distribuição equitativa das respostas a nível territorial, (III) qualificar e humanizar a prestação de cuidados, (IV) potenciar os recursos locais, criando serviços comunitários de proximidade, ajustar ou criar respostas adequadas à diversidade que caracteriza o envelhecimento individual e as alterações de funcionalidade.

A Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) surgiu em 2006, com enquadramento legal específico. Pela sua importância, funciona apoiada numa Unidade de Missão (OPSS, 2010,p.52) Trata-se de uma parceria entre o Ministério da Saúde e o Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social, que tem por objectivo principal a recuperação da autonomia para as actividades de vida diária da população dependente, promovendo a funcionalidade, prevenindo, reduzindo e adiando as incapacidades, o que contribui para a melhoria da sua qualidade de vida. Os cuidados continuados integrados são, deste modo, definidos como sendo “o conjunto de

intervenções sequenciais de saúde e/ou de apoio social decorrente de avaliação conjunta, centrado na recuperação global, entendida como processo terapêutico, e de apoio social, activo e contínuo que visa promover a autonomia, melhorando a funcionalidade da pessoa em situação de dependência através da sua reabilitação e readaptação e da sua reinserção familiar e social” (Decreto-lei Nº 101/2006).

Na perspectiva dos cuidados, a alta é um período de fragilidade do doente. Uma boa preparação para este momento contribui para melhorar a qualidade dos cuidados prestados na comunidade. Pelo contrário, uma ineficiente preparação induz importantes custos, nomeadamente em termos de readmissão prematura do doente ou um aumento da demora média no internamento. Com a implementação da RNCCI espera-se menos readmissões e um tempo médio de internamento menor, os quais irão resultar em ganhos económicos. No entanto, ainda “não existem dados disponíveis que permitam perceber quais os ganhos que os outros dois níveis de cuidados do SNS tiveram com a implementação deste nível intermédio” (OPSS, 2010). Assim, é importante sensibilizar os profissionais para que os doentes que têm alta e não são encaminhados para a Rede, devendo sê-lo, não vão ter continuidade de cuidados que é um direito consignado na Carta dos Direitos e Deveres dos Doentes e reforçado na Carta dos Direitos dos Doentes Internados, que é o Direito à continuidade de Cuidados. A RNCCI integra diferentes Unidades, além de Unidades de Convalescença. As Unidades de média duração e reabilitação “têm por finalidade a estabilização clínica, a avaliação e a reabilitação integral da pessoa que se encontra numa situação clínica decorrente de recuperação de um processo agudo ou descompensação de processo patológico crónico, a pessoa com perda transitória de autonomia potencialmente recuperável” (Decreto-lei 101/2006). Destinam-se a internamentos com um período superior a 30 dias e inferior a 90 dias consecutivos, por cada admissão; As Unidades de longa duração e manutenção “têm como finalidade proporcionar cuidados que previnam e restaurem o agravamento da situação de dependência

em Abril de 2010. Além da entrevista, utilizámos como fontes de informação a pesquisa bibliográfica, a legislação portuguesa pertinente e a observação no campo, realizada em três momentos diferentes.

No entanto, o estudo identifica-se metodologicamente como um estudo de caso. Optámos por esta metodologia porque existem variáveis situacionais que transformam cada organização numa entidade única.

Os resultados obtidos apontam para as seguintes categorias: Gestão da Qualidade, Liderança, Cuidado Humanizado/holístico, Formação e Desenvolvimento profissional. Estas categorias sublinham a importância do contributo com que esta IPSS concorre para a saúde das populações, salientando a importância da humanização ao nível da organização, funcionamento, estrutura, processos e relações.

Apesar do pensamento de que no sector da saúde persistem iniquidades generalizadas, pensamos que esta unidade poderá servir como um exemplo desestruturante dessa realidade e como um modelo de busca de excelência dos cuidados.

PALAVRAS-CHAVE:

CUIDADOS CONTINUADOS, UNIDADE DE CONVALESCENÇA, QUALIDADE DE CUIDADOS

ABSTRACT

The continuing care consists essentially in the articulation among the different types of service, the continuity of care, the multidisciplinary action and the priority on keeping the person at his/her home. It is in this context that we propose, using the example of the Convalescence unit of the Misericórdia of Póvoa de Lanhoso, Private Institution of Social Solidarity (IPSS), to present an Institution with an organization that satisfies, in our opinion, the philosophy proposed for the units of continuing care.

As instrument for data collection, the semi-structured interview, whose content was analysed from the perspective of Bardin, was used. Four informants from the studied Unit, native of the managing areas, clinical and non-clinical practice, were interviewed in April 2010. In addition to the interviews, other sources of information were used, such as the literature, the Portuguese legislation

favorecendo o conforto e qualidade de vida” e o seu período de internamento é, previsivelmente, superior a 90 dias. Este diploma preconiza ainda os cuidados paliativos e os cuidados continuados integrados no âmbito de cada Centro de Saúde.

O desenvolvimento das respostas de internamento da RNCCI, com base no estabelecimento de acordos de prestação de serviços com Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS), representa 68% do total de acordos celebrados, representando a contratação de 2.516 camas, cerca de 64% da oferta.

No âmbito das IPSS, as Santas Casas da Misericórdia celebraram 100 acordos, com 1.919 camas contratadas, correspondendo a cerca de 49 % do total de camas. O SNS abrange 12 % do total de acordos celebrados (23 acordos), com a contratação de cerca de 10% da capacidade instalada da RNCCI (378 camas). “Comparativamente aos dados referentes a 2008, verificou-se um aumento da capacidade contratada de Entidades privadas com fins lucrativos (de 453 camas para 1044), o que significou um aumento de 130%...” [Relatório de monitorização do desenvolvimento e da atividade da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) 2010].

A Unidade de Convalescença, encontra-se integrada na RNCCI, na tipologia que se destina a doentes com perda de autonomia transitória que requeiram cuidados de saúde que, pela sua complexidade ou duração, não possam ser prestados no domicílio, com previsibilidade de internamento até 30 dias consecutivos, sendo que a demora média de internamento observada na tipologia de Convalescença, a nível nacional, situou-se em 37 dias, no ano de 2009, representando um acréscimo de 2 dias em relação a 2008.

Dispõe, normalmente, de uma equipa multidisciplinar constituída por médicos, enfermeiros, assistente social, fisiatra, nutricionista, fisioterapeutas e assistentes operacionais.

As condições de entrada numa unidade de convalescença incluem: (I) doente que necessite de cuidados médicos e de enfermagem permanentes; (II) reabilitação intensiva; (iii) alimentação por sonda nasogástrica; (iv) tratamento de úlceras de pres-

concerning the area and the field observation done in three different moments. Nevertheless, the study is methodologically identified as a study case.

This methodology was chosen due to the existence of situational variables, which transform each organisation in a single entity.

The results obtained indicate the following categories: Quality Management, Leadership, Humanized/holistic Care, Training and professional Development. These categories emphasize the importance of this Private Institution of Social Solidarity's (IPSS) contribution to the populations' health, highlighting the crucial role of humanization of the organization, working, structure, processes and relationships.

Although the idea that generalised inequities persist in the health care sector, we believe that this unit could be used as a deconstructive example of that reality and also as a model towards the excellence of care.

KEYWORDS:

CONTINUING CARE, CONVALESCENCE UNIT,
QUALITY OF HEALTH CARE

são e/ou feridas; (v) manutenção e tratamento de estomas; (vi) ajuste terapêutico e/ou de administração terapêutica, com supervisão continuada; (vii) suporte respiratório (oxigenoterapia, aspiração de secreções); (viii) síndromes potencialmente recuperáveis a curto prazo; e (ix) confusão, desnutrição, problemas na deglutição, deterioração sensorial e da locomoção.

UNIDADE DE CONVALESCENÇA DA SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DA PÓVOA DE LANHOSO

Esta Unidade, com três anos de existência, possui certificação pela Norma ISO 9001 e está em transição para a versão ISO 9001:2008, aprovada pela ISO (International Standard Organization), no âmbito da implementação de um Sistema de Gestão da Qualidade (SGQ). Integra-se no edifício do Hospital António Lopes sendo uma das valências da Santa Casa da Misericórdia da Póvoa de Lanhoso cuja instituição, de acordo com o seu Relatório de actividades e contas de gerência de 2009, se enquadra “...num contexto caracterizado por mudanças profundas no paradigma de gestão...”, sendo que “...os objectivos estratégicos específicos, projectos e actividades, tiveram resultados acima das expectativas, contribuindo para uma avaliação final muito positiva” (Santa Casa da Misericórdia da Póvoa de Lanhoso,2009,p.3-22)..

Previamente à sua abertura foi visitada uma Unidade congénere em Barcelona, com vinte anos de funcionamento, que serviu como modelo para a implementação. Esta mesma Unidade fez o acompanhamento periódico da Unidade criada, durante um período de um ano e meio.

Esta unidade tem implementado um processo de avaliação de desempenho no sentido de permitir, a cada colaborador, melhorar os seus pontos menos positivos a fim de corresponder às expectativas da Santa Casa da Misericórdia. Os objectivos de desempenho estabelecidos incluem: (i) descrição dos comportamentos e das competências associadas a cada função, para conhecimento dos titulares, subordinados e chefias; (ii) medição do contributo individual dos funcionários/colaboradores para a concretização dos objectivos estratégicos da insti-

tuição, através da utilização de diversas metodologias de avaliação; e (iii) transmissão dos resultados da avaliação aos funcionários/colaboradores, com o objectivo de melhorar o desenvolvimento do desempenho individual, bem como resolver problemas operacionais, motivacionais ou de clima organizacional que dificultem o desempenho esperado. De acordo com o referido relatório, foi durante o ano de 2009 que se efectuou a “consolidação do funcionamento da Unidade de Convalescença, no âmbito da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) em estreita colaboração com a Unidade de Missão, Equipas Coordenadoras Regionais e Locais e Equipas de Gestão de Altas Hospitalares”, incluindo a “adesão a vários Subsistemas de Saúde no âmbito da Rede, bem como a promoção da avaliação da satisfação de utentes e colaboradores”.

A Unidade de Convalescença com cinco médicos e catorze enfermeiros disponibiliza 28 camas para internamentos com previsibilidade de duração até 30 dias consecutivos, por cada admissão. No ano de 2009 a taxa de ocupação foi de 75% para uma existência média diária de 21 doentes internados. O funcionamento da Unidade é garantido pelo acompanhamento contínuo dos diferentes técnicos que constituem a equipa multidisciplinar, bem como através de auditorias internas e externas que visam a melhoria da qualidade do serviço prestado. Outro factor que contribui para a melhoria contínua respeita à realização de Reuniões Semanais Multidisciplinares e Reuniões Mensais da Equipa de Gestão que permitem a interacção entre os diferentes elementos da equipa para uma melhor resolução de situações.

Pode ser consultado no relatório de actividades, que temos vindo a citar, o que mais significativo se desenvolveu, tanto a nível clínico como de actividade científica, no contexto das equipas de Enfermagem, Medicina Física de Reabilitação (Fisioterapia, Terapia da Fala e Terapia Ocupacional), Serviço Social, Acompanhamento Psicológico e Serviço de Nutrição e Alimentação. Contam ainda com a colaboração de Animadores Sociais (área de desenvolvimento sociocultural), Gabinete de auto-estima (cabeleireiro, manicure) e Musicoterapia.

MATERIAL E MÉTODOS

Tendo em conta o objectivo do trabalho, o desenho da investigação orientou-se para um estudo de caso, sob o paradigma qualitativo, no qual procurámos a compreensão abrangente da Unidade que pretendíamos observar. Optámos, assim, pelo estudo de caso porque existem variáveis situacionais que transformam cada organização numa entidade única, embora os resultados que se obtiverem não permitam a generalização.

Temos como objectivo responder à questão de investigação: nas Unidades de Convalescença dos Cuidados Continuados, que organização e funcionamento concorrem para uma melhor qualidade?

Amostra

A amostra deste estudo é constituída por quatro entrevistados e outros informantes informais de uma Unidade de Convalescença em Cuidados Continuados, da Zona Norte.

Instrumento

Entrevista semi-estruturada ao administrador delegado, médico responsável, enfermeira supervisora e ao elemento administrativo da Unidade em estudo, de acordo com guião previamente elaborado.

Procedimentos

O pedido de autorização com a explicitação das razões e finalidades do nosso estudo foi oficializado ao Provedor da Santa Casa da Misericórdia da Póvoa de Lanhoso.

Efectuámos uma reunião na qual foram explicitados, de forma pormenorizada, a metodologia e os objectivos do estudo, no sentido de obter o envolvimento nas entrevistas. Estas foram agendadas de acordo com disponibilidade dos participantes. Para preservar o anonimato dos colaboradores, as entrevistas foram identificadas por letras e numeradas de E1 a E4.

Os resultados foram analisados de acordo com a perspectiva de Bardin, possibilitando a recolha de elementos com significado. O critério de categorização foi de ordem semântica tendo sido feita uma análise temática; o sistema de categorização escolhido foi por analogia. As informações recolhidas tiveram sempre em conta os aspectos éticos inerentes a este tipo de trabalho.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Sendo que se elaborou uma pesquisa geral da realidade existente, focamos especificamente neste estudo de caso, para consolidar a informação recolhida, as categorias, inicialmente, referenciadas. Outros cenários foram encontrados, mas não foi viável desenvolver todos.

Na categoria Gestão da Qualidade, verificamos que a estratégia de melhoria da qualidade dos cuidados prestados desenvolve-se como um processo contínuo de actividades planeadas, baseado na revisão de desempenhos de todos os grupos profissionais e no estabelecimento de metas específicas. Um trecho do discurso de E1 esclarece esta afirmação:

“Uma das nossas formas de avaliar o trabalho desenvolvido, além do sistema de certificação que implica o cumprimento de normas e procedimentos, é também pela simpatia e alegria que vemos estampadas no rosto dos nossos utentes durante o internamento, mas sobretudo quando nos vêm visitar. Vemos que lhes custa a despedida aquando da alta.

Eu gostava que lessem os testemunhos dos próprios doentes...Sempre pautei a minha conduta profissional pelo respeito, compreensão e solidariedade, tal como todos os que aqui trabalham, com este ar de alegria e de brincadeira suavizamos a estadia dos nossos utentes”.

Não pode existir um clima de melhoria contínua da qualidade sem o envolvimento de todos. É neste contexto que E4 referiu que naquela Unidade se produz uma força motivacional que arrasta a equipa para o dinamismo e para a entrega ao projecto expressando-se:

“...a Enfermeira Supervisora está sempre a inovar e muda procedimentos de forma a envolver toda a equipa em mais e melhores prestações de cuidados para o utente...desde o Assistente Operacional até ao Director todos estão motivados para a evolução e melhoria...”

Destacamos que “a qualidade dos serviços prestados por uma equipa multidisciplinar tem sido reconhecida por todos os intervenientes da Rede e é considerada Unidade de referência a nível nacional” (Relatório de actividades e contas de gerência, 2009).

Os resultados obtidos com os cuidados prestados constituem uma componente essencial para se proceder à avaliação da qualidade. Este quadro de referência foi estabelecido por Donabedian (1986). A qualidade de cuidados é, portanto, uma noção abrangente que aponta para o grau que os cuidados de saúde prestados, consistentes com os conhecimentos científicos actuais, concorrem para aumentar a probabilidade de obtenção de resultados desejáveis. Assim, a promoção da qualidade deverá ser sempre o grande pilar orientador da prestação de cuidados. A Pessoa doente e as suas expectativas, que incluem: (i) ser atendido com personalização e cordialmente; (ii) obter serviços de elevado nível técnico; (iii) obter elevados níveis de acessibilidade; e (iv) sentir que a organização foi estabelecida em função das suas necessidades e expectativas, deverão ser o foco principal de atenção por parte dos profissionais de saúde. Apresentamos, de seguida, alguns resultados dos inquiridos de satisfação dos utentes e dos funcionários, referentes a 2009, que nos foram gentilmente cedidos pela Instituição.

Na perspectiva dos utilizadores da Unidade de Convalescença, o grau de satisfação geral dos utentes (sobretudo relacionado com as condições de hotelaria) foi considerado “Muito Bom” para 80,16% e “Bom” para 4,7%; A satisfação com a informação dada sobre o estado de saúde obteve 87,18% de preferências “Muito Bom”. O atendimento aos pedidos foi “Muito Bom” para 85,71% dos inquiridos. Já a Apreciação Global (experiência, competência, preocupação com o paciente) é “Muito Boa” para 93,3%.

Estes resultados demonstram que a qualidade de uma organização resulta da capacidade que os gestores de todos os níveis têm para mobilizar, de uma forma eficiente, todos os recursos, de modo a satisfazer as necessidades e expectativas dos clientes, melhorando continuamente a sua eficácia e eficiência. Já a qualidade percebida pelos profissionais baseia-se em variáveis diferentes que aquela que é percebida pelos utilizadores. Para os utilizadores é fortemente dependente da sua interação com os atores envolvidos ao longo de todo o processo com início no primeiro contacto, acessibilidade, resposta a situações urgentes e

emergentes, dedicação do pessoal, comunicação e credibilidade da organização.

Tivemos ainda oportunidade de apreciar os trabalhos realizados pelos utentes e oferecidos à Unidade, bem como os agradecimentos comoventes e calorosos que foram endereçados ao pessoal da Unidade, em prosa e em verso, elaborados, tanto pelos utentes como pelos familiares, inclusivamente nos casos em que o desfecho foi o óbito.

Verificamos que 64,10% dos profissionais manifestam-se “satisfeitos”, 20,51% “insatisfeitos” e 15,38% “sem opinião”, quando inquiridos sobre o Grau de satisfação geral do funcionário.

Na categoria cuidado humanizado/cuidado holístico no contexto dos Cuidados Continuados analisamos o discurso que se segue:

“Trabalhei com agudos num hospital público e havia muitas coisas diferentes...o doente devia andar com a sua roupa pessoal...mas nem sempre se conseguia. No hospital, nós tratamos...damos o medicamento...um injectável...dizemos então está bem? E vamos embora...Aqui não, a filosofia da rede é outra. Realmente, debruça-se mais na personalização dos cuidados...humanismo...exigência da capacidade de crescer... Nestas unidades a parte humana dos profissionais tem que se sobrepor à parte técnica (sendo que não devemos/podemos descurar esta)”.

E₁ está em consonância com Pacheco (2002) ao referir que o cuidar pode ser perspectivado como uma “atenção global e continuada a um doente, nunca esquecendo que ele é antes de tudo uma pessoa. Deve ser vista como o centro da atenção de quem cuida e, por isso, nunca devem ser esquecidos todos os cuidados físicos, psicológicos ou espirituais de que precisa, para além dos cuidados exigidos pela doença em si.” Também Escoval (2003) salienta que nos contextos da prática clínica “devem prevalecer os princípios humanistas, visando a saúde dos cidadãos e o seu bem-estar”.

Além de fomentarem as condutas éticas e morais, privilegiam o conforto e a privacidade que o utente deseja porque, conforme pudemos observar, alguns preferem não usufruir dessa privacidade.

Em poucas palavras E₂ resumiu assim a sua posição:

“Esta Unidade centra-se no utente como pessoa e razão de ser da nossa existência.”

Além disso, a capacidade da unidade, somente de 28 camas, foi referida como sendo, ...”o ideal para potenciar o espaço físico, os recursos humanos e económicos bem como a optimização dos cuidados. Esta é, segundo E3, a lotação óptima para a rentabilização da unidade...”

O depoimento de E4 proporcionou-nos ainda a compreensão da orgânica e funcionamento relacionado com o fluxograma e acolhimento dos utentes, bem como o modo de operacionalização das actividades administrativas onde é visível o rosto humano da Unidade:

“O inconformismo dos elementos da equipa, nomeadamente da enfermeira supervisora, motiva a todos os colaboradores para mudar os procedimentos, os suportes de apoio. Aponto como exemplo o Guia de Acolhimento dos Utentes que está em revisão, sendo esta a sua quinta versão...”

A integração sociocultural das pessoas internadas ou que passaram por esta Unidade de Convalescência também não é descurada, facto que é objectivado no seu relatório anual ao salientar que “várias têm sido as iniciativas levadas a cabo para a animação e entretenimento dos utentes internados na Unidade de Convalescência, como foram entre outros: a festa/convívio da sardinhada pelo São João, do magusto pelo São Martinho e da Festa de Natal” (Relatório de actividades e contas de gerência, 2009, p. 22).

Como Recursos humanos a unidade conta com a existência de uma equipa interdisciplinar, conforme nos relata E₁:

“Temos dois enfermeiros por turno, depois temos médicos, técnicos de serviço social, um administrativo, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, terapeutas da fala, fisiatra, animadores socioculturais, psicóloga, nutricionista, gabinetes de auto-estima (onde os alunos do curso de esteticista aplicam os seus conhecimentos), musicoterapia...”

Sobre o perfil considerado necessário num profissional que trabalhe nesta unidade, E₁ destacou:

“A selecção é realizada através da apresentação de currículo e de entrevista...no entanto as pessoas que vêm para a equipa trabalham mandato-

riamente antes no lar da instituição onde podem ser observadas as suas características humanas e só depois é que poderão integrar a equipa...toda a enfermeira que está neste serviço tem que ter já alguma experiência, não pode ser nenhuma pessoa que saia de uma escola porque o utente chega aqui desmotivado...basta a gente apertar-lhe a mão e ele sentir que é gente...”

“Eu tenho orgulho de trabalhar com esta equipa...”

Observamos que, esta entidade, face aos recursos humanos, se preocupa em assegurar o planeamento estratégico, investindo nos seus activos, implementando e desenvolvendo acções que promovam a correcta gestão dos mesmos.

O exercício de funções de liderança nesta Instituição demonstra que são adoptados comportamentos geradores de um clima organizacional de confiança. Esta nossa ideia está em sintonia com Rego e Cunha (2003a e b) e com a opinião de E₁ que confirma na sua resposta a importância da liderança:

“Todo este trabalho e projectos em curso se devem ao entusiasmo do Senhor Provedor, pelo que ele vai ficar todo orgulhoso pela divulgação que vão fazer a esta casa. O seu empenhamento e a motivação que ele dá à equipa... Vamos ter a semana aberta em Maio, as nossas jornadas em Junho, sendo que ainda ontem ele esteve aqui reunido sendo sempre o motor de arranque. Este provedor destaca-se a nível do país pela sua visão...este é um gestor dinâmico, empreendedor....”

Rego e Cunha (2003a) afirmam que “a eficácia das organizações depende tanto dos líderes quanto dos seguidores.” Além disso, referem-se a aspetos como “... a integridade, a humildade, a tenacidade e coragem, a lealdade, a confiança, o respeito pelos colaboradores, a vontade de aprender e de fomentar a aprendizagem dos empregados e da organização...” como parte do papel que “os líderes podem exercer no fomento das organizações de elevado desempenho, autenticas e vivas.” (p.53). Já Cunha et al (2003b), apresentam o líder visionário como aquele que “...ênfatisa a viabilidade da organização a longo prazo. Fomenta a mudança, a inovação e a criatividade” (p.271).

Quisemos saber que projetos acalentavam reali-

zar, ao que E₂ foi esclarecedor, embora apenas nos detenhamos naquele que se refere aos Cuidados Continuados:

“Está para breve a abertura de uma nova valência a Unidade de Longa Duração e Manutenção, D. Elvira Câmara Lopes (o nome da sua benemérita) para 29 utentes, que pretendemos seja também uma Unidade de referência a nível da Rede, como já o é esta... Estão praticamente concluídas as obras de construção, na sequência de aprovação de candidatura ao Programa Modelar e em Maio estará disponível para a Rede.”

Este foi concretizado, conforme planeado, sem atrasos e a sua inauguração oficial ocorreu a cinco de Setembro de 2010.

Quanto à categoria Formação e Desenvolvimento Profissional verificamos que estão conscientes de que o saber se gera na prática, mas envolve o pensamento crítico que tem de ser utilizado. A formação nesta Unidade surge como uma oportunidade de desenvolvimento profissional e organizacional. Para o efeito, o Centro de Formação da Misericórdia viu aprovado um grande volume de formação que abrange quer os funcionários da Instituição, quer a população em geral (...), ao abrigo das candidaturas efectuadas ao Programa Operacional Potencial Humano (POPH). A nível externo, foi ainda proporcionada formação aos profissionais das diferentes áreas através de protocolos criados com a União das Misericórdias Portuguesas.

Constatamos que a formação abarca mais do que dar informação ou proporcionar novos conhecimentos, preocupando-se, também, em desenvolver habilidades ou destrezas, sobretudo nos recém-admitidos. Assim, a dimensão formativa do contexto de trabalho pode e deve ser considerada um campo educativo por excelência. Como bem afirma Alarcão e Tavares (2003) o profissional de saúde é capaz de combinar a ação, a experimentação e a reflexão sobre a ação, ou seja, reflexão dialogante sobre o observado e o vivido segundo uma metodologia do aprender a fazer, fazendo e pensando, que conduz à construção ativa do conhecimento gerado na ação e sistematizado pela reflexão.

Paralelamente, a formação que visa o aperfeiçoamento

das competências para o exercício profissional é, nesta Unidade, também, um imperativo ético nas profissões de saúde. Concordam com TORRES (2002) quando refere que “se o mundo do trabalho desatualiza vertiginosamente (...) a tónica coloca-se, então, na premência de uma educação ao longo da vida e numa reatualização permanente das competências profissionais” (p. 3). Já a UNESCO (1996) apresenta a formação ao longo da vida aplicada a todos os contextos referindo que a “experiência vivida no quotidiano ...é o produto de uma dialética com várias dimensões. Se, por um lado implica a repetição ou a imitação de gestos e de práticas, por outro é também um processo de apropriação singular e de criação pessoal. Junta o conhecimento não-formal ao conhecimento formal e o desenvolvimento de aptidões inatas à aquisição de novas competências” (p. 92).

Relativamente à formação a expressão de E1 é significativa para objectivar o que observamos:

“Temos um Plano Anual de Formação organizada pela Estrutura de Formação da Entidade e formação em serviço, ou seja mesmo em contexto de trabalho.

Ah! Nós aqui estamos sempre em formação... Temos um centro de formação...a calendarização das Acções de Formação é feita no início do ano... Em Janeiro e Fevereiro foi a Informatização para o processo clínico...em Abril vai ser Suporte Básico de Vida...Em Maio Semana Aberta na qual a comunidade também participa Em Junho realizaremos as Jornadas...em Julho a apresentação dos resultados dos grupos de trabalho sobre prevenção e tratamento de úlceras, entre outros. ... Vão ser actualizadas as competências na área das infecções associadas aos cuidados de saúde (lavagem das mãos, transmissão de infecções...) Em Agosto é o único mês em que não há... Em Setembro vão ser as terapeutas a apresentar...Os outros meses ainda estão a ser calendarizados, de acordo com as necessidades, entretanto, diagnosticadas.

Ficou, assim, demonstrado o dinamismo desta Unidade de Convalescença, pois, de acordo com o Relatório de atividades e contas de gerência, 2009

como sendo unidade de referência, sempre que aplicável, os diferentes elementos da Equipa Multidisciplinar são convidados a desenvolver estudos de investigação com base na reflexão nas e sobre as suas práticas de funcionamento. A estes é dada visibilidade nas jornadas dos Cuidados Continuados, ou da Instituição.

Constatamos o grande envolvimento na Educação para a saúde dos utentes e na oportunidade de instruir os cuidadores informais, previamente ao momento da alta, na sequência de visitas programadas do Médico, Enfermeiro, Técnica do Serviço Social, Fisioterapeuta, Terapeuta Ocupacional e Terapeuta da Fala, se necessário.

“Muitos doentes voltam depois de recuperados (até me parece que se está a preparar aqui uma relação estável com casamento...) e alguns vêm ajudar outro utente para lhes ensinar e/ou apenas cumprimentar. Eles voltam e é isso que nos faz crescer e nos inunda a alma...” comprova E1. Acrescentando:

“...às vezes, no início, as famílias estão muito motivadas, mas quando nós marcamos os ensinamentos para a alta (fazemos sessões práticas para termos a certeza de que o prestador adquiriu efectivamente as competências necessárias) eles ‘fogem’ (amanhã... depois...) aqui entra a técnica do Serviço Social... mas, em geral, a maioria dos utentes saem autónomos...”

CONSIDERAÇÕES

O Estudo de Caso como abordagem metodológica de investigação proporcionou compreender, explorar e descrever o contexto de uma Unidade de Convalescência. Esta, evidencia uma organização articulada, integrada, continuada, multidisciplinar e interdisciplinar que está de acordo com a tipologia definida pela Rede, cumpre um dos principais objectivos da sua filosofia: melhorar a acessibilidade da pessoa aos cuidados de saúde, ao mesmo tempo que proporciona eficiência e qualidade na prestação dos referidos cuidados.

A participação desta IPSS nos cuidados de saúde singulariza-se por ter implementado um sistema de auditoria interna, de qualidade clínica e

organizacional, bem como por se revelar na sua actuação a vinculação a valores que visam o bem comum, nomeadamente o altruísmo e voluntariado. A nossa observação de campo coincide com a perspectiva de Lemos (2010) ao referir que as Misericórdias na área da saúde ocupam um lugar cimeiro, preferencial e cada vez mais aperfeiçoado com competência, saber fazer e qualidade, numa determinante e sensível área que é a prestação de serviços de saúde à Humanidade.

Nesta IPSS os doentes em convalescência são apoiados por diversificada oferta de actividades ocupacionais. As relações são naturais sendo o ambiente familiar e personalizado.

Verifica-se aproveitamento de recursos e da capacidade instalada da Instituição, com utilização da filosofia de serviços partilhados, o que traz também celeridade na resolução de problemas.

A Formação contínua dos profissionais e dos prestadores está garantida. Apercebemo-nos rapidamente que naquela Unidade se trabalha com profissionalismo, enquanto cuidam de cada detalhe, por mais insignificante que possa parecer. De salientar a existência de um quadro de referência de gestão, em tudo favorável à formação contínua como forma de reflectir as práticas e (re) construir saberes, que permitam desenvolver as competências próprias necessárias ao desempenho, no âmbito da prestação de cuidados continuados.

Pudemos observar que esta filosofia, favorável ao desenvolvimento pessoal e profissional, induz a procura de excelência na organização e funcionamento, concorrendo, simultaneamente, para a satisfação dos utilizadores dos cuidados e dos profissionais, encontrando a resposta procurada na nossa pergunta de partida.

Na perspectiva dos utilizadores da Unidade de Convalescência, o grau de satisfação geral dos utentes, em 2009, foi considerado Muito Bom para 80,16% e Bom para 4,7%; Já a Apreciação Global (experiência, competência, preocupação com o paciente) é Muito Boa para 93,3%.

Constatamos que o recurso à simplicidade relacional entre a equipa de saúde e as pessoas

internadas influencia positivamente o clima de bem-estar pessoal e organizacional estando em sintonia com a perspectiva de Renaud (2008) ao afirmar que a “...solicitude, cuidado, afectividade e vulnerabilidade crescem em conjunto”, evocando a afectividade enquanto forma de proximidade. Apesar do pensamento mais comum de que, no sector da saúde, persistem iniquidades generalizadas, pensamos que esta unidade, poderá servir como um exemplo que não confirma essa percepção e como um modelo de busca de excelência dos cuidados.

Agradecemos a Daniel Serrão, mentor e impulsionador deste estudo e a Ana Carvalho a revisão final do manuscrito.

Aos órgãos de gestão e profissionais da Unidade de Convalescença o nosso reconhecimento formal pela colaboração prestada, nomeadamente a disponibilização dos resultados da avaliação da satisfação dos utilizadores e colaboradores e respectivo Relatório de Actividades e Contas de Gerência, referente ao ano de 2009.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alarcão, I.; Tavares, J. (2003). Supervisão da prática pedagógica. Uma perspectiva de desenvolvimento e aprendizagem. Coimbra: Livraria Almedina
- Cunha, M.; Rego, A.; Cunha, R., Cabral-Cardoso, C. (2003b). Manual de Comportamento Organizacional e Gestão. 2ª Edição. Lisboa: Editora RH.
- Decreto-lei Nº 101/2006, de 6 de Junho de 2006. Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados.
- Donabedian, A. Quality assurance in our health care system. Qual. Assur. Utiliz. Rev., 1 (1): 6-12, 1986
- Escoval, A. Gerir Serviços de Saúde em contexto de mudança. Revista da Ordem dos Enfermeiros, n.º 10, Outubro 2003, p.24
- Lemos, M. Eleição e tomada de posse do Secretariado Regional de Braga da União das Misericórdias Portuguesas. Revista da Santa Casa da Misericórdia de Braga. Dezembro, 2010 (6), pp 263.
- OPSS (2010). Desafios em tempo de crise. Relatório de Primavera. Lisboa: Observatório Português dos Sistemas de Saúde, p 52.
- Pacheco, S. (2002) Cuidar a pessoa em fase terminal: Perspectiva ética (1ª ed.). Loures: Lusociência
- Rego, A; Cunha, M. (2003a). A Essência da Liderança: Mudança x resultados x Integridade Teoria, prática, aplicações e exercícios de auto-avaliação. Lisboa, Editora RH.
- Relatório de monitorização do desenvolvimento e da atividade da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) Fevereiro 2010, disponível em: www.portugal.gov.pt/pt/GC18/Documentos/MS/Rel_2009.pdf, acedido em [17/07/2010] p. 7-9
- Renaud, M. (2008). Solicitude e Vulnerabilidade In: Carvalho, A. (Coord.) Bioética e Vulnerabilidade. Coimbra: Almedina, p.19.
- Santa Casa da Misericórdia da Póvoa de Lanhoso. Relatório de atividades e contas de gerência, 2009, p. 3-22.
- Torres, L. (2002). Cultura, Formação e democracia em contextos organizacionais. Instituto de Educação e Psicologia da Universidade do Minho.
- UNESCO (1996) – Educação: Um Tesouro a Descobrir. Rio Tinto: Edições ASA.

REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA INTERVENÇÕES PROMOTORAS DA DIGNIDADE DA PESSOA EM CUIDADOS PALIATIVOS

SYNTHESISE EXISTING KNOWLEDGE PROMOTING INTERVENTIONS OF DIGNITY IN THE ADULT AND ELDERLY IN PALLIATIVE CARE

ALUNA DO MESTRADO PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM
MÉDICO-CIRÚRGICA NO INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
– UCP LISBOA ENFERMEIRA NO HOSPITAL DE CASCAIS
DR. JOSÉ DE ALMEIDA.
E-MAIL: enfcatarinaramos@gmail.com

PHD, PROFESSORA DA
UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA. LISBOA.
E-MAIL: patriciaps@ics.lisboa.ucp.pt

DOCENTE DA ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE
LISBOA; ESPECIALISTA ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL,
MESTRE EM CUIDADOS PALIATIVOS E ENFERMEIRA NO
INSTITUTO PORTUGUÊS DE ONCOLOGIA FRANCISCO GENTIL,
LISBOA

Catarina Eufémia da Silva Ramos

Patrícia Pontífice-Sousa

Sandra Neves

RESUMO

*Intervenções promotoras
da dignidade da pessoa em
cuidados paliativos*

*Objetivo: Sintetizar o
conhecimento existente acerca
das intervenções promotoras da
dignidade do adulto e idoso em
cuidados paliativos*

*Abordagem teórica: O aumento
da longevidade, o incremento das
doenças crónicas, as alterações
na rede familiar, têm impacto
crescente na organização dos
sistemas de saúde e nos recursos
destinados aos doentes crónicos.*

*Os Cuidados Paliativos terão
uma importância crescente
(Plano Nacional de Cuidados
Paliativos, 2016).*

*A preservação e/ou promoção da
dignidade da pessoa em cuidados
paliativos tem vindo a ganhar
cada vez maior ênfase.*

Metodologia: Trata-se de uma

INTRODUÇÃO

A preservação e/ou promoção da dignidade da pessoa em cuidados paliativos tem vindo a ganhar cada vez maior ênfase e constitui-se de suma importância para os cuidados de saúde.

Vários estudos têm explorado o conceito de dignidade, o qual se assume como complexo e subjectivo. Verifica-se um crescente interesse nesta área a nível investigacional. Esta revisão da literatura visa sintetizar as intervenções que promovem a dignidade da pessoa em cuidados paliativos.

A Organização Mundial de Saúde (OMS), 2016, define Cuidados Paliativos do seguinte modo: “*Palliative care is an approach that improves the quality of life of patients and their families facing the problem associated with life-threatening illness, through the prevention and relief of suffering by means of early identification and impeccable assessment and treatment of pain and other problems, physical, psychosocial and spiritual.*”

A Declaração Universal dos Direitos Humanos (1948) consagra no artigo I que “*Todos os seres humanos nascem livres e iguais em dignidade e direitos.*”

A dignidade humana tornou-se um aspecto importante dos cuidados de saúde e sociais. Tem sido explorada usando vários métodos, incluindo o pensamento crítico e filosófico, analisando o conceito historicamente, pedindo ou observando as pessoas para compreender as suas percepções de dignidade e, empiricamente, examinando

como certos grupos de pessoas usam o conceito. O Merriam-Webster Dictionary define dignidade como a qualidade ou estado de ser digno, honrado ou estimado. Dignidade pode ainda ser referida como posse pessoal com as características de ter capacidade cognitiva, sentindo-se confortável consigo mesmo, e ter o controlo sobre os comportamentos e ambiente envolvente. Mairis (1994) refere, ainda, que a dignidade significa sentir-se importante e valioso em relação às outras pessoas e ser tratado como tal pelos outros.

Mais recentemente, outros autores referem que a dignidade é considerada um atributo de uma boa morte para pessoas terminais.

Apesar da dignidade ser intrínseca ao Homem, assiste-se, frequentemente, à sua usurpação e desvalorização. Em especial quando as pessoas se encontram em situação de fragilidade, como em cuidados paliativos.

A manutenção da dignidade é fundamental no processo de cuidar e interfere com os ganhos de saúde obtidos.

Chochinov & Chochinov (2002) demonstraram que existe uma associação entre um baixo sentido de dignidade e a depressão, ansiedade, desejo de morrer, desesperança, sensação de fardo para os outros e uma pobre qualidade de vida. Morrer com dignidade é percebido com um cariz subjectivo, a procura da dignidade envolve vários aspectos do cuidado em fim de vida e as intervenções terapêuticas são frequentemente envoltas de incerteza.

Deste modo, a preservação e/ ou promoção da dignidade da pessoa constitui um desafio atual para a enfermagem.

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A European Association for Palliative Care refere na Carta de Praga (2014) que os Cuidados Paliativos são “cuidados interdisciplinares e dirigem-se tanto ao doente, como à família e comunidade”. O mesmo documento salienta ainda que “os cuidados paliativos consistem em disponibilizar o mais básico conceito de cuidar: aquilo que se deve proporcionar para satisfazer as necessidades individuais dos doentes, independentemente do local onde seja cuidado seja no seu domicílio ou numa instituição de saúde.”

RIL, efetuada de acordo com os métodos propostos por Sousa, Silva e Carvalho (2010).

Resultados: Três artigos foram incluídos, três temas identificados (Preocupações relacionadas com a doença, Repertório de preservação da dignidade e Inventário da Dignidade Social).

Conclusão: Clarificou-se o significado de morrer com dignidade e sintetizou-se aspectos da dignidade da pessoa em cuidados paliativos. Mais investigação é necessária sobre o tema.

PALAVRAS-CHAVE:

REVISÃO INTEGRATIVA, CUIDADOS PALIATIVOS, CUIDADOS EM FIM DE VIDA, ENFERMAGEM, INTERVENÇÕES, DIGNIDADE

ABSTRACT

Promoting interventions of dignity in the adult and elderly in palliative care

Aim: Synthesise existing knowledge about the promoting interventions of dignity in the adult and elderly in palliative care

Background: The longevity increasement, the increase in chronic and progressive diseases, as well as changes in the family network, they have caused impact on the organization of health systems and resources for the chronically ill. Palliative care will become increasingly important.

The preservation and / or promotion of human dignity in palliative care has gained increasing emphasis.

Review methods: This is an integrative literature review, conducted in accordance with the methods proposed by Sousa, Silva and Carvalho (2010).

Results: Three articles were included and three identified issues (Illness Related Concerns, Dignity Conserving Repertory and Social Dignity Inventory).

Conclusion: This review clarified the meaning of dying with dignity and synthesized aspects of dignity in end-of-life care. Further research is necessary.

KEYWORDS:

INTEGRATIVE REVIEW, PALLIATIVE CARE, TERMINAL CARE, NURSING, INTERVENTIONS, DIGNITY

A Enfermagem, de acordo com o Regulamento para o Exercício Profissional da Enfermagem (artigo 4.º, n.º 1), é “a profissão que, na área da saúde, tem como objetivo prestar cuidados de enfermagem ao ser humano, são ou doente, ao longo do ciclo vital, e aos grupos sociais em que ele está integrado, de forma que mantenham, melhorem e recuperem a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível.”

De acordo, com a alínea a) do n.º 1 do Artigo 97.º do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros os seus membros devem: “Exercer a profissão com os adequados conhecimentos científicos e técnicos, com o respeito pela vida, pela dignidade humana e pela saúde e bem-estar da população, adotando todas as medidas que visem melhorar a qualidade dos cuidados e serviços de enfermagem.”

O n.º 1 do Artigo 99.º refere ainda, que “As intervenções de enfermagem são realizadas com a preocupação da defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana e do enfermeiro.”

Torna-se, por conseguinte, fundamental adquirir profundo conhecimento acerca das intervenções promotoras da dignidade da pessoa em cuidados paliativos.

Tal como refere Amendoeira (2013), quando se referem intervenções para promover a dignidade da pessoa tem-se em vista resultados sensíveis, ganhos em saúde e um grande desafio para os enfermeiros, exigência para a excelência e segurança dos cuidados às pessoas.

