

Cuid'arte

REVISTA DE ENFERMAGEM

Centro Hospitalar de Setúbal, EPE

Ano 10 | n°18 | novembro 2017

INDICADOR DE ENFERMAGEM - DOR

IMPACTO DA DOENÇA CRÓNICA NA FAMÍLIA





A Revista de Enfermagem do Centro Hospitalar de Setúbal, é uma publicação editada pela área de enfermagem do Centro Hospitalar de Setúbal, EPE. Tem por missão dar a conhecer as práticas de cuidados de enfermagem e ser um veículo para a publicação de artigos inéditos que contribuam para o conhecimento e desenvolvimento da profissão.

Direção

Enfermeira Diretora: Carla Silva Mendes

Núcleo Redatorial:

Enfermeira Especialista Ana Botas
Enfermeira Especialista Cláudia Estevão
Enfermeira Especialista Isabel Martins
Enfermeiro Flávio Faria
Enfermeiro Chefe Francisco Vaz
Enfermeiro Chefe João Gomes
Enfermeira Especialista Susana Ribeiro

Secretariado

Ana Pádua
(Assistente Técnico)

Edição - Cuid'arte

Propriedade

Centro Hospitalar de Setúbal, EPE

Administração e Redação

Serviço de Gestão da Formação do CHS
Rua Camilo Castelo Branco, 2910-446 SETÚBAL
Telefone: 265 549 000 - Fax: 265 532 020
E-Mail: cuidarte.setubal@gmail.com

Edição Gráfica

Pedro Pedroso
(Técnico de Pós-Produção Audiovisual)

Distribuição e periodicidade

<http://cuidartsetubal.blogspot.com>
Suporte Digital - (Adobe Acrobat Reader - PDF)
Semestral (Maio/Novembro)

Depósito Legal

Nº 258630/07
ISSN - 1646-7175
anotada na ERC

Editorial

5 *Enfermeira Diretora Carla Silva Mendes*

Artigo de Investigação

7 INDICADOR DA PRÁTICA DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM – DOR
Francisco Vaz; Antónia Guerreiro; Catarina Pereira; Marisa Silva; Rute Trigo

Artigo de Revisão

13 IMPACTO DA DOENÇA CRÓNICA E AS ESTRATÉGIAS DE COPING NA ADAPTAÇÃO FAMILIAR
Vanessa Costa Duarte; Elsa Monteiro

Relato de Experiência

20 INDICADORES DE QUALIDADE DA UNIDADE DE CUIDADOS PÓS-ANESTÉSICOS – A DOR PÓS-OPERATÓRIA
Carla Caldeira; Diana Modas

Destaque

27 3^{as} JORNADAS DE ENFERMAGEM DO CENTRO HOSPITALAR DE SETÚBAL
> EXPOSIÇÃO DE PÓSTERES
> MEMÓRIA FOTOGRÁFICA

SARAMPO

DIAGNÓSTICO E ATUAÇÃO

HOSPITAIS



Febre
Prostração



Tosse
Rinorreia
Conjuntivite
Fotofobia



Manchas de
Koplik
(Patognomónico)
Face interna da bochecha
24-48h antes do exantema



Exantema
maculopapular
Progressão
cefalocaudal

Caso possível: febre e exantema maculopapular e, pelo menos, um dos seguintes sintomas - tosse, rinite, conjuntivite.
Caso provável: caso possível com ligação epidemiológica com um caso confirmado.
Caso confirmado: caso possível e confirmação laboratorial.

Transmissão por via aérea

Incubação

10 a 12 dias após exposição
(7 a 21 dias)

Contágio

4 dias antes e até 4 dias
após início do exantema

Ações Imediatas

Isolamento

Isolamento imediato do caso possível

Envio obrigatório para INSA*

Sangue: 1ml criança } em tubo
5ml adulto } seco

Urina colhida com cuidados de assépsia (3 a 5 ml)

Fluidos Oraís no epitélio da bochecha (zaragatoa)

* Laboratório de referência - gratuito

Comunicação imediata

Diretor Clínico
Delegado Saúde Regional

Notificação obrigatória no SINAVE dos casos

Identificação dos contactos

Profissionais de Saúde
Utentes
Acompanhantes

Nome, morada, telefone, data de nascimento, história de sarampo, vacinação (nº doses e datas)





Carla Silva Mendes

Os artigos que vos apresentamos neste número, refletem algumas boas práticas do nosso Centro Hospitalar.