Segundo Chochinov & Chochinov (2002), os doentes consideram o sentir a paz espiritual, o alívio do seu sofrimento e o estreitamento das relações com os familiares as facetas mais importantes do cuidado em fim de vida. De forma clara se compreende que as intervenções em Cuidados Paliativos se estendem para além do controlo da dor e da gestão dos sintomas até à resposta ao amplo e complexo mundo das necessidades expressas.

Dada a complexidade das necessidades da pessoa e família em Cuidados Paliativos, o profissional de saúde deve aliar a mestria técnica às competências relacionais e humanizadoras. Apenas desta forma, poderá identificar e compreender as vontades/ desejos da pessoa/família alvo dos cuidados, de for-

ma a atempadamente delinear um plano de intervenção para as satisfazer. Considerando sempre a multiculturalidade. Por conseguinte, unicamente, através deste caminho a dignidade inerente ao ser humano poderá ser preservada.

Chochinov (2012) defende a importância de usar o momento de cuidar para conhecer, reforçar e, sempre que possível, reafirmar a personalidade do doente. Emerge assim uma dimensão da dignidade que se constrói na dinâmica relacional.

Por conseguinte, o respeito, em todas as circunstâncias, pela Dignidade da pessoa e a implementação de intervenções promotoras da mesma, constituem um meio para aliviar o sofrimento, nomeadamente, a nível psicossocial e existencial, vivenciado por pessoas em Cuidados Paliativos.

MATERIAL E MÉTODO

O presente artigo resulta de uma revisão integrativa da literatura que foi efetuada de acordo com os métodos propostos por Sousa, Silva e Carvalho, 2010. As autoras consideram que “a revisão integrativa emerge como uma metodologia que proporciona a síntese do conhecimento e a incorporação da aplicabilidade dos resultados de estudos significativos na prática”. Consideram ainda que constitui um instrumento da prática baseada na evidência.

A opção por uma revisão integrativa relaciona-se com o fato da mesma constituir a “mais ampla abordagem metodológica referente às revisões, permitindo a inclusão de estudos experimentais e não-experimentais para uma compreensão completa do fenómeno analisado.”

O objetivo do presente artigo é sintetizar o conhecimento existente acerca das intervenções promotoras da dignidade do adulto e idoso em cuidados paliativos.

Considerando-se a conceção da temática em estudo, formulou-se a seguinte questão PEO (Paciente + Exposure + Outcome): Quais as intervenções promotoras da dignidade do adulto/ idoso em cuidados paliativos?

Os critérios de exclusão de artigos foram:

- Artigos cuja população alvo integre crianças ou adolescentes;
- Artigos que integrem na população alvo adul-

tos/ idosos sem acompanhamento por cuidados paliativos;

- Artigos cujas intervenções não sejam relacionadas com a dignidade.

Como critérios de inclusão definiram-se os seguintes:

- Artigos de acesso integral;
- Artigos redigidos em Português, Inglês e Espanhol;
- Artigos cuja população alvo das intervenções sejam adultos ou idosos;
- Artigos relativos a estudos de metodologia qualitativa.

Para a colheita de dados nas bases de dados foram utilizados os seguintes descritores (*DeCS*) – palliative care, terminal care, nurs* e as palavras-chave: Interventions e Dignity.

A fonte de pesquisa utilizada foi a base de dados científica EBSCOhost. Da pesquisa efetuada no dia 25.05.2016 obteve-se um total de 44 artigos. Após realizada exclusão dos repetidos obteve-se uma amostra de 36 artigos.

Efetuada, primariamente, uma análise do título e resumo excluindo-se 10 artigos por a população-alvo não corresponder aos critérios de inclusão definidos; excluído 1 artigo por não ter acesso ao texto integral e excluídos 22 artigos por não focarem intervenções promotoras da dignidade. Desse modo, seleccionaram-se 3 artigos para análise integral.

RESULTADOS

O quadro seguinte apresenta a sistematização da análise efectuada aos estudos seleccionados.

QUADRO

ARTIGO	"IDENTIFYING CARE ACTIONS TO CONSERVE DIGNITY IN END-OF-LIFE CARE" XII
ANO	2011
AUTOR (ES)	HILARY BROWN, BRIDGET JOHNSTON, ULRICA OSTLUND
REVISTA	BRITISH JOURNAL OF COMMUNITY NURSING VOL 16 Nº 5
PALAVRAS - CHAVE	DIGNIDADE, CUIDADOS EM FIM DE VIDA, COMUNICAÇÃO, FOCUS GROUP
TIPO DE ESTUDO	QUALITATIVO E DESCRITIVO
TAMANHO DA AMOSTRA	14 ENFERMEIRAS DE SAÚDE COMUNITÁRIA, 3 ENFERMEIRAS DE CUIDADOS GERAIS, 8 PESSOAS E 5 CUIDADORES
INTERVENÇÕES PROMOTORAS DA DIGNIDADE	<p><i>DESCONTRÓLO DE SINTOMAS</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - ESTABELECEER CONTACTO PRECOCE, A FIM DE CONHECER BEM A PESSOA E A SUA FAMÍLIA; - O ENFERMEIRO DEVE USAR FERRAMENTAS DE AVALIAÇÃO E GUIDELINES PARA PROPORCIONAR AJUDA; - AJUDAR AS PESSOAS A ESTABELECEER METAS REALISTAS E FORNECER OS EQUIPAMENTOS, CONFORME NECESSÁRIO. <p><i>PERSPECTIVAS DE CONSERVAÇÃO DA DIGNIDADE</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - O ENFERMEIRO DEVE COMUNICAR COM A FAMÍLIA E PESSOA DE FORMA A MANTER A NORMALIDADE; - DAR PERMISSÃO PARA ESTAR TRISTE; - AJUDAR AS PESSOAS A GERIR O QUE LHEZ É IMPORTANTE; - OS ENFERMEIROS DEVEM SER CAPAZES DE SATISFAZER PEDIDOS ESPECÍFICOS. <p><i>INVENTÁRIO DA DIGNIDADE SOCIAL</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - SER SENSÍVEL ÀS NECESSIDADES DE PRIVACIDADE DA PESSOA; - MANTER ABITUDE DE RESPEITO QUANDO DA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS - AJUDAR AS PESSOAS A LIDAR COM AS CONSTANTES MUDANÇAS.
ARTIGO	"SUPPORTING DIGNIFIED DYING IN THE PHILIPPINES" XV
ANO	2011
AUTOR (ES)	ARDITH Z. DOORENBOS, CARMENCITA ABAQUIN, MARGOT E PERRIN, LINDA EATON, ARACELI O BALABAGNO, TESSA RUE, RITA RAMOS
REVISTA	INTERNACIONAL JOURNAL OF PALLIATIVE NURSING
PALAVRAS - CHAVE	MORRER COM DIGNIDADE, FILIPINAS, INTERVENÇÕES, CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMAGEM
TIPO DE ESTUDO	ESTUDO QUALITATIVO E TRANSVERSAL
TAMANHO DA AMOSTRA	230 ENFERMEIROS

INTERVENÇÕES PROMOTORAS DA DIGNIDADE	<p>ESTABELECEER A CONFIANÇA</p> <p>PROTEGER OS DIREITOS DAS PESSOAS</p> <p>ESTABELECEER RELAÇÃO EMPÁTICA</p> <p>MANTER A DIGNIDADE E A PRIVACIDADE</p> <p>PROTEGER A CONFIDENCIALIDADE</p> <p>ASSEGURAR A CONTINUIDADE DOS CUIDADOS</p> <p>PROPORCIONAR PRIVACIDADE</p> <p>AVALIAR O STATUS RESPIRATÓRIO</p> <p>EFETUAR TERAPIA DE FLUIDOS OU ELETTRÓLITOS</p> <p>COLABORAR COM O MÉDICO.</p>
ARTIGO	"NURSING INTERVENTIONS TO PROMOTE DIGNIFIED DYING IN FOUR COUNTRIES" XVI
ANO	2007
AUTOR (ES)	AMY COENEEN, ARDITH Z. DOORENBOS, AND SARAH A. WILSON
REVISTA	ONCOLOGY NURSING FORUM
TIPO DE ESTUDO	ESTUDO QUALITATIVO E TRANSVERSAL
TAMANHO DA AMOSTRA	ESTUDO TRANSVERSAL 560 ENFERMEIROS: ETÍOPIA (14), INDIA (229), QUÊNIA (36), ESTADOS UNIDOS DA AMÉRICA (281)
INTERVENÇÕES PROMOTORAS DA DIGNIDADE	<p><i>PREOCUPAÇÕES RELACIONADAS COM A DOENÇA</i></p> <p>INTERVENÇÕES PARA REDUZIR OS SINTOMAS E PROMOVER O CONFORTO: IDENTIFICAM COMO SINTOMA QUE EXIGE ALÍVIO MAIS FREQUENTE A DOR, DE SEGUIDA DISPNEIA E NÁUSEAS. IDENTIFICAM INTERVENÇÕES ESPECÍFICAS:</p> <p>ADMINISTRAÇÃO DE ANALGÉSICOS;</p> <p>GARANTIR PERMEABILIDADE DA VIA AÉREA;</p> <p>ASPIRAÇÃO DAS VIAS AÉREAS;</p> <p>ADMINISTRAÇÃO DE OXIGÊNIO CONFORME NECESSÁRIO;</p> <p>ADMINISTRAÇÃO DE MORFINA PARA REDUZIR DESCONFORTO RESPIRATÓRIO;</p> <p>INTERVENÇÕES GERAIS (REFERIDAS PELOS ENFERMEIROS DE TODOS OS PAÍSES):</p> <p>ALÍVIO DA DOR;</p> <p>PROPORCIONAR ALÍVIO DA DOR;</p> <p>AJUDAR A SUPERAR A DOR;</p> <p>PROMOVER O CONFORTO.</p> <p>CONTROLAR DA ANSIEDADE;</p> <p>CONTROLAR A DISPNEIA;</p> <p>CONTROLAR A DOR;</p> <p>CONTROLAR OS SINTOMAS.</p> <p>USAR TÉCNICAS DE RELAXAMENTO, MASSAGEM, MASSAGENS NAS COSTAS, AROMATERAPIA, E TOQUE TERAPÊUTICO;</p> <p>IMPLEMENTAR MEDIDAS DE CONFORTO GERAIS, TAIS COMO TOMAR BANHO, NECESSIDADES DE HIGIENE, CUIDADOS À BOCA E POSICIONAMENTOS CONFORTÁVEIS.</p> <p><i>REPORTEIRO DE CONSERVAÇÃO DA DIGNIDADE</i></p> <p>INTERVENÇÕES DE GARANTIA PSICOLÓGICA E CONFORTO ESPIRITUAL:</p> <p>MANTER A ESPERANÇA OU FÉ E SENTIMENTOS;</p> <p>FACILITAR O TRABALHO DE LUTO E REMINISCÊNCIA;</p> <p>ESTIMULAR A AUTONOMIA E CONTROLO, PERMITINDO QUE AS PESSOAS PARTICIPEM NO SEU TRATAMENTO, CUIDADOS E DECISÕES.</p> <p>INTERVENÇÕES ESPECÍFICAS PARA PROMOVER A AUTONOMIA:</p> <p>MANTER AS PESSOAS ENVOLVIDOS NAS DECISÕES DE TRATAMENTO; PERMITIR O CONTROLO DA PESSOA;</p> <p>FAZER CUMPRIR OS DESEJOS DA PESSOA;</p> <p>AJUDAR AS PESSOAS A CUMPRIR OS SEUS ÚLTIMOS DESEJOS.</p> <p>A NÍVEL DAS PREOCUPAÇÕES ESPIRITUAIS IDENTIFICAM</p> <p>PROPORCIONAR CONFORTO ESPIRITUAL;</p> <p>PROPORCIONAR APOIO ESPIRITUAL.</p> <p>IDENTIFICAM, AINDA, INTERVENÇÕES RELACIONADAS COM A ORAÇÃO:</p> <p>REZAR COM A PESSOA E FAMILIARES;</p> <p>REZAR PARA A PESSOA;</p> <p>CANTAR ORAÇÕES;</p> <p>PROMOVER O "CONFORTO DA PALAVRA DE DEUS";</p> <p>POSSIBILITAR A PRESENÇA DE MENTORES ESPIRITUAIS: PADRES, PASTORES, CAPELÃES, MEMBROS DO CLERO, OU OUTROS LÍDERES ESPIRITUAIS.</p> <p>INTERVENÇÕES RELACIONADAS COM PREOCUPAÇÕES CULTURAIS (DE ACORDO AS CRENÇAS/ VALORES DE CADA PAÍS):</p> <p>FAMILIARES OFERECEREM TULSI PATRA (FOLHAS DE PLANTA TULSI);</p> <p>OFERTA DE ORAÇÕES OU BHAJAMS (CANÇÕES USADAS PARA ORAÇÕES E DEVOÇÕES) E SHLOKAS LEITURA [(ERSOS USADOS PARA ORAÇÕES E DEVOÇÕES) DE BHAGWAT GEETA;</p> <p>FAMILIARES OFERECEREM GANGAVAL (ÁGUA DO RIO GANGES) PARA TER UMA MORTE PACÍFICA.</p> <p>PROMOVER O CONFORTO COM A PALAVRA DE DEUS;</p> <p>ACONSELHAR QUE A MORTE NÃO É O FIM DA VIDA, MAS UM COMEÇO DE VIDA PARA OS CRISTÃOS;</p> <p>GARANTIR QUE ELE ACEITOU CRISTO E SE ARREPENDEU DOS SEUS PECADOS A DEUS;</p> <p>ENCORAJAR A ACEITAÇÃO DA VONTADE DE DEUS;</p> <p>ACEITAR JESUS CRISTO E ORAR AO SENHOR JESUS;</p> <p>ORAR AO DEUS EM QUE A PESSOA ACREDITA.</p>

<p>INTERVENÇÕES PROMOTORAS DA DIGNIDADE</p>	<p><i>INVENTÁRIO DA DIGNIDADE SOCIAL</i> INTERVENÇÕES FOCADAS NA FAMÍLIA: PRESTAR APOIO À FAMÍLIA; PROMOVER A PRESENÇA DE MEMBROS DA FAMÍLIA ENCORAJANDO-OS A ENVOLVEREM-SE NOS CUIDADOS; EDUCAR E EXPLICAR À FAMÍLIA SOBRE A CONDIÇÃO DA PESSOA; AJUDAR A ACEITAÇÃO DOS MEMBROS DA FAMÍLIA DA MORTE E DA CRENÇA NA VIDA APÓS A MORTE. INTERVENÇÕES AMBIENTAIS: PRESERVAR A PRIVACIDADE; PROMOVER UM AMBIENTE ACOLHEDOR, UMA SALA SILENCIOSA, VISITAS DO ANIMAL DE ESTIMAÇÃO, E MÚSICA SUAVE E ILUMINAÇÃO; PROMOVER UM AMBIENTE DE PAZ E CANTAR CANÇÕES FAVORITAS. TRATAR CADA PESSOA COM HONRA E RESPEITO; OUVIR COM INTERESSE; OUVIR A SUA HISTÓRIA; EFETUAR ESCUTA ATENTA E ESCUTA PROFUNDA. INTERVENÇÕES QUE DEMONSTRAM O RESPEITO DO INDIVÍDUO: TENTAR CUMPRIR / ATENDER AOS DESEJOS DA PESSOA; MANTER A CONFIDENCIALIDADE; DAR AMOR, HONESTIDADE, COMPAIXÃO E RESPEITO DAS TRADIÇÕES CULTURAIS, RELIGIOSAS OU PESSOAIS; EVITAR TRANSMITIR STRESS À PESSOA; OFERECER RESPEITO HUMANO; OFERECER CARINHO; PERMITIR DE FORMA COMPASSIVA QUE A PESSOA EXPRESSE A SUA TRISTEZA; ESTAR COM A PESSOA; ESTAR À BEIRA DO LEITO DA PESSOA A MORRER; MANTER UMA PRESENÇA ATIVA.</p>
---	---

DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A análise dos referidos artigos permitiu sintetizar várias intervenções de enfermagem promotoras da dignidade do adulto e idoso em cuidados paliativos. Após análise dos modelos teóricos constatou-se que as mesmas podem ser agrupadas nas três categorias delineadas no Modelo de Preservação Dignidade, o qual se baseou num estudo qualitativo em doentes em fim de vida e descreve três temas e respectivos subtemas:

- Preocupações relacionadas com a doença: organizado segundo o nível de independência e perturbações relativas aos sintomas, estas preocupações resultam directamente da experiência de doença;
- Relatório de preservação da dignidade: consiste nas perspectivas que os doentes têm de si próprios e que os ajudam a salvaguardar a sua sensação de dignidade e as práticas que os doentes usam para manter ou sustentar a sua sensação de dignidade face a doenças com risco de vida;
- Inventário da dignidade social: composto pelos vários “fatores externos ao doente, que influenciam a natureza e a qualidade da interacção com os outros de tal modo que a dignidade é ou aumentada ou minada” (McClement et al, 2007)

Esta subdivisão irá ser utilizada para a presente discussão dos resultados.

As preocupações relacionadas com a doença englobam o nível de independência e as preocupações físicas e psicológicas e referem-se às preocupações que decorrem directamente da experiência da doença naquela pessoa.

Ao analisar os artigos pode-se destacar a nível das preocupações físicas as intervenções e vigilância e controlo de sintomas (nomeadamente, dor e dispneia), frequente avaliação dos mesmos e intervenções de promoção de cuidados de conforto (Coenen, Doorenbos & Wilson, 2007).

Nas preocupações de âmbito psicológico os enfermeiros devem assumir uma postura de apoio, escuta activa e estabelecimento de relação empática (Brown, Johnston & Ostlund, 2011; Doorenbos et al, 2011; Coenen, Doorenbos & Wilson, 2007).

De salientar, que esclarecimentos de quaisquer dúvidas relacionadas com a doença ou outros aspetos devem ser atempadamente efetuados, bem como a transmissão de informação sobre os cuidados prestados (Brown, Johnston & Ostlund, 2011). O relatório de conservação da dignidade engloba, de acordo com o Modelo de Chochinov, as perspectivas de conservação da dignidade e práticas de conservação da dignidade.

Em relação às perspectivas de conservação da dignidade salientam-se as seguintes intervenções: demonstrar interesse sobre os aspetos da vida da pessoa que a mesma mais valoriza (Coenen,

Doorenbos & Wilson, 2007); encarar em todas as circunstâncias a pessoa com respeito e estima, fomentar a sua participação em atividades às quais atribua significado e propósito, envolver a pessoa no tratamento e decisões de cuidados (Coenen, Doorenbos & Wilson, 2007), promover a realização de atividades que potenciem o seu conforto (meditação, oração, leitura, ouvir música (Coenen, Doorenbos & Wilson, 2007); considerar os pontos de vista da pessoa e satisfazer os seus pedidos específicos (Brown, Johnston & Ostlund, 2011; Coenen, Doorenbos & Wilson, 2007).

Ao se atender às práticas de conservação da dignidade destacam-se as seguintes intervenções: possibilitar à pessoa manter/ participar na sua rotina diária, realizando atividades que lhe proporcionem conforto; permitir acompanhamento espiritual e ter a presença do seu guia espiritual sempre que solicitar; promover a manutenção das suas práticas culturais e espirituais (Coenen, Doorenbos & Wilson, 2007).

Por último, analisam-se as intervenções relacionadas com o inventário da dignidade social. Destacam-se: preservar a privacidade da pessoa (Brown, Johnston & Ostlund, 2011; Doorenbos et al, 2011); possibilitar receber visitas em horário alargado e o envolvimento de uma rede de apoio ampla (Coenen, Doorenbos & Wilson, 2007); tratar a pessoa como digna de honra, estima e respeito (Coenen, Doorenbos & Wilson, 2007); adotar uma postura de disponibilidade e promover a partilha e discussão de preocupações relacionadas com a sobrecarga das suas pessoas mais significativas; incentivar a resolução de assuntos; facilitar a comunicação entre os membros da família; proporcionar espaço para a discussão de temas relacionados com diretivas antecipadas de vontade, realização de testamento ou, mesmo, planeamento do funeral (Coenen, Doorenbos & Wilson, 2007).

De referir que as intervenções a implementar devem sempre considerar a multiculturalidade as necessidades particulares de cada pessoa em cada situação específica de cuidados.

Uma das limitações sentidas na realização desta pesquisa prende-se com o fato de existirem poucos artigos directamente relacionados com intervenções de enfermagem. Outra dificuldade a sa-

liantar foi o curto período temporal para efetuar a pesquisa, que inviabilizou a integração de outros documentos. Outra limitação foi a dificuldade de acesso a documentos com texto integral.

CONCLUSÃO

O aumento da longevidade e o incremento das doenças crónicas e progressivas, bem como, as alterações na rede familiar, têm tido impacto crescente na organização dos sistemas de saúde e nos recursos especificamente destinados aos doentes crónicos. Com as alterações demográficas ocorridas em toda a Europa, os Cuidados Paliativos terão uma importância crescente (Plano Nacional de Cuidados Paliativos, 2016).

Os enfermeiros firmam-se como um grupo profissional de suma importância na prestação de Cuidados Paliativos. Além disso, os profissionais de enfermagem, desde sempre, que têm por finalidade dos seus cuidados a promoção da qualidade de vida da pessoa e sua família.

As necessidades relacionam-se com a subjectividade e vastidão do conceito. No âmbito dos cuidados paliativos, prendem-se com a consolidação de conhecimentos teóricos e práticos para responder às particularidades de cada pessoa no que diz respeito à promoção e manutenção da dignidade em fim de vida.

A vulnerabilidade das pessoas constitui, igualmente, um assunto de extrema importância, sobretudo na área dos cuidados paliativos. Neste contexto a dignidade é passível de ser facilmente deteriorada, este fato relaciona-se com as perdas que uma doença terminal pode provocar. Os profissionais de saúde têm o dever de colocar a dignidade como foco de diagnóstico, instituir intervenções direccionadas e avaliar a acção das mesmas através de indicadores de saúde.

A análise dos artigos e a discussão de resultados possibilitou efetuar uma síntese das intervenções de enfermagem promotoras da dignidade da pessoa em cuidados paliativos. Por conseguinte, o objetivo inicialmente delineado foi alcançado.

A síntese realizada assume-se como uma mais-valia para a prestação de cuidados de saúde, potenciando a qualidade dos cuidados prestados. Possibilita aos profissionais uma intervenção baseada

em evidência e permite, aos mesmos, identificar de forma mais clara as intervenções promotoras da dignidade da pessoa em cuidados paliativos. No futuro, torna-se imprescindível a aposta na investigação de modo a promover o desenvolvimento

dos cuidados especializados à pessoa em cuidados paliativos. Os resultados obtidos podem, ainda, constituir uma forma de orientar medidas políticas na área da saúde voltadas para a promoção da dignidade da pessoa em cuidados paliativos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Amendoeira, J.; et al (2013). Auto cuidado gestão do regime terapêutico - Intervenção do Enfermeiro: uma revisão sistemática da literatura. *Revista da UIIPS, vol.1*
- Brown, H., Johnston, B., Ostlund, U. (2011). Identifying care actions to conserve dignity in end-of-life care. *British Journal of Community Nursing*, 16(5), 238-45. Retrieved 25 de Maio de 2016 from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21642928>
- Chochinov, H. M., Chochinov, P. (2002). *Tema: questões éticas: dignidade*
- Chochinov, H. M. (2012). *Dignity Therapy*. Oxford: Oxford University Press.
- Coenen, A., Doorenbos, A. Z., Wilson S. A. (2007) Nursing interventions to promote dignified dying in four countries. *Oncology Nursing Forum*, Vol 34, No 6
- Diário da Republica. (I Série A, n.º 57/78, de 9 de Março de 1978) Declaração Universal dos Direitos do Homem
- Doorenbos, A. Z., Abaquin, C., Perrin, M. E., Eaton L., Balabagno A. O., Rue T., Ramos, R. (2011). Supporting dignified dying in the Phipippines. *International Journal of Palliative Nursing*, Vol 17, No 3
- Estatuto da Ordem dos Enfermeiros (Aprovado pelo Decreto-lei nº 104/98 de 21 de Abril, alterado e republicado pela Lei nº 156/2015 de 16 de Setembro)
- European association for palliative care: Carta de Praga. (2014). Retrieved 25 de Maio de 2016 from <http://www.apcp.com.pt/noticias/cuidados-paliativos-um-direito-humano-carta-de-praga.html>
- Mairis ED. (1994) *Concept clarification in professional practice: dignity*. *J. Adv Nurs*
- McClement, S., Chochinov, H. M., Hack, T., Hasard, T., Kristjanson, L. J., & Harlos, M. (2007). Dignity therapy: family member perspectives. *Journal of Palliative Medicine*, 10(5), 1076-82. doi:10.1089/jpm.2007.0002
- Merriam Webster Dictionary. (2016) Definição de Dignidade. Retrieved 25 de Maio de 2016 from <http://www.merriam-webster.com/dictionary/dignity>
- Organização mundial de saúde: WHO definition of Palliative Care. (2016). Retrieved 20 de Maio 2016, from <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>
- Plano Nacional de Cuidados Paliativos - Circular Normativa nº 14. Retrived 25 de Maio 2016 from [http://www.apcp.com.pt/uploads/Plano_Nacional_CP___Circular_Normativa_\(DGS_13-7-2004\).pdf](http://www.apcp.com.pt/uploads/Plano_Nacional_CP___Circular_Normativa_(DGS_13-7-2004).pdf)
- Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (Aprovado pelo Decreto-Lei nº 161/96 de 4 de Setembro alterado pelo Decreto-lei n.º 104/98, de 21 de Abril)
- Souza M. T., Silva M. D., Carvalho R. (2010) *Revisão integrativa: o que é e como fazer?* Revista Einstein
- Yalden B.J., McCormack B.(2010) *Constructions of dignity. Apre-requisite for flourishing in the workplace?* Int J Older People Nurs

PREVALÊNCIA E DETERMINANTES DAS PERTURBAÇÕES MÚSCULO-ESQUELÉTICAS EM JOVENS

PREVALENCE AND DETERMINANTS OF MUSCULOSKELETAL DISORDERS IN YOUNG

PROFESSORA COORDENADORA DA ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DO INSTITUTO POLITÉCNICO DE VISEU
E-MAIL: rmartins.viseu@gmail.com

Rosa Martins

ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO DO CENTRO DE SAÚDE DE MANGUALDE

Artur Almeida

PROFESSORA ADJUNTA DA ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DO INSTITUTO POLITÉCNICO DE VISEU

Ana Andrade

PROFESSORA ADJUNTA DA ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DO INSTITUTO POLITÉCNICO DE VISEU

Helena Moreira

RESUMO

As perturbações músculo-esqueléticas nos jovens têm aumentado na última década para níveis bastante preocupantes, com tendência para a cronicidade e manutenção na idade adulta, o que representa um problema grave de saúde pública.

Objetivos:

Identificar a prevalência das perturbações músculo-esqueléticas em jovens e analisar a sua correlação com as variáveis sociodemográficas, circunstanciais e antropométricas.

Método:

Trata-se de um estudo não experimental, transversal, descritivo-correlacional e de carácter quantitativo, que envolveu 137 jovens de três escolas do

INTRODUÇÃO

A adolescência é uma fase da vida que corresponde à transição psicossocial da infância para idade adulta, vinculada com a transformação física da puberdade. É um processo de desenvolvimento altamente variável e culturalmente definido (Onofrio, Rombaldi & Silva, 2012). Trata-se de um período de transições e transformações físicas, cognitivas, sociais e emocionais e o seu início dá-se com a puberdade, uma corrente de eventos biológicos que levam à maturação sexual. As complexas alterações hormonais ocorrem gradualmente e a secreção da hormona de crescimento e tiroxina aumentam, levando a um enorme crescimento corporal e maturação esquelética. Esta ocorrência é designada por estirão de crescimento, cujo pico se verifica seis a doze meses após a menarca no caso das raparigas, geralmente mais cedo que os rapazes, cujo pico de crescimento se verifica mais tardiamente, porém de uma forma mais intensa.

Estas transformações que ocorrem na adolescência, são um salto evolucionar sem paralelo na filogenia humana e as suas repercussões são, atualmente, mais conhecidas. Entre estas repercussões estão as perturbações músculo-esqueléticas (PME) em crianças e adolescentes em idade escolar, sendo cada vez mais frequentes e comuns. De facto, tem-se verificado um aumento da sua prevalência, sobretudo na última década, para níveis preocupantes, exigindo uma atenção cuidada por parte dos investigadores e dos profissionais de saúde (Araújo & Carnide, 2011; Bogas & Festas, 2012; Cruz & Nunes, 2012).

Para Paiva, Marques e Paiva (2009), a perturbação músculo-esquelética do adolescente corresponde à “presença de mau estar, dor ou desconforto”. Trata-se de uma entidade nosológica que afeta músculos, nervos, discos intervertebrais, articulações, cartilagens, tendões e ligamentos, manifestando-se de forma pontual, sistemática ou crónica. A sua etiologia pode ser genética ou adquirida, porém condiciona de forma mais ou menos significativa as tarefas de vida diária.

Estudos epidemiológicos realizados em adolescentes, sugerem que a prevalência e a incidência têm aumentado significativamente nos últimos anos, sobretudo nos países desenvolvidos. Estas podem evoluir para a cronicidade com repercussões graves na idade adulta, o que representa uma carga para a saúde pública quer pelos seus custos diretos quer pelos seus custos indiretos (Bogas & Festas, 2012, Jannini & Silva, 2011). De facto, como podemos perceber, estas perturbações podem predizer o desenvolvimento futuro dos indivíduos, desde as condições crónicas incapacitantes até à perda económica na idade adulta (Fernandes & Festas, 2010).

A importância atribuída ao tema nos últimos anos tem sido tão destacada, que a European Commission Research Directorate General aprovou um programa para o desenvolvimento de linhas condutoras para a Europa na gestão dessas perturbações, nomeadamente da dor lombar, apelidado “Cost Action B 13” (Vidal & Ribeiro, 2009). O programa da comissão visa estimular e coordenar a colaboração europeia no campo da pesquisa científica e técnica, com o objetivo de estabelecer redes de pesquisa entre os investigadores através de todo o espaço europeu. Trata-se de um programa que é constituído por vários grupos de trabalho (Work Groups – WG), sendo o WG 3 o grupo responsável pela prevenção da perturbação músculo-esquelética entre a população escolar.

As conclusões dos vários estudos já desenvolvidos sobre esta temática, nem sempre são consensuais, dado apresentarem algumas diferenças que se manifestam sobretudo aos níveis concetuais das perturbações músculo-esqueléticas, aos níveis da prevalência, da localização e manutenção no tempo. As causas estão fundamentalmente associadas à

distrito de Viseu. O estudo foi realizado com recurso a um questionário que integra variáveis sociodemográficas, antropométricas, circunstanciais, um “questionário da atividade física” para avaliar a prática de atividade física e o “Questionário Nórdico Músculo-Esquelético” para avaliar as perturbações músculo-esqueléticas.

Resultados:

Os dados mostram que 41,6% dos adolescentes/jovens não apresentam qualquer perturbação músculo-esquelética nos últimos 12 meses, porém, em 58,4% esta está presente, localizando-se sobretudo nas pernas/joelhos (47,4%), coluna dorsal (37,2%), coluna lombar (35,8%), coluna cervical (35,0%) e ombros (34,3%). Observa-se ainda que as perturbações músculo-esqueléticas são mais prevalentes nas raparigas, nos adolescentes com altura superior a 1,59 m e pertencentes a classes socioeconómicas mais baixas. Também os que usam a mochila apenas sobre um ombro, que vêem televisão por períodos superiores a 10 horas semanais e igual tempo a jogar jogos de vídeo/computador apresentam maiores perturbações.

Conclusão:

O nosso estudo reforça a ideia que as perturbações músculo-esqueléticas nos adolescentes e jovens é elevada, têm origem dinâmica, multifacetada e multidimensional, tornando-se imperativa a implementação de intervenções de reabilitação e readaptação promotoras de um funcionamento músculo-esquelético otimizado.

PALAVRAS-CHAVE:

ADOLESCENTES, JOVENS, PERTURBAÇÕES MÚSCULO-ESQUELÉTICAS, DOR, ESCOLA.

ABSTRACT

Musculoskeletal disorders in young, have increased in the last decade to truly alarming levels, with a tendency to chronicity and maintenance in adulthood, which is a serious public health problem.

ampla variabilidade cultural, linguística, metodológica e até experimental (Araújo & Carnide, 2011; Onófrío, Rombaldi e Silva, 2012).

Sabemos que as causas específicas das PME estão relacionadas com condições nosológicas como doenças congénitas, degenerativas, traumáticas, inflamatórias, infecciosas, neoplásicas, reumáticas, psicogénicas ou metabólicas, mas são os fatores inespecíficos que, do ponto de vista epidemiológico, mais explicam a origem dessa sintomatologia entre os adolescentes (Vidal & Ribeiro, 2009). Por exemplo, a idade com as suas variações ao nível psicológico, fisiológico, social e comportamental constitui-se como fator de grande importância e influente nas transformações percebidas pelos jovens no decorrer do seu desenvolvimento. São relevantes as alterações ao nível da estatura, dimensões corporais e maturação sexual. Durante um período de aproximadamente 2 anos os adolescentes tornam-se desproporcionados (tronco curto e membros longos) e apresentam hipotonia generalizada pois os músculos não conseguem acompanhar o crescimento do esqueleto. Na faixa etária dos 12 aos 14 anos ocorre um rápido crescimento e maturação óssea, o que provoca maior stress nas estruturas ósseas e músculo-tendinosas, é o chamado estirão de crescimento (Auvinen, 2010; Moreira, Festas & Lourenço, 2010).

Cruz & Nunes (2012) dizem-nos (após vários estudos de revisão sistemática) que o fator de risco com maior impacto na prevalência de perturbações músculo-esqueléticas a nível dorsal é o género. Nesses estudos é confirmado que o género feminino apresenta maior prevalência e maior risco de queixas do que o género masculino. O estado ponderal (peso e altura) têm sido fatores também apontados, uma vez que representam cargas mecânicas intrínsecas com aumento da intensidade do stress induzido nos músculos, ossos e articulações, aumentando a probabilidade de lesões nestas estruturas. Os resultados do estudo levado a cabo por Wouters, Albertini & Villaberde (2012) mostraram que os adolescentes e jovens com IMC acima do ideal apresentam, frequentemente, índices maiores de alterações posturais de vários segmentos, com anteriorização da cabeça, hiperlordose e retificação da coluna cervical, hipercifose e re-

Objectives:

To identify the prevalence of musculoskeletal disorders in young and analyze their correlation with sociodemographic, circumstantial and anthropometric variables.

Method:

This is a non-experimental, cross-sectional, descriptive-correlational and quantitative character study, which involved 137 young from three schools in the district of Viseu. The study was conducted using a questionnaire that includes sociodemographic, anthropometric and circumstantial variables, a “Physical Activity Questionnaire” to assess the physical activity and the “Nordic Musculoskeletal Questionnaire” to assess musculoskeletal disorders.

Results:

The data show that 41,6% of young presents no musculoskeletal disorder in the last 12 months, but in 58,4% it is present, being located mainly in the legs / knees (47,4%), dorsal column (37,2%), lumbar (35,8%), cervical (35,0%) and shoulders (34,3%). We observe that musculoskeletal disorders are more prevalent among girls, adolescents taller than 1,59 m and belonging to lower socio-economic classes. Also those using the backpack over one shoulder only, who see television for longer than 10 hours per week and the same time playing video games / computer present major disruption.

Conclusion:

Our study reinforces the idea that musculoskeletal disorders in young is high, it has dynamic, multifaceted and multidimensional origin, making it imperative to implement rehabilitation interventions and promoting rehabilitation of an optimized musculoskeletal functioning.

KEYWORDS:

YOUNG, ADOLESCENTS, DISORDERS, MUSCULOSKELETAL, PAIN, SCHOOL.

tificação da coluna dorsal, hiperlordose da coluna lombar, genu varo, calcâneo varo e pé pronado. Por sua vez, os adolescentes com IMC abaixo do desejável apresentam altos índices de anteriorização da cabeça, escoliose dorsal e retração dos isquiotibiais. As condições sociais e económicas adversas têm sido também associadas a uma saúde física precária, em virtude da falta de recursos psicológicos e sociais ampliar a predisposição à adoção de estilos de vida não saudáveis e ampliar a exposição a fatores de risco com consequentes resultados deletérios sobre a saúde. Um outro fator largamente apontado nas PME é o uso inadequado das mochilas, pois transportam cargas excessivas e de forma ineficiente, o que submete o adolescente a incalculáveis e sérios desvios posturais. O seu transporte em ambos os ombros é fundamental para os adolescentes e jovens, pois o peso fica mais bem distribuído, promovendo assim uma postura mais simétrica, reduzindo a pressão nos ombros e no tórax. Araújo & Carnide (2011) aconselham como limite seguro de carga nos adolescentes pesos que não excedam 10% do peso corporal.

Contrariamente às variáveis anteriores, as evidências do impacto da atividade física sobre as perturbações músculo-esqueléticas nos adolescentes têm gerado muita polémica: de facto, se a falta de atividade física é responsável pelo surgimento de perturbações numa fase precoce da vida, o seu excesso é igualmente prejudicial, embora, ao avaliar a atividade física com acelerómetro essa associação não se verifique. Para Vidal & Ribeiro (2009), a inatividade física provoca diminuição da força muscular, redução do conteúdo mineral ósseo, redução da flexibilidade e falta de coordenação, contudo quando levada a certos limites, solicitando ao máximo músculos e tendões, ossos e articulações, a prática de atividade física pode atuar como agente patológico sobre o aparelho locomotor.

A exposição dos adolescentes e jovens às tecnologias da informação tem aumentado no ambiente educacional, de lazer e familiar, sendo um fenómeno crescente no mundo em todas as classes socioeconómicas. Os benefícios do uso destas tecnologias são evidentes: maior acesso à informação de qualidade, possibilidade e troca de informação entre indivíduos e comunidades distantes, melho-

ria da habilidade cognitiva e até mesmo a disponibilização de atividades de lazer nas regiões urbanas. Não obstante, o uso desregrado e abusivo é um fator que contribui para o sedentarismo e para alterações posturais (em parte devido à ausência de mobiliário adequado na escola e em casa). A esse respeito, Onofrio *et al* (2012) exemplificam que as exigências ergonómicas do uso do computador provavelmente são maiores em casa, onde os computadores são usados por toda a família e a colocação (altura da mesa e cadeira) é a mesma para adolescentes e adultos. Os adolescentes sentam-se sem apoio, com os pés pendurados, com o pescoço fletido para ver o monitor durante largos períodos de tempo e, em consequência, apresentam cifose torácica, retificação da lordose lombar, fraqueza dos músculos abdominais e/ou rigidez dos músculos posteriores da perna. De facto, ao relacionarmos o ambiente escolar com a postura, observa-se que as dificuldades vão desde a ergonomia, à disposição e proporções inadequadas do mobiliário, as quais provavelmente serão responsáveis pela manutenção, aquisição ou agravamento de hábitos posturais inapropriados. O hábito de se manterem em postura errada na escola, por inadequação dos móveis na fase de crescimento, pode resultar em alterações estruturais do esqueleto, sobrecarga de articulações, tendões, ligamentos e músculos, provocando deformidades músculo-esqueléticas (Wouters *et al*, 2012).

Os factores referidos anteriormente serão alguns dos agentes causais das PME nos adolescentes e jovens, porém muitos outros poderão estar também associados. O desejável será a prevenção primária, através de intervenções educacionais precoces, mas para isso torna-se fundamental conhecer a prevalência deste tipo de perturbações, bem como os fatores que lhe estão associados, no contexto sociocultural de cada grupo.

METODOLOGIA

Tendo em conta a magnitude do problema, a sua transcendência, a vulnerabilidade causal e o nosso interesse em aprofundar esta problemática, optámos por um estudo quantitativo, não experimental, transversal e descritivo-correlacional alicerçado na seguinte questão de investigação: *Qual*

a influência das variáveis sociodemográficas, antropométricas e circunstanciais sobre as perturbações músculo-esqueléticas dos adolescentes/jovens? Com o intuito de responder à questão de investigação, definimos como objetivos do estudo: Identificar perturbações músculo-esqueléticas nos adolescentes/jovens e determinar a relação existente entre estas e as variáveis sociodemográficas, antropométricas e circunstanciais.

A amostra utilizada é do tipo não probabilístico por conveniência, constituída por 137 adolescentes/jovens do Agrupamento de Escolas da zona Centro do País. Os critérios de elegibilidade adotados foram: adolescentes/jovens (com idades compreendidas entre os 10 e 19 anos de idade) a frequentar níveis de ensino entre o 5.º e o 12.º ano de escolaridade. Foram ainda excluídos, os jovens com perturbações músculo-esqueléticas secundárias a doenças do colagénio, infecciosas, onco-hematológicas, genéticas, endócrinas (como doenças da tiroide ou diabetes mellitus), traumáticas recentes e portadores de plégias ou parésias.

Como Instrumento de colheita de dados (ICD) foi utilizado um questionário, constituído por 4 secções. A primeira integra dados de cariz sociodemográfico; a segunda contextualiza variáveis circunstanciais (peso e uso da mochila, tempo gasto por semana a ver televisão, a jogar e a utilizar o computador, a disposição habitual das mesas e cadeiras de sala de aula...); a terceira avalia dados antropométricos (peso e altura, segundo a *International Obesity Task Force*) e a quarta e última secção integra o Questionário Nórdico Músculo-esquelético validado e adaptado cultural e linguisticamente para Portugal, por Mesquita, Ribeiro & Moreira em 2010. O ICD integra vinte e cinco questões de resposta dicotómica (sim/ não) e possui três perguntas correlacionando nove regiões anatómicas, identificadas com a ajuda de uma figura humana vista pela região posterior. As questões estão relacionadas com cada área anatómica, avaliando se o inquirido manifestou perturbações nos últimos 12 meses e se ocorreram nesse período implicações no seu dia-a-dia. Integra ainda uma escala numérica da dor, para cada uma das áreas anatómicas, classificada num continuum entre 0 (sem dor) e 10 (dor máxima) para avaliar as pertur-

bações. A colheita de dados foi efetuada nos meses de maio, junho e julho de 2014, durante as aulas de educação física.

Todos os procedimentos foram efetuados segundo uma rigorosa conduta ética, garantindo-se o anonimato e confidencialidade dos dados recolhidos. O tratamento estatístico da presente investigação foi efectuado através do programa *Statiscal Package Social Science versão 20.0 para o Windows e Word Microsoft*, e foi processado utilizando estatística descritiva e estatística inferencial.

RESULTADOS

Quanto às características sociodemográficas da amostra, verificámos que possuem idades que oscilam entre os 10 (min.) e 19 (max.) anos; a maioria dos adolescentes/jovens tem idades compreendidas entre os 10 e os 14 anos (55,7%) uma média idades de 14,16 pertencendo 51,0% ao género feminino e 49,0% ao masculino. Habitam maioritariamente (53,3%) em áreas rurais e pertencem a classes socioeconómicas intermédias (37,3%).

Quanto ao estado ponderal verificámos que em média os participantes pesavam 54,26 Kg, mediam 1,59 m de altura e a maior parte (na amostra total) eram eutróficos (73,7%) sendo no grupo dos rapazes 77,6% e nas raparigas 70,0%. O excesso de peso está associado ao género feminino ($x^2=7,211$; $p=0,027$), sendo as diferenças estatísticas significativas.

Relativamente ao uso das mochilas, 70,1% usa-a sobre os dois ombros, contudo são as raparigas que escolhem transportar a mochila sobre um ombro ($x^2=9,029$; $p=0,003$). Para além disso, normalmente o género feminino transporta um peso relativo da mochila entre 10% e 15% do seu peso corporal ($x^2=11,827$; $p=0,003$).

A maioria dos inquiridos realiza atividade física regularmente a um nível médio a elevado (38,0% e 35,8%, respetivamente), embora sejam os elementos do sexo masculino aqueles que a desenvolvem de uma forma mais elevada ($x^2=6,857$; $p=0,032$). A intensidade da atividade física praticada distribui-se entre valores médios e baixos (35,8% e 34,3%, respetivamente), situando-se o maior valor percentual nos adolescentes/jovens do género feminino que desenvolviam atividade física com

intensidade média (40,0%), contudo as diferenças não são significativas ($p < 0,005$).

Em média dedicam 10,2 horas semanais a ver televisão, sendo as raparigas as maiores consumidoras, contudo as diferenças estatísticas não são significativas ($t=1,094$; $p=0,277$). O tempo encontrado no uso das novas tecnologias pelos nossos adolescentes oscila entre 0h e 52h por semana correspondendo a uma média de 16,92 h a jogar jogos de vídeo e 18,55 h a utilizar o computador. Apesar dos valores médios diferirem entre rapazes e raparigas as diferenças estatísticas não são significativas ($p=0,679$).

Considerando a prevalência das perturbações músculo-esqueléticas nos últimos 12 meses, constatamos (cf. tabela 1) que 41,7% não apresentam

10 (dor máxima) para cada uma das oito regiões anatómicas.

CONCLUSÕES

Concluimos que os sintomas músculo-esqueléticos, em adolescentes/jovens em idade escolar, parecem constituir um problema crescente e complexo, o que de alguma forma pode ser explicado pela natureza multifatorial dos fatores de risco associados e à relação existente entre si. Assim, alicerçados nos objetivos inicialmente definidos neste processo investigativo e considerando-os eixos orientadores desta pesquisa, destacamos as seguintes conclusões:

O perfil sociodemográfico da amostra caracteriza-se por ter uma distribuição equilibrada entre ra-

TABELA 1

Prevalência das PME por região anatómica nos últimos 12 meses

NÚMERO DE REGIÕES ANATÓMICAS	MASCULINO		FEMININO		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%
SEM PERTURBAÇÕES	33	49,2	24	34,3	57	41,7
UMA REGIÃO ANATÓMICA	9	13,4	13	18,5	22	16,0
DUAS REGIÕES ANATÓMICAS	12	17,9	12	17,2	24	17,6
TRÊS REGIÕES ANATÓMICAS	9	13,5	5	7,1	14	10,3
QUATRO REGIÕES ANATÓMICAS	1	1,5	7	10,0	8	5,8
CINCO REGIÕES ANATÓMICAS	2	3,0	3	4,2	5	3,6
SEIS REGIÕES ANATÓMICAS	-	-	4	5,7	4	2,9
SETE REGIÕES ANATÓMICAS	-	-	1	1,5	1	0,7
OITO REGIÕES ANATÓMICAS	1	1,5	1	1,5	2	1,4
TOTAL	67	100,0	70	100,0	137	100,0

qualquer perturbação, porém, um número considerável destes (58,3%) refere-as efetivamente, estando estas localizadas em diferentes regiões anatómicas num leque que oscila entre uma a oito regiões. O maior grupo percentual (49,7%) localiza as perturbações entre uma e 4 regiões.

Verificámos ainda que as PME mais referidas se localizam (em respostas múltiplas) nas pernas/joelhos (47,4%), na coluna dorsal (37,2%), na coluna lombar (35,8%), na coluna cervical (35,0%) e nos ombros (34,3%).

A intensidade da dor referida pela maioria (87,5%) dos adolescentes é baixa, uma vez que oscilou entre 0 e 3 pontos (numa escala numérica para avaliar a dor compreendida entre 0 (sem dor) e

parigas e rapazes (51,0%, 49,0%, respetivamente) com uma média de idades de 14,16 anos, a habitar maioritariamente em meio rural e pertencentes a famílias de classes sociais intermédias.

Pesam em média 54,26 Kg, medem 1,59 m de altura e a maior parte são eutróficos (73,7%). Praticam atividade física regularmente, com média frequência e baixa intensidade, sendo a frequência mais elevada nos rapazes (77,6%) e a baixa intensidade nas raparigas (70,0%).

Embora o uso da mochila sobre os dois ombros seja uma prática da maioria dos adolescentes/jovens, existe uma tendência preferencial das raparigas pelo uso num só ombro. A utilização das novas tecnologias está muito presente neste gru-

po de adolescentes/jovens, uma vez que a maioria depende semanalmente uma média de 10,02 h a ver televisão 16,92 h a jogar jogos de vídeo e 18,55 h a utilizar o computador.

A prevalência das PME nos adolescentes/jovens é de facto elevada (58,3%) sendo mais elevada nas raparigas que nos rapazes; localizam-se sobretudo e por ordem decrescente nas pernas/joelhos (47,4%), na coluna dorsal (37,2%), na coluna lombar (35,8%), na coluna cervical (35,0%) e nos ombros (34,3%), contudo a dor sentida é de baixa intensidade.

Verificámos também que aqueles que usam a mochila apenas sobre um ombro, registam prevalências maiores de perturbações músculo-esqueléticas sobretudo aos níveis da coluna dorsal e lombar, enquanto os que despendem mais do que 10 h semanais a ver televisão, a jogar vídeos e a utilizar o computador apresentam PME mais elevadas na coluna cervical, torácica e lombar, sendo

as diferenças estatísticas significativas ($p < 0,005$). Contrariamente, a idade, o estado ponderal, a área de residência, o peso relativo da mochila, o nível, a intensidade e a frequência da atividade física não apresentam correlação com as perturbações músculo-esqueléticas analisadas.

Em síntese final, corroboramos outros autores ao afirmarem que as perturbações músculo-esqueléticas têm uma origem dinâmica, multifacetada e multidimensional pois se por um lado existem fatores que assumem particular importância por concorrerem diretamente para a ocorrência destas manifestações (como os de origem mecânica), outros influenciam indiretamente, sobretudo os de origem social, cultural e organizacional.

A título sugestivo parece-nos que seria interessante avaliar a associação de fatores de risco não contemplados neste estudo, como sejam fatores psicológicos (autoconceito e depressão), tabagismo e qualidade/quantidade de sono.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Araújo, J. A. A. Carnide, M. F. C. (2011). Efeito do transporte de mochilas na ocorrência de sintomas músculo-esqueléticos na coluna lombar e membros inferiores em adolescentes com diferentes níveis de maturação. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Motricidade Humana-Universidade Técnica de Lisboa, Portugal. Acedido em junho 4, 2013 em https://www.repository.utl.pt/bitstream/10400.5/3664/1/Tese_Mestrado_Ergonomia_Jose_araujo_2011_Rev1.pdf
2. Auvinen, J. (2010). Neck, shoulder and low back pain in adolescence. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Medicina - Universidade de Oulu, Finlândia. Juvenes Print. ISBN: 978-951-42-6166-4. Acedido em junho 4, 2013 em <http://herkules.oulu.fi/isbn9789514261664/isbn9789514261664.pdf>
3. Bogas, R. & Festas, C. (2012). Dor lombar em crianças e adolescentes, estudo de prevalência. Acedido em 11, janeiro, 2013 em <http://bdigital.ufp.pt/handle/10284/3187>
4. Cruz, A., & Nunes, H. (2012). Prevalência e fatores de risco de dores nas costas em adolescentes: uma revisão sistemática da literatura. Revista de Enfermagem Referência, III série 6, Coimbra, Portugal, 131-146. Acedido em 4, junho, 2013 em <http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/pdf/ref/vserIIIIn6/serIIIIn6ai3.pdf>
5. Fernandes, R. N., Festas, C. (2010). Prevalência e incidência da dor nas crianças e nos pré-adolescentes. Revista da Faculdade de Ciências e Tecnologia, 7, (Universidade Fernando Pessoa), Porto, Portugal, 20-30. ISBN: 1646-0499. Acedido em 11, janeiro, 2013 em bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/3034/3/380-389.pdf
6. Jannini, S. N., & Silva, C. A. (2011). Dor, lesões e síndromes músculo-esqueléticas em adolescentes obesos versus eutróficos e sua relação com o uso de computadores e videogames. Dissertação de Mestrado publicada, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, Programa de Pediatria, São Paulo. Acedido em, junho 4, 2013 em <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5141/tde-01082011-160907/es.php>
7. Mesquita, C. C., Ribeiro, J. C., Moreira, P. (2010). Portuguese version of the Standardize Musculoskeletal Questionnaire: cross cultural and reliability. Journal of Public Health, 18 (5), 461-466. doi: 10.1007/s10389-010-0331-0
8. Moreira, D., Festas, C., & Lourenço, M. (2010). Associação entre a dor músculo-esquelética e o uso de mochilas em crianças de idade escolar. Revista da Faculdade de Ciências da Saúde, 7, (Universidade Fernando Pessoa) Porto, Portugal, 368-379. ISSN: 1645-0499. Acedido em 4, junho, 2013 em <http://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/3035/3/368-379.pdf>
9. Onofrio, A. C., Rombaldi, A. J., & Silva, M. C. (2012). Dor lombar aguda em adolescentes do ensino médio de uma cidade do sul do Brasil: Prevalência e fatores associados. Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Educação Física - Universidade Federal de Pelotas, Brasil. Acedido em junho 4, 2013 em <http://esef.ufpel.edu.br/ppgef/dissertacoes/2010/Antonio%20Carlos%20Onofrio.pdf>
10. Paiva, F. M. M. C., Marques, A. A. G., & Paiva, L. A. R. (2009). Prevalência as perturbações músculo-esqueléticas vertebrais na adolescência. Revista Referência, II série 11, Coimbra, Portugal, 93-104. Acedido em 10, janeiro, 2013 em https://www.esenfc.pt/v02/pa/conteudos/downloadArtigo.php?id_ficheiro=285&codigo=
11. Vidal, A. R. C., & Ribeiro, J. C. R. D. (2009). Dor lombar inespecífica em alunos adolescentes em função do género, idade e nível de atividade física. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Desporto - Universidade do Porto, Portugal. Acedido em junho 4, 2013 em <http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/19086/2/9183.pdf>
12. Wouters, F., Albertini, R., & Villaberde, A. G. B. (2012). Avaliação postural em escolares de 12 a 14 anos de idade da cidade de Xaxim, SC. Dissertação de Mestrado, Universidade do Vale do Paraíba, São José dos Campos, Brasil. Acedido em junho 4, 2013 em <http://biblioteca.univap.br/dados/000002/000002AC.pdf>

VISITA PRÉ-OPERATÓRIA DE ENFERMAGEM: IMPORTÂNCIA DA SUA IMPLEMENTAÇÃO¹

PRE-OPERATIVE NURSING VISIT: THE IMPORTANCE OF ITS IMPLEMENTATION

ENFERMEIRA NO BLOCO OPERATÓRIO DO CENTRO HOSPITALAR TRÁS-OS-MONTES E ALTO DOURO, EPE – UNIDADE HOSPITALAR DE VILA REAL
E-MAIL: piresmarta.mp@gmail.com

Marta Alexandra Gomes Pires

PROFESSORA CONVIDADA NO INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE – PORTO, UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA.
E-MAIL: ameliarego52@gmail.com

Amélia Rego

RESUMO

A visita pré-operatória de enfermagem consiste na primeira etapa da assistência de enfermagem perioperatória. É uma atividade realizada pelo enfermeiro perioperatório, de forma autónoma, sendo um momento muito importante de interação com o utente/família, antecipando o seu acolhimento na sala de operações, num processo contínuo e dinâmico, propício ao desenvolvimento de uma relação de ajuda, sendo benéfico no planeamento dos cuidados de enfermagem. Estudos realizados em hospitais, onde já está implementada, demonstraram a sua eficácia e a melhoria da qualidade dos cuidados prestados, com níveis elevados de satisfação tanto para os utentes como para os enfermeiros, pois facilita a elaboração de um plano de cuidados individualizado.

Assim, foi realizada pesquisa bibliográfica sobre a importância da visita pré-operatória de enfermagem, com o propósito de

INTRODUÇÃO

Vivemos numa sociedade que cada vez se preocupa mais com a qualidade. Na saúde esta preocupação está presente nos cuidados prestados, o que não é exceção, no Bloco Operatório (BO), em que os enfermeiros se preocupam cada vez mais em prestar cuidados com qualidade ao utente/família.

Foi neste sentido que se começaram a implementar atividades, como a visita pré-operatória realizada pelo enfermeiro perioperatório que, de acordo com a Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses (AESOP) (2006, p.122), “representa, numa perspetiva de continuidade, o primeiro elo da cadeia do processo dos cuidados perioperatórios”. É um momento decisivo para o planeamento das atividades a desenvolver, que tem como premissa a elaboração de um processo de individualização e humanização dos cuidados, prestando apoio psicológico ao utente, ajudando-o a lidar com os seus medos e receios, preparando-o para uma experiência cirúrgica mais segura (Ramos, et al, 2003)

VISITA PRÉ-OPERATÓRIA DE ENFERMAGEM

Na perspetiva de Lourenço (2004, p. 26), a visita pré-operatória visa “globalmente tranquilizar o utente na procura de uma melhoria do seu bem-estar, num ambiente novo e hostil (...) e tem uma eficácia objetiva sobre o excesso de stress do futuro operado”. Esse stress varia de acordo com a personalidade de cada indivíduo e pode estar relacionado com a própria cirurgia, com a anestesia e mesmo com

¹ Artigo elaborado com base no trabalho desenvolvido no estágio, módulo III “Opção”, no âmbito do I Curso de Mestrado em Enfermagem, Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, no Instituto de Ciências da Saúde – Viseu, Universidade Católica Portuguesa.

a hospitalização. O stress e a ansiedade do utente podem ser diminuídos se ele puder expressar as suas preocupações e se compreender os procedimentos que vão ocorrer durante o período perioperatório.

É neste sentido que, na véspera da cirurgia, deve ser realizada, sempre que possível, a educação pré-operatória, por parte do enfermeiro de anestesia, de modo a transmitir ao utente/família uma sensação de acolhimento e proteção, preparando-o para a cirurgia. Esta preparação deve ser efetuada no contexto de uma relação de ajuda, pois favorece a criação de um clima de compreensão, no sentido de ajudar o outro a enfrentar os seus problemas e a compreendê-los mais profundamente, favorecendo o seu crescimento, o seu desenvolvimento e a capacidade de enfrentar as adversidades da vida (Phaneuf, 2005). Além disso, permite o esclarecimento de dúvidas, informando-o sobre os procedimentos a que vai ser sujeito, promovendo um clima de segurança (Cambolas, et al 2006).

Para além de ajudar a diminuir a ansiedade do utente e prepará-lo para a cirurgia, os objetivos do ensino no pré-operatório visam: (I) respeitar a individualidade do utente e proteger os seus direitos; (II) promover um relacionamento empático entre o utente e o enfermeiro do BO; (III) proporcionar apoio bio-psico-social ao utente e família; (IV) familiarizar o utente com a equipa multidisciplinar e com o ambiente do BO; (V) avaliar as perceções, expectativas e conhecimentos do utente face ao procedimento cirúrgico a que vai ser submetido; (VI) permitir que o enfermeiro conheça os antecedentes pessoais do utente, bem como as suas necessidades; (VII) fornecer informação sobre os procedimentos inerentes à preparação pré-operatória e verificar a sua compreensão; (VIII) operacionalizar o processo de enfermagem, garantindo a continuidade dos cuidados; (IX) promover a articulação entre o enfermeiro do BO e o enfermeiro do internamento; e (X) aumentar o nível de satisfação dos enfermeiros do BO.

EFICÁCIA DA VISITA PRÉ-OPERATÓRIA

Apesar das vantagens já enunciadas, a visita pré-operatória de enfermagem ainda não é uma reali-

conhecer os objetivos, os princípios e a eficácia da educação pré-operatória, bem como o modo como ela pode ser implementada.

Perante a evidência da importância da visita pré-operatória de enfermagem, tanto para os utentes como para os enfermeiros, foi elaborada uma proposta de implementação da visita pré-operatória de enfermagem num hospital da zona Norte, com o objetivo de sensibilizar os colaboradores para a importância deste projeto.

PALAVRAS-CHAVE:

VISITA DE ENFERMAGEM PRÉ-OPERATÓRIA, ENFERMEIRO PERIOPERATÓRIO, CUIDADOS PERIOPERATÓRIOS, PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS OPERATÓRIOS, ANSIEDADE, ENSINOS PRÉ-OPERATÓRIOS.

ABSTRACT

Nursing preoperative visit is the first step of the perioperative nursing care. It's an activity undertaken by the perioperative nurse, independently, being a very important moment of interaction with the patient/family, anticipating its reception in the operation room, in a continuous and dynamic process, enabling the development of an aid relationship, and beneficial in the planning of nursing care.

Studies conducted in hospitals where it is already implemented, have proven their effectiveness and improving the quality of care, with high levels of satisfaction for both the users and for nurses as it facilitates the development of an individualized care plan.

Thus, a bibliographic research was carried out on the importance of the preoperative nursing visit, in order to know the objectives, principles and efficacy of preoperative education, as well as the way in which it can be implemented.

Given the evidence of the importance of the preoperative nursing visit, both for the users and for the nurses, a proposal was made to implement the preoperative nursing visit in a hospital in the North area, with the aim of sensitizing employees to the importance of this project.

KEYWORDS:

PREOPERATIVE NURSING VISIT, PERIOPERATIVE NURSE, PERIOPERATIVE CARE, OPERATIVE SURGICAL PROCEDURES, ANXIETY, PREOPERATIVE TEACHING.

dade na generalidade dos nossos hospitais, justificada por razões de ordem económica e de gestão dos elementos de enfermagem que, de algum modo, são compreensíveis. A questão que se coloca é: “Será que o utente beneficia com a visita de enfermagem pré-operatória?” Foi com o objetivo de responder a esta questão que alguns dos hospitais, onde a visita já foi implementada, realizaram estudos que demonstraram a sua eficácia na melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

No Hospital Pulido Valente, a visita pré-operatória foi implementada em Junho de 1992 e até Outubro de 1996 foram efetuadas 1223 visitas. Após um tempo de reflexão, foi realizado um pequeno estudo para avaliar a satisfação dos profissionais e dos utentes. Dos enfermeiros, 89% consideraram que a visita era muito importante e que contribuía para a melhoria da qualidade dos cuidados. Em relação aos utentes, foi realizado um estudo com uma amostra de 115 indivíduos (visitados entre Junho de 1992 e Junho de 1994), através do qual se concluiu que 60% aceitavam bem a visita pré-operatória, 28% muito bem e 2% manifestaram indiferença. Além disso, 46% referiram ficar mais calmos e confiantes após a visita e apenas 7% referiram que esta não tinha qualquer interferência no seu estado (Santos & Peixoto, 1998).

Neste mesmo hospital, entre 23 de Fevereiro e 14 de Março de 1995, foi realizado um estudo utilizando 24 utentes submetidos a visita pré-operatória (grupo experimental) e 25 utentes que não tiveram visita (grupo de controlo). A colheita de dados foi realizada 24 horas antes da cirurgia (com a aplicação de um formulário ao grupo experimental), no acolhimento à chegada ao BO (avaliado o grau de ansiedade de ambos os grupos) e 24 horas após a cirurgia. Comparando os dois grupos, concluíram que os utentes do grupo de controlo apresentavam graus de ansiedade mais elevados do que os do grupo experimental (Peixoto & Cândido, 1997). Entre Janeiro e Abril de 2000 foi realizado um estudo no Centro Hospitalar Póvoa de Varzim - Vila do Conde - Unidade da Póvoa de Varzim, a uma amostra de 20% dos 494 utentes submetidos a cirurgia programada (dos quais 94% receberam visita pré-operatória). De 69% dos utentes contacta-

dos, 76% consideraram que a visita pré-operatória de enfermagem os tornava mais confiantes em relação à anestesia e à cirurgia, e 77% consideraram que a visita deveria continuar (Ramos et al, 2003) Entre Março de 2009 e Janeiro de 2011, foi realizado um estudo no Hospital S. Teotónio - Viseu, tendo sido efetuadas 107 entrevistas aleatórias, a doentes intervencionados em 4 serviços deste hospital, que se encontravam entre o 1º e o 3º mês do pós-operatório. Foram realizadas 1205 visitas pré-operatórias durante o período de estudo, o que correspondeu a 51,1% dos doentes intervencionados pelos serviços envolvidos. Dos inquiridos, 68% consideraram a visita pré-operatória muito útil e 32% consideraram-na útil, justificado pelo facto de lhes ter proporcionado mais informação (81,8%), terem ficado mais tranquilos (61,4%), terem ficado mais confiantes (52,3%) e terem esclarecido as dúvidas (24,2%). Deste estudo, ressaltou também a importância que 78,4% dos doentes deu ao facto de lhes ter sido entregue um folheto informativo e da visita ter sido realizada por um enfermeiro do BO (90,7). De salientar ainda, que 92% dos doentes manifestaram vontade de voltar a receber visita pré-operatória, caso necessitem de nova intervenção cirúrgica (Melo et al, 2013)

METODOLOGIA

Metodologicamente, o presente artigo identifica-se como um estudo de opinião, descritivo e com base, preponderantemente, na consulta de referências e no relato de experiência pessoal e profissional.

IMPLEMENTAÇÃO DA VISITA PRÉ-OPERATÓRIA DE ENFERMAGEM

A implementação da visita pré-operatória de enfermagem implica um grande envolvimento por parte de várias autoridades do hospital. Em primeiro lugar, é necessário apresentar uma proposta fundamentada à direção de enfermagem, para que possam ser disponibilizados recursos humanos e financeiros para a sua realização. Por outro lado, é importante mostrar aos serviços cirúrgicos quais os seus objetivos e os ganhos em saúde, promovendo o envolvimento da equipa de saúde, so-

bretudo médicos e enfermeiros. Por último, seria importante que os enfermeiros perioperatórios tivessem formação sobre o modo de implementação da visita, bem como as suas vantagens e objetivos, podendo ser necessária a criação de um instrumento de colheita de dados para aplicar aos utentes e para facilitar a transmissão da informação à restante equipa.

PRINCÍPIOS DA REALIZAÇÃO DA VISITA PRÉ-OPERATÓRIA

Idealmente, a visita pré-operatória deveria ser realizada nas 24 horas anteriores à cirurgia, sendo programada com o enfermeiro do internamento e com o utente. A colheita de dados deve ser feita junto da equipa cirúrgica (médica e de enfermagem), do utente/família e através da consulta do processo clínico, pois só assim é possível colher toda a informação necessária para elaborar o respetivo plano de cuidados.

O primeiro passo ao chegar à enfermaria é apresentar-se ao utente/família e explicar os objetivos da visita pré-operatória. Pode ser entregue um Guia de Acolhimento no BO e propor a visualização de um vídeo.

Devem ser reforçadas as informações sobre a importância do banho pré-operatório, a necessidade de retirar adornos, joias e próteses e remover maquilhagem, o uso de bata específica, a importância de manter o jejum e a necessidade de fazer tricotomia. Além disso, devem-lhe ser explicados todos os procedimentos que serão efetuados no BO.

O utente deve receber informações sobre a hora prevista da intervenção cirúrgica, o tipo de transporte, a duração provável, o tempo aproximado de permanência no BO, a sequência de eventos a que será submetido, o tipo de incisão prevista, a escolha do tipo de anestesia, a medicação pré-anestésica e os diferentes locais por onde passa. Deve ainda ser feita a apresentação da equipa e as funções de cada elemento (cirurgiões, anestesista e enfermeiros).

Quanto à recuperação, deve ser explicado que, após sair da sala de operações, irá para uma sala de recobro, onde estará sobre supervisão permanente de enfermagem, com monitorização frequente

dos sinais vitais e que regressará ao internamento quando estes estiverem estáveis. Deve ser abordado o problema da dor, devendo ser ensinada a auto-avaliação da dor, referindo a existência de analgésicos que poderão ser administrados. É ainda importante informá-lo sobre a possibilidade do desconforto que poderá sentir ao acordar, motivado pela existência de sondas, cateteres, frascos e sistemas de soros, drenagens, sondas ou máscaras de O₂. Se for uma cirurgia de alto risco, deve ser informado sobre a possibilidade de internamento na Unidade de Cuidados Intensivos (UCI), onde poderá estar rodeado de ventiladores e de aparelhos de monitorização, podendo a sua comunicação estar limitada pela presença de entubação oro traqueal (EOT).

No que diz respeito às sensações verificadas no pós-operatório imediato, é relevante comunicarlhe que poderá apresentar dores de garganta e/ou rouquidão, traumatismos dentários, sensação de queimadura no globo ocular, náuseas e/ou vômitos, cefaleias, arrepios e fraqueza muscular. Deve ainda ser informado sobre os tratamentos previstos, a necessidade de mobilidade o mais rápido possível, a necessidade de exercícios respiratórios, as rotinas de medicação para a dor, bem como quando iniciará a alimentação.

Logo que termine a visita pré-operatória, o enfermeiro deve regressar ao BO, para transmitir aos colegas todas as informações obtidas acerca do utente. Estes registos devem ainda ser efetuados no sistema de informação em uso, quer seja em suporte de papel ou digital, para que toda a equipa tenha acesso a eles, facilitando a elaboração do plano de cuidados e operacionalizando os recursos necessários.

PROPOSTA DE IMPLEMENTAÇÃO DA VISITA PRÉ-OPERATÓRIA

No sentido de diminuir o receio que muitos utentes expressam, foi elaborado um projeto de ação passível de ser aplicado no BO de um hospital da zona Norte, propondo a implementação da visita pré-operatória de enfermagem, que seja conducente à melhoria dos cuidados de enfermagem no perioperatório.

Como finalidades do projeto salientamos: I) melhoria da assistência de enfermagem ao utente no peri operatório; II) diminuição da ansiedade do utente; III) promoção de um clima de segurança; e IV) diminuição do número de utentes recusados, por falta de informação pré-operatória.

Definiram-se como metas a alcançar: I) que 100% dos enfermeiros de anestesia participem na formação; II) que, no fim do primeiro ano de implementação da visita pré-operatória, 80% dos enfermeiros de anestesia demonstrem um grau positivo de satisfação; III) que 50% dos utentes intervencionados no segundo semestre do ano da sua implementação tenham acesso à visita pré-operatória; IV) que 75% dos utentes intervencionados a partir do segundo ano de implementação tenham acesso à visita pré-operatória; V) diminuir em 50% o número de cirurgias canceladas nos utentes com visita pré-operatória, em comparação com os restantes, devido ao incumprimento de cuidados pré-operatórios; e VI) que 75% dos utentes que receberam visita pré-operatória apresentem um grau positivo de satisfação em relação à mesma.

Depois de definidos os objetivos para a implementação deste projeto, é importante selecionar as estratégias que os permitirão alcançar, começando por fazer a calendarização das atividades planeadas.

O primeiro passo será a apresentação deste projeto à enfermeira chefe, explicando-lhe a necessidade de criar um grupo dinamizador, constituído por três enfermeiros de anestesia. Os elementos dinamizadores devem deslocar-se a um hospital onde a visita esteja implementada, no sentido de compreenderem o modo como se processa e os recursos necessários para a sua implementação. Devem construir um guia de colheita de dados e elaborar protocolos de educação para a saúde, de acordo com o procedimento cirúrgico. No final será realizada uma nova reunião, com o objetivo de apresentar os instrumentos construídos e também planear as ações de formação para os restantes elementos da equipa, que terão por base os objetivos e benefícios da educação pré-operatória, princípios para a sua realização e resultados obtidos em hospitais onde está implementada.

O passo seguinte será a definição de quando e onde se realizará a visita. Em utentes internados no dia anterior, será realizada no internamento, durante o turno da tarde. Em utentes internados no dia da cirurgia, poderá ser realizada no mesmo dia da visita anestésica.

Inicialmente, será realizada pelos dinamizadores, que serão acompanhados por outro enfermeiro de anestesia durante pelo menos três visitas, no sentido de se integrarem. Durante este período, a visita será realizada a aproximadamente 20% dos utentes e os enfermeiros dinamizadores terão a preocupação de avaliar a adequação do instrumento de colheita de dados e dos protocolos de atuação, bem como se o tempo estipulado para a realização de cada visita é adequado ou não (meia hora para cada uma). Preferencialmente, os utentes deverão ser recebidos no BO pelo mesmo enfermeiro que foi responsável pela realização da visita pré-operatória, pois sentir-se-ão mais calmos ao serem recebidos por uma pessoa conhecida. No final da integração de todos os elementos será realizada uma reunião para discussão e partilha de experiências, onde podem ser sugeridas algumas alterações pertinentes.

Será importante também a realização de ações de divulgação da implementação da visita pré-operatória aos restantes elementos da equipa de enfermagem do BO, bem como aos enfermeiros dos serviços cirúrgicos de internamento.

O sucesso do projeto depende do alcance das metas e dos objetivos traçados. Para avaliar a satisfação de todos os elementos envolvidos neste projeto, será necessário conhecer: I) o índice de participação dos enfermeiros na formação; II) o grau de satisfação dos enfermeiros em relação à implementação da visita pré-operatória, através da aplicação de um questionário, um ano após a referida implementação; III) a percentagem de utentes intervencionados que tiveram acesso à visita pré-operatória, através de um registo diário dos utentes intervencionados e um cálculo mensal; IV) o número de cirurgias canceladas em utentes com visita pré-operatória, devido ao incumprimento de cuidados pré-operatórios; V) o grau de satisfação dos utentes em relação à visita, através da reali-

zação de uma entrevista, via telefone, a 25% dos utentes que tiveram visita pré-operatória, entre 15 a 20 dias após a cirurgia (ou presencialmente, se ainda estiverem internados), a realizar durante o 6º e o 12º mês da sua implementação.

CONCLUSÃO

A visita pré-operatória de enfermagem é uma mais-valia no desenvolvimento da vertente relacional dos cuidados de enfermagem no BO. É através desta relação de ajuda que o enfermeiro desenvolve capacidades que irão ajudar o utente a ultrapassar

os seus medos, resultando assim numa clara melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

É necessário dar visibilidade aos cuidados que o enfermeiro perioperatório presta, de modo a que no exterior do serviço não fique a ideia que o BO é o local onde a técnica se sobrepõe ao cuidar holístico. É necessário vencer barreiras administrativas, hierárquicas, indisponibilidade de tempo e de recursos para implementar e sistematizar esta prática, pois como afirma Phaneuf (2005:329) “a presença simboliza ao mesmo tempo a força que suscita a confiança e que tranquiliza, e a doçura que supõe uma abordagem humana”.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Associação dos Enfermeiros de Sala De Operações Portuguesas (2006). *Enfermagem Perioperatória: da filosofia à prática dos cuidados*. Loures: Lusodidacta, ISBN 972-8930-16-X. p. 121-127.

Cambotas, Carla [et al]. (2006). As funções do enfermeiro perioperatório. pp. 105-170. In: *Enfermagem perioperatória: da filosofia à prática dos cuidados* (Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portuguesas), Lusodidacta, Loures;

Lourenço, M. Abril (2004). Cuidar no bloco operatório. *Nursing* 187: 25-28;

Melo, João [et al]. 2013. Visita de enfermagem pré-operatória – A opinião dos doentes. *Millenium* 44:172-182. [on line] Disponível em: <http://www.ipv.pt/millenium/Millenium44/11.pdf>

Peixoto, Isabel & Cândido, Mª José (1997). Visita pré-operatória: reflexo na ansiedade dos doentes. *Enfermagem Agora* 6:30-36;

Phaneuf, Margot (2005). Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação. *Lusociência*, Loures. 633 p.

Ramos, Emília; Almeida, José Carlos & Pinheiro, Teresa (2003). Visita de enfermagem pré-operatória. *Informar* 30:5-9;

Santos, Catarina & Peixoto, Isabel (1998). Visita pré-operatória de enfermagem. *Enfermagem Agora* 12:29-34;

CUIDAR DO DOENTE EM CUIDADOS PALIATIVOS COM CATETER VENOSO CENTRAL TOTALMENTE IMPLANTADO - IMPORTÂNCIA DO MANUSEAMENTO

TAKE CARE OF PATIENT IN PALIATIVE STATE WITH TOTALLY IMPLANTED CENTRAL VENOUS CATHETER - THE IMPORTANCE OF HANDLING

HOSPITAL DE SANTA MARIA, LISBOA
E-MAIL: RAQUELFMSANTOS@GMAIL.COM

Raquel Filipa Martinho dos Santos

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA
E-MAIL: CONTATO: DLUZ@ESEL.PT

Maria Deolinda Antunes Luz Lopes Dias Maurício

RESUMO

Desenvolveu-se um estudo com a finalidade de identificar os conhecimentos dos enfermeiros sobre o uso do cateter venoso central totalmente implantado (CVCTI) quando estão perante um doente em situação paliativa. O presente trabalho tem como objetivo identificar o conhecimento que os enfermeiros dos vários setores de um serviço de medicina de um hospital central de Lisboa assumem ter sobre o CVCTI. Foi realizado um estudo quantitativo, exploratório e descritivo. A colheita de dados foi efetuada através do inquérito por questionário, aplicado a uma amostra de 49 enfermeiros. A maioria dos respondentes não parece apresentar uma informação consistente acerca

INTRODUÇÃO

O desenvolvimento desta pesquisa deve-se ao facto de trabalhar num serviço de oncologia (Hospital de dia) de um hospital central de Lisboa e, empiricamente, ser prática corrente dos enfermeiros do referido hospital não utilizarem o cateter implantofix® como primeira via de administração endovenosa quando estão perante um doente em situação paliativa. Este acontecimento é verbalizado, frequentemente, pelos doentes. Por esta razão pareceu-nos pertinente realizar uma pesquisa com a finalidade de identificar o conhecimento dos enfermeiros sobre o manuseamento dos cateteres venosos centrais totalmente implantados com reservatório subcutâneo (CVCTI), vulgarmente conhecidos como celsite® ou implantofix®. Este tipo de acesso venoso é muito comum nos doentes que são seguidos em hospital de dia, essencialmente, por serem sujeitos a administrações terapêuticas de longa duração e apresentarem acessos venosos difíceis de manter devido à quimioterapia.

As vantagens dos CVCTI são inúmeras, entre as quais, uma baixa taxa de infeção e obstrução. Ainda, relativamente a outros cateteres, há maior facilidade de manutenção, diminuição da ansiedade dos doentes antes dos tratamentos e uma melhoria da auto-imagem. Também são bem aceites pelos doentes por possibilitarem a execução de quase todas as atividades de vida diária e contribuírem, consideravelmente, para a qualidade de vida dos portadores.

do recurso e manuseamento dos CVCTI. Verificou-se que existem ainda muitas lacunas sobre o conhecimento deste tipo de dispositivos. Notou-se, apesar dos resultados enunciados, preocupação com recurso ao CVCTI, pelos enfermeiros, tendo referido como vantagem a promoção da dignidade humana.

PALAVRAS-CHAVE:

CUIDADOS PALIATIVOS; QUALIDADE DE VIDA; CATETER VENOSO CENTRAL TOTALMENTE IMPLANTADO.

ABSTRACT

It was developed a study in order to identify the knowledge of nurses about the use of the totally implanted central venous catheter (CVCTI) when they are dealing with a patient in a palliative situation. The present paper aims to identify the knowledge that nurses of several sectors at a health service in a central Hospital of Greater Lisbon have on the totally implanted central venous catheter.

It was carried out a joint study – quantitative, exploratory and descriptive. The data collection was held by a questionnaire to 49 nurses. Most of the respondents do not seem to present a consistent information/training regarding the resource and handling of totally implanted central venous catheter. It was found that there are still many gaps on the knowledge of such devices. Nonetheless, despite the stated results, it was noted the concern about the use of CVCTI by nurses, being indicated the promotion of human dignity as an advantage.

KEY-WORDS:

PALLIATIVE CARE; QUALITY OF LIFE; TOTALLY IMPLANTED CENTRAL VENOUS CATHETER.

Grande percentagem dos doentes oncológicos e, especificamente, no serviço onde exerço a minha atividade profissional, são doentes sujeitos a cuidados paliativos, inerentes ao diagnóstico e estadiamento da doença, necessitando, muitas vezes, de realizar terapêutica para controlo sintomático, por exemplo, nos serviços de urgência ou de oncologia, no domicílio, num serviço de internamento ou em regime de ambulatório.

Daí terem-se definido como objetivos deste estudo: Objetivo geral: identificar o conhecimento que os enfermeiros dos vários setores do serviço de medicina assumem ter sobre o cateter venoso central totalmente implantado.

Objetivos específicos: conhecer as situações em que os enfermeiros recorrem à utilização do cateter venoso central totalmente implantado com reservatório subcutâneo; analisar se os enfermeiros reconhecem vantagens na utilização do cateter venoso central totalmente implantado com reservatório subcutâneo; interpretar as razões que levam os enfermeiros a não utilizarem o cateter venoso central totalmente implantado com reservatório subcutâneo no âmbito da administração terapêutica em cuidados paliativos.

ENQUADRAMENTO

Na sociedade atual, a luta incessante pela cura das doenças, tal como a sofisticação dos meios utilizados, levou à ilusão do possível controlo sobre a morte, sendo esta encarada, muitas vezes, como uma derrota para os profissionais de saúde.

É de facto, nos dias de hoje, possível prolongar-se a vida mas a morte continua a ser inevitável. Constatamos existir uma maior incidência de pessoas afetadas por doenças crónicas e degenerativas, às quais se associa um período relativamente prolongado de perda de autonomia, com consequências no seio da família e, também por inerência, no Sistema Nacional de Saúde.

Numa perspetiva demográfica, nas sociedades ocidentais, o envelhecimento tem sido considerado um problema importante. A coexistência do aumento de longevidade e o conseqüente acréscimo de doenças crónicas e incapacitantes manifesta-se na prevalência de pessoas em fim de vida.

Com o objetivo de oferecer resposta às inúmeras necessidades que as pessoas em fim de vida apresentam, devido à singularidade da sua condição de vida, desenvolveu-se um tipo de cuidados de saúde específico, os cuidados paliativos.

Os cuidados paliativos procuram melhorar a qualidade de vida dos doentes, tanto para o doente em fim de vida como para os seus familiares, através da prevenção e alívio do sofrimento. Este tipo de cuidados é prestado por uma equipa interdisciplinar com formação específica e treino adequado, envolvendo médicos, enfermeiros, assistentes sociais, cuidadores espirituais, fisioterapeutas entre outros profissionais. Daí que os cuidados paliativos devem ser prestados em qualquer estágio da doença, desde o diagnóstico até à fase terminal, incluindo o apoio no luto, tendo em conta o grau de sofrimento associado. (Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos, 2006).

Os doentes que beneficiam de cuidados paliativos, nos dias de hoje, não são apenas doentes do foro oncológico, embora estes representem a grande maioria. Existe um grande leque de situações clínicas, crónicas e em estágio avançado, que beneficiam de cuidados paliativos, sendo elas: insuficiências avançadas de órgãos (respiratória, cardíaca, renal ou hepática), doentes com SIDA em estágio terminal, doenças neurológicas e/ou degenerativas, demências em fase final, entre outras em que o doente e família necessitem destes cuidados.

O controlo de sintomas exige o reconhecimento, a avaliação e, posteriormente, o “tratamento” dos vários sintomas que ocorrem e têm repercussões no bem-estar do doente. Trata-se de uma intervenção bastante complexa, principalmente, no caso da doença crónica e avançada face ao vasto leque de sintomas descontrolados.

A grande maioria dos fármacos para o controlo sintomático são, preferencialmente, administrados pela via oral, subcutânea e retal, de acordo com a filosofia dos cuidados paliativos, por serem mais cómodas e, de igual modo, eficazes, desde que não haja contra-indicações. No entanto, se o doente possui um cateter endovenoso, central ou periférico, *a priori*, este pode ser de igual modo utilizado, podendo ser bastante útil, em grande parte dos casos, no controlo da dor.

Os cateteres endovenosos centrais têm vindo a ser progressivamente mais utilizados no cuidado aos doentes que envolvem procedimentos terapêuticos complexos, como é o caso de um doente crítico ou de um doente paliativo.

De entre vários tipos de cateter, o cateter venoso central totalmente implantado (CVCTI) ganhou nos últimos anos um grande destaque, sendo utilizado essencialmente nos doentes que se encontram a realizar quimioterapia endovenosa.

O CVCTI tem como indicações para a sua colocação: Necessidade de infusão de fluidos quando não existe uma veia periférica adequada ou quando existe a impossibilidade de puncionar acessos periféricos; Necessidade de infusão de fármacos flebotóxicos durante um período de tempo prolongado, assim como antibióticos ou quimioterapia; Administração de soluções hiperosmolares, com uma osmolaridade bastante elevada, tal como a nutrição parentérica; Monitorização da pressão venosa central (PVC); Administração de sangue e hemoderivados; Colheita frequente de sangue para análises laboratoriais. (B Braun Medical, 2005) (Calatayud, et al., 2006)

Possuem como vantagens: Ser um acesso venoso central, rápido e fácil de utilizar por profissionais qualificados; Baixa taxa de complicações; Diminuição do risco de lesões nos tecidos periféricos devido a extravasamento de fármacos, diminuindo o risco de infeção e flebite; Menos suscetibilidade de infeções locais e sistémicas; Diminuição do traumatismo associado a sucessivas punções; Permitir uma boa mobilidade e conforto para o seu portador, não interferindo com as suas atividades de vida; Possibilitar o tratamento em regime de ambulatório; O tempo de permanência do sistema de acesso venoso pode ser prolongado (anos), possibilitando um enorme número de punções. (Almeida, Pinheiro, Realista, Corte-Real, & Abranches, 2008) (Calatayud, et al., 2006).

A via endovenosa, podendo não ser a mais utilizada para a administração de fármacos em doentes paliativos, pode ser a que apresenta maiores benefícios, fundamentalmente, para doentes neste estágio, com necessidade de internamentos prolongados para controlo sintomático ou para realização de tratamentos específicos nesta área.

Através da revisão sistemática da literatura, nas bases de dados (SciELO, B-On, RCAAAP) verificou-se existir um número reduzido de estudos nesta área temática, em Portugal. Foi encontrado apenas um estudo, de Silva (2007), onde se caracterizava o conhecimento dos profissionais de saúde relativamente ao cateter venoso central totalmente implantado com reservatório subcutâneo, tendo sido concluído que os profissionais de saúde, globalmente, apresentavam fracos conhecimentos sobre este tipo de cateter. Verificando-se, ainda, que os profissionais de saúde que trabalham em cuidados de saúde primários tinham menor domínio do conhecimento sobre o cateter implantofix[®] do que os profissionais que exercem em hospitais.

Foram, ainda, encontrados dois artigos internacionais aludindo ao conhecimento dos enfermeiros acerca do CVCTI [Pacheco, G. et al (2014) – “Conhecimento do Enfermeiro em Relação ao Cate-ter Totalmente Implantado”; Pires, N.; Vasques, C. (2014) – “Conhecimento de enfermeiros acerca do manuseio do cateter totalmente implantado”], que corroboram o achado de Silva (2007).

Sendo que a formação é um dos principais alicerces para prestação de cuidados paliativos em enfermagem, é de suma importância compreender se os estudantes, finalistas, do curso de enfermagem estão preparados para prestar cuidados a pessoas em fim de vida.

Dos vários estudos realizados na área da formação em Enfermagem, salienta-se Pereira (2007), no estudo que realizou acerca da formação sobre cuidados paliativos no ensino pré-graduado de enfermagem, através do qual tentou compreender o modo como se leciona o tema “cuidados paliativos” em várias escolas de enfermagem do ensino público português. De onde identificou uma enorme lacuna na abordagem aos “cuidados paliativos”, quer na estruturação, quer na organização e na especificidade dos conteúdos, assim como o reduzido número de horas atribuído à sua lecionação.

METODOLOGIA

O presente trabalho é um estudo exploratório quantitativo e descritivo.

A população do estudo são os enfermeiros do hos-

pital onde trabalho, que prestam cuidados diretamente a doentes em situação paliativa, que possuam cateter venoso central totalmente implantado com reservatório subcutâneo, de 4 serviços de Medicina do hospital supracitado.

A amostra é intencional, não probabilística, sendo constituída pelos enfermeiros de quatro serviços de Medicina do Hospital X: setores A, B, C e D, composta por 60 enfermeiros. Foram escolhidos estes serviços de medicina interna por prestarem cuidados a um grande número de doentes com carácter de palição.

Os critérios de inclusão na seleção da amostra foram: exercer funções no Hospital X há pelo menos 6 meses, exercer atividade em tempo total nos referidos serviços de medicina interna e que queiram participar voluntariamente no estudo.

O instrumento de colheita de dados utilizado neste estudo foi o inquérito por questionário, com perguntas fechadas. No entanto, foram realizadas algumas questões de abertas, de resposta curta, para melhor entendimento dos resultados obtidos. A aplicação dos questionários decorreu entre Agosto e Setembro de 2013.

A aplicação do questionário foi efetuada após autorização do pedido de realização da Comissão de Ética do Hospital.

Foram salvaguardados os aspetos éticos da aplicação, tais como o anonimato e confidencialidade dos dados recolhidos.

Com base no questionário elaborado, que pretende identificar o conhecimento dos enfermeiros dos referidos serviços sobre o CVCTI, incluíram-se as variáveis dependentes no questionário em forma de indicadores.

Como variável independente do estudo, utilizou-se o serviço de medicina, variando entre os setores A, B, C e D.

Os dados foram tratados e analisados com recurso ao programa informático SPSS[®] v21.0 (Statistical Package for the Social Sciences) para Windows[®], para posterior discussão dos resultados e apresentação das conclusões.

Nas questões em que se apresentou a opção de resposta curta, foi realizada a análise de conteúdo, de acordo com Bardin (2013).

O teste paramétrico, análise de variância (ANOVA), foi aplicado para comparar médias de três ou mais grupos. Para comparações de proporções (testagem de associação entre variáveis qualitativas) foi aplicado o teste do Chi-Quadrado de independência e a respectiva análise dos resíduos estandardizados ajustados. Todos os testes foram realizados para um nível de significância de 0,05.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A pesquisa booleana nas diferentes bases de dados científicas verificou existir um número escasso de artigos científicos sobre a temática em estudo o que dificultou a construção do referencial teórico, sistematizado, acerca do conhecimento dos enfermeiros em relação à manipulação e recurso do CVCTI.

O estudo efetuado permitiu caracterizar os enfermeiros que trabalham no serviço de Medicina, nos seus diferentes setores, não apenas a nível sociodemográfico, mas também a nível profissional.

A amostra do estudo é constituída por 49 enfermeiros, 9 do sexo masculino e 40 do sexo feminino. Predominantemente o estado civil é solteiro, e a idade varia entre 24 e 53 anos, sendo a média de idades mais baixa no setor A (28,4 anos) e mais elevada no setor C (32,55 anos).

Quanto ao tempo de exercício profissional, não existe em nenhum dos setores, qualquer enfermeiro com menos de um ano de experiência profissional, sendo que a moda se situa na classe dos 4-6 anos.

No que diz respeito às habilitações académicas verifica-se um equilíbrio entre os diferentes setores em termos da formação académica a nível da licenciatura.

Na continuidade, dado os resultados obtidos no estudo, apresentam-se os que se revelaram mais pertinentes.

Como é possível observar na figura 1, a percentagem de enfermeiros que se consideram bem informados sobre o recurso ao CVCTI varia de acordo com o setor de atividade profissional, havendo uma associação significativa entre este indicador e o setor. Nos setores C e D os enfermeiros consideram-se melhor informados, contrariamente aos outros setores.

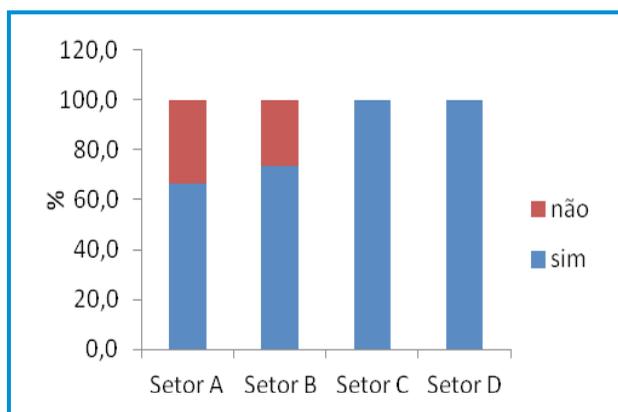


FIGURA 1
Percentagens dos enfermeiros que se consideram bem informados, nos vários setores

Quanto à fonte de informação sobre a obtenção de informação sobre o CVCTI, verificou-se uma associação significativa entre a formação em serviço e o setor, sendo possível observar que os setores B e C obtêm uma maior percentagem que os setores A e D (Figura 2).

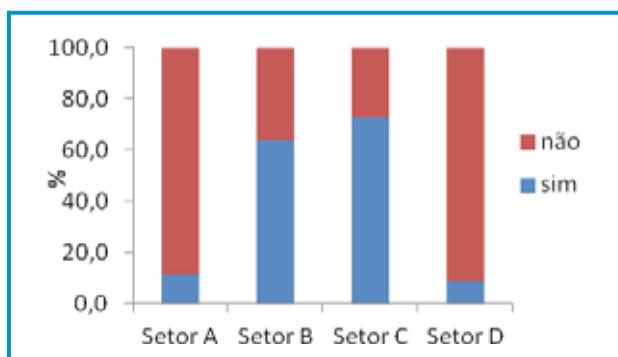


FIGURA 2
Percentagens dos enfermeiros que consideram ter tido formação em serviço sobre do CVCTI, em função do sector

Na tabela 1 encontrou-se uma dependência entre as indicações do recurso ao CVCTI e os diferentes setores. Averiguou-se uma maior consonância de respostas relativamente ao indicador “administração de terapêutica transfusional” no setor D (sim - 100%), contrariamente ao que se pode observar no setor A, em que apenas 25% dos participantes o apontam como indicação para o recurso ao CVCTI. Estes resultados parecem, de certo modo, não corroborar os resultados acima apresentados (gráfico 1) sobre a informação dos participantes sobre o CVCTI.

Salienta-se, quanto à colheita de sangue, que os participantes revelam, de modo geral, não ser uma das indicações do recurso ao CVCTI.

TABELA 1

Frequências absolutas e percentagens sobre as indicações para o recurso ao CVCTI, para os vários setores

INDICAÇÃO		SECTOR A		SECTOR B		SECTOR C		SECTOR D		X ²
		(N=12)		(N=15)		(N=11)		(N=11)		
		N	%	N	%	N	%	N	%	
ADMINISTRAÇÃO DE QUIMIOTERAPIA	SIM	11	91.7	15	100.0	11	100.0	11	100.0	3.15
	NÃO	1	8.3	0	0.0	0	0.0	0	0.0	
ADMINISTRAÇÃO DE ANTIBIÓTICOS	SIM	7	58.3	12	80.0	8	72.7	10	90.9	3.54
	NÃO	5	41.7	3	20.0	3	27.3	1	9.1	
ADMINISTRAÇÃO DE NUTRIÇÃO PARENTERICA	SIM	5	41.7	7	46.7	5	45.5	9	81.8	4.78
	NÃO	7	58.3	8	53.3	6	54.5	2	18.2	
ADMINISTRAÇÃO DE TERAPÉUTICA TRANSFUSIONAL	SIM	3	25.0	11	73.3	7	63.6	11	100.0	14.89**
	NÃO	9	75.0	4	26.7	4	36.4	0	0.0	
COLHEITA DE SANGUE	SIM	1	8.3	4	26.7	4	36.4	5	45.5	4.30
	NÃO	11	91.7	11	73.3	7	63.6	6	54.45	
OUTRA	SIM	1	8.3	1	6.7	1	9.1	1	9.1	0.07
	NÃO	11	91.7	14	93.3	10	90.9	10	90.9	

Em todos os setores, apesar de não se revelar estatisticamente significativo, considera-se importante salientar que, em números absolutos, o indicador “administração de quimioterapia” foi considerado relevante. Na verdade, a utilização do CVCTI é eleita para a administração de quimioterapia, sendo essa uma das principais indicações, daí este ser colocado, frequentemente, em doentes que realizam quimioterapia em regime de ambulatório.

Estes resultados permitem sustentar a ideia de que este dispositivo continua fundamentalmente associado à administração de quimioterapia. Contudo, os CVCTI possuem potencial aplicação desconhecida pelos enfermeiros, que demonstram não conhecer as indicações para o recurso ao CVCTI, tais como: Necessidade de infusão de fluidos quando não existe uma veia periférica adequada ou quando existe a impossibilidade de puncionar acessos periféricos; Necessidade de infusão de fármacos flebotóxicos durante um período de tempo prolongado, assim como antibióticos ou quimioterapia; Administração de soluções hiperosmolares, com uma osmolaridade bastante elevada, tal como

a nutrição parentérica; Monitorização da pressão venosa central (PVC); Administração de sangue e hemoderivados; Colheita frequente de sangue para análises. (B Braun Medical, 2005) (Calatayud, et al., 2006)

Quanto às vantagens do uso do CVCTI referidas pelos enfermeiros dos vários setores, é possível verificar uma associação significativa entre a vantagem “facilitam a higiene corporal” e o setor, havendo uma prevalência de respostas afirmativas no setor A, contrariamente aos restantes setores (Tabela 2). É de salientar que, na sua maioria, todos os participantes afirmaram que o cateter tem como vantagem ser fácil de manipular, contrariamente à colheita de sangue, que não foi referida como vantagem pela generalidade dos participantes.

TABELA 2

Frequências absolutas e percentagens sobre o conhecimento das vantagens do uso do CVCTI, em função dos vários setores

VANTAGEM		SECTOR A		SECTOR B		SECTOR C		SECTOR D		X ²
		(N=12)		(N=15)		(N=11)		(N=11)		
		N	%	N	%	N	%	N	%	
FÁCIL DE MANIPULAR	SIM	9	75.0	13	86.7	11	100.0	9	81.8	3.11
	NÃO	3	25.0	2	13.3	0	0.0	2	18.2	
NÃO EXIGE ASSEPSIA NA SUA MANUTENÇÃO	SIM	2	16.7	2	13.3	0	0.0	0	0.0	3.65
	NÃO	10	83.3	13	86.7	11	100.0	11	100.0	
FACILITAM A HIGIENE CORPORAL	SIM	7	58.3	3	20.0	5	45.5	1	9.1	8.29*
	NÃO	5	41.7	12	80.0	6	54.5	10	90.9	
FAVORECEM A AUTO-IMAGEM	SIM	6	50.0	6	40.0	7	63.6	5	45.5	1.49
	NÃO	6	50.0	9	60.0	4	36.4	6	54.5	
NÃO EXIGE COLOCAÇÃO CIRÚRGICA	SIM	1	8.3	1	6.7	0	0.0	0	0.0	1.75
	NÃO	11	91.7	14	93.3	11	100.0	11	100.0	
POSSIBILITAM COLHEITAS DE SANGUE	SIM	1	8.3	3	20.0	3	27.3	2	18.2	1.42
	NÃO	11	91.7	12	80.0	8	72.7	9	81.8	
OUTRA	SIM	2	16.7	7	46.7	4	36.4	4	36.4	2.70
	NÃO	10	83.3	8	53.3	7	63.6	7	63.6	

A maioria dos respondentes não considera a colheita de sangue pelo CVCTI como uma vantagem e/ou indicação.

É de salientar que alguns dos enfermeiros inquiridos concordaram que a colheita de sangue é uma das indicações do recurso ao CVCTI, ressaltando

que é de facto uma indicação, à exceção da colheita de sangue para o tubo de coagulação. Esta afirmação pode estar associada à heparinização do CVCTI. Todos os enfermeiros consideraram que o recurso ao CVCTI promove a dignidade humana no doente em situação paliativa, justificando-se pela diminuição de técnicas invasivas e complicações associadas (punções frequentes, colheitas de sangue) promovendo o conforto do doente (Tabela 3). No setor D, foi focada a importância na qualidade de vida dos seus portadores. A este propósito, salientam-se as vantagens do CVCTI: Ter um acesso venoso central, rápido e fácil de utilizar por profissionais qualificados; Baixa taxa de complicações; Diminuição do risco de lesões nos tecidos periféricos devido a extravasamento de fármacos, diminuindo o risco de infeção e flebite; Menos suscetibilidade a infeções locais e sistémicas; Diminuição do traumatismo associado a sucessivas punções; Permite uma boa mobilidade e conforto para o seu portador, não interferindo com as suas atividades de vida; Possibilitam o tratamento em regime de ambulatório; O tempo de permanência do sistema de acesso venoso pode ser prolongado (anos), possibilitando um enorme número de punções. (Almeida, Pinheiro, Realista, Corte-Real, & Abranches, 2008) (Calatayud, et al., 2006)

TABELA 3

Frequências absolutas sobre o uso do CVCTI na promoção da dignidade humana, em função do setor

	SECTOR A (N=12)		SECTOR B (N=15)		SECTOR C (N=11)		SECTOR D (N=11)		X ²
	N	%	N	%	N	%	N	%	
	SIM	11	91.7	14	93.3	7	70.0	11	
NÃO	1	8.3	1	6.7	3	30.0	0	0.0	

Relativamente ao hábito de utilizar o CVCTI para administração de terapêutica e alimentação EV, também houve unanimidade de respostas afirmativas em todos os setores (Tabela 4). Tal facto não está em consonância com resultados apurados na tabela 1, onde não foi referido por grande parte dos respondentes como indicações do recurso ao CVCTI a administração de antibióticos e nutrição parentérica.

TABELA 4

Frequências absolutas e percentagens para o hábito de utilizar o CVTI para a administração de terapêutica e alimentação EV, nos diferentes setores

	SECTOR A (N=12)		SECTOR B (N=15)		SECTOR C (N=11)		SECTOR D (N=11)		X ²
	N	%	N	%	N	%	N	%	
	SIM	9	75.0	15	100.0	10	90.9	11	
NÃO	3	25.0	0	.0	1	9.1	0	.0	

Numa das questões de resposta aberta foi questionado aos participantes “descreva, o mais pormenorizadamente possível, como procede à limpeza do local de punção do CVCTI”. Verificou-se uma associação significativa entre a ideia “uso de luvas esterilizadas” e o setor, sendo que no setor D foi evidente uma maior percentagem de respostas sobre este procedimento (Figura 3).

Segundo estes resultados, pode ser especulado que os enfermeiros do setor D são quem mais se preocupa com os procedimentos de limpeza e assepsia na aceção ao CVCTI, sendo este comportamento induzido ou não pela chefia do serviço ou grupo de trabalho responsável pelo estudo da prevenção de infeções.

Conforme refere o protocolo do hospital onde foi efetuado o estudo, ao proceder-se à punção do cateter implantofix[®] deve ser sempre utilizada a técnica asséptica rigorosa. (Almeida, Pinheiro, Realista, Corte-Real, & Abranches, 2008)

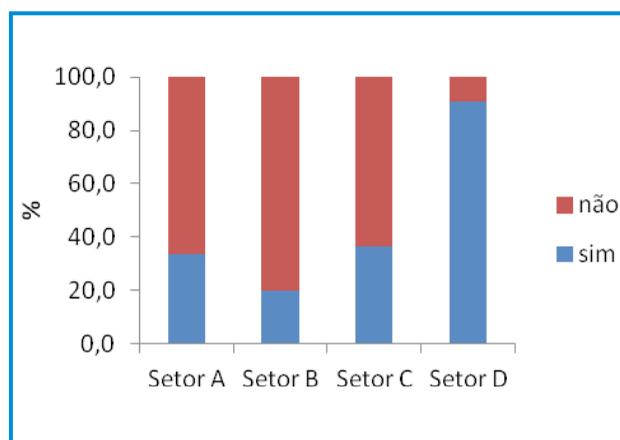


FIGURA 3

Percentagens dos enfermeiros que referiram o uso de luvas esterilizadas, na limpeza do local de punção, em função do setor

De entre as várias respostas obtidas, a “heparinização do cateter” demonstrou uma associação significativa com o setor, sendo esta ideia referida em todos os setores, à exceção do setor A (Figura 4), revelando deficit de informação sobre o protocolo de manipulação do CVCTI em vigor no hospital.

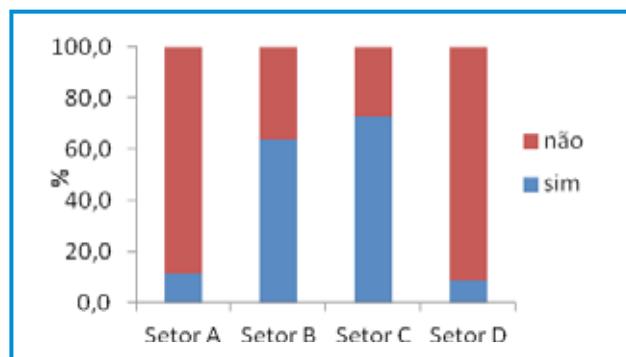


FIGURA 4
Percentagens dos enfermeiros que indicaram a heparinização do cateter, em função do setor

CONCLUSÃO

Na análise dos resultados obtidos foi possível verificar que existem ainda muitas lacunas sobre o

conhecimento do recurso aos cateteres venosos centrais totalmente implantados, por parte da amostra do estudo.

O deficit de conhecimento sobre os CVCTI pode justificar-se pela falta de experiência dos enfermeiros nesta área de intervenção de enfermagem, o que pode estar relacionado com o facto de terem pouco contato com doentes portadores deste tipo de dispositivos, uma vez que a percentagem dos respondentes que refere o recurso ao CVCTI, no doente em fase paliativa, promove a dignidade humana varia entre 91,7% e 100,0 %, o que corrobora o referenciado nas vantagens do uso CVCTI.

Face ao exposto, considera-se de suma importância a formação dos enfermeiros no que respeita às indicações para os procedimentos relativos à inserção, à manipulação, à manutenção e ao controlo de infeção dos CVCTI, quer ao nível da formação inicial, quer da formação pós-básica e da formação em serviço.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Almeida, A., Pinheiro, A., Realista, F., Corte-Real, I., & Abranches, M. (2008). Normas para administração terapêutica - Hospital X. *Norma nº. 12 E - Administração de terapêutica por via endovenosa: cateter venoso de longa duração*. Lisboa.
- Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos. (2006). Formação de enfermeiros em cuidados paliativos. *Recomendações da APCP*. APCP.
- Bardin, L. (2013). *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- B Braun Medical. (2005). Instruções de uso de portes de acesso - Celsite. França.
- Calatayud, J. M., Prado, A. V., Mas, J. C., Tarragón, A., Sayas, M., Vila, T., & Mas, L. (2006). *Sistemas de acceso venoso permanente con dispositivo de reservorio subcutáneo*. Alicante: Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana.
- Pacheco, G. C., Beserra, G. E., Oselame, G. B., & Neves, E. B. (Maio de 2014). Conhecimento do Enfermeiro em Relação ao Cateter Totalmente Implantado. *UNOPAR Cient Ciênc Biol Saúd*, pp. 181-184.
- Pereira, S. M. (2007). Formação sobre cuidados paliativos no ensino pré-graduado em enfermagem. *Dissertação de mestrado em Bioética pela UCP*. Lisboa: Universidade Católica Portuguesa.
- Pires, N. N., & Vasques, C. I. (Abril - Junho de 2014). Conhecimento de enfermeiros acerca do manuseio de cateter totalmente implantado. *Texto Contexto Enfermagem*, pp. 443-450.
- Silva, E. (2007). *Profissionais de saúde, cateteres com reservatório e seus biomateriais. Dissertação de mestrado*. Aveiro: Universidade de Aveiro - Secção Autónoma das Ciências da Saúde.

ORGANIZAR A PRESTAÇÃO DE CUIDADOS POR “ENFERMEIRO DE REFERÊNCIA” PROMOVE A QUALIDADE

ORGANIZING THE PROVISION OF HEALTH CARE BY “PRIMARY NURSING” PROMOTES QUALITY

Amélia Rego ⁽¹⁾

ENFERMEIRA, INVESTIGADORA, PH.D.,
E-MAIL: ameliarego52@gmail.com

Patrícia Coelho ⁽²⁾

ENFERMEIRA, MESTRE EM ENFERMAGEM, ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA, PROFESSORA ASSISTENTE, NO INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE UCP – PORTO, DOUTORANDA DO DOUTORAMENTO EM ENFERMAGEM AVANÇADA DA UCP, CENTRO DE INVESTIGAÇÃO INTERDISCIPLINAR EM SAÚDE, UCP
E-MAIL: sfcoelho@porto.ucp.pt

INTRODUÇÃO

Os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem preconizam a “utilização de metodologias de organização dos cuidados de enfermagem promotoras da qualidade”. (Ordem dos Enfermeiros, 2002) O desempenho do enfermeiro assenta na premissa de cuidar a pessoa na sua integralidade na medida em que reconhece que se trata de um ser com potencialidades e capacidades para agir e decidir. Neste contexto, vê e compreende a pessoa de forma holística.

Um estudo, apresentado por Oliveira e Schilling (2011, p.237), afirma que “as atividades realizadas pelos enfermeiros estão intrinsecamente vinculadas à sua prática profissional, em razão da sua formação, sendo aprimoradas pelas vivências institucionais de cada um e influenciadas pelas práticas de trabalho vigentes na organização”. Em Portugal, as reformas no setor da saúde em curso condicionam a organização do trabalho dos enfermeiros. No entanto, como salientam Malagutti e Caetano (2009, p.44), “o enfermeiro é o profissional que conhece os detalhes dos processos operacionais e de apoio no quotidiano de uma organização de saúde”.

A realidade da organização da prestação de cuidados de enfermagem em algumas unidades demonstra o abandono de métodos de trabalho que já deram uma contribuição positiva na promoção da qualidade de cuidados, a qual, atualmente, configura um problema que traz implicações para as pessoas internadas e se constitui em de-

RESUMO *As organizações hospitalares são influenciadas pelas políticas, nomeadamente económicas, pelos avanços tecnológicos e pelos efeitos da globalização que, no seu conjunto, colocam ênfase no sentido do alcance de resultados. No entanto, a melhoria contínua da qualidade deve ser uma preocupação de qualquer gestor dos cuidados de saúde, pois quando estão em causa pessoas, os processos que visam atingir a máxima eficiência, não podem por em causa a qualidade dos cuidados prestados.*

Os cuidados de enfermagem de qualidade podem implicar mudança dos métodos de trabalho tradicionais, dos paradigmas de enfermagem mais conservadores pois o

safios para os profissionais. “Os modelos de gestão adotados pelos hospitais implicam reorganização das ações de enfermagem, apropriação de novos conhecimentos e domínio de técnicas específicas”(Oliveira & Schilling, 2011, p. 230).

Carmona e Laluna (2002)apresentam os resultados de sete estudos realizados com a implantação do “*Primary Nursing*”, entre nós conhecido por “Enfermeira de Referência”, afirmando que esta modalidade de organizar a prestação de cuidados “eleva a qualidade de assistência prestada pelo enfermeiro, e a sua implementação dependerá principalmente do interesse dos enfermeiros em mudar o referencial em direção à competência profissional”.

Em meio hospitalar, o foco da atenção é a pessoa doente e a sua família. A prestação de cuidados baseada no método de enfermeiro de referência promove a qualidade dos serviços prestados pois proporciona apoio, confiança, respeito e empatia na relação estabelecida entre a equipa, o doente e a família.

OBJETIVOS

(I) Refletir criticamente acerca da organização da prestação de cuidados de enfermagem que, em nossa opinião, melhor se adequa à especificidade dos cuidados de enfermagem hospitalares, sobretudo em Unidades de Cuidados Intensivos; (II) Relatar os pressupostos que orientam a modalidade de Enfermeiro de Referência, apontando os desafios para a qualidade de cuidados; e (III) Comunicar a experiência de operacionalização do método, numa Unidade de Cuidados Intensivos, durante cinco anos.

METODOLOGIA

O Enfermeiro de Referência sendo promotor de qualidade na saúde e o foco da atenção do estudo, e com o objetivo de enriquecer e fundamentar a nossa práxis, fizemos uma pesquisa na base de dados EBSCO, SCIELO e b-ON no mês de janeiro a

método de enfermeira de referência é congruente com a delegação da gestão de cuidados e, simultaneamente, facilitador do desenvolvimento profissional dos enfermeiros. Acreditamos que promove a co-responsabilização e envolvimento dos enfermeiros, é garantia de qualidade de cuidados, estimula a relação enfermeira - doente, favorece a coordenação e avaliação dos cuidados, e favorece a utilização do processo de enfermagem, sendo mesmo imprescindível para a concretização deste método.

A nível pessoal, podemos considerar o contributo para a manutenção da motivação, a redução da monotonia, estimular o interesse para aprender e permitir ao enfermeiro ver diretamente o produto final do seu trabalho, ao mesmo tempo que decide os processos e procedimentos de realização do mesmo.

O método de enfermeiro de referência promove o acompanhamento personalizado do doente e família, reforça a relação enfermeiro-doente, contribui para a melhoria dos cuidados prestados, planeamento e evolução, possibilita uma comunicação individualizada baseada na verdade, na confiança e no respeito mutuo.

Pensamos, com base na literatura consultada e na experiência adquirida, que organizar a prestação de cuidados de enfermagem por enfermeiro de referência constitui-se numa estratégia para garantir a qualidade de cuidados, sendo uma experiência enriquecedora de delegação formal da autoridade nos enfermeiros de referência, para gerir os cuidados de enfermagem.

PALAVRAS - CHAVE:

ENFERMEIRO REFERÊNCIA, QUALIDADE DOS CUIDADOS DE SAÚDE, ENFERMAGEM

ABSTRACT

Hospital organizations are influenced by policies, namely economical, and by technological advances and the effects of globalization, which altogether put emphasis towards the achievement of results. However, a continuous quality improvement should be a concern for any health care manager, because

março do ano de 2012. Utilizaram-se as seguintes palavras-chave: Primary Care; Quality of Health Care, Nursing. Para o estudo definiu-se como critérios de inclusão, texto integral, revisto por especialistas e publicação nos últimos 5 anos. Como critérios de exclusão, artigos repetidos e sem relevância para o tema em estudo. No total obtivemos 34 artigos mas atendendo aos critérios foram selecionados e analisados 15 artigos.

DISCUSSÃO E RESULTADOS

Do total dos 15 artigos encontrados, predominaram revisões sistemáticas, meta-análises, ensaios clínicos e revisões narrativas. Da análise emergiu que a organização da prestação de cuidados por enfermeiro de referência consiste num “método de prestação de cuidados de enfermagem, caracterizado por uma vinculação sólida e contínua entre o doente e uma determinada enfermeira que é responsável da planificação, administração e coordenação dos cuidados de enfermagem do doente...” durante todo o período de internamento” (Gillies, (1994). Conta ainda com a Enfermeira associada que assegura os cuidados na ausência da enfermeira de referência.

Os métodos de distribuição do trabalho são determinados pela disponibilidade dos profissionais de enfermagem conjugado com as características organizacionais e as necessidades de cuidados, sendo o método de trabalho por enfermeiro de referência aquele que melhor condição reúne para garantir a qualidade de cuidados de enfermagem. “Os métodos de organização de cuidados de enfermagem têm vindo a desenvolver-se à medida que se vão sucedendo as diferentes correntes de pensamento e conceções de enfermagem numa tentativa de melhor adaptação às transformações sociais e às necessidades da comunidade, em cuidados de saúde” (Cardoso, 2010).

Como fatores intervenientes para a seleção do método de trabalho importa considerar: (I) A Filosofia do Serviço de Enfermagem; (II) O Quadro de referência Institucional/modelo conceptual; (III)

when people are at stake the processes aimed to achieve maximum efficiency cannot jeopardize the quality of care provided.

The quality nursing care may imply a change in the traditional working methods of the more conservative paradigms of nursing. The method of reference nursing is congruent with the delegation of the management of care and simultaneously facilitates the professional development of nurses. We believe that it promotes co-responsibility and contribution of nurses, is a guaranty of quality of care, stimulates the nurse-patient ratio, favours the coordination and evaluation of care and encourages the use of the nursing process, which is indispensable to the achievement of this method.

On a personal level, we can consider the contribution to maintaining motivation, reducing monotony, stimulating interest to learn, and allow nurses to directly see the final product of their work while deciding the processes and procedures for its implementation.

The method of reference nursing promotes personalized monitoring of the patient and family, reinforces the nurse-patient relationship, contributes to the improvement of care, planning and development, and provides an individualized communication based on truth, trust and mutual respect.

Based on literature and experience, we believe that organizing the provision of nursing care per nurse reference is a strategy to ensure quality of care. It is an enriching experience of formal delegation of authority in reference nursing to manage nursing care.

KEYWORDS:

PRIMARY NURSING, QUALITY OF HEALTH CARE, NURSING

A utilização do Processo de Enfermagem; (IV) A dotação de enfermeiros e assistentes operacionais; O percurso profissional da equipa; (V) O contexto organizacional; (VI) A estrutura física; e (VII) As características dos clientes. Corroboramos a opinião de Parreira (2005), quando afirma que a escolha do método de organização dos cuidados não é indiferente a uma conceção sobre os cuidados a realizar, a uma filosofia de cuidados ou a um modo de pensar a organização de cuidados. Esta é mais do que uma simples distribuição de atividades.

Pensamos que, com base na literatura consultada e na experiência adquirida, organizar a prestação de cuidados de enfermagem por enfermeiro de referência constitui-se numa estratégia para garantir a qualidade de cuidados, pois as modalidades de organizar a prestação de cuidados, vulgarmente conhecidas como métodos de trabalho, correspondem, de acordo com Kérouac Pépin, Ducharme, Duquette, e Major (1994), ao modo como os papéis e as tarefas são definidos e as responsabilidades repartidas entre os diferentes membros de uma equipa, cujos cuidados são integrais porque atendem ao conceito de PESSOA e aos Cuidados Holísticos.

Os princípios dos cuidados integrais foram definidos por Moussete e Serralheiro (1987), como segue: (i) A Enfermeira identifica, planifica, coordena, controla e avalia os cuidados ao grupo de doentes que lhe está atribuído, 24 horas por dia e 7 dias por semana, da admissão à alta; (ii) Os cuidados aos clientes são atribuídos a uma única enfermeira durante cada turno de trabalho, sempre que está ao serviço; (iii) A enfermeira centraliza as comunicações acerca do doente e sua família e exerce de modo autónomo a tomada de decisão respeitante ao grupo de doentes que lhe está atribuído; e (iv) As responsabilidades estão claramente divididas e a enfermeira é identificada pelos clientes, suas famílias, membros da sua equipa e outros intervenientes como a pessoa que tem totalmente a seu cargo os cuidados aos doentes.

Concordamos que são as características responsabilidade, autonomia, coordenação e globalidade,

elementos predominantes da garantia de qualidade nesta conceção de enfermagem como prática profissional centrada no cliente: Responsabilidade – A enfermeira de referência é responsável pelo cliente desde a admissão até à alta; Autonomia – A enfermeira de referência tem autonomia para tomar decisões acerca dos cuidados de enfermagem a prestar ao cliente; Coordenação – A enfermeira de referência coordena a informação acerca do cliente e a sua transmissão, na equipa de saúde; e Globalidade – A enfermeira de referência presta todos os cuidados necessários ao seu cliente numa perspetiva de continuidade.

Na equipa de enfermagem o papel da enfermeira chefe altera-se pois não domina tudo o que se passa com todos os doentes da Unidade de Cuidados. Cada enfermeiro de referência está presente, por exemplo, na visita médica participando na tomada de decisão clínica. A enfermeira em funções de gestão da Unidade delega a autoridade, incentiva a criatividade, encoraja a autonomia, promove a aprendizagem, mantém-se ‘pessoa recurso’ para a equipa e cuida dos enfermeiros que cuidam. Assim, a enfermeira-chefe envolve-se na medida em que encoraja a reflexão e análise, promove a interajuda, domina a técnica de resolução de conflitos, exerce a autoridade baseada na colaboração e consulta e promove a criatividade.

Em síntese, o sucesso ou insucesso do método depende da competência e formação dos enfermeiros da equipa, do tipo de doentes, bem como das características do enfermeiro-chefe para se envolver, sem receio, na gestão participativa.

A organização da prestação de cuidados por enfermeiro de referência além de corresponder às expectativas dos doentes concorre para o desenvolvimento do enfermeiro, permitindo simultaneamente assegurar a individualidade, a globalidade, a responsabilidade e a continuidade de cuidados de enfermagem, ao mesmo tempo que promove a descentralização da tomada de decisão do enfermeiro e possibilita uma maior articulação com a família. Opõe-se, assim, à fragmentação dos cuidados, à existência de diversos intermediários na comunica-

ção e à existência de vários intervenientes na partilha de responsabilidade pela pessoa doente. O facto de ser atribuída, apenas ao enfermeiro dotado de competências para a tomada de decisão (Pinheiro, 1994), a responsabilidade pelos cuidados totais ao doente, desde a admissão até à alta/transfêrencia, sendo também suas atribuições a avaliação do processo e dos resultados (Pearson, 1988), determina que esta conceção de enfermagem, como prática profissional, é centrada na pessoa cuidada.

O método de enfermeiro de referência favorece a interação entre o enfermeiro/equipa/doente/família pois permite uma maior articulação e confiança entre os intervenientes, possibilita a tomada de decisões em conjunto através de uma comunicação verdadeira, ajustada e realista, e facilita o esclarecimento de dúvidas, receios e medos diminuindo a ansiedade e angústia da pessoa doente. Este método potencia que o foco de atenção em enfermagem seja o doente a quem são prestados os cuidados. Estes serão individualizados e de qualidade visando a “humanização dos cuidados e a principal característica, distintiva face a todas as outras, é a descentralização da tomada de decisão, o que implica o reconhecimento, por parte da administração, do direito das enfermeiras que prestam cuidados de tomarem as decisões necessárias para assegurar a qualidade” (Costa, 2004, p. 239).

PROCESSO DE CUIDADOS E QUALIDADE

Esta metodologia de trabalho, por enfermeiro de referência, supõe delegação da gestão de cuidados de enfermagem idealmente no enfermeiro especialista por possuir competências diferenciadas ao nível da conceção e gestão de cuidados, bem como de supervisão dos mesmos ou no enfermeiro experiente, considerando que “o processo de enfermagem é um método de tomada de decisões clínicas...é um modelo de decisão sistemático que é cíclico, não linear... mantendo o controlo de qualidade dos *outputs* de tomada de decisão” (Urden; Stacy; Kathleen & Lough 2008, p.8).

A garantia da qualidade nos cuidados de saúde prestados adotando estratégias que possibilitem otimizar os recursos e reduzir a ocorrência de eventos adversos tornou-se num eixo fundamental para a obtenção da satisfação dos utilizadores. Segundo o Plano Nacional de Saúde (2012-2016) as políticas saudáveis suportam-se em estratégias e recursos, ao nível da organização dos cuidados de saúde “incentivando explicitamente a responsabilidade por ações de promoção de saúde sistemáticas ou oportunistas, adequadas aos vários níveis, contextos e mandatos, com critérios de qualidade”.

A necessidade de implementar sistemas de qualidade é atualmente considerado como uma prioridade nas políticas de saúde, bem como está formalmente assumida pela Organização Mundial de Saúde. O XIX Governo Constitucional determinou no decreto-lei 22/2012 que as Administrações Regionais de Saúde “garantem o acesso à prestação de cuidados de saúde de qualidade, a nível regional, adequando os recursos disponíveis às necessidades e executam políticas e programas de saúde na sua área de intervenção” (Ministério da Saúde, 2012). Como já referimos, os enfermeiros orientados pelos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem (Ordem dos Enfermeiros (2002) assumem um papel fundamental, na implementação, articulação e avaliação da qualidade dos cuidados prestados.

A monitorização da qualidade e consequentes processos de melhoria contínua são um dos instrumentos básicos para a melhoria e promoção dos cuidados. A preocupação com a prestação de cuidados com qualidade deverá ser uma preocupação constante de todos os intervenientes (doente/família, profissionais de saúde, dirigentes institucionais e decisores políticos), desde os primeiros passos na implementação e operacionalização dos serviços (Capelas, Vicuna, Coelho-Rosa, 2011).

Para existir um processo de melhoria da qualidade deve, em primeiro lugar, existir uma preocupação com a mesma desde os órgãos de gestão de topo até às bases, para que possamos então pensar em

melhorá-la, começando por se perceber a sua importância. Em sintonia com Escoval (2003, p. 24) salientamos que “não podemos nunca ter da saúde uma visão puramente economicista, dado que, nesta área, para além dos princípios que norteiam o desenvolvimento económico e social, devem também prevalecer os princípios humanistas, visando a saúde dos cidadãos e o seu bem-estar”.

Para pensar e compreender a importância da qualidade é fundamental refletir na forma como implementá-la: (i) partilhar um claro modelo de cuidados ao doente e família que oriente as atividades diárias; (ii) estabelecer consensos organizacionais quanto à missão e visão; (iii) promover a adequação e partilha de uma linguagem comum de modo a minimizar o conflito e a otimizar a clareza na comunicação; (iv) utilizar o mesmo processo terapêutico e de cuidados baseados na evidência e em *guidelines* consensuais; e (v) colher dados e avaliar o resultado das intervenções terapêuticas e envolvendo-se num processo cíclico que melhore os vários aspetos das atividades clínicas (Ferris; Gómez-Batiste Furst & Connor, 2007). Esta poderá considerar-se como o grau em que os serviços de saúde aumentam a probabilidade de atingirem os resultados de saúde esperados e, simultaneamente, consistentes com o atual conhecimento científico e profissional (Grunfeld; Lethbridge; Lawson; Paszat; Johnston & Burgeet al., 2006). Por outro lado, proporcionar cuidados de qualidade é coordenar, conciliar os desejos do doente e sua família, com o espectro de respostas do Sistema Nacional de Saúde (Simmons, 2000).

A avaliação da qualidade passa então pela criteriosa análise de todos os elementos facilitadores, tais como a liderança, os cuidadores, as políticas e estratégias, alianças e recursos disponibilizados e os processos utilizados para se atingirem os objetivos. Os resultados obtidos, refletem a adaptação dos cuidados nos doentes/família, nos profissionais da equipa e restantes elementos dos serviços prestadores de cuidados de saúde (Gómez-Batispte; Porta; Tuca & Stjernward, 2005).

Quando penetramos na avaliação dos serviços de saúde e, concretamente, nos cuidados de saúde, parece-nos que os dois principais elementos da qualidade são a eficácia e a efetividade, em que a primeira se considera como o potencial de benefício em condições reais, na prática diária, ou seja o efeito das intervenções na população específica e em concreto, enquanto a segunda é o potencial benefício das intervenções sob condições ideais, ou então, como em princípio uma intervenção resultará.

No processo de melhoria da qualidade, quando é colocado em prática pelas respetivas equipas, estas dispõem de um processo sistematizado de avaliação da situação global da organização e cuidados prestados pela equipa, permitindo o desenvolvimento de medidas de melhoria, em todas as áreas de abordagem dos cuidados, podendo, desta forma, alcançar-se elevados níveis de qualidade na utilização de diferentes instrumentos e, assim, o respeito integral pelos princípios dos doentes.

EXPERIÊNCIA DE OPERACIONALIZAÇÃO NUMA UCI

Pareceu-nos oportuno comunicar a experiência de implementação da organização da prestação de cuidados de enfermagem por enfermeira de referência, como metodologia de trabalho, numa Unidade de Cuidados Intensivos da Zona Norte, durante cinco anos, uma vez que quando esta metodologia de trabalho é exposta, alguém interroga atónito referindo: Sim, globalmente tem muitas vantagens. Mas em que país estará implementado? Estabelecemos como critérios de escolha do enfermeiro de referência: (I) o nível de desenvolvimento profissional de cada enfermeiro. Ou seja, todos os enfermeiros passavam pela situação de referência e associado, logo que estivessem aptos, após o período de integração, incluindo competências no domínio do sistema de informação informatizado, em uso; (II) de preferência, não ser no momento enfermeiro de referência de mais que um doente, embora pudesse ser associada podia ser de refe-

rência de outro doente; e (III) de preferência, não estar prevista a sua ausência da Unidade, no futuro próximo (licença por férias, maternidade...). Neste contexto, consideramos que a enfermeira de referência (I) Foi sempre um interlocutor privilegiado para a pessoa cuidada; (II) Responsável e garante do projeto de cuidados; (III) Assegurava a Qualidade e continuidade de cuidados; (IV) Recebia o doente na admissão e acompanhava-o até à transferência para outra Unidade de Cuidados; (V) Sempre que estivesse em exercício ficava responsável pelos seus doentes de referência, procurando-se que a rotatividade de horários induzisse o mínimo de interferência nos cuidados; (VI) Favorecia a coordenação e avaliação dos cuidados; e Estimulava a utilização do Processo de Enfermagem, cujo pressuposto é primordial para se poder afirmar que a organização da prestação de cuidados se processa por “Enfermeira de Referência”. Verificámos que esta metodologia de trabalho incentivava a reflexão em equipa, sendo uma oportunidade de intercâmbio de experiências da prática de cuidados. Era assim que ao Enfermeiro de Referência, assumindo o “papel de gestor de cuidados de enfermagem como expressão de um cuidar holístico e complexo...” (Gonzales et al. citado por Sequeira & Lopes 2009), competia, nomeadamente: (I) coordenar a preparação da unidade; (II) receber o doente; (III) proceder à sua admissão; (IV) realizar a avaliação inicial; (V) recolher toda a informação pertinente para efetuar uma correta avaliação do estado de saúde do doente, junto dos seus familiares ou acompanhantes; (VI) Identificar os diagnósticos de enfermagem do doente; (VII) planear, prescrever e avaliar as intervenções de enfermagem a realizar; (VIII) prestar cuidados de

enfermagem globais ao doente em todos os turnos em que estivesse ao serviço; e (IX) participar no planeamento da alta.

Deste modo, tivemos a experiência positiva de documentar a prática de cuidados informatizada, como forma de valorizar a Enfermagem como contínuo da promoção de qualidade, como refere Sequeira (2006), baseado em uma prática, sustentado nos diagnósticos, intervenções e resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem, proporcionando uma visibilidade de acordo com o contexto real da prestação de cuidados.

CONCLUSÃO

A organização da prestação de cuidados de enfermagem deve proporcionar continuidade e qualidade de cuidados às pessoas que procuram as Unidades de Cuidados, dado que existe relação positiva entre a aplicação do modelo de enfermeiro de referência e a melhoria da qualidade da prestação de cuidados (Antoli et al.1998).

Face a estes conceitos e reflexões acerca da temática sobre o método de trabalho por “enfermeira de referência” como promotor de qualidade de cuidados, conclui-se da importância de que a gestão de cuidados de enfermagem prossiga no sentido de que o trabalho do enfermeiro se torne mais eficiente e consiga promover satisfação para a pessoa cuidada, o enfermeiro e a equipa de saúde. Para tal, a formação das equipas e o seu redimensionamento são fatores a considerar. Estamos convictas de que “da organização da prestação de cuidados de enfermagem depende um funcionamento eficaz pois é o centro vital da gestão da unidade”. (Rego, 2000, p. 71).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Antoli & Sasot, J. (1998). The reference nurse, working satisfaction and that of the patient, *Abstract Enferm Clin.* 8,2, 71 acessado em: <http://www.elsevier.es/en/abstract/revistas/enfermeria-clinica-35/the-reference-nurse-working-satisfaction-and-that-5867-metodo-1998#3b77e723bd0ae48e6cf841362dccc573>
- Capelas, M.; Vicuna, M. & Coelho-Rosa, F. (2011). Avaliar a qualidade em Cuidados Paliativos: como e porquê? *Patient Care*, janeiro, v.16, n.169, p.11-16
- Cardoso, A. (2010). Experiências dos pais na hospitalização da criança com doença aguda. Dissertação de mestrado em ciências de enfermagem. Acessado em: <http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/26863/2/Dissertao%20Ana%20Cristina%20A.pdf>
- Carmona, L & Laluna, M. (2002). "Primary nursing": pressupostos e implicações na prática. *Revista Eletrônica de Enfermagem* (on-line em formato pdf), 4, 1, p. 12 - 17, Acessado em <http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen>
- Costa, J. (2004). Métodos de prestação de cuidados. *Millenium - Revista do ISPV*. Outubro de 2004, p. 239
- Decreto-lei 22/2012 Plano de Redução e Melhoria da Administração Central.
- Escoval, A. (2003). Gerir Serviços de Saúde em contexto de mudança. *Revista da Ordem dos Enfermeiros*, 10, 24.
- Ferris FD, Gómez-Batiste X, Furst CJ & Connor S. (2007). Implementig Quality Palliative Care. *Journal of Pain Symptom Management*; vol 33, n.º 5
- Gillies, D. (1994). *Gestión de enfermería - Una aproximación a los sistemas*. Barcelona: Salvat, p. 307.
- Gómez-Baptiste X, Porta J, Tuca A, & Stjernward J. (2005). *Organización de Servicios y Programas de Cuidados Paliativos*. Madrid : Arán Ediciones.
- Grunfeld E, Lethbridge L, Lawson B, Paszat LF, Johnston G, Burge F [etal]. (2006). Towards using administrative databases to measure population-based indicators of quality end-of-life care: testing the methodology. *Palliative Medicine*.n.º 20.
- Kérrouac, S, Pépin, J., Ducharme, F., Duquette, A. & Major, F. (1994). *La pensée infirmière. Conceptions et stratégies*. Laval: Édition Études Vivantes.
- Malagutti, W. & Caetano, K. (2009). *Gestão do serviço de enfermagem no mundo globalizado*. Rio de Janeiro: Ed. Rubio.
- Moussete, D & Serralheiro, M. (1987). *Travail en equipe+soins integrreaux - Un mariage possible*. *Nursing Québec*, vol 7, 3, 48. In: Pinheiro, M. (1994) *Organizar a prestação de cuidados: Uma função / desafio para o enfermeiro chefe*. *Servir*, 42, 6, 317.
- Oliveira, L.&Schilling, M. (2011). Análise do serviço de enfermagem no processo de planeamento estratégico em hospital. *REGE*, São Paulo - SP, Brasil, 18, 2.
- Ordem dos Enfermeiros (2002). *Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem: enquadramento conceptual e enunciados descritivos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Divulgação, 6,42, acessado em <http://www.ordemenfermeiros.pt/comunicacao/Revistas/ROE%206.pdf>.
- Parreira, P. (2005). *Organizações*. Coimbra: Formasau.
- Pearson, A. (1988). *Primary Nursing*. London: Crom Helm.
- Pinheiro, M. (1994). *Organizar a prestação de cuidados: Uma função / desafio para o enfermeiro chefe*. *Servir*, 42, 6, 314.
- Plano Nacional de Saúde 2012-2016. Acessado em <http://pns.dgs.pt/>
- Rego, A. (2000). Como gerir uma Unidade de Cuidados Intensivos. *Servir*, 48, 2, 71.
- Sequeira, A. & Lopes, (2009). *J. Gestão de Cuidados de Enfermagem para uma Assistência Efectiva e Integrada à Pessoa com Toxicoddependência*. *Revista Toxicoddependências*. P.73.
- Sequeira, C. (2006). *Introdução à Prática Clínica: do diagnóstico à intervenção em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica*. Coimbra: Quarteto Editora, p.16.
- Simmons J. (2000). *Improving the Quality of End-of-Life Care*. *Qual Lett Healthc Lead*. novembro
- Urden, Linda D., Stacy, Kathleen M & Lough, Mary E. (2008). *Thelan's Enfermagem de Cuidados Intensivos - Diagnóstico e Intervenção*. 5ª Edição. Loures : Lusodidacta - Sociedade Portuguesa de Material Didáctico, Lda.

MOTIVAÇÃO PARA O TRABALHO EM ENFERMEIROS APÓS TRANSIÇÃO DO MODELO DE GESTÃO HOSPITALAR

MOTIVATION FOR THE WORK IN NURSES AFTER TRANSITION FROM THE MODEL OF HOSPITAL MANAGEMENT

INVESTIGADORA, PHD.
E-MAIL: ameliarego52@gmail.com

Amélia Rego

MESTRE EM ENFERMAGEM, COM ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA, ENFERMEIRA NO HOSPITAL SANTA MARIA MAIOR, EPE, BARCELLOS
E-MAIL: monicarodrigues80@gmail.com

Mónica Rodrigues

INVESTIGADORA, PHD., PROFESSORA NA UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA - CENTRO DE INVESTIGAÇÃO INTERDISCIPLINAR EM CIÊNCIAS DA SAÚDE, PORTO.
E-MAIL: baraujo@porto.ucp.pt

Beatriz Araújo

RESUMO

Este estudo enquadra-se em investigações desenvolvidas, a nível nacional e internacional, sobre as repercussões do modelo de gestão hospitalar na motivação dos enfermeiros. Definiu-se como objetivo avaliar o estado motivacional dos enfermeiros após transição do modelo de gestão. Para o efeito tomou-se uma amostra constituída por 18 enfermeiros duma Unidade de Cuidados Intensivos. Na recolha de dados utilizou-se um questionário com questões sociodemográficas e de motivação, que se aplicou por sugestão do Serviço, durante um estágio. Os dados foram analisados através de estatística descritiva. Os resultados sugerem que para 88,9% da amostra

INTRODUÇÃO

As estruturas organizacionais são submetidas constantemente a desafios, oportunidades e a ameaças. A correta gestão da mudança representa um papel crucial na sobrevivência de qualquer organização, sendo os gestores os que conseguem criar um ambiente em que as pessoas se motivam pelo desempenho, num clima organizacional favorável ao desenvolvimento da atividade. Segundo Rego e Cunha (2003)(1) a mudança pode ser concebida a partir de dois pontos de vista básicos, enquanto processo planeado ou processo emergente. O desenvolvimento organizacional enquanto mudança planeada é algo que é desencadeado pela gestão do topo, sendo depois encaminhado para a restante da organização para a sua implementação. Como as organizações sofrem processos de mudança, também as pessoas, quer social, quer profissionalmente, enfrentam esse desafio. Novas competências e motivações dos profissionais aumentam o nível de desenvolvimento organizacional, funcionando assim como fator de mudança, constituindo, também, os responsáveis da organização um fator de mudança que pode decidir e interferir no rumo da mesma. A mudança emergente consiste no aparecimento de novos padrões organizativos em consequência da adaptação às contingências locais e na ausência de um programa pré-estabelecido. O seu ponto de partida é a complexidade das interações sociais, sendo a mudança, desta forma, um processo auto organizativo e não um pro-

cesso planejado de gestão e organização (Rego & Cunha, 2003).⁽¹⁾ Para os autores aquela é: (I) sensível às especificidades locais e às particularidades em cada contexto; e (II) produzida onde acontece, dando espaço à improvisação, à ação reativa, ao controlo de danos e aproveitamento de oportunidades satisfazendo, assim, as necessidades de autonomia, de controlo e de expressão dos indivíduos. Como a mudança emergente constitui uma resposta a problemas locais proporciona, com maior probabilidade, feedback imediato àqueles que a conduzem. A aprendizagem torna-se, deste modo, um processo mais natural do que o que se verifica quando decorre um período longo entre a ação e o feedback. Grandes distâncias temporais dificultam as percepções e põem em causa os sentimentos de autonomia resultantes de uma resposta imediata a um problema.

O conceito do clima aplicado às organizações sugere um composto multidimensional de elementos que exercem uma influência marcada na forma como as pessoas se comportam em contexto de trabalho. Segundo Ferreira, Neves e Caetano (2001)⁽²⁾ o clima organizacional influencia a motivação e o comportamento das pessoas, assim como a produtividade das organizações. Na perspetiva de Martins (2003)⁽³⁾ o termo clima organizacional refere-se às características motivacionais do ambiente organizacional, isto é, aos aspetos da organização que produzem diferentes tipos de motivação nos seus membros. Assim, não é indiferente o conhecimento ou não dos objetivos de trabalho estabelecidos. Concordamos com Tadin, Rodrigues, Dalsoquio, Guabiraba e Miranda (2005)⁽⁴⁾ ao salientar que os objetivos devem ser evidenciados referindo a “...importância de se associar atitudes motivadoras a objetivos” (p.42).

A motivação humana é uma impulsão interior que leva a pessoa a agir de uma maneira concreta. Para Robbins (2005)⁽⁵⁾ a motivação constitui “um processo responsável pela intensidade, direção e persistência dos esforços de uma pessoa para o alcance de uma determinada meta” (p.132). É uma força cujo efeito e direção dependem dos projetos do indivíduo num contexto determinado, representando o impulso para o trabalho e estimulando a realização do mesmo. Trata-se de um processo

a mudança do modelo de gestão interferiu nas condições de trabalho e relações entre a equipa, gerando um clima de competitividade entre a mesma e com poucos benefícios para os doentes.

Para a maioria dos enfermeiros constituem factores de desmotivação os de ordem laboral e as orientações do Conselho de Administração. Apenas 11,1% dos inquiridos se sentem motivados com o reconhecimento do contributo da enfermagem por outros grupos profissionais; 33,3% para participar em projetos; e 16,7% para o desenvolvimento/formação profissional, desconhecendo a maioria o processo de mudança e os objetivos da mesma. Os resultados parecem refletir receio, falta de conhecimento e envolvimento dos enfermeiros no processo de mudança.

PALAVRAS-CHAVE:

ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR, MOTIVAÇÃO, ENFERMAGEM, CUIDADOS INTENSIVOS

ABSTRACT

This study was based on research developed at national level and international, on the repercussions of hospital management model in the motivation of nurses. It's defined as to assess the motivational state of the nurses after the model of transition management. For this purpose was taken a sample of 18 nurses of a Intensive Care Unit. In the data collection it was used a questionnaire with sociodemographic questions and motivation, which applied by suggestion of the Service, during an internship. The data were analyzed using descriptive statistics. The results suggest that for 88.9% of the sample model change management interfered in the working conditions and relations between the staff generating an environment of competitive between it and with little benefit to patients. For most of the nurses constitute disincentives to work order and orientations of the Administrative Council. Just 11.1% of respondents are motivated with the recognition of the contribution of nursing by other professional groups, 33.3% to participate in projects, and 16.7%

que mobiliza o organismo para a ação, a partir de uma relação estabelecida entre o ambiente, a necessidade e o objeto de satisfação. Na base da motivação está sempre um organismo que apresenta uma necessidade, um desejo, uma intenção, um interesse, uma vontade ou uma predisposição para agir. A motivação inclui também o ambiente que estimula o organismo e oferece o objeto de satisfação (Regato, 2005).⁽⁶⁾

A motivação pode ser intrínseca e extrínseca, referindo-se a intrínseca aos comportamentos de trabalho que são estimulados pelo entusiasmo que o trabalho em si mesmo suscita naquele que o executa. Por seu lado, a extrínseca refere-se aos comportamentos executados com a finalidade de obter uma recompensa material ou social, ou para evitar alguma forma de punição. No entanto, para Vergara (2007)⁽⁷⁾, na motivação intrínseca “...ninguém motiva ninguém. Nós é que nos motivamos, ou não” (p.42). A influência externa poderá, no máximo, estimular, incentivar e manter a motivação. As teorias da motivação centram-se no conteúdo ou no processo. No âmbito deste estudo referimo-nos apenas à teoria de Herzberg por se direcionar para o trabalho e considerar os fatores de higiene e os fatores motivacionais. De acordo com esta teoria, fatores de higiene são as fontes de insatisfação no trabalho, as quais estão mais relacionadas com o ambiente em que as pessoas trabalham do que com a natureza do trabalho em si, como por exemplo: condições de trabalho, relação com os colegas, qualidade técnica da supervisão e salário. Por sua vez, os fatores motivacionais incluem o senso de realização, reconhecimento e responsabilidade e são encontrados no conteúdo do trabalho, refletindo-se diretamente no que a pessoa faz diariamente no trabalho (Hunt & Osborn, 2005).⁽⁸⁾

O desenvolvimento do processo motivacional nas organizações é o elemento-chave de uma gestão estratégica e de resultados. O seu grande diferencial dá-se por meio do equilíbrio da capacidade produtiva e da motivação dos trabalhadores. Este, porém, não ocorre sem um conjunto claro e expressivo de valores (Cimbalista e Volpato, 2002)⁽⁹⁾ Desta forma entende-se que o processo motivacional deve estar em concordância com os valores internos e externos da organização. Segundo

for the development / professional formation, unknown the majority the change process and objectives of the same. The results seem to reflect fear, lack of knowledge and involvement of the nurses in the change process.

KEYWORDS:

HOSPITAL ADMINISTRATION, MOTIVATION,
NURSING, INTENSIVE CARE

Martins (2003) (3) as organizações hospitalares são sistemas complexos, compostos por vários departamentos e profissões, tornando-as sobretudo uma organização de pessoas confrontadas com situações emocionalmente intensas, tais como vida, doença e morte, as quais causam ansiedade e tensão física e mental.

Diariamente ocorrem mudanças nas organizações hospitalares com o objetivo de responder às ameaças, desafios e oportunidades do meio envolvente. As organizações empreendem essas mudanças com o objetivo de melhorar o seu desempenho e a sua continuidade. Neste contexto de constante instabilidade, gerir a mudança tem sido uma das preocupações fundamentais, nomeadamente ao nível das respostas dos colaboradores à mudança já que a motivação das pessoas põe em causa a sua eficácia. Todas as organizações procuram ser estáveis, mas estão sujeitas a vários fatores de mutação. A política, a economia, a vida social e a tecnologia têm uma profunda influência numa organização.

Em Portugal, através do Decreto-Lei n.º 558/99, de 17 de Dezembro, iniciou-se um processo de reforma da gestão hospitalar mediante implementação das formas de natureza empresarial para desenvolver processos de modernização da sua gestão e uma melhoria de eficiência da sua organização. Assim, em cada hospital podem existir formas diferentes de operacionalizar o modelo de gestão como por exemplo em Centros de Custos, Centros de Responsabilidade Integrada ou Unidades Autónomas de Gestão, sendo que os hospitais continuam a ser públicos, mas com gestão empresarial. Surgiu, ainda, outra forma inovadora de promover a gestão no âmbito da Saúde, nomeadamente através de Parceria Público-Privada, na qual se procura um modelo em que o sector privado assegure a gestão clínica, mediante regras de gestão empresarial, a aplicar por um parceiro privado, perspetivando-se uma maior economia, eficiência e eficácia. O estado concessionária, isolada ou conjuntamente, a construção, o equipamento, a exploração e a gestão de instituições públicas a entidades privadas, através de um contrato de gestão baseado no perfil assistencial e por um período determinado. É neste contexto que surge o

presente estudo, durante um estágio numa Unidade de Cuidados Intensivos, num Hospital da Zona Norte, com o objetivo de avaliar o estado motivacional dos enfermeiros após transição do modelo de gestão do Sector Público Administrativo para o de Parceria Público – Privada

MATERIAL E MÉTODOS

Considerando o objetivo do trabalho, o desenho da investigação orientou-se para um estudo do tipo exploratório-descritivo sob o paradigma quantitativo. Iniciamos com a seguinte questão de investigação “*A mudança decorrente da implementação do novo modelo de gestão num hospital da zona Norte influencia a motivação dos enfermeiros?*”. Como variáveis atributo consideraram-se as variáveis sociodemográficas (género, idade, estado civil, habilitações literárias, entre outras).

AMOSTRA

A amostra por conveniência deste estudo é constituída por dezoito enfermeiros de uma Unidade de Cuidados Intensivos, de um Hospital da Zona Norte, sendo maioritariamente feminina (66,7%) e casados (77,8%), com uma média de idades de 35,6 anos e um desvio padrão de 7,2. Relativamente às habilitações académicas, a maioria dos sujeitos detém o grau de licenciado (94,4%), apenas um possui o grau de mestre (5,6%). No que se refere ao vínculo à instituição, 66,7% dos sujeitos estão em nomeação definitiva, 27,8% em contrato de trabalho a termo certo e 5,6% em contrato de trabalho por tempo indeterminado. A maioria dos sujeitos da amostra (88,9%) exerce funções na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente (UCIP), por opção. Quanto ao tempo total de exercício de funções, 44,4% dos enfermeiros trabalham há mais de 6 anos, seguido de 33,3% há mais de 15 anos. Na UCIP o tempo de exercício dispersa-se do seguinte modo: 33,3% exerce funções na Unidade entre 3 e 6 anos; 27,7% num período superior a um ano, mas menor que três e 27,8% há mais de 6 anos e menos de 15. Assim, verificamos que apenas 11,1% de indivíduos permanecem neste posto de trabalho há mais de 15 anos.

INSTRUMENTO

Tendo em atenção os objetivos do estudo e as características da amostra, o instrumento de colheita de dados utilizado foi o questionário de autorrelato, elaborado com base na revisão da literatura e na experiência das autoras. Este está dividido em duas partes, sendo a primeira constituída por catorze questões fechadas, que correspondem à caracterização sócio demográfica da amostra. Na segunda, avalia-se a motivação dos enfermeiros perante as mudanças implementadas com o novo modelo de gestão no hospital, num total de 23 itens, com um formato de resposta de tipo *Likert* de 5 pontos (*nada motivado, pouco motivado, indeciso, motivado e muito motivado*).

PROCEDIMENTOS

A aplicação do questionário decorreu no período de 23 de Novembro a 16 de Dezembro de 2009. Previamente à colheita de dados obteve-se a autorização formal da chefia de Enfermagem da Unidade. Todos os elementos da amostra foram informados de que a sua participação era livre e voluntária.

Os dados foram tratados e analisados a partir do SPSS (*Statistical Package for Social Science*) para Windows, versão 20.0.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados deste estudo deverão ser interpretados com base no contexto em que ocorreu a sua realização, ou seja, num período de estágio e, concomitantemente, pouco tempo decorrido após a mudança de modelo de gestão, vista por muitos como fraturante para uma instituição com história de cinco séculos. Assim, no Quadro 1 apresentam-se os resultados decorrentes da mudança com a

implementação do novo modelo de gestão no Hospital em estudo e a sua repercussão nos enfermeiros da UCIP. Observando os valores inseridos no Quadro, constata-se que a maioria dos sujeitos da amostra (88,9%) refere que o novo modelo de gestão interferiu nas condições de trabalho e nas relações entre os elementos da equipa, gerando um clima de competitividade entre os mesmos. Estes resultados estão em consonância com Chiavenato (1998)⁽¹⁰⁾ ao referir que o “clima de grupo” está intimamente relacionado com o grau de motivação dos indivíduos e que, quando existe uma elevada motivação entre os membros de um grupo, o clima do grupo de trabalho traduz-se por relações gratificantes de satisfação, interesse e colaboração. Pelo contrário, uma fraca motivação entre os membros - por frustrações ou por impedimento à satisfação das suas necessidades - reflete-se no clima de grupo dando origem a problemas emocionais que se manifestam por sinais de depressão, desinteresse, apatia e desmotivação, podendo, em casos extremos, chegar a estados de agressividade. Por sua vez, é reconhecido por 55,3% dos sujeitos da amostra que a mudança implementada gera competitividade entre os elementos da equipa. Constata-se, também, que 88,9% dos indivíduos têm a perceção de que a mudança do modelo de gestão não trará benefícios para os doentes. Apenas 11,1% dos sujeitos da amostra consideram que haverá ganhos em saúde. Quando questionados sobre se “as sugestões serão bem recebidas”, verifica-se que 55,6% dos inquiridos consideram que não e 44,4% consideram que sim. Tal facto alerta para a necessidade de que cada trabalhador deveria ser valorizado pelo seu potencial, contribuindo com o seu conhecimento, sugestões ou opiniões, consolidando assim uma maior integração no seu ambiente de trabalho (Cimbalista & Volpato, 2002).(9)

QUADRO 1

Perceção das implicações da mudança de Modelo de Gestão

QUESTÕES	SIM		NÃO	
	N	%	N	%
O NOVO MODELO DE GESTÃO INTERFERIU NAS CONDIÇÕES DE TRABALHO	16	88,9	2	11,1
A MUDANÇA INTERFERIU NAS RELAÇÕES ENTRE OS ELEMENTOS DA EQUIPA	16	88,9	2	11,1
A MUDANÇA IMPLEMENTADA GERA COMPETITIVIDADE ENTRE OS ELEMENTOS DA EQUIPA	10	55,6	8	44,4
A MUDANÇA DO MODELO DE GESTÃO TRAZ GANHOS EM SAÚDE PARA OS DOENTES	2	11,1	16	88,9

QUADRO 2

Fatores de satisfação/manutenção da motivação

FATORES	NADA MOTIVADO	POUCO MOTIVADO	INDECISO	MOTIVADO	MUITO MOTIVADO
MOTIVAÇÃO PARA O TRABALHO	5,6	38,9	16,7	33,3	5,6
MOTIVAÇÃO RELATIVA À REMUNERAÇÃO	16,7	61,1	11,1	11,1	0,0
MOTIVAÇÃO PERANTE O VÍNCULO QUE TEM COM O HOSPITAL	11,1	22,2	38,9	27,8	0,0
MOTIVAÇÃO RELATIVA AO HORÁRIO DE TRABALHO	16,7	44,4	22,2	16,7	16,7
MOTIVAÇÃO REFERENTE À CARGA HORÁRIA	27,8	38,9	16,7	16,7	0,0
MOTIVAÇÃO RELATIVA À ORGANIZAÇÃO DA UCIP	0,0	33,3	27,8	38,9	0,0
MOTIVAÇÃO RELATIVAMENTE AO FUNCIONAMENTO DA UCIP	44,4	44,4	5,6	50	0,0
MOTIVAÇÃO REFERENTE À RELAÇÃO QUE TEM COM OS COLEGAS	27,8	27,8	16,7	55,6	0,0
MOTIVAÇÃO RELATIVA AO DESEMPENHO DOS COLEGAS	0,0	11,2	44,4	44,4	0,0
MOTIVAÇÃO REFERENTE AO DESEMPENHO DO SUPERIOR	5,6	38,8	27,8	22,2	5,6

Seguidamente apresentam-se no Quadro 2 os resultados relacionados com os fatores de satisfação/manutenção da motivação dos enfermeiros que integram a amostra. Em relação à questão até que ponto se sente motivado para o trabalho que realiza constata-se que 38,9% de indivíduos da amostra se encontram *pouco motivados*. Por outro lado, 33,3% encontram-se *motivados*, 16,7% estão *indecisos*, 5,6% encontram-se *nada motivados* e 5,6% estão *muito motivados*.

Os enfermeiros podem ser dominados por uma sensação de ambivalência decorrente da incerteza de horário e dificuldades ao nível da organização da prestação de cuidados. Tal realidade, ao ser percebida, poderá provocar sentimentos de irritação e de frustração nos enfermeiros. Estes sentem-se condicionados por fatores do contexto que os levam a reagir à margem do seu ideal profissional e pessoal (Martins, 2003).⁽³⁾

A realização humana e profissional constitui um fator de motivação importante, uma vez que, após cada etapa ultrapassada intensifica-se a vontade de conquistar novos e superiores níveis de realização pessoal.

Quando questionados sobre a remuneração recebida observamos que 61,1% e 16,7% dos indivíduos se sentem *pouco motivados* e *nada motivados*, respetivamente. Por seu lado, 11,1% encontram-se *motivados* e 11,1% *indecisos*.

A remuneração constitui um importante fator de motivação no trabalho. Pelos resultados obtidos apuramos que grande parte dos indivíduos da amostra refere não se sentir motivado com a retri-

buição financeira pelo que faz. Estes profissionais consideram que são mal remunerados pelas suas atribuições, competências, carga horária e responsabilidade assumida. A teoria da motivação de Herzberg também explica que o salário baixo leva à insatisfação e, conseqüentemente, à desmotivação dos trabalhadores.

Relativamente ao vínculo de trabalho e respetivo receio de alteração desse vínculo no futuro, verificamos que 38,9% dos indivíduos se encontram *indecisos*. Para 27,8% dos indivíduos o vínculo faz com que se sintam *motivados*, no entanto, 22,2% sentem-se *pouco motivados* e 11,1% *nada motivados* (Gráfico 1).

Pela análise dos gráficos n.º 1 e n.º 2, podemos verificar que os elementos que se encontram mais motivados são os que pertencem ao quadro da função pública e os menos motivados são os que se encontravam a regime de contrato a termo certo. Nas situações de insegurança no trabalho (por exemplo, o trabalho com contrato a termo certo), as pessoas estão mais predispostas a aceitar a sobrecarga de trabalho ou condições de trabalho menos adequadas que podem acrescentar novas experiências de stress e desmotivação. Em relação aos elementos que fazem parte do quadro da função pública, estes resultados eram os esperados, uma vez que estes inquiridos consideravam o seu posto de trabalho mais seguro e estável que os restantes elementos da equipa, motivando-os para o trabalho. No entanto, como consequência da Parceria Público-Privada, é expectável a passagem a contrato individual de trabalho.

GRÁFICO 1

Distribuição percentual da amostra segundo a motivação perante o vínculo que tem com o hospital (n=18)

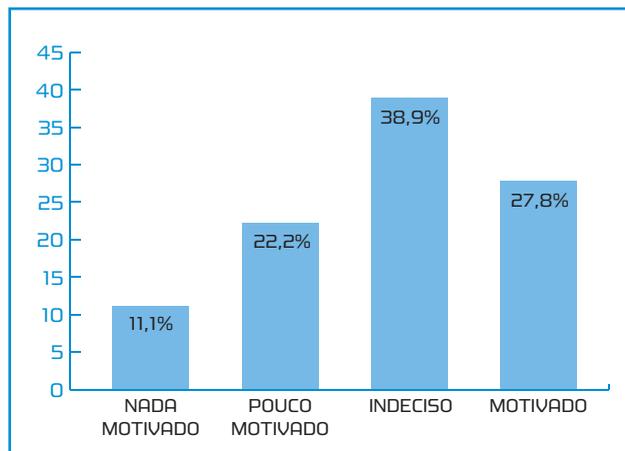
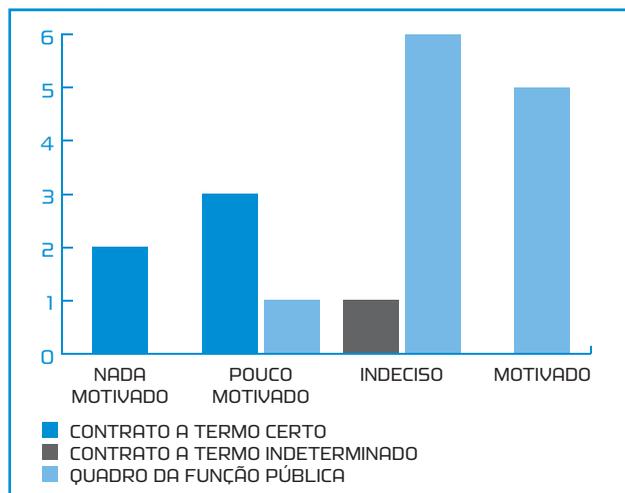


GRÁFICO 2

Distribuição da amostra segundo o tipo de vínculo/motivação (n=18)



No que se refere à questão sobre o horário de trabalho verifica-se que 44,4% dos indivíduos da amostra sentem-se *pouco motivados*, 22,2% *indecisos*, 16,7% *nada motivados*. Por outro lado, constata-se que 16,7% dos indivíduos da amostra o horário de trabalho que praticam faz com que se sintam *motivados*.

O trabalho por turnos rotativos afeta todos os profissionais de saúde quer no que diz respeito à saúde física, quer psicológica e mental. Os resultados obtidos vêm corroborar estudos realizados no âmbito desta temática. Os profissionais que praticam este horário de trabalho apresentam, com maior frequência, queixas de fadiga crónica e alterações

gastrointestinais do que os profissionais com horário normal. São também frequentes alterações dos ritmos cardíacos, do ciclo de sono e do ritmo de libertação de adrenalina (Martins, 2003).⁽³⁾ Tappen (2005)⁽¹¹⁾ sugere a utilização de estratégias para diminuir os efeitos negativos do trabalho por turnos, nomeadamente a redução do stress, recorrendo a técnicas de relaxamento, descanso adequado, exercício e uma boa alimentação.

Relativamente à questão sobre a carga horária verifica-se que 38,9% dos indivíduos da amostra sentem-se *pouco motivados*, 27,8% encontram-se *nada motivados*, 16,7% dos indivíduos estão *indecisos*. Por outro lado, constata-se que para 16,7% dos indivíduos da amostra a carga horária que realizam faz com que se sintam *motivados*. Estes resultados corroboram a ideia de que o excesso de trabalho conduz à desmotivação, estando em sintonia com o estudo de Bezerra, Andrade, Andrade, Vieira e Pimentel (2010).⁽¹²⁾

Em relação à organização da UCIP verifica-se que 38,9% dos indivíduos da amostra sentem-se *motivados*, 33,3% sentem-se *pouco motivados* e 27,8% estão *indecisos*.

Quanto ao funcionamento da Unidade constata-se que 50% dos indivíduos da amostra sentem-se *motivados*, 44,4% sentem-se *pouco motivados* e 5,6% encontram-se *indecisos*. As características dos ambientes constituem fatores externos importantes para a motivação. Se o ambiente em que vivemos e trabalhamos proporcionar atividades de interesse para os profissionais o grau de motivação para os mesmos será mais elevado. Por outro lado, as condições de trabalho, tais como ambiente apazível, boas instalações e a preocupação com segurança, influem na produtividade da organização.

A relação estabelecida com os colegas de trabalho para 55,6% dos inquiridos faz com que se sintam *motivados*. No entanto, 27,8% dos indivíduos sentem-se *pouco motivados* e 16,7% *indecisos*. As relações interpessoais são habitualmente muito valorizadas. Os ambientes de trabalho que promovem o contacto entre as pessoas demonstram ser mais benéficos do que aqueles que o impedem ou dificultam (Martins, 2003).⁽³⁾ Sendo assim, as oportunidades de relação com os outros no trabalho são uma variável que surge relacionada positivamente

com a motivação e satisfação no trabalho (Gardell, 1977).⁽¹³⁾ Com efeito, as oportunidades de relação com os outros no trabalho são uma variável que aparece positivamente relacionada com a satisfação do trabalho e negativamente com a tensão e a ansiedade (Gardell, 1971).⁽¹⁴⁾ A qualidade das relações interpessoais é um aspeto de grande importância no ambiente de trabalho, sendo as boas relações entre os membros do grupo de trabalho um fator crucial para a estabilidade individual e organizacional. Assim, as relações na equipa contribuem significativamente para esse bom ambiente laboral e verificamos que os resultados obtidos neste estudo demonstram que mais de metade da amostra considera que existe um bom ambiente de trabalho, sentindo-se, por isso, motivados.

No que se reporta à questão sobre o desempenho dos colegas de trabalho, verificamos que 44,4% de indivíduos da amostra sentem-se *motivados*. Por outro lado, observamos, também, que 44,4% de indivíduos da amostra sentem-se *indecisos* e 11,1% sentem-se *pouco motivados*. O trabalho em equipa é um elemento de motivação e satisfação no trabalho.

Quanto à questão sobre o desempenho do superior observamos uma dispersão de opiniões, constatando-se que 38,8% dos indivíduos sentem-se *pouco motivados*, 27,8% sentem-se *indecisos*, 22,2% sentem-se *motivados*, 5,6% *nada motivados*. Por outro lado, verifica-se, também que para 5,6% de indivíduos da amostra o desempenho do superior faz com que se sintam *muito motivado*. No contexto do trabalho, o superior hierárquico é um ponto de referência importante para a grande maioria das pessoas. Assim, as relações hierárquicas e funcionais podem contribuir para a motivação no trabalho e bem-estar psicológico. É neste contexto que Bezerra, Andrade, Andrade, Vieira e Pimentel (2010)⁽¹²⁾ afirmam que a falta de reconhecimento dos gestores, ausência de bom relacionamento entre a chefia de enfermagem e a equipe assistencial, entre outros, conduzem à desmotivação.

O líder, ao tentar compatibilizar os objetivos organizacionais e individuais, tem de ser, também, o garante do cumprimento das normas estabelecidas. Ser capaz de criar um ambiente propício à integração e ao trabalho em equipa, fazendo com que a

mesma se sinta motivada, é um desafio constante. Torna-se impossível dissociar o papel motivador do papel de líder. Este tem que necessariamente motivar os seus colaboradores, caso contrário não irá alcançar plenamente os seus objetivos como líder. O enfermeiro-chefe, enquanto líder, pode intervir em alguns fatores de insatisfação individual, mas nos fatores de insatisfação de natureza grupal a área é de difícil intervenção. São pessoas que assumem múltiplos papéis (chefe, enfermeiro, amigo, mãe ou pai, marido ou esposa), colocando, muitas vezes, de parte, alguma insatisfação pessoal, dão o seu melhor, não sendo muitas das vezes reconhecidos. Contudo, estes momentos podem ser totalmente compensados pelo incentivo, respeito e reconhecimento que alguns dos colegas e subordinados lhes traduzem ou demonstram.

Da observação do Quadro 3 e no que se refere à questão sobre as diretivas emanadas pelo Conselho de Administração, verificamos que 38,9% de indivíduos da amostra sentem-se *nada motivados*, 27,8% sentem-se *pouco motivados*. Por outro lado, constata-se que 27,8% dos inquiridos sentem-se *indecisos* e 5,6% sentem-se *motivados*.

Relativamente à questão sobre o reconhecimento atual do contributo da Enfermagem pelo Conselho de Administração, observamos que 38,9% dos sujeitos da amostra sentem-se *nada motivados*, 33,3% dos indivíduos sentem-se *pouco motivados*. Por outro lado, 22,2% dos indivíduos da amostra sentem-se *indecisos* e 5,6% sentem-se *motivados*. Estes resultados revelam que grande parte da amostra não se encontra motivada. Torna-se importante valorizar cada profissional pelo seu potencial e trabalho. Todos os enfermeiros sabem que têm uma forte razão social para existirem, pelo que ninguém pode conceber uma organização de saúde onde tais profissionais não estejam incluídos. Mas, apesar disso, e muito embora se trate do maior grupo profissional do sector da saúde não lhes é, por vezes, dada a oportunidade de participar nas decisões das suas políticas, seja a níveis mais elevados ou a níveis mais intermédios (Martins, 2003).⁽³⁾

O reconhecimento surge como resposta à necessidade individual de obtenção de *feedback* sobre a respetiva atividade profissional e confere sentido à

atuação, reforçando-a quando esta é superiormente reconhecida como bem sucedida.

Quanto à questão sobre o reconhecimento atual do contributo da Enfermagem por outros grupos profissionais observamos que 44,4% e 22,2% de indivíduos da amostra se sentem *pouco motivados* e *nada motivados*, respetivamente. Apenas 11,1% dos indivíduos sentem-se *motivados* e 22,2% *indecisos*. Perante estes resultados verifica-se que a maioria de indivíduos da amostra não sente o reconhecimento por outros grupos profissionais, o que conduz, por sua vez, a sentimentos de desmotivação. Sendo assim, as organizações deverão rever e avaliar os seus fatores de motivação no trabalho do enfermeiro para que este possa prestar cuidados de enfermagem de melhor qualidade, contribuindo desta forma para o sucesso da organização. Torna-se emergente que os enfermeiros sejam tratados com a sua devida importância e devidamente reconhecidos, através da competência, da politização, da organização da categoria, do posicionamento na equipa e na instituição, e da realização de um trabalho de qualidade (Batista, Vieira, Cardoso & Carvalho, 2005).⁽¹⁵⁾

Quando questionados sobre a possibilidade de participar em projetos verificamos que 33,3% e 16,7% dos indivíduos da amostra referem que se sentem *motivados* e *pouco motivados* respetivamente. A maioria (38,9%) encontra-se *indecisa*. Por outro lado, 11,1% sentem-se *nada motivados*.

Um dos aspetos em que a motivação é considerada muito importante diz respeito ao sucesso empresarial, entendendo-o como uma forma efetiva de conseguir a realização de um projeto (Cimbalista & Volpato, 2002).⁽⁹⁾ Neste ponto de vista é importante que a administração possibilite a realização e/ou participação em projetos com vista a garantir o sucesso do profissional, promovendo desta forma a motivação do mesmo.

Relativamente à questão sobre as oportunidades para o desenvolvimento/ formação profissional constatamos que 38,9% dos indivíduos responderam que se sentem *pouco motivados*, 16,7% e 27,8% sentem-se *motivados* e *indecisos*, respetivamente. De salientar que 16,7% se sentem *nada motivados*. De acordo com Barcellos, Dias, Vilas Boas, e Dias (2010),⁽¹⁴⁾ as oportunidades que o contexto socio-

profissional proporciona ao indivíduo para desenvolver e utilizar as suas próprias habilidades contribuem bastante para a motivação no trabalho.

No que se reporta à questão sobre o conhecimento que possuem sobre os objetivos do processo de mudança, constata-se que para 55,6% dos indivíduos da amostra esta temática faz com que se sintam pouco motivados. Para 27,8% dos indivíduos sentem-se indecisos e para 11,1% dos indivíduos sentem-se nada motivados. Somente, 5,6% dos inquiridos estão motivados para esta temática. O conhecimento dos objetivos de uma organização e neste caso de todo o processo de mudança de gestão interfere na motivação dos profissionais. Possibilitar ao profissional a participação ativa nos processos de mudança, com o conhecimento dos seus objetivos, faz com que ele se sinta motivado uma vez que sente que a sua contribuição é necessária. Uma equipa mantém-se motivada quando os objetivos e metas a serem alcançados estão claramente definidos. O líder, ou chefe de serviço, tem um papel preponderante de ligação e é responsável por manter a comunicação clara e atualizada à equipa, informando todos os elementos sobre os propósitos do grupo e as ações a serem tomadas.

No que se refere à questão sobre a mudança para o novo hospital constata-se que 38,8% dos indivíduos da amostra sentem-se *indecisos*, 27,8% e 22,2% *pouco motivados* e *motivados*, respetivamente. No entanto, 11,1% sentem-se *nada motivados*. Perante estes resultados constata-se que se por um lado a perspectiva de mudar de instalações físicas, contactar com novos equipamentos, com menos barreiras arquitetónicas é visto como fator motivacional, por outro lado, outros consideram que a mudança acarreta sempre sentimentos de incerteza e insegurança sendo encarado como um fator de desmotivação.

Quando questionados sobre a situação de mudança, a maioria (38,9% e 22,2%) dos indivíduos da amostra sentem-se *pouco motivados* e *nada motivados*, 27,8% sentem-se indecisos. Apenas 11,1% dos indivíduos estão motivados. Na perspectiva de Rego e Cunha (2003)⁽¹¹⁾ a mudança organizacional pode abranger a introdução de novos processos, procedimentos e tecnologias. Assim, a mudança pode desencadear, individualmente, emoções e

QUADRO 3

Fatores de motivação e liderança

FATORES	NADA MOTIVADO	POUCO MOTIVADO	INDECISO	MOTIVADO	MUITO MOTIVADO
MOTIVAÇÃO COM AS DIRETIVAS EMANADAS PELO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO	38,9	27,8	27,8	5,6	0,0
MOTIVAÇÃO COM O RECONHECIMENTO ATUAL DO CONTRIBUTO DA ENFERMAGEM PELO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO	38,9	33,3	22,2	5,6	0,0
MOTIVAÇÃO RELATIVA AO RECONHECIMENTO ATUAL DO CONTRIBUTO DA ENFERMAGEM POR OUTROS GRUPOS PROFISSIONAIS	22,2	44,4	22,2	11,1	0,0
MOTIVAÇÃO PERANTE A POSSIBILIDADE DE PARTICIPAR EM PROJETOS	11,1	16,7	38,9	33,3	0,0
MOTIVAÇÃO PERANTE AS OPORTUNIDADES PARA O DESENVOLVIMENTO/ FORMAÇÃO PROFISSIONAL	16,7	38,9	27,8	16,7	0,0
MOTIVAÇÃO FACE AO CONHECIMENTO DOS OBJETIVOS DO PROCESSO DE MUDANÇA	11,1	55,6	27,8	5,6	0,0
MOTIVAÇÃO RELATIVAMENTE À MUDANÇA PARA O NOVO HOSPITAL	11,1	27,8	38,8	22,2	0,0
MOTIVAÇÃO RELATIVAMENTE À SITUAÇÃO DE MUDANÇA	22,2	38,9	27,8	11,1	0,0
MOTIVAÇÃO RELATIVA À SOMA DE TODOS OS ASPECTOS DO TRABALHO E DA VIDA NO HOSPITAL	22,2	38,9	27,8	11,1	0,0

reações que podem oscilar entre o otimismo e o medo, ansiedade, desafio, resistência, ambiguidade, energia, entusiasmo, incapacidade, receio, pessimismo, insatisfação e motivação.

Relativamente à questão “*tudo somado e considerando todos os aspetos do seu trabalho e da sua vida no hospital*” os resultados foram idênticos ao da questão anterior.

O grau de motivação de uma pessoa é uma questão que pode afetar a harmonia e a estabilidade psicológica dentro do local de trabalho (Batista, Vieira, Cardoso & Carvalho, 2005 (15); Tadin, Rodrigues, Dalsoquio, Guabiraba & Miranda, 2005).⁽⁴⁾

CONCLUSÃO

Os resultados sobre o estado motivacional dos enfermeiros da UCIP em estudo, face à transição do modelo de gestão hospitalar do Sector Público Administrativo para o de Parceria Público – Privada, indicam que a mudança interferiu nas condições de trabalho e nas relações entre a equipa, criando um clima de competitividade entre a mesma e com poucos benefícios para os doentes.

Para os enfermeiros deste estudo constituem fatores de desmotivação: o não reconhecimento por outros grupos profissionais; o vínculo de trabalho; a remuneração pelas funções e competências; a carga horária e a responsabilidade assumida; o desconhecimento de todo o processo de mudança de modelo de gestão e os objetivos do mesmo;

o desempenho do superior e as orientações do Conselho de Administração. Estes resultados parecem refletir apreensão, falta de conhecimento e de envolvimento dos enfermeiros no processo de mudança.

Os elementos mais motivados são os que pertencem ao quadro da função pública e os menos motivados são os que se encontram em regime de contrato a termo certo. Esta situação de instabilidade laboral pode predispor alguns enfermeiros a aceitarem sobrecarga ou condições de trabalho menos ajustadas ao seu estatuto o que, por sua vez, se repercutirá em novas experiências de stress e de desmotivação.

Numa época de instabilidade da conjuntura económica como a que se vivencia, a mudança é uma constante a considerar e a adaptação à mesma é uma questão de sobrevivência para as organizações. Assim, a transição pode desencadear nos enfermeiros emoções e reações que oscilam entre o otimismo e o medo, a ansiedade, o desafio, a resistência, a ambiguidade, a energia, o entusiasmo, a incapacidade, o receio, o pessimismo e a motivação. Neste contexto, toda a organização que queira sobreviver precisa de ter uma atitude de questionamento permanente e ser flexível à mudança, podendo, desta forma, experimentar continuamente as melhores técnicas e soluções que lhe permitam continuar a operar, sem nunca esquecer a importância das pessoas durante o processo de

transição, contando com a sua resistência a envolver-se por motivos internos ou externos (Frederico, 2005⁽¹⁶⁾; Sekiou, 2015).⁽¹⁷⁾ Ter em consideração as expectativas motivadoras do pessoal, ou não, na organização, pode constituir a diferença entre o enfermeiro se integrar, cooperar e inovar ou, pelo contrário, optar pelo cumprimento dos níveis mí-

nimos em termos de quantidade e qualidade pelo enquadramento do seu esforço/resultado (Batista, Santos, Santos & Duarte, 2010).⁽¹⁸⁾ Sugere-se outros estudos como continuidade deste, onde estejam representados os enfermeiros de todos os serviços e, ainda, após consolidação do novo modelo de gestão no hospital.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Rego, A. & Cunha, M.P. (2003). A Essência da Liderança: Mudança x resultados x Integridade Teoria, prática, aplicações e exercícios de auto-avaliação. Lisboa: Editora RH.
2. Ferreira, J.M.C., Neves, J. & Caetano, A. (2001). Manual de Psicossociologia das Organizações. Lisboa: Editora McGraw-Hill.
3. Martins, M.C.A. (2003). Situações indutoras de stress no trabalho dos enfermeiros em ambiente hospitalar. Acedido em <http://www.ipv.pt/millennium/millennium28/18.htm>
4. Tadim, A.P., Rodrigues, J.A.E., Dalsoquio, P., Guabiraba, Z.R. & Miranda, I.T.P. (2005). O conceito de motivação na teoria das relações humanas. Revista de Ciências Empresariais: 2 (1), 40-47. Acedido em <http://www.maringamanagement.com.br/viewarticle.php?id=43>
5. Robbins, S.P. (2005). Comportamento organizacional. São Paulo: Pearson Prentice Hall.
6. Regato, V.C. (2005). Psicologia nas Organizações. Rio de Janeiro: Editora Rio.
7. Vergara, S. C. (2007). Gestão de Pessoas. 6.ed. São Paulo: Atlas.
8. Hunt, J. & Osborn, R. (2005). Fundamentos de Comportamento Organizacional. 2.ª Ed. Porto Alegre: Bookman.
9. Cimbalista, S. & Volpato, M. (2002). O processo de motivação como incentivo à inovação nas organizações. Revista FAE, 5 (3), 75-86.
10. Chiavenato, I. (1998). Recursos humanos. São Paulo: Atlas.
11. Tappen, R. (2005). Liderança e Administração em Enfermagem: Conceitos e Prática. 4.ª Ed. Loures: Lusociência.
12. Bezerra, F. D.; Andrade, M. F. C.; Andrade, J. S.; Vieira, M. J. & Pimentel, D. (2010). Motivação da equipe e estratégias motivacionais adotadas pelo enfermeiro. Rev. bras. enferm. 63 (1), Acedido em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672010000100006
13. Gardell, B. (1977). Autonomy and participation at work. ... "Society, Stress and Disease", 1, Oxford: Oxford University Press.
14. Gardell, B. (1971). Alienation and mental health in the modern industrial environment. in L. Levi: Society Stress and disease, 1, Oxford: Oxford University Press, London, pp. 148-180.
15. Batista, A.A.V., Vieira, M.J., Cardoso, N.C.S. & Carvalho, G.R.P. (2005). Fatores de motivação e insatisfação no trabalho do enfermeiro. Revista da Escola de Enfermagem da USP, 39: 85-91. Acedido em <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v39n1/a11v39n1>
16. Frederico, M. (2005). Empenhamento organizacional de enfermeiros em hospitais com diferentes modelos de gestão: papel de variáveis de contexto. Revista Referência. 2 (1), 53-62.
17. Sekiou, L. (2015). Gestão dos Recursos Humanos. Lisboa: Instituto Piaget.
18. Batista, V.L.D, Santos, R.M.F, Santos, P.M.F. & Duarte, J.C. (2010). Satisfação dos Enfermeiros: estudo comparativo em dois Modelos de Gestão Hospitalar. Revista Referência. 2 (12), 57-69.

REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA A ADESÃO AO REGIME TERAPÊUTICO DO IDOSO COM DOENÇA CRÓNICA: CONTRIBUTOS PARA UMA REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA

ADHERENCE TO THE THERAPEUTIC REGIMEN OF THE ELDERLY WITH CHRONIC DISEASE: CONTRIBUTIONS TO A SYSTEMATIC REVIEW OF THE LITERATURE

ENFERMEIRA NO SERVIÇO DE CIRURGIA GERAL 1
DO HOSPITAL NOSSA SENHORA DA GRAÇA, TOMAR,
ESTUDANTE DA PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DO ADULTO
E CUIDADO EM SITUAÇÃO CRÓNICA E PALIATIVA, UCP,
LISBOA HELENA.I.G.ALMEDA@GMAIL.COM

Helena Isabel Gonçalves Almeida

ENFERMEIRA NA UNIDADE DE CUIDADOS INTERMÉDIOS
DE NEONATOLOGIA NA MATERNIDADE DR. ALFREDO DA
COSTA, ESTUDANTE DA PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DO
ADULTO E CUIDADO EM SITUAÇÃO CRÓNICA E PALIATIVA,
UCP, LISBOA

Ana Rita Fernandes de Sousa

PHD, PROFESSORA AUXILIAR
NA UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA

Patrícia Pontífice Sousa

RESUMO

A evolução da Medicina e o aumento da esperança média de vida levou ao aumento da população idosa e ao surgimento de doenças crónicas. Ser idoso e portador de doença crónica implica mudança de hábitos de vida e o recurso a fármacos. Objetivos: Identificar intervenções de enfermagem promotoras de adesão ao regime terapêutico no idoso com doença crónica Método: Revisão sistemática da literatura, selecionando-se 5

INTRODUÇÃO

Ao longo dos últimos anos, o desenvolvimento científico e técnico da Medicina tem contribuído para uma diminuição da taxa de mortalidade e aumento da esperança média de vida, em todo o mundo. Este aumento aliado à adoção de estilos de vida pouco benéficos para a saúde têm contribuído para o surgimento das doenças crónicas¹. Neste contexto, será expectável abordar a adesão (ou falta dela) ao regime terapêutico no idoso com doença crónica. Adesão trata-se de um termo que define o grau de cumprimento do doente, relativamente às indicações dadas pelo profissional da saúde sobre a medicação, dieta e estilos de vida saudável³. A adesão eficaz associa-se a um aumento de resultados positivos na saúde, na segurança e na qualidade de vida das pessoas³. O Conselho Internacional de Enfermeiros (2015) complementa a definição de adesão referindo-se a esta como uma “ação autoiniciada para promoção do bem-estar, recuperação e reabilitação; seguindo as orientações sem desvios; empenhada num conjunto de ações e comportamentos” (p.38)⁵.

Quanto ao regime terapêutico da doença crônica, Silva (2008) classifica-o como farmacológico ou não farmacológico. O regime terapêutico farmacológico inclui o conhecimento sobre o problema de saúde e medicamentos prescritos, implicando a autorresponsabilização do idoso. Por outro lado, o regime terapêutico não farmacológico refere-se aos comportamentos a ter face a alimentação e exercício físico. Nesta situação, o idoso deve compreender a necessidade de mudar o seu estilo de vida⁶. Os idosos são considerados um grupo muito vulnerável face ao seguimento das indicações terapêuticas. A possibilidade de alterações cognitivas e funcionais e a existência de comorbidades associadas, condicionam um regime terapêutico complexo, contribuindo significativamente para a não adesão neste grupo em particular^{2,3}. Como tal é necessária uma ação estruturada por parte do enfermeiro que possibilite a adesão do doente ao regime terapêutico.

O processo de adesão poder ser influenciado por fatores relativos ao idoso - variáveis sociodemográficas, motivação, conhecimentos e crenças sobre a doença, apoio familiar; relativos ao próprio regime terapêutico e relativos ao sistema de saúde - organização dos cuidados de saúde, relação com o enfermeiro^{2,3,4,5}. A não adesão ao regime terapêutico pode trazer complicações de saúde ao idoso, reduzir a sua qualidade de vida; desperdiçar recursos de cuidados de saúde e prejudicar a confiança no sistema de saúde³. A identificação de fatores responsáveis pela não adesão permite ao enfermeiro atuar de modo mais eficaz, através da elaboração de estratégias promotoras de adesão ao regime terapêutico⁷. A avaliação inicial de enfermagem deve ser orientada para obter o máximo conhecimento sobre o idoso, contexto familiar e social. A relação de confiança existente entre o idoso e família com o enfermeiro é fundamental para o estabelecimento de parcerias, permitindo personalizar o plano de gestão do regime terapêutico em cada situação particular⁴.

Com o presente estudo pretende-se objetivar a melhor e mais atualizada evidência científica disponível relativa às intervenções de enfermagem que promovem a adesão ao regime terapêutico no idoso com doença crônica.

artigos, publicados entre 2010 e 2015, encontrados em bases de dados eletrónicas, com avaliação crítica dos resultados dos mesmos. Resultados: a avaliação inicial do idoso com doença crónica, a educação para a saúde, a inclusão do idoso e da pessoa significativa devem ser aspetos incluídos na intervenção de enfermagem.

Conclusões: A intervenção do enfermeiro como ator privilegiado, junto do idoso com doença crónica, é essencial na capacitação para a adesão ao regime terapêutico.

PALAVRAS-CHAVE:

CHAVE: IDOSO, ADESÃO, REGIME TERAPÊUTICO, DOENÇA CRÓNICA, ENFERMEIRO

ABSTRACT

The evolution of medicine and the increase in average life expectancy has led to an increase in the elderly population and to the emergence of chronic diseases. Being elderly with a chronic illness implies a change in lifestyle and the use of medication. Aim: To identify nursing interventions that promote adherence to the therapeutic regimen in the elderly with chronic diseases. Methods: Systematic review of the literature, selecting 5 articles, published between 2010 and 2015, found in electronic databases, with a critical evaluation of the results.

Results: The initial evaluation of the elderly with chronic illness, health education and inclusion of the elderly and significant people should be aspects included in the nursing intervention.

Conclusions: The intervention of the nurse as a privileged actor, together with the elderly with chronic disease, is essential for adherence to the therapeutic regimen.

KEYWORDS:

ELDERLY, ADHERENCE, THERAPEUTIC REGIMEN, CHRONIC DISEASE, NURSE

TABELA 1

Critérios de inclusão e exclusão para a seleção dos estudos

CRITÉRIOS DE SELEÇÃO	CRITÉRIOS DE INCLUSÃO	CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO
PARTICIPANTES	INDIVÍDUOS COM IDADE SUPERIOR A 65 ANOS COM DOENÇA CRÓNICA	INDIVÍDUOS COM IDADE INFERIOR A 65 ANOS
INTERVENÇÃO	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM PROMOTORAS DA ADESÃO AO REGIME TERAPÊUTICO	
RESULTADOS	TODOS OS RESULTADOS	
DESENHO	ESTUDOS SEM RESTRIÇÕES	REVISÕES SISTEMÁTICAS DA LITERATURA

METODOLOGIA

Numa primeira fase do percurso metodológico foi realizada uma pesquisa generalizada, no motor de pesquisa Google e no Repositório de Acesso Aberto de Portugal, no sentido de obter literatura cinzenta. Posteriormente, nas plataformas eletrônicas SciELO - Scientific Electronic Library Online, SciELO Portugal, Biblioteca do Conhecimento Online (b-on) e EBSCOhost, foi feita pesquisa onde obtiveram-se os descritores mais adequados, em três idiomas: *idoso, adesão, regime terapêutico, doença crónica, enfermeiro (português); anciano, adhesión, régimen terapéutico, enfermedad crónica, enfermera (espanhol); elderly, adherence, therapeutic regimen, chronic disease, nurse (inglês)*.

De seguida elaborou-se um protocolo com as etapas necessárias para a redação de uma revisão sistemática da literatura. Centre for Reviews and Dissemination (2009), citado por Tanqueiro (2013), descreve as fases do protocolo de revisão adotado neste estudo: “definição da questão de investigação, procura e seleção dos estudos, avaliação da qualidade metodológica dos estudos, extração dos dados, síntese dos resultados” (p.154)⁸.

Foram formuladas duas questões de investigação, com base no método PI(C)OD⁸ participantes, intervenção, outcomes (resultados) e desenho (tipo de estudo): *quais os fatores promotores de não adesão ao regime terapêutico nos idosos com doença crónica? nos idosos com doença crónica, quais as intervenções de enfermagem promotoras da adesão ao regime terapêutico?* Após esta etapa, através da plataforma eletrônica EBSCOhost, foi realizada a procura de estudos, cruzando todos os descritores acima definidos, nos idiomas português, inglês e espanhol, pesquisando-os no texto integral (TX). Desta pesquisa emergiram 120 artigos. Os critérios de seleção foram definidos de acordo com o método PI(C)OD⁸.

Inicialmente, a partir da leitura do título e resumo dos artigos, foram excluídos os estudos que não incluíssem a população idosa, que fossem revisões sistemáticas da literatura ou que tivessem sido produzidos antes de 2010. Numa segunda fase foi realizada a leitura integral dos artigos restantes e, partindo dos critérios de inclusão referidos e de uma avaliação crítica da qualidade dos estudos, foram escolhidos cinco artigos para amostra final.

RESULTADOS

Os estudos obtidos foram produzidos em português ou inglês, entre os anos de 2010 e 2015. A amostra de estudos selecionados é composta por população idosa, com idades compreendidas entre os 65 e os 92 anos, com patologias crónicas distintas. Após sistematização dos estudos na tabela 2 foram obtidos achados importantes sobre o fenómeno da adesão à terapêutica e as intervenções de enfermagem promotoras de adesão^{4,9}. Os resultados abaixo descritos serão discutidos posteriormente.

DISCUSSÃO

Perante o fenómeno de não adesão, a identificação de potenciais fatores de não adesão ao regime terapêutico no idoso com patologia crónica será uma intervenção primordial por parte do enfermeiro. A avaliação inicial de cada caso permitirá intervir de uma forma personalizada e ajustada às características e necessidades de cada idoso^{4,7,9}. Segundo um estudo de 2015⁹, os fatores de não adesão podem classificar-se, em fatores externos à pessoa, relativos à acessibilidade aos medicamentos e às suas características, fatores relacionais como o apoio social e a relação com o profissional de saúde; e fatores internos, nomeadamente de origem psicológica, crenças em saúde e características sociodemográficas⁹. Além disso, determinantes

TABELA 2

Sistematização dos estudos da amostra, com base no método PI(C)OD⁸

AUTORES/ANO/PAÍS	PARTICIPANTES	TIPO DE ESTUDO	INTERVENÇÕES	RESULTADOS
LANDIM, MAGALI P ET AL/2011/BRASIL ⁴	57,6% DA AMOSTRA É IDOSA, COM HIPERTENSÃO ARTERIAL.	ESTUDO DESCRITIVO E QUANTITATIVO	AVALIAR A ADEÇÃO À TERAPÊUTICA NOS PACIENTES QUE TOMAM DOIS OU MAIS ANTI HIPERTENSORES.	-AÇÕES EDUCATIVAS SOBRE A DOENÇA E TRATAMENTO; -NECESSIDADE DAS PRESCRIÇÕES SEREM DE FÁCIL COMPREENSÃO PARA OS IDOSOS; -PARTICIPAÇÃO ATIVA DA PESSOA COM HIPERTENSÃO ARTERIAL; -A PRESENÇA DA FAMÍLIA
PINHO, ANA P.P. PINHO; JOSÉ, HELENA M.G. /2012/ PORTUGAL ¹	MAIOR PARTE DA AMOSTRA É IDOSA, COM HIPERTENSÃO ARTERIAL.	ESTUDO DESCRITIVO E TRANSVERSAL, COM ABORDAGEM QUANTITATIVA	CARACTERIZAR A ADEÇÃO AO REGIME TERAPÊUTICO, NUM CONJUNTO DE PESSOAS COM HIPERTENSÃO ARTERIAL.	- ADEÇÃO POR PARTE DAS PESSOAS É MAIS BAIXA NAS VERBENTES DA ALIMENTAÇÃO E DO EXERCÍCIO FÍSICO; -NECESSIDADE DOS ENFERMEIROS DE CRIAÇÃO DE PROJETOS COMUNITÁRIOS DE PROMOÇÃO DE SAÚDE
SANTOS, WILLIAN ALVES DOS; PIQUEIRA, ANA R.S.; ET AL/2015/ PORTUGAL ⁹	AMOSTRA COMPOSTA POR 25 PESSOAS, COM IDADE SUPERIOR A 65 ANOS	ESTUDO DESCRITIVO	IDENTIFICAR AS NECESSIDADES E PROBLEMAS DE SAÚDE DA AMOSTRA EM RELAÇÃO À ADEÇÃO AO REGIME TERAPÊUTICO; DELIMITAR DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM RELATIVOS AO FENÓMENO DE NÃO ADEÇÃO E AGILIZAR ESTRATÉGIAS EDUCATIVAS JUNTO DA AMOSTRA EM ESTUDO, DE FORMA A MELHORAR A ADEÇÃO AO REGIME TERAPÊUTICO.	- HÁBITOS ALIMENTARES E A ATIVIDADE FÍSICA SÃO AS DIMENSÕES DO REGIME TERAPÊUTICO MENOS VALORIZADAS PELA PESSOA. - A EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE DEVE SER UM RECURSO PARA MELHORAR A ADEÇÃO AO REGIME TERAPÊUTICO
NASCIMENTO, ANNA C. G. ET AL/2013/ BRASIL ⁷	72 PESSOAS COM HIPERTENSÃO (IDOSOS INCLUIDOS NA MAIORIA DA AMOSTRA - 58 DAS 72 TÊM IDADE SITUADA ENTRE OS 50 E OS 89)	ESTUDO TRANSVERSAL, DE NATUREZA PREDOMINANTE-MENTE QUANTITATIVA	IDENTIFICAR AÇÕES DE ENFERMAGEM QUE MINIMIZEM O PROBLEMA RELACIONADO À NÃO ADEÇÃO.	AÇÃO DE ENFERMAGEM CONTÍNUA E PERSISTENTE: - CONHECER OS HÁBITOS, PADRÕES, COMPORTAMENTOS, NECESSIDADES E ASPECTOS EMOCIONAIS PARTICULARES DE CADA PACIENTE - CUIDADOS INTEGRALIS E INDIVIDUALIZADOS; - A EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE - PLANEAR, JUNTO COM O PACIENTE, ESTRATÉGIAS DE ARMAZENAMENTO DOS MEDICAMENTOS EM LOCAIS VISÍVEIS, UTILIZAÇÃO DE LEMBRETES, USO DE ALARMES E ASSOCIAÇÃO DO TRATAMENTO ÀS ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIAS.
OWENBY, RAYMOND L.; HERTZOG, CHRISTOPHER; CZAJA, SARA J. /2012/ EUA ¹⁰	27 PARTICIPANTES COM PROBLEMAS DE MEMÓRIA (DOENÇA DE ALZHEIMER), SOB TRATAMENTO COM DONEPEZIL, RIVASTIGMINA OU GALANTAMINA OU MEMANTINA (16 HOMENS, 11 MULHERES, COM IDADES ENTRE OS 71-92 ANOS).		RELACIONAR O ESTADO COGNITIVO E A ADEÇÃO AO LONGO DO TEMPO E AVALIAR DE QUE FORMAS AS DUAS VARIÁVEIS INTERAGEM AO LONGO DO TEMPO NESTA POPULAÇÃO	AO LONGO DO TEMPO A ADEÇÃO FOI CONSISTENTEMENTE UM PREDITOR DA COGNICÃO NA SEQUINTE AVALIAÇÃO, ENQUANTO QUE A COGNICÃO NÃO PREDISSESSSE FUTURA ADEÇÃO. - LEMBRETES AUTOMÁTICOS; - INFORMAÇÃO ADAPTADA A CADA INDIVÍDUO; - IMPORTÂNCIA DO APOIO DO CUIDADOR

como o baixo nível de escolaridade, instabilidade económica e o desemprego constituem um impedimento para uma adesão ao regime terapêutico eficaz¹. Estudos descrevem outros fatores como o número de medicamentos tomados⁴, a complexidade do regime terapêutico, o analfabetismo, défice de conhecimentos, défice sensorial, cronicidade da doença⁹ e problemas de memória¹⁰ como causas de não adesão ao regime terapêutico por parte do idoso com doença crónica. Tal como em todos os domínios da Enfermagem, nesta situação é fundamental a aplicação do processo de Enfermagem, com colheita de dados permanente, formulação de objetivos, planeamento de intervenções e avaliação dos resultados obtidos com essas intervenções¹. A qualidade da relação entre o enfermeiro e o idoso, assim como a participação ativa do idoso, poderão ser determinantes na adesão ao regime terapêutico¹. Os resultados obtidos sustentam a necessidade de recorrer à Educação para a saúde como instrumento promotor de adesão ao regime terapêutico, no idoso, com doença crónica^{4,7,9}. Esta é uma “estratégia recomendada para proporcionar aos portadores de doença crónica informações pertinentes que os faça compreender e vivenciar o processo de forma mais autónoma possível” (p.884)⁹. As atividades educativas devem incluir todas as dimensões do regime terapêutico: medicação, exercício físico e alimentação^{1,9}.

Num contexto mais particular, relativo à terapêutica, o enfermeiro pode combinar com o doente formas de armazenar a medicação em locais visíveis, recorrendo a lembretes e alarmes. Estas intervenções são também aplicáveis no idoso com declínio cognitivo^{7,10}.

Estudos enfatizam a importância da implementação de projetos na comunidade, que foquem comportamentos e estilos de vida saudáveis. As atividades em grupo são vistas como uma boa estratégia para os doentes refletirem sobre os estilos de vida e os comportamentos de procura de saúde adotados^{1,9}. Estratégias em grupo, tais como “roda de conversa, organização de ateliers e problematiza-

ção de conceitos”, permitem a reflexão e a partilha de experiências⁹(p.884). A integração de pessoas com uma adesão positiva ao regime terapêutico e à doença nestas atividades poderá ser um reforço positivo para quem tem mais dificuldades no processo de adesão¹. O acompanhamento do familiar/pessoa significativa ao idoso com doença crónica poderá ser imprescindível no processo de adesão ao regime terapêutico. A modificação de estilos de vida e a inclusão de novos comportamentos de procura de saúde no idoso com doença crónica podem trazer repercussões no sistema familiar, pelo que a participação ativa da família é recomendável^{4,10}.

CONCLUSÕES

Os resultados obtidos nesta revisão da literatura permitem reforçar a importância da enfermagem na promoção da adesão ao regime terapêutico no idoso com doença crónica. Neste âmbito, a intervenção de enfermagem deverá ser intencional e direcionada ao idoso e pessoa significativa deste (família/cuidador formal), devendo ser articulada com a equipa multidisciplinar de saúde. O enfermeiro tem um papel importante a nível comunitário na deteção do risco de não adesão ao regime terapêutico e na promoção da autogestão por parte do idoso com doença crónica. O conhecimento de fatores de não adesão ao regime terapêutico e o recurso à Educação para Saúde são determinantes para a intervenção do enfermeiro.

No âmbito das ações educativas verificou-se que as áreas da alimentação e exercício físico neste contexto são menosprezadas pelo idoso. O enfermeiro como elemento educativo deverá ser uma referência nesta área a fim de promover uma melhor capacitação para a adesão. Para finalizar afirma-se que os resultados obtidos foram coerentes com os objetivos e questões de investigação inicialmente definidos. Apesar de tudo considera-se necessária a existência de mais investigação nesta temática, de forma a dar maior visibilidade à intervenção do enfermeiro.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1- Pinto APP, José HMG. Hipertensão arterial e adesão ao regime terapêutico nos cuidados de saúde primários. Rev Enfermagem UFPE online 2012; 6(7), 1638-47. Disponível em: <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=c6698ac1=-420f4879-8-83a-35e1e9fe0ae40%sessionmgr120&vid=50&hid=107>
- 2- Dias AM, Cunha M, Santos A, et al. Adesão ao regime Terapêutico na Doença Crónica: Revisão da Literatura. Revista Millenium 2011;40, 201-219. Disponível em: <http://www.ipv.pt/millenium/Millenium40/>
- 3- Henriques MAP. Adesão ao regime medicamentoso em idosos na comunidade de Eficácia das intervenções de enfermagem. Doutoramento em Enfermagem, Universidade de Lisboa (2011).
- 4- Landim MP, Oliveira CJ, Abreu RNDC et al. Adesão ao tratamento farmacológico anti-hipertensivo por pacientes de unidade da estratégia saúde da família. Rev APS 2011; 14(2), 132-138. Disponível em: <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=c6698ac1-f420-4879-8a83-e35e1e9fe0ae%40sessionmgr120&vid=60&hid=107>
- 5- Conselho Internacional de Enfermeiros. CIPE: Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem – Versão 2015. ISBN: 978-989-8444-35-6
- 6- Silva MJR. O ser humano e adesão ao regime terapêutico – um olhar sistémico sobre o fenómeno. Tese de Mestrado em Ciências de Enfermagem, Universidade Católica Portuguesa, Lisboa (2008)
- 7- Nascimento ACCG, Alves ACP, Almeida AIM et al. Características da adesão terapêutica em pessoas com Hipertensão Arterial e identificação do diagnóstico de enfermagem “Falta de Adesão” na atenção primária. Rev APS 2013; 16 (4), 365-377. Disponível em: <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=c6698ac1=-420f4879-8-83a-35e1e9fe0ae40%sessionmgr120&vid=65&hid=107>
- 8- Tanqueiro, Maria Teresa de Oliveira Soares (2013). A gestão do autocuidado nos idosos com diabetes: revisão sistemática da literatura. Revista Referência
- 9- Santos WA, Piteira ARS, Fernandes LFGB, et al. Envelhecimento e adesão terapêutica como foco de atenção educativa em enfermagem no intercâmbio estudantil internacional. Rev Enfermagem UFPE online 2015; 9 (2), 875-886. Disponível em: <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=c6698ac1-f420-4879-8a83-e35e1e9fe0ae%40sessionmgr120&vid=57&hid=107>
- 10- Ownby RL, Hertzog C, Czaja SJ. Relations between cognitive status and medication adherence in patients treated for memory disorders. Ageing Res 2012; 3(1). Disponível em: <http://web.b.ebscohost.com/ehost/detail/detail?vid=69&sid=c6698ac1-f420-4879-8a83-e35e1e9fe0ae%40sessionmgr120&hid=107&bdata=Jmxhbm9cHQRtYnImc2l0ZTllaG9zdC1saXZl#AN=24575293&db=mdc> e <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3933210/>

CONSUMO DE MEDICAMENTOS POTENCIALMENTE INAPROPRIADOS E RECONCILIAÇÃO DE MEDICAMENTOS EM PESSOAS IDOSAS

CONSUMPTION OF POTENTIALLY INAPPROPRIATE DRUGS AND MEDICATION RECONCILIATION IN THE ELDERLY

LICENCIADO EM ENFERMAGEM, MESTRE EM ENFERMAGEM AVANÇADA, ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA. UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA, INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE – PORTO; ESTUDANTE DE DOUTORAMENTO NA UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA, ICS – PORTO. ASSISTENTE CONVIDADO NA UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA, ICS- PORTO.
EMAIL: AALMEIDA@PORTO.UCP.PT

Armando Manuel Gonçalves de Almeida

LICENCIADA EM MEDICINA; ESPECIALISTA EM MEDICINA GERAL E FAMILIAR E EM MEDICINA DO TRABALHO; MESTRE EM CIÊNCIAS DO DESPORTO. PRESENTEMENTE A EXERCER NAS EMPRESAS MEDICIFORMA, CLINAE, SERVINECRA E SERVIÇO INTERMÉDICO; DIRETORA CLÍNICA DA EMPRESA QUERCIA; DIRETORA DA REVISTA PORTUGUESA DE SAÚDE OCUPACIONAL ON LINE;

Sandra Mónica Silva Santos

DOUTORADO EM BIOLOGIA HUMANA UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA, ICS – PORTO; PROFESSOR AUXILIAR CONVIDADO NA UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA, ICS – PORTO.

Miguel Santos

RESUMO

Na população idosa, o consumo de medicamentos inapropriados leva ao desenvolvimento de eventos adversos.

Objetivos:

Conhecer a dimensão do problema e perceber se a reconciliação de medicamentos é uma solução viável (clínica e economicamente).

Metodologia:

Revisão sistemática da literatura, usando o método PICO. Utilizaram-se os descritores

INTRODUÇÃO

A prevalência de polimedicação, nas pessoas idosas, tem vindo a aumentar⁽¹⁾; quanto maior é o consumo de fármacos maior é a ocorrência de eventos adversos causados por medicamentos (EACM) (nível de evidência A): reações adversas^(2,3,4,5,6), interações medicamentosas^(3,4), interações fármaco doença⁽³⁾ e não adesão ao regime medicamentoso⁽³⁾. Como consequências surgem o aumento da morbilidade⁽³⁾, mortalidade^(3,6) e da utilização dos serviços de saúde - consultas de urgência^(3,5) e internamentos hospitalares^(1,3,5,6) - causando um impacto económico substancial⁽⁵⁾.

Nos Estados Unidos, anualmente, causam cerca de 2.000.000 de internamentos, sendo responsáveis pelo seu prolongamento entre 1,7 a 4,6 dias⁽¹⁾. Na comunidade, provocam mais de 3.500.000 consultas médicas e cerca de 1.000.000 de idas ao serviço de urgência⁽¹⁾. Na Europa, são responsáveis por 20% dos eventos adversos na co-

“Polimedicação”, “Prescrição Inadequada”, “Reconciliação de Medicamentos”, “Revisão de Uso de Medicamentos” e “Desprescrição”.

Resultados:

A existência de prescrições inapropriadas é muito prevalente. A reconciliação de medicamentos é eficaz na sua redução, mas não está provado que é capaz de reduzir os eventos adversos. A falta de envolvimento dos profissionais, a não adesão dos doentes e o custo da implementação são barreiras a ter em conta.

Conclusões:

Os programas de reconciliação de medicamentos precisam de ser melhorados para serem clinicamente e economicamente sustentáveis.

PALAVRAS-CHAVE:

IDOSO; PRESCRIÇÃO INAPROPRIADA;
RECONCILIAÇÃO DE MEDICAMENTOS

ABSTRACT

In the elderly, the consumption of inappropriate drugs leads to the development of adverse events.

Objectives:

To know the magnitude of the problem and to understand whether drug reconciliation is a clinically and economically viable solution.

Methodology:

Systematic review, using the PICO method. The descriptors “Polypharmacy”, “Inappropriate Prescription”, “Drug Reconciliation”, “Drug utilization review” and “Deprescribing” were used.

Results:

The existence of inappropriate prescriptions is very prevalent. Drug reconciliation is effective in reducing it, but it is not proven to reduce adverse events. Lack of professional involvement, patient noncompliance and cost of implementation are barriers to consider.

Conclusions:

Drug reconciliation programs need to be improved to be clinically and economically sustainable.

KEY-WORDS:

AGED; INAPPROPRIATE PRESCRIPTION;
MEDICATION RECONCILIATION.

munidade, 66% em contexto hospitalar e 40% em regime de institucionalização⁽²⁾. Em Portugal, 13% das notificações de incidentes relacionam-se com medicamentos e a prevalência de pessoas idosas polimedicação é elevada⁽⁸⁻¹⁰⁾.

Uma das causas dos EACM é o consumo de medicamentos potencialmente inapropriados (MPI) para as pessoas idosas, independentemente de se adequarem às patologias diagnosticadas^(2,3). Com o envelhecimento, alteram-se os processos de farmacocinética e farmacodinâmica, tornando as pessoas suscetíveis aos efeitos tóxicos e adversos das drogas^(3,11,12); alguns fármacos podem provocar reações adversas por si só, com outros fármacos (diminuindo ou potenciando o efeito) ou com outras patologias coexistentes^(2,3,6). O seu caráter inapropriado resulta da ponderação entre a segurança, comorbilidade, estado funcional^(2,3,6) e tempo de semivida⁽³⁾. A prescrição pode ser incorreta em função da dose, frequência de administração, modo de administração⁽²⁾ ou duração do tratamento⁽⁶⁾.

Os MPI são prescritos, por vezes, por múltiplas especialidades médicas em simultâneo⁽¹¹⁾, pois as guidelines para o tratamento de patologias emergem a partir de evidências com pessoas mais jovens (os ensaios clínicos excluem os mais velhos, determinadas patologias e/ou polimedicação)^(2,6,13); somam-se os fármacos de venda livre.

As prescrições médicas potencialmente inapropriadas (PIM) põem em causa a segurança e, em 2006, a Organização Mundial da Saúde (OMS) lançou o projeto *High 5s* para melhorar a qualidade dos serviços de saúde⁽¹³⁾. Um dos desafios foi assegurar a reconciliação de medicamentos (RM) nos momentos de transição (internamentos, altas clínicas ou transferências)⁽¹³⁾.

A RM visa a adequação do regime farmacológico à pessoa, otimizando os benefícios da medicação e mitigando os efeitos adversos^(7,13); concretiza-se através de 4 passos: 1) recolha integral da anamnese farmacológica; 2) comparação com outras informações disponíveis; 3) reorganização do regime medicamentoso e 4) atualização da lista de fármacos e empoderamento dos indivíduos/famílias⁽¹³⁾.

Em Portugal, prevista desde fevereiro de 2015⁽⁷⁾, a sua sistematização está longe de ser concretizada, pelo que se procedeu ao estudo para perceber a dimensão do problema e equacionar a sua relevância clínica e económica. Assim, formularam-se as seguintes questões: 1) qual será a prevalência e a etiologia das PIM na população idosa? 2) em pessoas idosas polimedicadas ou com PIM, a RM é uma solução clínica e economicamente viável? 3) na RM, que profissionais devem estar envolvidos e quais as dificuldades para a sua implementação?

MATERIAL E MÉTODOS

Realizou-se uma revisão sistemática da literatura, em Maio de 2015.

Para sistematizar a seleção dos estudos utilizou-se o método PICO⁽¹⁴⁾. O método pressupõe a construção de questões de investigação e a sua decomposição nas componentes: a) População/interesse (P) – define quais as pessoas/ assuntos em estudo; b) Intervenção (I) – reporta a estratégia terapêutica que importa estudar; c) Controlo (C) – compara estratégias ou define o tipo de estudo(s) que melhor responde(m) à(s) pergunta(s); d) Resultados (O) - relata as consequências relevantes para os participantes ao aplicar a estratégia ou os conhecimentos emergentes relativos ao(s) assunto(s) em estudo⁽¹⁴⁾ (Quadro 1).

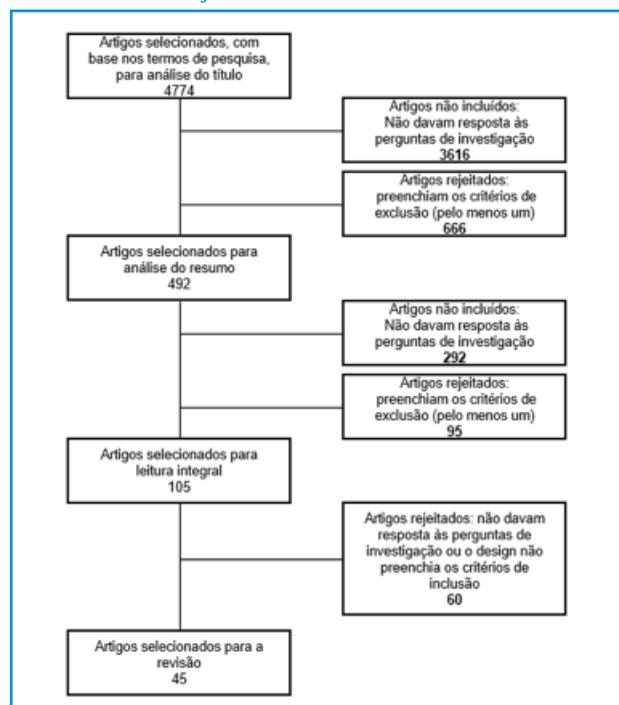
Escolheram-se os termos de pesquisa, as bases de dados eletrónicas e os critérios a usar (Quadro 2). A seleção foi realizada por dois investigadores, independentemente, ficando ao critério do terceiro decidir ou não a inclusão dos estudos não consensuais.

Dos 4774 artigos iniciais, 3616 não foram incluídos, após leitura do título, por não se enquadrarem nos diversos assuntos em pesquisa; 666 foram rejeitados pelos critérios de exclusão (estudos que não visavam pessoas idosas, centrados em grupos farmacológicos, patologias específicas ou situações paliativas); ficando 492. Após leitura dos resumos, 387 foram rejeitados, 95 devido aos critérios de exclusão e 292 por não responderem às perguntas de investigação.

Dos 105 estudos seriados para leitura integral, foram escolhidos 45 tendo em consideração o melhor design para dar resposta aos objetivos elencados. O processo encontra-se retratado na Figura 1.

FIGURA 1

Processo de seleção dos estudos



REVISÃO DA LITERATURA

Para a primeira questão selecionaram-se 23 estudos observacionais; para a segunda 9 revisões da literatura; e para a terceira, 8 revisões da literatura, um estudo observacional, uma tese de doutoramento e 3 relatórios de instituições de referência.

PREVALÊNCIA E ETIOLOGIA DAS PIM

Selecionaram-se 23 estudos^(9,10,15-35), com 2.120.270 indivíduos, de 19 países, distribuídos por quatro continentes (América, Ásia, Oceânia e Europa). O Quadro 3 descreve a prevalência de PIM na comunidade, hospitais ou “*Nursing Homes*”.

A prevalência percentual média de PIM foi de 44.66±18.39, com um mínimo de 14,6% na Irlanda, de 3.454 pessoas idosas⁽²¹⁾ e um máximo de 82.7%, em Taiwan, em 25.187 indivíduos⁽²⁵⁾.

As PIM relacionam-se diretamente com a polimedicação^(9,10, 15, 17-34) e associam-se ao sexo feminino^(10,15,17,19,22,23,27,28,31,32), existência de pluripatologias^(18,25-27,30,34), múltiplos prescritores^(23,25) e consumo de fármacos de venda livre⁽¹⁹⁾.

A prescrição de psicofármacos^(9,10;15-17;19;21-23;25-27;29;33) e o consumo de anti-inflamatórios não esteroides^(10,17,19-24, 25-30,34) são os principais responsáveis pela existência de PIM, justificando a sua maior prevalência nas situações de doença mental^(18,30,31) ou musculoesquelética^(20,30).

Os momentos de transição são muito suscetíveis. Na admissão hospitalar observam-se elevadas percentagens⁽³⁵⁾, tal como no internamento⁽³¹⁾ e na alta hospitalar^(9,32,34).

Os custos associados podem ser consideráveis. Em França, por exemplo, o custo anual, em pessoas com mais de 70 anos, pode rondar os €45.631.319⁽¹⁷⁾ e na Irlanda do Norte os €6.098.419⁽¹²⁾.

BENEFÍCIOS CLÍNICOS/ ECONÓMICOS DA RM

Selecionaram-se 9 estudos de revisão que tinham como indicadores a eficácia e/ ou o custo-efetividade dos processos de RM (Quadro 4).

A RM é eficaz na redução do consumo de fármacos clinicamente inapropriados ou inócuos (grau de recomendação I)⁽³⁶⁻⁴⁰⁾, principalmente quando associada a formação dos profissionais^(36,40), *follow up* dos indivíduos⁽³⁶⁾ e criação de equipas multidisciplinares em cuidados geriátricos⁽³⁶⁾.

A eficácia na diminuição dos EACM não é consensual; alguns estudos demonstram um decréscimo^(37,41), noutros os resultados são inconclusivos^(38,39).

Não é possível determinar se a RM realizada isoladamente é eficaz a reduzir o número de (re)admissões hospitalares^(36-39,41-43), diminuir a mortalidade^(40,42) ou aumentar a qualidade de vida⁽³⁹⁾.

É difícil avaliar o custo da RM⁽⁴⁴⁾. Os estudos apenas avaliam os potenciais benefícios, tais como, a redução de PIM ou de potenciais EACM, que podem não compensar os gastos⁽³⁸⁾.

PROFISSIONAIS A ENVOLVER NO PROCESSO DE RECONCILIAÇÃO DE MEDICAMENTOS

Os farmacêuticos poderão ser os melhor qualificados para orientar a RM e coordenar a equipa multidisciplinar, nos diversos degraus do sistema de saúde^(2,13,45). No entanto, verifica-se que o número de hospitais que os têm a recolher os antecedentes farmacológicos é reduzido⁽¹³⁾ e a integração dos profissionais já existentes no processo faz aumentar a carga de trabalho, sendo incompatível a acumulação de funções⁽⁴²⁾. O recurso a painéis de farmacêuticos para aconselhamento da equipa de saúde pode ser facilitador⁽²⁾.

Os enfermeiros têm como prioridade a segurança dos clientes e promovem ativamente a comunicação entre os vários elementos da equipa multidisciplinar⁽⁴⁶⁾. No hospital, recolhem a medicação no ato da admissão, estando em situação privilegiada para participar na primeira fase do processo^(47,48) e na última, pois colaboram na preparação para o regresso a casa⁽⁴⁶⁾. Na comunidade, a intervenção domiciliar pode contribuir para a adesão ao regime medicamentoso^(8,46).

A decisão final sobre a terapêutica a manter ou a incluir cabe aos médicos, embora a sua utilização como força de trabalho seja a opção mais dispendiosa^(13,48); no entanto, a sua liderança é vista como fundamental para assegurar a adesão da equipa multidisciplinar⁽⁴⁸⁾.

DIFICULDADES NA IMPLEMENTAÇÃO DA RECONCILIAÇÃO DE MEDICAMENTOS

A consciencialização face ao problema⁽⁴⁹⁾, por parte dos médicos, e o seu não envolvimento no processo⁽⁴⁸⁾ surgem como barreiras; apesar de concordarem que certos fármacos não devem ser prescritos em idades avançadas, continuam a prescrevê-los porque, aparentemente, não acreditam que os efeitos adversos se manifestem nos seus clientes⁽⁴⁹⁾.

A existência de múltiplos prescritores, com diferentes especializações, onde cada qual tende a ter um foco primordial de atuação, pode levar a uma diluição da responsabilidade face à RM⁽⁴⁹⁾.

A inércia face à necessidade de reconciliação surge associada a receios por parte da equipa de saúde, do utente e da família(49). Para o médico, há o medo de que o resultado final não seja o esperado, pondo em causa a relação terapêutica e a credibilidade profissional; há ainda o aumento da carga de trabalho e o potencial conflito com outros prescritores ou outros profissionais da equipa(49). Para outros profissionais de saúde o entrave é essencialmente o aumento da carga de trabalho(49). Para os indivíduos/ famílias, as consequências negativas envolvem a possibilidade de síndrome de abstinência, a recidiva dos sintomas ou aumento do risco de doença para a qual a medicação preventiva estava prescrita(49).

A falta de autoeficácia dos profissionais resulta do elevado número de variáveis intervenientes, sendo extremamente difícil equacionar benefícios e malefícios das terapêuticas implementadas, reconhecer efeitos adversos e decidir sobre a manutenção ou cessação de medicamentos inapropriados, especialmente em pessoas idosas com múltiplas comorbidades(49).

Os indivíduos/ familiares, por vezes, manifestam resistência à mudança ou não aceitam os regimes alternativos propostos(49). A omissão de informação, intencional ou não, é também frequente, não permitindo a agregação da totalidade do regime medicamentoso em uso(44).

A falta de alocação de recursos financeiros e humanos poderá sobressair como a principal dificuldade(48). A nível hospitalar, o tempo e o esforço despendidos, para rever e descontinuar a medicação, são a restrição de recursos mais comum(49). Já na comunidade, a RM exige um período de follow up, fatores que implicam um acréscimo significativo de trabalho para os profissionais(48).

A limitada disponibilidade de opções de tratamento alternativo(48,49), bem como a ausência de soluções baseadas em tecnologias de informação(12;48) para apoio à decisão clínica, são também dificuldades a equacionar. Estas tecnologias permitem reduzir os erros graves e respetivos EACM (força de recomendação II)(2,15,37,46), uma vez que facilitam a partilha de

informação entre as instituições e permitem aceder e rastrear todas as prescrições, dentro do sistema de saúde(2,46).

A identificação de PIM pode ser realizada recorrendo a critérios explícitos e normativos ou a critérios implícitos(2,51,52) (apêndice 1); a heterogeneidade dos métodos utilizados(51) dificulta a sua implementação generalizada. Os primeiros reúnem maior evidência e, a nível mundial, existem listas, contendo MPI e critérios rigorosos para a sua utilização e interação, que podem ser incorporadas nos sistemas de informação da saúde(2,51); contudo, não consideram a condição individual das pessoas, podendo falhar na identificação de problemas ou fornecer falsos positivos(51), nem são transferíveis entre cenários de prática clínica/ países, dificultando a comparabilidade entre os dados(51). Os segundos centram-se no indivíduo e não no fármaco ou na doença(2,51) e fornecem itens para avaliação específica da pertinência clínica do regime, considerando as indicações terapêuticas, a efetividade da resposta, a dosagem e as potenciais interações entre os fármacos e entre os fármacos e as doenças(51); contudo, são processos demorados, que exigem conhecimento aprofundado em prescrição geriátrica e acesso aos dados clínicos do indivíduo, podendo ter baixa confiabilidade entre avaliadores(2). Sintetizando, a heterogeneidade dificulta a obtenção de consensos científicos(49), dificultando o envolvimento tanto dos profissionais como dos decisores políticos(18;48).

DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

O aumento da longevidade e da morbilidade não tem sido acompanhado pelo desenvolvimento de guidelines farmacológicas adaptadas às transformações fisiológicas do envelhecimento, originando a existência de PIM, muito prevalentes a nível mundial e capazes de provocar EACM.

A revisão permite afirmar que a RM é uma boa opção para reduzir a sua prevalência, embora a simples aplicação de listas com critérios explícitos ou o investimento em sistemas informáticos com notificações de alerta para potenciais

EACM não sejam suficientes para diminuir consideravelmente os eventos adversos, pondo em risco a viabilidade econômica do projeto.

É necessário que as equipas de saúde estejam atentas e informadas, que otimizem o potencial terapêutico do regime medicamentoso prescrito, através de uma monitorização, gestão e reavaliação contínuas, focadas nos benefícios/malefícios das drogas prescritas e não nos atributos estáticos da decisão inicial de prescrição. Estas ações permitem transformar esquemas de polimedicação em tratamentos eficazes para a prevenção e/ ou controlo de múltiplos problemas clínicos, prevalentes nesta faixa etária. Assim, prescrever fármacos essenciais, pelo menor período de tempo, na dose adequada e reavaliá-lo o seu efeito terapêutico regularmente - implementando processos de RM sempre que existam novas prescrições - é fundamental para garantir a segurança dos indivíduos polimedificados.

Nesse processo a multidisciplinaridade é fundamental. Otimizar o potencial de cada uma das profissões envolvidas poderá ser a chave para o sucesso. Na recolha da anamnese farmacológica, os enfermeiros, fazendo uso da relação empática e da proximidade que estabelecem com as pessoas idosas/ famílias, poderão, quer em contexto domiciliário (por visualização direta dos fármacos prescritos, não prescritos, complementares, recreativos, entre outros), como em contexto hospitalar (recolhem a medicação domiciliária), assumir essa responsabilidade.

A existência de sistemas de informação capazes de cruzar a informação dos diferentes contextos requer um trabalho de equipa entre médicos e farmacêuticos. A utilização de sistemas de sistemas informáticos de apoio à decisão clínica, supervisionados/ atualizados por painéis de farmacêuticos poderá ser útil, bem como o aumento da formação médica em prescrição geriátrica, para ajuizar que mudanças

deverão ser operadas em função das necessidades clínicas.

Para o empoderamento e *follow up* sugere-se o envolvimento de toda a equipa, sendo que a informação atualizada deverá ser claramente transmitida a todos os elementos que lidam com o indivíduo, assim como a este e à sua família.

A aposta na formação profissional, o reforço das equipas, o envolvimento e empoderamento dos indivíduos, famílias e cuidadores que gerem os medicamentos, bem como validação de metodologias de identificação de EACM e/ou PIM, adequadas à cultura, à medicação disponível e às terapias praticadas no país, parecem ser pontos-chave no processo.

CONCLUSÕES

A prevalência de PIM a nível mundial é bastante elevada. A existência de polimedicação, múltiplos prescritores, pluripatologias e o consumo de medicamentos de venda livre são os principais fatores associados; o recurso ao serviço de urgência ou a hospitalização é também problemático.

A RM nos momentos de transição é vantajosa para reduzir o consumo de PIM; não está cientificamente comprovada a redução dos EACM ou o seu benefício económico.

O envolvimento multidisciplinar é recomendável; as dificuldades surgem por falta de evidência científica quando a equipa não está envolvida, os doentes não aderem ou não há o investimento necessário das instituições.

Para futuro, acredita-se que a aposta em processos de melhoria contínua que contemplem a RM, salvaguardando as lacunas identificadas e acompanhados por ensaios clínicos randomizados, centrados na construção de guidelines orientadoras para refutar as dúvidas atualmente prevalentes, será também excelente forma de aproveitar esta grande transição.

QUADRO 1 - Sistematização do processo de revisão segundo o método PICO

QUESTÃO	POPULAÇÃO/INTERESSE (P)	INTERVENÇÃO (I)	COMPARAÇÃO (C)	RESULTADO (O)
1)	PRESCRIÇÕES MÉDICAS POTENCIALMENTE INAPROPRIADAS		ESTUDOS OBSERVACIONAIS	PREVALÊNCIA NA POPULAÇÃO IDOSA
2)	PESSOAS IDOSAS POLIMEDICADAS OU COM PRESCRIÇÕES MÉDICAS POTENCIALMENTE INAPROPRIADAS	REVISÃO DO ESQUEMA TERAPÊUTICO OU RECONCILIAÇÃO DE MEDICAMENTOS	ESTUDOS DE REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	REDUÇÃO NO CONSUMO DE FÁRMACOS; DAS PIM; DOS EACM (CONSULTAS DE URGÊNCIA, INTERNAÇÕES, MORTALIDADE), BENEFÍCIO ECONÓMICO
3)	RECONCILIAÇÃO DE MEDICAMENTOS		TODO O TIPO DE ESTUDOS	PROFISSIONAIS A ENVOLVER; DIFICULDADES

QUADRO 2 - Bases de dados, termos de pesquisa e limitadores

PORTAL	BASES DE DADOS							
ERIC, ATRAVÉS DA INTERFACE EBSCO	CINALH PLUS WITH FULL TEXT; MEDLINE WITH FULL TEXT; DATABASE OF ABSTRACTS OF REVIEWS OF EFFECTS (DARE); COCHRANE CENTRAL REGISTER OF CONTROLLED TRIALS; COCHRANE DATABASE OF SYSTEMATIC REVIEWS (CDJR); COCHRANE METHODOLOGY REGISTER; NURSING AND ALLIED HEALTH COLLECTION; COMPREHENSIVE; MEDICLATINA.							
BVS	LILACS (LITERATURA LATINOAMERICANA EM CIÊNCIAS DA SAÚDE); IBICS (ÍNDICE BIBLIOGRÁFICO ESPANHOL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE);							
SciELO	SciELO							
RCAAP	TODOS OS REPOSITÓRIOS CIENTÍFICOS DE UNIVERSIDADES E INSTITUTOS POLITÉCNICOS							
LIMITADORES	ACESSO A TEXTO INTEGRAL; EM PORTUGUÊS, ESPANHOL OU INGLÊS JANEIRO DE 2010 A ABRIL DE 2015				PESSOAS COM IDADE <60/65 ANOS; SITUAÇÃO PALIATIVA, PATOLOGIAS OU FÁRMACOS ESPECÍFICOS			
	ERIC	BVS	SciELO	RCAAP	ERIC	BVS	SciELO	RCAAP
TERMOS A PESQUISAR								
1-(POLYPHARMACY) OR (POLIMEDICAÇÃO)	1717	105	98	63	283	37	32	8
2-(INAPPROPRIATE PRESCRIBING) OR (PRESCRIÇÃO INADEQUADA)	928	57	41	54	174	9	13	0
3- #1 OR #2	2495	152	132	103	391	37	50	8
DOCUMENTOS PARA ANÁLISE APÓS LEITURA DO TÍTULO	404							
4-(MEDICATION RECONCILIATION) OR (RECONCILIAÇÃO DE MEDICAMENTOS)	658	15	15	22	85	2	12	5
5-(DRUG UTILIZATION REVIEW) OR (REVISÃO DE USO DE MEDICAMENTOS)	364	306	80	32	53	9	5	3
6-(DEPRESCRIBING) OR (DESPRESCRIÇÃO)	24	1	2	0	10	1	2	0
7- #4 OR #5 OR #6	1046	321	96	429	148	9	16	7
DOCUMENTOS PARA ANÁLISE	103							
	NÚMERO FINAL DE DOCUMENTOS PARA ANÁLISE							492

QUADRO 3 - Prevalência de Prescrições Médicas Potencialmente Inapropriadas

ESTUDO	PAÍS	AMOSTRA	SETTING	PREVALÊNCIA DE PIM (CRITÉRIOS UTILIZADOS)	CARACTERÍSTICAS PESSOAIS ASSOCIADAS E FADORES QUE INFLUENCIAM A EXISTÊNCIA DE PMPI						
					Nº FARMACOS	Nº DOENÇAS	IDADE	SEXO	FÁRMACO	DOENÇA	CLÍNICOS
20	ESCÓCIA	70.299	GERAL	37,1% (BEERS 2002) - IDOSOS INSUBTENCIONALIZADOS; 30,9% - NOS RESTANTES	↑		↓	F↑	↑ PS; FE		
21	FRANÇA	35.259		IDADE > 75 ANOS. 53,6% (FRENCH PIM LISB)	↑		↑ > 74	F↑	↑ VC; AM; PS		
22	IRLANDA	338.801		36% (STOPP)	↑			F↑	↑ GI, PS, AINE		
10	PORTUGAL	142	COMUNIDADE	53,5% (BEERS ADAPTADA A PORTUGAL)	↑			F↑	↑ PS; AINE		
23	FINLÂNDIA	781		30% (ABCD FINLÂNDÉS PARA PIM)	↑	↑					PN
24	BRASIL	1.000		48,0% (BEERS 2003), 59,2% (BEERS 2012)	↑			F↑	↑ PS; AINE		
25	COLOMBIA	423		21,5% (BEERS 2002)	↑				↑ AINE		ME; TC
26	IRLANDA	3.454	14,6% (STOPP)	↑		↑ > 74			↑ AINE; AT; PS		
27	IRLANDA DO NORTE	166.108	34% (STOPP)	↑			F↑	↑ GI; AINE; PS			
28	NORUEGA	445.900	IDADE > 70 ANOS. 34,8% (NORGEPI).	↑			F↑	↑ PS; AINE			↑
29	REINO UNIDO	1.019.491	IDADE > 70 ANOS. 29% (STOPP)	↑	↓		M↑	↑ AT; GI; AINE			
30	TAIWAN	25.187	82,67% (BEERS); 68,49% (PRISCUS); 63,04% (PIM-TAIWAN)	↑	↑				↑ PS; AH		↑
31	AUSTRALIA	2.345	IDENTIFICADA PELO MENOS UMA IMEM 43,8%. 35,3% (BEERS); 18,7% (MCCLEOD CRIBERIA)	↑	↑				↑ PS		
32	BÉLGICA	1.730	IDENTIFICADA PELO MENOS UMA PIM EM 82% DOS RESIDENTES. ACOVE (58%); BEDNURS (56%); BEERS (27%)	↑	↑		F↑	↑ PS			
33	ESTADOS UNIDOS	3.124	38% (BEERS 2002).	↑			F↑	↑ NARC; AAD; AH			
34	IRÃO	1.240	31% (BEERS).	↑				↑ DIG; PS; LAX		ME; CV	
35	ITÁLIA	1.716	48% BIRHA PELO MENOS UMA PIM E 18% PELO MENOS DUAS. (BEERS)	↑	↑					PN; PARH; OBSG	
36	6 PAÍSES EUROPEUS	900	81,7% BIRHA UMA PIM. 30,4% (BEERS), 51,3% (STOPP).	↑			F↑			PN	
37	BRASIL	1.270	26,9% (BEERS, 2003)	↑			F↑				
38	ESPAÑA	336	IDADE > 85 ANOS. 47,2% (BEERS); 63,3% (STOPP); 59,4% (ACOVE-3-LISB).	↑	↓				↑ PS		
9	PORTUGAL	36	64% (LISBA BEERS, 2003)	↑					↑ CV; PS		
39	ESPAÑA	628	22,9% (BEERS, 2012); 38,4% (STOPP).	↑	↑				↑ αB; AINE		
40	AUSTRALIA	100	60% (STOPP)	↑					↑ NARC; PS; GI		

F-Feminino; M-Masculino; Ps-Psicotrópicos; ME-Musculosqueléticos; Fe-Ferro; VC-vasodiladores cerebrais; AM-Antimuscarínicos; AINE-Anti-inflamatórios não esteróides; AT-Antitrombótico; GI-Inibidores da bomba de prótons; Nif-Nifedipina; AH-Anti-Histamínicos; Narc-Narcóticos; AAD-Anti Adrenérgicos; Dig-Digoxina; Lax-Laxantes; CV-Cardiovasculares; αB-Bloqueadores α; PN-Perturbações Neurocognitivas; TC-Tecido Conjuntivo; Park-Parkinson; Obst-Obstipação

QUADRO 4 - Eficácia e eficiência dos processos de Revisão de Medicamentos

ESTUDO	DESIGN	AMOSTRA	INTERVENÇÃO	RESULTADOS
36	20 RCT.	6.989 PESSOAS IDOSAS RESIDENTES EM LARES NOS GRUPOS DE INTERVENÇÃO E 8639 NOS GRUPOS DE CONTROLO.	INICIATIVAS DE SENSIBILIZAÇÃO EDUCACIONAL (2 RCT); REUNIÕES EDUCATIVAS (5 RCT); ENCONTROS EDUCATIVOS COM PELO MENOS UMA INTERVENÇÃO ADICIONAL (3 RCT); REVISÃO DA LISTA DE MEDICAMENTOS (7 RCT); EQUIPAS DE CUIDADOS GERIÁTRICOS (1 RCT); INTERVENÇÃO PSICOLÓGICA (1 RCT); PROMOÇÃO DA ATIVIDADE FÍSICA PARA RESIDENTES (1 RCT)	EQUIPAS MULTIDISCIPLINARES DE CUIDADOS GERIÁTRICOS DIMINUEM A PRESCRIÇÃO E O CONSUMO DE MEDICAMENTOS. NÃO HÁ EVIDÊNCIA DO EFEITO NA REDUÇÃO DAS ADMISSÕES HOSPITALARES. A EDUCAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE E A RM REALIZADA POR FARMACÊUTICOS PODEM, EM DETERMINADAS CIRCUNSTÂNCIAS, REDUZIR O USO INADEQUADO DE DROGAS, MAS A EVIDÊNCIA É DE BAIXA QUALIDADE.
37	10 RCT, 3 NRCT E 13 DE PRÉ E PÓS TESTE.	PESSOAS INTERNADAS EM HOSPITAIS DE 10 PAÍSES DIFERENTES	15 ESTUDOS RELATARAM INTERVENÇÕES CONDUZIDAS POR FARMACÊUTICOS, 6 BASEARAM-SE NA UTILIZAÇÃO DE TECNOLOGIAS DE INFORMAÇÃO E 5 ESTUDARAM OUTRAS INTERVENÇÕES (EDUCAÇÃO DOS PROFISSIONAIS SOBRE RM; USO DE FERRAMENTAS STANDARD PARA REALIZAR RM)	HOUE UMA REDUÇÃO CONSISTENTE NA DISCREPÂNCIA DE MEDICAÇÃO (17 DE 17 ESTUDOS), DE POTENCIAIS EVENTOS ADVERSOS (5 DE 6 ESTUDOS), E DE EVENTOS ADVERSOS A MEDICAMENTOS (2 DE 2 ESTUDOS); NÃO HÁ EVIDÊNCIA QUE COMPROVE A EFICÁCIA NA REDUÇÃO DA UTILIZAÇÃO DOS CUIDADOS DE SAÚDE PÓS-ALTA (MELHORIA EM 2 DE 8 ESTUDOS).
38	2 RCT E 6 RCT CLUSTER	7.653 PARTICIPANTES, RESIDENTES EM 262 LARES, DE 6 PAÍSES DIFERENTES	REVER A MEDICAÇÃO ESBEVE PRESENTE EM 7 ESTUDOS; 3 ENVOLVERAM CONFERÊNCIAS MULTIDISCIPLINARES, 2 INCLUIRAM FORMAÇÃO PROFISSIONAL PARA O PESSOAL DOS LARES E 1 AVALIOU O USO DE TECNOLOGIA DE APOIO À DECISÃO CLÍNICA (CDS)	AS INTERVENÇÕES LEVARAM À IDENTIFICAÇÃO E RESOLUÇÃO DE PROBLEMAS RELACIONADOS COM PMP. NÃO HÁ EVIDÊNCIA QUE COMPROVE A DIMINUIÇÃO DA OCORRÊNCIA DE ERAM, INTERENAMENTOS HOSPITALARES, MORBIDADE OU AS VANBAGENS ECONÓMICAS DO PROCESSO.
39	8 RCT, 2 RCT CLUSTER E 2 ENSAIOS ANTES E DEPOIS	2.443 PARTICIPANTES, 1.380 GRUPO ALVO DE INTERVENÇÃO; 1.043 GRUPO DE CONTROLO.	11 ESTUDOS EXAMINARAM INTERVENÇÕES COMPLEXAS, MULTIFACEADAS; ONDE O FARMACÊUTICO PROCEDEU À RM EM ARTICULAÇÃO COM A EQUIPA DE SAÚDE; 1 ESTUDO RELATOU A EXPERIÊNCIA DE MÉDICOS DE FAMÍLIA A USAR CDS.	AS INTERVENÇÕES DEMONSTRARAM SER EFICAZES NA REDUÇÃO DO NÚMERO DE PIM. NÃO HÁ EVIDÊNCIA QUE COMPROVE A EFICÁCIA NA REDUÇÃO DO NÚMERO DE HOSPITALIZAÇÕES OU DE ERAM. APENAS 1 ESTUDO REVELOU UM AUMENTO NA ADESAO AO REGIME MEDICAMENTOSO.
40	2 RCT, 3 ENSAIOS ANTES E DEPOIS, 11 RCT CLUSTER	11.695 PESSOAS IDOSAS RESIDENTES EM LARES.	FORMAÇÃO DO PESSOAL; EQUIPAS MULTIDISCIPLINARES; REVISÕES REALIZADAS POR FARMACÊUTICOS; USO DE SISTEMAS INFORMATÍCOS DE SUPORTE À DECISÃO CLÍNICA	SÃO NECESSÁRIAS ABORDAGENS MULTIFACEADAS E GUIDELINES DE ORIENTAÇÃO CLÍNICA PARA MELHORAR A QUALIDADE DAS PRESCRIÇÕES. A EDUCAÇÃO E O ACONSELHAMENTO DOS PROFISSIONAIS SÃO IMPOR- TANTES.
41	5 RCT	1.186 INDIVÍDUOS, EM FOLLOW-UP APÓS UM INTERENAMENTO HOSPITALAR.	RECONCILIAÇÃO DE MEDICAMENTOS DURANTE O PERÍODO DE INTERENAMENTO HOSPITALAR, REALIZADA POR FARMACÊUTICOS (2 ESTUDOS), MÉDICOS (1 ESTUDO) OU EQUIPAS DE FARMACÊUTICOS E MÉDICOS (2 ESTUDOS)	O PERÍODO DE FOLLOW-UP VARIOU ENTRE 30 DIAS E UM ANO. NÃO HÁ EVIDÊNCIA DE QUE A RM TENHA EFEITO NA REDUÇÃO DA MORBIDADE, NEM NO NÚMERO DE REINTERENAMENTOS; CONTUDO, OBSERVA-SE UMA REDUÇÃO RELATIVA DE 36% DA UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE URGÊNCIA.
42	5 RCT, 3 ENSAIOS ANTES E DEPOIS, 9 EXPERIMENTAIS, 1 ESTUDO QUASI-EXPERIMENTAL.	PESSOAS DE 18 HOSPITAIS DOS ESTADOS UNIDOS E CANADÁ	RECONCILIAÇÃO DE MEDICAMENTOS DURANTE O PERÍODO DE INTERENAMENTO HOSPITALAR. 5 DAS INTERVENÇÕES CENARAM-SE NO MOMENTO DA ADMISSÃO, 7 NO MOMENTO DA ALTA HOSPITALAR, UMA EM TRANSIÇÕES INTER-HOSPITALARES E 7 EM MULTIPLOS MOMENTOS DE TRANSIÇÃO	A RM EM MEIO HOSPITALAR ENCONTRA DISCREPÂNCIAS ENTRE O QUE OS INDIVÍDUOS DEVERIAM ESBAR A FAZER E O QUE FAZEM. A RM DE FORMA ISOLADA NÃO REDUZ A UTILIZAÇÃO HOSPITALAR PÓS-ALTA, MAS PODE FAZÊ-LO QUANDO ACOMPANHADA POR INTERVENÇÕES DESTINADAS A MELHORAR AS TRANSIÇÕES DE CUIDADOS.
43	16 RCT.	6.873 PESSOAS IDOSAS	7 ESTUDOS FORAM REALIZADOS COM FARMACÊUTICOS HOSPITALARES ENQUANTO OS RESTANTES 9 UTILIZARAM FARMACÊUTICOS DA COMUNIDADE	OS DADOS NÃO SUPORTAM O CONCEITO DE QUE INTERVENÇÕES LIDERADAS POR FARMACÊUTICOS HOSPITALARES OU COMUNITÁRIOS, DIRIGIDAS À POPULAÇÃO IDOSA GERAL, SEJAM EFICAZES PARA REDUZIR O NÚMERO DE INTERENAMENTOS HOSPITALARES
44	29 ESTUDOS DE CUSTO-EFETIVIDADE. 19 ANÁLISE DE UM ÚNICO ESTUDO. 11 USO DE UM MODELO DE ANÁLISE	NÃO FOI POSSÍVEL DESCRIMINAR	USO DE CDS; REVISÃO LIDERADA POR FARMACÊUTICOS; APOIO FORNECIDO POR ENFERMEIROS; EQUIPAS MULTIDISCIPLINARES; EDUCAÇÃO (EQUIPA E PARTICIPANTES); ACONSELHAMENTO OU INTERVENÇÃO COMPORTAMENTAL; INCENTIVOS FINANCEIROS; AJUDAS PARA A ADESAO. LEMBRARES OU SIMPLIFICAÇÃO DA DOSE; REVISÃO DE MEDICAMENTOS OU RECONCILIAÇÃO; USO DE GUIDELINES	A MAIORIA DOS ESTUDOS SOBRE A EFICÁCIA DE PROGRAMAS DE RECONCILIAÇÃO DE MEDICAMENTOS NÃO AVALIA A RELAÇÃO CUSTO-EFICÁCIA. OS RESULTADOS REVELAM QUE AS INTERVENÇÕES PARA MELHORAR A ADESAO SÃO O FOCO DA MAIORIA DOS ESTUDOS DE CUSTO-EFETIVIDADE; SEQUEDAS DE INTERVENÇÕES PARA MELHORAR A PRESCRIÇÃO. A EVIDÊNCIA DISPONÍVEL É INSUFICIENTE PARA AVALIAR A EFICÁCIA E CUSTO-EFETIVIDADE DAS INTERVENÇÕES.

RCT- Ensaio Clínico randomizado; NRCT-Ensaio Clínico Não Randomizado; CDS-Tecnologia de Apoio à Decisão Clínica

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1- Franchi C; Tetramanti M; Pasina L; Djignefa C; Fortino I; Bortolotti A; ... Nobili, A. (2014). Changes in drug prescribing to Italian community-dwelling elderly people: the EPIFARM-Elderly Project 2000-2010. *Eur J Clin Pharmacol.*, 70(4): 437-443.
- 2- O'Connor M; Gallagher P. & O'Mahony D. (2012). Inappropriate Prescribing: Criteria, Detection and Prevention. *Drugs Aging*, 29(6): 437-452.
- 3- Boparai M. & Korc-Grodzicki B. (2011). Prescribing for older adults. *Mt Sinai J Med*, 78(4): 613-626.
- 4- Obreli Neto P; Nobili A; de Lyra Jr; Pilger D; Guidoni C; de Oliveira Baldoni A; ... Nakamura R. (2012). Incidence and predictors of adverse drug reactions caused by drug-drug interactions in elderly outpatients: a prospective cohort study. *J Pharm Pharm Sci.*, 15(2): 332-343.
- 5- Wu C; Bell C. & Wodchis W. (2012). Incidence and Economic Burden of Adverse Drug Reactions among Elderly Patients in Ontario Emergency Departments: A Retrospective Study. *Drug Saf.*, 35(9):769-781.
- 6- Scott, I., Gray L., Martin J., Pillans P. & Mitchell C. (2013). Deciding when to stop: towards evidence-based deprescribing of drugs in older populations. *Evid Based Med.*, 18(4):121-124.
- 7- Portugal. (2015). Despacho n.º 1400-A/2015 de 10 de fevereiro do Ministério da Saúde. Diário da República, 2.ª série — N.º 28 — 10 de fevereiro de 2015.
- 8- Henriques, M. (2011). *Adesão ao regime medicamentoso em idosos na comunidade: eficácia das intervenções de enfermagem* (Tese de doutoramento). Disponível em: <http://hdl.handle.net/10451/3801>.
- 9- Matias, M. (2011). *Reconciliação da Medicação no Pós-operatório da Cirurgia Ortopédica* (Dissertação de Mestrado). Disponível em: <http://hdl.handle.net/10400.6/959>
- 10- Parente, J. (2011). *Avaliação do uso de medicamentos inapropriados em idosos: aplicação dos Critérios de Beers*. (Dissertação de Mestrado). Disponível em: <http://hdl.handle.net/10400.6/1007>.
- 11- Santos, M., & Almeida, A. (2010). Polimedicação no idoso. *Revista de Enfermagem Referência*, serIII(2): 149-162.
- 12- Shi, S. & Klotz, U. (2011). Age-related changes in pharmacokinetics. *Curr Drug Metab.*, 12(7):601-610.
- 13- World Health Organization. (2014). *The High 5s Project Implementation Guide. Assuring Medication Accuracy at Transitions in Care: Medication Reconciliation*. Disponível em: <http://www.who.int/patientsafety/implementation/solutions/high5s/high5s-guide.pdf>
- 14- University of Oxford. (2015). P I C O : Formulate an Answerable Question. Disponível em: http://learntech.physiol.ox.ac.uk/cochrane_tutorial/cochlibd0e84.php
- 15- Barnett, K., McCowan, C., Evans, J., Gillespie, N., Davey, P. & Fahey T. (2011). Prevalence and outcomes of use of potentially inappropriate medicines in older people: cohort study stratified by residence in nursing home or in the community. *BMJ Qual Saf*, 20(3):275-281.
- 16- Bongue, B., Laroche, M., Gutton, S., Colvez, A., Guégen, R., Moulin, J., Merle, L. (2011, Dec) Potentially inappropriate drug prescription in the elderly in France: a population-based study from the French National Insurance Healthcare system. *Eur J Clin Pharmacol*, 67(12): 1291-1299.
- 17- Cahir, C., Fahey, T., Teeling, M., Teljeur, C., Feely, J. & Bennett, K. (2010). Potentially inappropriate prescribing and cost outcomes for older people: a national population study. *Br J Clin Pharmacol.*, 69(5):543-552.
- 18- Bell, J., Ahonen, J., Lavikainen, P., Hartikainen, S. (2013). Potentially inappropriate drug use among older persons in Finland: application of a new national categorization. *Eur J Clin Pharmacol.*, 69(3):657-664.
- 19- Baldoni, A., Ayres, L., Martinez, E., Dewulf, N., Dos Santos, V., Pereira, L. (2014). Factors associated with potentially inappropriate medications use by the elderly according to Beers criteria 2003 and 2012. *Int J Clin Pharm.*, 36(2):316-324.
- 20- Holguín, E. & Orozco, J. (2011). Medicación potencialmente inapropiada en ancianos en un hospital de cuarto nivel en Bogotá. *Universitas Médica*. 52(2):149-168.
- 21- Galvin, R., Moriarty, F., Cousins, G., Cahir, C., Motterlini, N., ... Kenny, R. (2014). Prevalence of potentially inappropriate prescribing and prescribing omissions in older Irish adults: findings from The Irish Longitudinal Study on Ageing study (TILDA). *Eur J Clin Pharmacol.*, 70(5):599-606.
- 22- Bradley, M., Fahey, T., Cahir, C., Bennett, K., O'Reilly, D., Parsons, C., Hughes, C. (2012) Potentially inappropriate prescribing and cost outcomes for older people: a cross-sectional study using the Northern Ireland Enhanced Prescribing Database. *Eur J Clin Pharmacol.*, 68(10):1425-1433.
- 23- Nyborg, G., Straand, J. & Brekke, M. (2012). Inappropriate prescribing for the elderly—a modern epidemic? *Eur J Clin Pharmacol.*, 68(7):1085-1094.
- 24- Bradley, M., Motterlini, N., Padmanabhan, S., Cahir, C., Williams, T., Fahey, T. & Hughes, C. (2014). Potentially inappropriate prescribing among older people in the United Kingdom. *BMC Geriatr*, 12:1472.
- 25- Chang, C., Lai, H., Yang, S., Wu, R., Liu, H., ... Chan, D. (2014). Patient- and clinic visit-related factors associated with potentially inappropriate medication use among older home healthcare service recipients. *PLoS One.*, 9(4):e94350.
- 26- Stafford, A., Alswayan, M. & Tenni, P. (2011). Inappropriate prescribing in older residents of Australian care homes. *J Clin Pharm Ther.*, 36(1):33-44.
- 27- Elseviers, M., Vander Stichele, R. & Van Bortel, L. (2014). Quality of prescribing in Belgian nursing homes: an electronic assessment of the medication chart. *Int J Qual Health Care*, 26(1):93-9.
- 28- Bao, Y., Shao, H., Bishop, T., Schackman B. & Bruce M. (2012). Inappropriate medication in a national sample of US elderly patients receiving home health care. *J Gen Intern Med.*, 27(3):304-10.
- 29- Heidari, S., Aliabadi, A., Naebi, A. & Khoramirad, A. (2014). Frequency of Use of Potentially Inappropriate Medications and Its Associated Factors in Elderly People in Qom City, 2012, Iran. *Qom Univ Med Sci J.*, 8(4):44-52.
- 30- Ruggiero, C., Dell'Aquila, G., Gasperini, B., Onder, G., Lattanzio, F. ... ULISSE Study Group. (2010). Potentially inappropriate drug prescriptions and risk of hospitalization among older, Italian, nursing home residents: the ULISSE project. *Drugs Aging*, 1:27(9):747-58.
- 31- Gallagher, P., Lang, P., Cherubini, A., Topinková, E., Cruz-Jentoft, A. ... O'Mahony, D. (2011). Prevalence of potentially inappropriate prescribing in an acutely ill population of older patients admitted to six European hospitals. *Eur J Clin Pharmacol*, 67(11):1175-88.
- 32- Faustino, C., Passarelli, M. & Jacob-Filho, W. (2013). Potentially inappropriate medications among elderly Brazilian outpatients. *Sao Paulo Med J*. 131(1):19-26.
- 33- San-José, A., Agustí, A., Vidal, X., Formiga, F., Gómez-Hernández, M. ... Barbé, J. (2015). Inappropriate prescribing to the oldest old patients admitted to hospital: prevalence, most frequently used medicines, and associated factors. *BMC Geriatr*. 9:15:42.
- 34- Hudhra, K. García-Caballós, M. Jucja, B. Casado-Fernández, E. Espigares-Rodríguez, E. & Bueno-Cavanillas, A. (2014). Frequency of potentially inappropriate prescriptions in older people at discharge according to Beers and STOPP criteria. *Int J Clin Pharm.*, 36(3):596-603.
- 35- Wahab, M. Nyfort-Hansen, K. & Kowalski, S. (2012). Inappropriate prescribing in hospitalised Australian elderly as determined by the STOPP criteria. *Int J Clin Pharm.* 34(6):855-62.
- 36- Forsetlund, L. Eike, M. Gjerberg, E. & Vist, G. (2011). Effect of interventions to reduce potentially inappropriate use of drugs in nursing homes: a systematic review of randomised controlled trials. *BMC Geriatr*. 17: 11:16.
- 37- Mueller, S., Sponsler, K., Kripalani, S. & Schnipper, J. (2012). Hospital-based medication reconciliation practices: a systematic review. *Arch Intern Med*. 23:172(14):1057-69.
- 38- Alldred, D. Raynor D. Hughes, C. Barber, N. Chen, T. & Spoor, P. (2013). Interventions to optimise prescribing for older people in care homes. *Cochrane Database Syst Rev*. 28(2).
- 39- Patterson, S. Cadogan, C. Kerse, N. Cardwell, C. Bradley, M. Ryan, C. & Hughes, C. (2014). Interventions to improve the appropriate use of polypharmacy for older people. *Cochrane Database Syst Rev*, 7(10).
- 40- Loganathan., Singh, S., Franklin, B., Bottle, A., & Majeed, A. (2011, Mar). Interventions to optimise prescribing in care homes: systematic review. *Age Ageing*. 40(2):150-62.
- 41- Christensen, M. & Lundh A. (2014). Medication review in hospitalised patients to reduce morbidity and mortality. *Cochrane Database Syst Rev*. 28(2).
- 42- Kwan, J., Lo, L., Sampson, M., Shojania, K. (2013). Medication reconciliation during transitions of care as a patient safety strategy: a systematic review. *Ann Intern Med*. 5:158(5 Pt 2):397-403.
- 43- Thomas, R., Huntley, A., Mann, M., Huws, D., Elwyn, G., Paranjothy, S. & Purdy, S. (2014). Pharmacist-led interventions to reduce unplanned admissions for older people: a systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *Age Ageing*. 43(2):174-87.
- 44- Faria, R., Barbieri, M., Light, K., Elliott, R. & Sculpher, M. (2014). The economics of medicines optimization: policy developments, remaining challenges and research priorities. *Br Med Bull*. 111(1):45-61.
- 45- Accreditation Canada. (2012). *Medication Reconciliation in Canada: Raising The Bar Progress to date and the course ahead*. Disponível em: https://www.cihi.ca/en/med_reconcil_en.pdf
- 46- Teixeira, J., Rodrigues, M. & Machado, V. (2012, Jun). Educação do paciente sobre regime terapêutico medicamentoso no processo de alta hospitalar: uma revisão integrativa. *Rev Gaucha Enferm*. 33(2):186-96.
- 47- Bondesson, A., Eriksson, T., Kragh, A., Holmdahl, L., Midlöv, P. & Höglund, P. (2013, Mar). In-hospital medication reviews reduce unidentified drug-related problems. *Eur J Clin Pharmacol*. 69(3):647-55.
- 48- Accreditation Canada. (2012). *National Medication Reconciliation Strategy. Identifying Practice Leaders for Medication Reconciliation in Canada, 2012*. Disponível em: https://www.ismpeca.org/download/MedRec/Identifying_Practice_Leaders_for_Medication_Reconciliation_in_Canada.pdf.
- 49- Anderson, K., Stowasser, D., Freeman, C. & Scott, I. (2014). Prescriber barriers and enablers to minimising potentially inappropriate medications in adults: a systematic review and thematic synthesis. *BMJ Open*. 8:4(12):e006544.
- 50- Ghibelli, S. Marengoni, A. Djade, C. Nobili, A. Tetramanti, M. ... Pasina, L. (2013). Prevention of Inappropriate Prescribing in Hospitalized Older Patients Using a Computerized Prescription Support System (INTER-check). *Drugs Aging*. 30(10):821-8.
- 51- Bulloch, M. & Olin, J. (2014). Instruments for evaluating medication use and prescribing in older adults. *J Am Pharm Assoc*. 54(5):530-7.
- 52- Elliott, R. & Stehlik, P. (2013). Identifying Inappropriate Prescribing for Older People. *Journal of Pharmacy Practice & Research*, 43(4):312-319.

APÊNDICE 1 - Instrumentos com critérios explícitos e implícitos para avaliar o regime medicamentoso

	NOME	ANO	PAÍS	IDADE	CARACTERÍSTICAS
CRITÉRIOS EXPLÍCITOS	BEERS ⁽²⁾	1991	EUA	> 65	30 CRITÉRIOS: 19 FÁRMACOS/CLASSES FARMACOLÓGICAS A EVITAR, 11 CRITÉRIOS QUE DESCREVEM DOSES, FREQUÊNCIAS, OU DURAÇÕES A NÃO EXCEDER.
	BEERS ⁽²⁾	1997	EUA	> 65	43 CRITÉRIOS: 28 FÁRMACOS/CLASSES FARMACOLÓGICAS A EVITAR; 15 CONDIÇÕES CLÍNICAS QUE PODEM SER AGRAVADAS PELOS MEDICAMENTOS LISTADOS.
	MCLEOD ^(2,59)	1997	CANADA	> 65	38 CRITÉRIOS: DESCREVE PRÁTICAS DE PRESCRIÇÃO INAPROPRIADAS; 18 ENVOLVEM DROGAS GERALMENTE CONTRAINDICADAS; 16 ENVOLVEM INTERAÇÃO DROGA-DOENÇA; 4 ENVOLVEM INTERAÇÃO DROGA-DROGA.
	STOP E START ^(2,59)	1998	IRLÂNDIA	> 65	87 CRITÉRIOS: STOP: 42 CRITÉRIOS PARA EVITAR FÁRMACOS EM CERTAS DOENÇAS OU CONDIÇÕES; 4 RELATIVOS A COMBINAÇÕES DE FÁRMACOS A EVITAR; 12 QUESTIONAM A DURAÇÃO DA TERAPÊUTICA; 2 PARA PONDERAÇÃO DAS DOSES; 3 PARA EVITAR PRESCRIÇÕES SEM INDICAÇÃO; 2 PARA DEFINIR NECESSIDADES DE TERAPIA ADICIONAL. START: 22 INDICADORES DE PRESCRIÇÃO EXPLÍCITA BASEADOS EM EVIDÊNCIAS PARA DOENÇAS COMUNS EM PESSOAS IDOSAS.
	IPET ⁽²⁾	2000	CANADA	> 70	14 CRITÉRIOS: DESCREVE PRÁTICAS DE PRESCRIÇÃO INAPROPRIADAS; 10 INTERAÇÕES ENTRE DROGA-DOENÇA; 2 CLASSES DE MEDICAMENTOS INAPROPRIADOS; 2 CRITÉRIOS RELATIVOS À DURAÇÃO DA TERAPIA FARMACOLÓGICA.
	ZHAN ⁽²⁾	2001	EUA	> 65	33 CRITÉRIOS: APRESENTA 11 DROGAS CONSIDERADAS INAPROPRIADAS; 8 RARAMENTE ADEQUADAS; 14 COM ALGUMAS INDICAÇÕES PARA O USO.
	BEERS ⁽²⁾	2003	EUA	> 65	68 CRITÉRIOS: 48 FÁRMACOS/CLASSES FARMACOLÓGICAS A EVITAR; 20 CONDIÇÕES CLÍNICAS QUE PODEM SER AGRAVADAS PELOS MEDICAMENTOS LISTADOS.
	FRENCH CONSENSUS PANEL LIST ^(2,59)	2007	FRANÇA	> 75	34 CRITÉRIOS: DESCREVE PRÁTICAS DE PRESCRIÇÃO INAPROPRIADAS E RECOMENDA PRÁTICAS ALTERNATIVAS; 29 FÁRMACOS/CLASSES FARMACOLÓGICAS A EVITAR; 5 INTERAÇÕES DROGA-DOENÇA.
	BEERS ADAPTADA A PORTUGAL ⁽¹²⁾	2008	PORTUGAL	> 65	68 CRITÉRIOS: ADAPTAÇÃO PORTUGUESA DOS CRITÉRIOS DE BEERS 2003. 49 FÁRMACOS/CLASSES FARMACOLÓGICAS A EVITAR; 19 CONDIÇÕES CLÍNICAS QUE PODEM SER AGRAVADAS PELOS FÁRMACOS LISTADOS.
	BASGER CRITERIA (AUSTRALIAN PRESCRIBING INDICATORS TOOL) ^(2,59)	2008	AUSTRÁLIA	> 65	48 CRITÉRIOS: 45 CRITÉRIOS EXPLÍCITOS, 3 INDICADORES DE PRESCRIÇÃO IMPLÍCITOS: 18 CONDIÇÕES CLÍNICAS QUE PODEM SER AGRAVADAS PELOS FÁRMACOS LISTADOS; 19 INDICAM PRESCRIÇÕES PARA CERTAS CONDIÇÕES CLÍNICAS; 4 RECOMENDAÇÕES DE MONITORIZAÇÃO; 3 ALERTAM PARA INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS ESPECÍFICAS; 1 QUESTIONA A PRESENÇA DE INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS; 1 PROCURA ALTERAÇÕES FARMACOLÓGICAS NOS ÚLTIMOS 90 DIAS; 1 ABORDA O CONSUMO DE TABACO; E 1 O STATUS VACINAL.
	NORGEPI ^(2,59)	2009	NORUEGA	> 70	36 CRITÉRIOS: APRESENTA CRITÉRIOS DE PIM: 21 DESTACAM A POSOLOGIA DE DROGAS INDIVIDUAIS; 15 SALIENTAM INTERAÇÕES FÁRMACO-FÁRMACO.
	ITALIAN LIST ^(2,59)	2010	ITÁLIA	> 65	23 CRITÉRIOS: MEDICAMENTOS COMPARTICIPADOS CLASSIFICADOS EM TRÊS CATEGORIAS: 17 INAPROPRIADOS; 3 RARAMENTE ADEQUADOS; 3 COM ALGUMAS INDICAÇÕES PARA USO.
	PRISCUS ^(2,59)	2010	ALEMANHA	> 65	83 FÁRMACOS CLASSIFICADOS NUM TOTAL DE 18 CLASSES FORAM DEFINIDOS COMO POTENCIALMENTE INADEQUADOS PARA OS IDOSOS.
BEERS ^(2,59)	2012	EUA	> 65	53 CRITÉRIOS: 34 FÁRMACOS/CLASSES FARMACOLÓGICAS A EVITAR; 14 CONDIÇÕES CLÍNICAS QUE PODEM SER AGRAVADAS PELOS MEDICAMENTOS LISTADOS; 5 CRITÉRIOS QUE CONTÊM 14 FÁRMACOS/CLASSES FARMACOLÓGICAS PARA USAR COM PRECAUÇÃO.	
BASGER CRITERIA ⁽⁵⁹⁾	2012	AUSTRÁLIA	> 65	41 CRITÉRIOS PARA IDENTIFICAR PIM; 17 SOBRE MEDICAÇÃO OMISSA; 6 PARA MONITORIZAÇÃO.	
CRITÉRIOS IMPLÍCITOS	MAI ^(2,59,60)	1992 1994	EUA		10 PERGUNTAS (CRITÉRIOS) PARA AVALIAR A ADEQUAÇÃO DE CADA FÁRMACO (INDICAÇÃO, EFICÁCIA, DOSAGEM, INSTRUÇÕES CORRETAS, INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS, INTERAÇÕES DE DROGA-DOENÇA, INSTRUÇÕES PRÁTICAS, CUSTOS, DUPLICAÇÃO, DURAÇÃO). FORNECE INSTRUÇÕES OPERACIONAIS PARA AVALIAR CADA ASPECTO DE UMA PRESCRIÇÃO, MAS REQUER CONHECIMENTO ESPECIALIZADO E JULGAMENTO CLÍNICO. FORNECE UMA PONTUAÇÃO PARA CADA FÁRMACO E/OU REGIME FARMACOLÓGICO, SERVINDO COMO UMA MEDIDA QUANTITATIVA DA ADEQUAÇÃO DA PRESCRIÇÃO. APRESENTA BOA CONFIABILIDADE, VALIDADE E VIABILIDADE, QUEM EM INTERAMENTE COMO EM AMBULATÓRIO.
	LIPTON ⁽⁵⁹⁾	1993	EUA	> 65	ESCALA QUE AVALIA 6 DOMÍNIOS: AUSÊNCIA DE INDICAÇÕES TERAPÊUTICAS, HORÁRIO DE ADMINISTRAÇÃO INADEQUADO, DOSAGEM INADEQUADA, INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS, DUPLICAÇÃO TERAPÊUTICA OU ALERGIAS. PERMITE O CÁLCULO DE UMA PONTUAÇÃO PONDERADA.
	AOU ^(2,59,60)	1999	EUA	> 65	DESENVOLVIDO PELOS CRIADORES DO MAI PARA AVALIAR MEDICAMENTOS QUE DEVERIAM TER SIDO PRESCRITOS EM PESSOAS IDOSAS COM CONDIÇÕES CRÔNICAS. O REVISOR COMPARA A LISTA DE CONDIÇÕES MÉDICAS CRÔNICAS COM OS FÁRMACOS PRESCRITOS E CLASSIFICA; EXIGE QUE OS REGISTOS MÉDICOS E A LISTA DE MEDICAMENTOS ESTEJAM DISPONÍVEIS E ATUALIZADOS.
	SMOG ⁽⁶⁰⁾	2009	HOLANDA	> 65	DESENVOLVIDO PARA OS FARMACÊUTICOS. DIVIDE-SE EM TRÊS CATEGORIAS: ASSOCIADA AO INDIVÍDUO (ADESÃO); AO FORNECEDOR (INDICAÇÃO, DUPLICAÇÃO DA DOSE, USO SEM PRESCRIÇÃO, SUBUTILIZAÇÃO, INCONVENIÊNCIA DE UTILIZAÇÃO); E CONTRAINDICAÇÕES RELACIONADAS COM A DROGA.
	ARMOR ⁽⁶⁰⁾	2009	EUA	> 65	CRIDA PARA DIMINUIR OS EVENTOS ADVERSOS DA MEDICAÇÃO. Foca-se no estado funcional dos idosos. Combina uma revisão implícita com critérios explícitos, enquanto permite ver as interações medicamentosas potenciais e as reações adversas subclínicas, avaliar o impacto sobre o estado funcional, diminuir ou eliminar medicamentos sem indicações, cujos riscos superam os benefícios ou que têm um impacto negativo nas funções primárias do corpo. Otimiza o regime medicamentoso ao reduzir as situações de duplicação e ao ajustar a dosagem para a função renal ou hepática. Permite ainda monitorizar os sinais vitais, o status funcional, a cognição, a condição clínica e a adesão.
	TIMER ⁽⁶⁰⁾	2009	EUA	> 65	Combina revisão implícita com alguns critérios explícitos. Divide-se em quatro domínios, com questões explícitas direcionadas aos indivíduos; faz recomendações para resolver os eventos adversos identificados. Os domínios abrangem o custo, a adesão, a segurança, os objetivos terapêuticos e a gestão de complicações (ex., dor, obstipação, osteoporose, quedas).

CUIDAR DE QUEM CUIDA. O QUE FAZ O ENFERMEIRO SENTIR-SE CUIDADO AO CUIDAR?

CARING FOR THOSE WHO CARE. WHAT MAKES THE NURSE FEEL CARED FOR WHILE CAREGIVING ?

ENFERMEIRA, PH.D, INVESTIGADORA.
E-MAIL: ameliarego52@gmail.com

Amélia Rego

RESUMO

O trabalho ocupa a grande parte da vida adulta, por isso, propusemo-nos apresentar um artigo de opinião no qual utilizamos o método descritivo para transmitir a nossa experiência sobre o que faz o enfermeiro sentir-se cuidado ao cuidar das Pessoas que lhe estão confiadas.

Movemos a convicção de que uma liderança efetiva facilita a melhoria do funcionamento das equipas de enfermagem e, por consequência, dos cuidados de enfermagem. Assim, nesta reflexão tivemos como objetivo motivar os enfermeiros gestores de recursos humanos para o desafio de compatibilizar a interação entre os objetivos organizacionais e pessoais dos enfermeiros da sua equipa, otimizando os resultados em saúde sensíveis aos cuidados prestados pelos enfermeiros. Demos particular relevância à necessidade de gerir os processos de motivação, liderança, formação profissional, orientação e cuidados aos enfermeiros.

INTRODUÇÃO

As situações de cuidados são ótimas oportunidades para o enfermeiro estabelecer uma relação intersubjetiva entre quem cuida e quem é cuidado, tendo aqui o enfermeiro gestor um papel crucial ao proporcionar oportunidade de retirar satisfação pessoal e profissional do trabalho em si. Jean Watson (2002) ao definir os pressupostos para a intervenção de enfermagem recorda ao enfermeiro que é necessário tratar-se a si mesmo com gentileza e dignidade, antes de ser capaz de respeitar e cuidar dos outros, nas mesmas bases. Assim, o enfermeiro, antes de poder cuidar e amar o outro, tem de saber cuidar-se e amar-se a si próprio, pois só quem está bem consigo próprio é capaz de cuidar os outros. Esta vertente constitui para o enfermeiro gestor um desafio na sua função de cuidar dos prestadores de cuidados, nomeadamente, no incentivo à procura de saúde ocupacional.

A combinação de intervenções pode ser referida como fatores de cuidar. “O processo humano intersubjetivo mantém vivo um senso comum de humanidade; ensina-nos como sermos humanos através da nossa identificação com os outros, pelo que o humanismo de um reflete-se no outro (Watson, 2002, p.62). Deste modo, a sensibilidade equilibrada nos próprios sentimentos dá a cada um (e porque não ao enfermeiro gestor?) a fundamentação para ser empático para com os outros. Se este reprime os seus próprios sentimentos, terá dificuldade em ser sensível aos sentimentos da equipa que lidera.

No seu desempenho, é imperativo para o enfermeiro gestor ou responsável cuidar dos que cuidam já que é na medida que formos cuidados que seremos capazes de cuidar. Por isso, deve tornar-se “um modelo de cuidar” para que a capacidade de cuidar de cada elemento da equipa possa ser melhorada, aumentada e motivada pela experiência vivida. Deste modo, profissionaliza-se a capaci-

dade de cuidar e obter-se-á a perícia necessária ao seu desempenho, não apenas esporádico, mas permanente.

OBJETIVOS

Nesta reflexão tivemos como objetivo motivar os enfermeiros gestores de recursos humanos para o desafio de compatibilizar a interação entre os objetivos organizacionais e pessoais dos enfermeiros da sua equipa, otimizando os resultados em saúde

METODOLOGIA

Metodologicamente, o presente artigo identifica-se como um estudo de opinião, descritivo e com base, preponderantemente, no relato de experiência pessoal e profissional.

RESULTADOS

Baseando-nos na nossa experiência profissional na área da gestão, como enfermeira prestadora de cuidados, na gestão da formação e na atividade docente, relatamos o que pensamos ser “cuidar dos que cuidam”. Esta estratégia pode concretizar-se em pequenas, que são grandes atitudes do dia-a-dia do enfermeiro, em funções de gestão:

- Na receção e integração cuidada dos novos profissionais, orientando no “Posto de Trabalho”:

A formação de enquadramento na Organização/ Empresa ao englobar o acolhimento e integração, se for pormenorizada, permite a adaptação e apreensão do contexto organizacional, bem como da tipologia dos cuidados de enfermagem, conferindo mais-valias e competências adicionais. Deste modo, dá a conhecer, também, as normas do grupo e as expectativas relacionadas com a forma de desempenhar o trabalho;

- Na equidade na elaboração dos horários de trabalho e na concessão de comissão gratuita de serviço para formação extraorganização:

A prática de cuidados de saúde, tal como a sua gestão, têm de ser referenciadas por valores éticos a fim de respeitar cada pessoa. A concessão de comissão gratuita de serviço para formação extraorganização, onde isso é viável, e o planeamento das escalas de trabalho, entre outros, afetam cada elemento da equipa, daí que devam ser preparados com imparcialidade;

Concluimos, mediante este relato da nossa experiência, fundamentada nos resultados da consulta de escassas referências bibliográficas existentes, que cuidar de quem cuida melhora o desempenho profissional, apoia a competência humana, técnica e concetual, ao mesmo tempo que incentiva a capacidade inovadora.

PALAVRAS-CHAVE

ENFERMAGEM; ORGANIZAÇÃO E ADMINISTRAÇÃO; LIDERANÇA; RECURSOS HUMANOS.

ABSTRACT

Work occupies most part of the adult life. In this opinion article we use the descriptive method to convey our experience about what makes the nurse feel cared for when providing care for the People entrusted to him/her.

We were moved by the conviction that effective leadership facilitates the improvement of the functioning of nursing teams and, consequently, of nursing care. Thus, in this reflection we aim to motivate the human resources nurse managers to make the interaction between the organizational and personal goals of their team's nurses compatible, optimizing health outcomes sensitive to the care provided by nurses.

We have given particular relevance to the need to manage the processes of motivation, leadership, professional training, guidance and caregiving to the nurses.

Based on this report of our experience, grounded on the results from the scarce bibliographical references, we conclude that taking care of those who provide care improves professional performance, supports human, technical and conceptual competence, while encouraging the capacity to innovate.

KEYWORDS:

Nursing; Organization and Administration; Leadership; Human Resources.

- Na compreensão/sensibilidade para facilitar uma troca de horário:

- Na preocupação de que a rotatividade de horários não seja produtor de desencontro familiar:

- Na execução de planos de trabalho de acordo com a maturidade de cada colaborador:

Os serviços de saúde devem ser geridos com os mesmos princípios administrativos aplicados a uma empresa, mas considerando a especificidade dos cuidados;

- No planejamento de férias compatível com os interesses do enfermeiro sempre que não colidem com as necessidades da Unidade de cuidados:

A eficiência tem em consideração os meios, os procedimentos e os métodos utilizados, exigindo o planejamento e organização, com o intuito de otimizar os recursos disponíveis na organização (Bilhim, 2007);

- Na preocupação por providenciar que a estrutura física se mantenha limpa, arejada, provida de vestiários condignos e o fardamento seja do agrado dos profissionais:

A gestão global das organizações de saúde reclama um compromisso dos gestores para criar condições capazes de conseguir ganhos em saúde e corresponder, simultaneamente, às expectativas dos cidadãos e dos profissionais;

- Facilitar a transferência para a Unidade de Cuidados preferida:

A satisfação dos colaboradores que laboram no posto de trabalho certo só pode ser vantajosa, tanto para os enfermeiros como para os utilizadores dos serviços de saúde;

- Identificar as necessidades de formação para o desempenho de atividades cuidativas e promover ações de formação em serviço, se for caso disso:

Qualquer estrutura é vazia e destituída de qualquer sentido sem recursos humanos preparados, de modo a ter sempre presente que a pessoa doente é razão de ser de todos os esforços de qualquer instituição de saúde.

- Delegar, encorajando, sem se alienar da responsabilidade:

A gestão eficaz do tempo do gestor pressupõe a delegação criteriosa, transferindo, para uma pessoa competente, a autoridade para realizar uma determinada tarefa, a fim de se envolver em proje-

tos mais ambiciosos. Pretende-se desenvolver nos enfermeiros competências e saberes articulados com a prática clínica, garantindo a flexibilidade na adaptação às mudanças e na gestão da imprevisibilidade em relação ao trabalho;

- Estimular cada enfermeiro para que se conheça a si próprio. Desenvolver as habilidades pessoais e desafiar os outros a fazer o mesmo:

Ensinar as estratégias relacionais e facilitadoras do autoconhecimento e recordar as vantagens da adoção de estilos de vida saudáveis.

Cientes de que contribuir para a reflexão e, por consequência, para o desenvolvimento de competências, vamos também de encontro ao que preconiza Siqueira e Kurcgant (2010), quando salientam a necessidade de fortalecer as relações e evidenciar as competências dos profissionais.

- Proporcionar espaço para a análise da prática profissional:

A “qualidade exige reflexão sobre a prática – para definir objetivos do serviço a prestar, delinear estratégias para os atingir – e isso evidencia a necessidade de tempo apropriado também para refletir nos cuidados prestados” (OE, 2001).

Corroboramos, ainda, a opinião de Silva (2006) (5) ao afirmar que “a capacidade para combinar o conhecimento e a experiência com a capacidade de pensar, considerando o contexto onde o pensamento tem lugar, é essencial na resolução de problemas complexos” (p. 21), situação muito frequente na atividade do gestor hospitalar. Assim, ser competente adquire-se pela prática do agir em situação, na realidade diária;

- Contribuir para a manutenção da motivação dos colaboradores, envolvendo cada um em projetos da Unidade de Cuidados:

A motivação funciona como o motor para a ação. Orienta e dirige os comportamentos. Mas, não é possível motivar ninguém, apenas podemos criar condições e situações onde as pessoas se sintam responsabilizadas e implicadas a tomar decisões e a gerir o seu próprio trabalho. A motivação é um processo pessoal e individual;

- Liderar de forma a facilitar o crescimento, maturidade e empenhamento e proporcionar um ambiente em que cada um se sinta “cuidado”:

A liderança é uma atitude que consiste no modo

de influenciar o desempenho dos colaboradores. Depende do seu nível de maturidade/desenvolvimento. Por maturidade entendemos a capacidade de assumir responsabilidades, de dirigir o seu próprio comportamento, de se empenhar em atingir objetivos escolhendo as condutas adequadas à sua realização.

A otimização dos recursos humanos de enfermagem depende das competências de quem gere, nomeadamente no campo da motivação e da liderança;

- Promover a formação contribuindo para o desenvolvimento profissional dos enfermeiros da equipa: Com esta estratégia se vão ampliando as suas competências, ou seja, utilizar a formação para consolidar o existente, acompanhar e facilitar as mudanças e preparar o futuro. A formação profissional, como estratégia de desenvolvimento/aquisição de competências, só é eficaz se for construída sobre um suporte individual baseado na motivação e a competência para a autoaprendizagem e se parte de uma necessidade individual de cada enfermeiro para manter essa competência no desempenho.

- Utilizar a gestão e avaliação de desempenho como instrumento e técnica de gestão de recursos humanos:

A preocupação permanente com o desempenho e o modo como o tornar mais eficaz na obtenção dos resultados deverá ser o ponto máximo da atividade do enfermeiro gestor;

- Ensinar a cuidar cuidando, pelo estabelecimento de uma verdadeira relação de ajuda e de confiança: As competências do gestor em saúde são de grande amplitude destacando-se a especificidade da condução das equipas. Para Ceitil (2010, 2013) o gestor de recursos humanos deverá desenvolver competências para atuar em contextos exigentes e de turbulência da Sociedade do Conhecimento no exercício de quatro papéis fundamentais: participar na estratégia organizacional, atuar como agente de mudança, dinamizar processos de organização interna e modelar valores pelo efeito do exemplo.

- Refletir se ele próprio se sente cuidado pela Organização e manifestá-lo a quem tem por missão cuidar do enfermeiro gestor de nível operacional. Em jeito de discussão dos resultados, acreditamos que a temática deste artigo possa potenciar práticas de liderança e gestão de equipas de enferma-

gem que sejam promotoras da qualidade de vida dos enfermeiros.

O enfermeiro gestor, ao assumir-se como aquele que é capaz de estimular as competências, manter a motivação das pessoas e cuidar dos prestadores de cuidados, tornou-se um alvo privilegiado da nossa reflexão. O seu contributo pode ser determinante para que as pessoas se sintam realizadas, satisfeitas e sejam produtivas no/e através do trabalho. Além disso, só se prestarão cuidados humanizados se as relações entre as pessoas e os próprios princípios que suportam a Organização forem também humanizados.

CONCLUSÃO

Compete ao enfermeiro que exerce as funções de gestão cuidar dos que cuidam, compreendendo e sendo capaz de se colocar no lugar do outro para que, por sua vez, seja capaz de assumir uma intervenção cuidativa junto dos clientes. Assim, poderá cultivar a atitude afetiva na relação, pois, se na equipa não existe respeito, atenção individual e compreensão, dificilmente o enfermeiro considera o cliente nas diferentes dimensões. É essencialmente o elemento emocional que gera motivação para agir em consonância.

Qualquer que seja a estratégia utilizada, o enfermeiro gestor funcionará sempre como um elemento de referência para a equipa, facilitando e/ou estimulando diretamente o desenvolvimento de cada enfermeiro. As estratégias a utilizar passam pelo encorajamento da reflexão sobre si próprio, pela preocupação pela perspectiva do outro e pelo desenvolvimento intencional de competências que visam melhorar a qualidade e a compreensão das relações interpessoais.

Cuidar de quem cuida constitui-se, assim, num contributo valioso para o desenvolvimento integral do enfermeiro. Este, enquanto profissional do cuidado humano, assume um papel primordial no respeito, na defesa e na promoção dos direitos das pessoas de quem cuida. Assumimos que cuidar dos enfermeiros é mesmo uma responsabilidade de todos os enfermeiros em funções de gestão, pois, as condições de estrutura em que se presta o cuidado e a interação pessoal estabelecida concorrem positiva ou negativamente para que o enfermeiro se sinta cuidado ou não.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Bilhim, J.A.F. (2007). Gestão estratégica de recursos humanos. Lisboa: Universidade Técnica de Lisboa, Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas.

Ceitel, M. (2010). Uma prospetiva da gestão de Recursos Humanos e da Formação. Revista Formar, n.º 72, Julho-Agosto-Setembro, Lisboa: IIEFP, 33-37.

Ceitel, Mário (2013). Evolução das práticas de GRH para o século xxi: o caso particular das PME.

Revista Dirigir & Formar, nº 2, jan-mar, 2013, pp 50-53.

Ordem dos Enfermeiros. (2001). Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem: enquadramento conceptual e enunciados descritivos. Ordem dos Enfermeiros.

Silva, A. (2006). Sistemas de Informação em Enfermagem: Uma teoria explicativa da mudança. Formasau, Coimbra.

Siqueira, I.L.C.P., & Kuregant, P. (2010). Estratégia de capacitação de enfermeiros recém-admitidos em unidades de internação geral. Revista Escola de Enfermagem da USP, 39 (3), 251-257.

Watson, Jean (2002). Enfermagem: ciência humana e cuidar. Uma teoria de enfermagem. Loures: Lusociência

3º CONGRESSO NACIONAL DA ASSOCIAÇÃO CATÓLICA DE ENFERMEIROS E PROFISSIONAIS DE SAÚDE

NOTÍCIA
AMÉLIA REGO (COMISSÃO CIENTÍFICA)
MANUELA MAGALHÃES (COMISSÃO ORGANIZADORA)

Foi com enorme satisfação que organizámos e participámos no 3º Congresso Nacional da Associação Católica de Enfermeiros e Profissionais de Saúde (ACEPS) que se realizou nos dias 3 e 4 do mês de junho, no Porto, subordinado ao tema Cidadania em Saúde: Barómetro Social e Humano. Enfermagem: Conhecimento, Ação e Transformação, cuja organização esteve a cargo das Regiões de Braga e do Porto. Destacamos a presença dos conferencistas convidados: Paula Prata; Luís Saboga Nunes; Monsenhor Feytor Pinto; Sandra Queiróz; Margarida Vieira; Margarida Alvarenga; Sara Martins; Abel Paiva; Beatriz Araújo; Lucília Nunes e Andreia Silva, em cujas conferências apontaram alguns dos caminhos possíveis para o futuro da associação, da disciplina e profissão de Enfermagem, tendo por base aquele que é o seu objeto de

enfermagem integral à pessoa, família grupo, ou comunidade que vive (m) experiências de vida ou de saúde.

O Congresso privilegiou também momentos de divulgação dos estudos de investigação realizados por enfermeiros e inseridos nos eixos temáticos: Ética em Enfermagem; Humanização nos Cuidados de Saúde; Gestão dos Cuidados de Enfermagem; Enfermagem de Família e Comunitária; História da enfermagem; Educação em enfermagem; Qualidade e Efetividade dos Cuidados de Enfermagem, os quais foram apresentados sob a forma de comunicação oral ou *poster*, em dois espaços e em simultâneo. Realizou-se ainda o Workshop sobre osteopatia.

Sentiu-se que os participantes tinham necessidade de ser ouvidos nas suas angústias e perplexidades durante os tempos concedidos ao debate, o qual se revelou insuficiente. Foram colocadas perguntas muito pertinentes. Os conferencistas clarificaram-nas durante o debate das diferentes temáticas e mostraram-se disponíveis para continuarem a falar, após o congresso, disponibilizando os seus endereços eletrónicos.

Ficou, no entanto, a certeza de que os modelos expostos (Código Deontológico, políticas e procedimentos das Instituições, orientações emanadas das Comissões de Ética para a Saúde...) nem sempre coincidem com os modelos em uso, nomeadamente, no que concerne à aplicação dos princípios éticos inerentes à investigação clínica. O Congresso contou com a colaboração da Escola Superior de Saúde de Viseu, através do Conselho Técnico-Científico, na atribuição de idoneidade científica ao Congresso e do Hospital CUF Porto, no apoio logístico, na cêndia das instalações e disponibilidade de recursos humanos. Inscreveram-se e participaram

PROGRAMA 3 DE JUNHO	PROGRAMA 4 DE JUNHO
09:30 Sessão de Abertura	09:00 SAÚDE UM BEM SOCIAL, COMO CONCRETIZAM OS ENFERMEIROS A PROMOÇÃO DOS DIREITOS HUMANOS
10:00 POLÍTICA E ECONOMIA NOS CUIDADOS DE SAÚDE Paula Prata – ESEP Comentador – Bruno Alves CH Gaze Espinho	NA PRÁTICA CLÍNICA Margarida Alvarenga IPO Porto NA GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE Sara Martins – Hospital CUF Porto NA FORMAÇÃO Abel Paiva – ESEP NA INVESTIGAÇÃO Beatriz Araújo – ICS – UCP Comentador – Olivério Ribeiro ESS-IPV
10:45 INTERVALO	10:45 INTERVALO
11:00 LITERACIA PARA A SAÚDE Luís Saboga Nunes – Escola de Saúde Pública Comentador – Carlos Saldá ESS-IPV	11:00 OS LIMITES DO AGRÉTIKO NO DIA-A-DIA DO ENFERMEIRO Lucília Nunes – ESS-IPS Comentador – Mariana Almeida ESE-UMinho
12:00 ESPIRITUALIDADE NO CONTEXTO DA SAÚDE: Monsenhor Feytor Pinto O OLHAR E A AÇÃO DA EQUIPA DE ENFERMAGEM Sandra Queiróz Hospital CUF – Porto Comentador – João Mendes ESE-U, Évora	11:45 PROMOÇÃO DA CIDADANIA: RESULTADOS EM SAÚDE Andreia Silva – DGS Comentador – Elisa Garcia UMDE – ESEL Lisboa
13:00 ALMOÇO	12:30 ENTREGA DO PRÊMIO Emília Maria Costa Macaco – Direção Nacional ENTREGA DO PRÊMIO Melhor Comunicação – Direção Regional do Porto ENTREGA DO PRÊMIO Melhor Poster Direção Regional do Braga
14:30 A RELEVÂNCIA DA ACEPS NO PERCURSO HISTÓRICO DA ENFERMAGEM Margarida Vieira – ICS – UCP Comentador – Carlos Saldá – ICS – UCP	12:45 Sessão de Encerramento Presidente da Direção Nacional da ACEPS João Paulo Batalim Nunes
15:30 COMUNICAÇÃO & LIVRES Audiência: Moderadora – Fátima Martins ESE-UMinho Biblioteca: Moderadora Rosa Martins ESS-IPV	
DISCUSSÃO DOS POSTERS Moderadora – Dalva Gomes CH Gaze Espinho	
WORKSHOPS Suporte Básico de Vida Cristina Carvalho Hospital CUF Porto – Sala R1 OSTEOPATIA José Gabriel Ramos Hospital CUF Porto – Sala R2	
18:30 CORCELEBRAÇÃO EUCARÍSTICA	
20:30 JANTAR DE CONFRATERNIZAÇÃO	

96 enfermeiros oriundos de Instituições de Saúde, Escolas de Enfermagem e outros organismos de saúde.

Apesar da ampla divulgação efetuada, tivemos conhecimento de obstáculos à divulgação interna nas instituições, a coincidência de muitos outros eventos, também interessantes e menos onerosos, situação que diminuiu a abrangência de inscritos que o evento merecia.

Na avaliação informal as temáticas foram consideradas pertinentes, as narrativas valorizavam também a organização e qualidade do congresso e todo o conteúdo oral do congresso estar publicado em forma de artigo, na Revista Servir.

Na avaliação formal procedemos à avaliação de nível 1, através de um questionário de satisfação. Foram considerados válidos 30 questionários.

A avaliação da satisfação dos participantes no final do congresso evidenciou a percentagem de satisfação global de 84,3%.

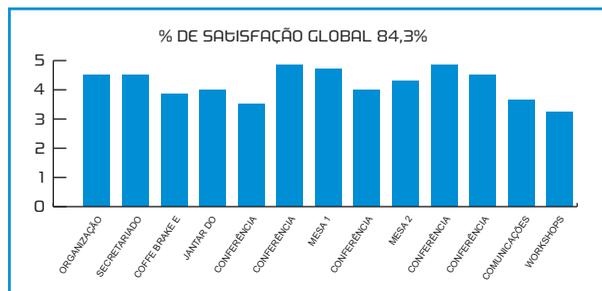


GRÁFICO 1- Satisfação global com o Congresso

Face ao pedido da organização para, em resposta aberta, mencionar dois temas que gostariam de ver desenvolvidos no 4º Congresso Nacional da ACEPS os participantes responderam:

- Literacia para a saúde;
- Ética em enfermagem;
- Amamentar - Qual o impacto?
- Os valores na relação humana em enfermagem;
- Espiritualidade no contexto da saúde - olhar a ação da equipa de enfermagem;
- Mesa/painel sobre história da enfermagem;
- Empreendedorismo e inovação com apresentação de empresas;
- Morte, como lidar, como opção, como agir;
- Temas que abordem as vertentes de nível institucional, assistencial e de investigação.

Como sugestão, a mais referida foi a necessidade de mais tempo para os diferentes temas.

Seguidamente apresentamos os vencedores do prémio Emília Maria, o prémio foi atribuído com igual mérito:

QUADRO 1
Prémio Emília Maria Costa Macedo 2016

	AUTORES	TÍTULO
PRÉMIO EMÍLIA MARIA COSTA MACEDO 2016	EMÍLIA SARMENTO Mª JOÃO MONTEIRO DANIEL SERRÃO	ENQUADRAMENTO DOS CUIDADOS DE SAÚDE A IDOSOS EM CONTEXTO RURAL.
	CARLOS SUBTIL	MARIA INÉS STEILWELL, FUNDADORA DA ACEPS (1914-2001)

Foram também atribuídos prémios à melhor comunicação, onde duas comunicações ficaram *Ex aequo*.

QUADRO 2
Melhor comunicação

	AUTORES	TÍTULO
COMUNICAÇÃO	SARA AMARO RAMOS	A INFLUÊNCIA DO PLANEAMENTO DA ALTA HOSPITALAR NO NÚMERO DE DIAS DE INTERNAMENTO DO DOENTE.
	MANUELA PEREIRA ISABEL BICA JOÃO DUARTE MADALENA CUNHA CARLOS ALBUQUERQUE	CONHECIMENTOS DOS PAIS PERANTE O SEU FILHO COM FEBRE.

O prémio do melhor poster foi a atribuído a:

QUADRO 3
Melhor poster

	AUTORES	TÍTULO
POSTER	SÍLVIA PATRÍCIA FERNANDES COELHO MANUEL LUIS CAPELAS CÍNTIA PINHO-REI	CUIDADOS PALIATIVOS DOMICILIÁRIOS: UMA PRIORIDADE NACIONAL - REVISÃO INTEGRATIVA.

Na ACEPS queremos que o futuro seja hoje. Desejamos que o que antes estava na imaginação se torne agora uma realidade.

SEDE, REDACÇÃO E
ADMINISTRAÇÃO

Avenida Sidónio Pais, 20 -4º Dtº
1050-215 Lisboa
Telefone: 213146520
Fax: 213146522

PT SITE E E-MAILS

geral@aceps.pt
dir@aceps.pt
www.aceps

DESIGN GRÁFICO

Teresa Olazabal Cabral



PAGINAÇÃO
IMPRESSÃO

ISSN: 0871-2379

DEPÓSITO LEGAL
Nº 28340/89

INDEXAÇÃO
PubMed, indexada pela Medline
desde 1984
(NLM ID: 860174)

A Direção da Revista agradece
toda a colaboração que lhe
queiram enviar, reservando-se
o direito de publicar ou não.
Os artigos publicados são da
responsabilidade dos seus
autores, não comprometendo a
Direção da Revista.

A enfermeira Inês Stilwell, filha de pai inglês e de mãe portuguesa, nasceu em Lisboa em 1914.

Oriunda de uma família católica, teve uma educação esmerada em casa, na infância e, mais tarde, em Inglaterra.

Também a sua formação em enfermagem foi, inicialmente, em Portugal, na Escola de Enfermagem Artur Ravara e, uns anos mais tarde, na Nightingale Training School St. Thomas Hospital, em Londres.

Em 1949, na companhia de outras enfermeiras, visitou a Sede da Associação Internacional, em Paris, onde se iniciaram as conversações para a fundação da Associação em Portugal.

Em 1950, no Congresso Mundial do CICIAMS, estiveram presentes dez enfermeiras portuguesas.

Foi então nomeada uma comissão organizadora da qual fez parte a enfermeira Maria Inês Stilwell, juntamente com as enfermeiras Amélia Montalvão Machado e Maria Antónia Torres Pereira e o assistente

Padre Vítor Franco. A partir do trabalho e estudo desta comissão, em 1952 foi editado o primeiro número da Revista Servir.