O primeiro artigo resulta de um estudo de investigação desenvolvido na Unidade de Urgência Pediátrica e no Serviço de internamento de Pediatria em que um dos seus objetivos foi conhecer como os enfermeiros monitorizam, registam e diagnosticam a dor nos doentes em idade pediátrica. Ainda sobre este tema, apresentamos mais um artigo que resulta de uma reflexão da prática da equipa de enfermagem sobre a avaliação e intervenção na dor pós operatório dos doentes internados na Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos. O artigo intitulado, Impacto da doença crónica e as estratégias de coping na adaptação familiar, trata-se de uma revisão sistemática da literatura com importantes contributos para uma prestação de cuidados integrais à pessoa/família potenciando a sua autonomia e auto-eficácia na gestão do seu processo de saúde/doença.

Nesta edição registamos também, uma, das mais importantes atividades realizadas pela Direção de Enfermagem em 2017 - as 3as Jornadas de Enfermagem do CHS. Partilhamos os pósteres que pela pertinência do seu tema e qualidade técnico-científica, foram premiados e recordamos fotograficamente, alguns dos fantásticos momentos do evento.

Carla Silva Mendes

Enfermeira Diretora do Centro Hospitalar de Setúbal, EPE.



HOME

A APED

SOBRE A DOR

PUBLICAÇÕES

INFORMAÇÕES ÚTEIS

EVENTOS E CONGRESSOS

CONTACTOS

PRÉMIOS

SÓCIOS



DOR AGUDA VERSUS DOR CRÓNICA

Dor aguda

A dor aguda é uma dor que, até certo ponto, tem consequências benéficas para o organismo. É um sinal de alarme que avisa da ocorrência de um traumatismo, uma queimadura, um derrame articular ou uma úlcera gástrica, por exemplo.

Neste contexto, é um sintoma muito importante para o diagnóstico de várias doenças, sendo a principal causa de procura de cuidados de saúde pela população em geral. A importância da dor aguda está bem patente em doentes que padecem duma patologia rara, em que há uma deficiência congénita da sensibilidade dolorosa.

Estes indivíduos, que não sentem dor, têm uma esperança média de vida muito inferior a um indivíduo normal, precisamente porque lhes falta esse mecanismo sinalizador que a dor representa.

Embora a dor aguda seja útil em muitas circunstâncias, ela deve ser combatida por forma a não se perpetuar e a não se tornar eventualmente numa dor crónica. Além disso, existe um tipo de dor aguda que é provocada pela própria intervenção dos profissionais de saúde, por exemplo nos procedimentos de diagnóstico ou nas terapêuticas cirúrgicas, a chamada dor aguda pós-operatória. Neste caso, é fundamental controlar a dor, não só por razões éticas e para evitar o sofrimento desnecessário, como também para reduzir o risco de complicações pós-operatórias como as infeções respiratórias ou as trombozes venosas dos membros inferiores, e ao mesmo tempo reduzir o tempo de internamento dos doentes. O mesmo se aplica à dor associada ao trabalho de parto.

Dor crónica

A dor crónica é geralmente definida como uma dor persistente ou recorrente durante pelo menos 3-6 meses, que muitas vezes persiste para além da cura da lesão que lhe deu origem, ou que existe sem lesão aparente.

A dor crónica não tem qualquer vantagem para o doente, pelo contrário, para além do sofrimento que causa, tem repercussões na saúde física e mental do indivíduo, levando por exemplo a alterações do sistema imunitário com uma consequente diminuição das defesas do organismo e aumento da susceptibilidade às infeções.

No campo da saúde mental, a dor crónica provoca frequentemente insónias, ansiedade, depressão, podendo mesmo levar ao suicídio. Há pois uma tendência actualmente para encarar a dor crónica não como um mero sintoma mas, muitas vezes, como uma doença por si só, com enormes repercussões sobre o indivíduo e a sociedade pelo sofrimento e custos sócio-económicos que lhe estão associados.

APED Associação Portuguesa para o Estudo da Dor
8 de Junho de 2018 | 9-17h
Fundação Cupertino de Miranda, Porto.
www.aped-dor.org
Inscrição: 10€ (inclui almoço de trabalho)
Inscrições: @aped.dor
2018 WOP Global Year for Combating Pain Education
Workshop Opióides APED
- a prescrição na hora certa

WORKSHOP OPIÓIDES APED - PRESCRIÇÃO NA HORA CERTA
SAVE THE DATE: 8 DE JUNHO DE 2018 NO PORTO!

Revelar Portugal Sem Dor

CONCURSO DE FOTOGRAFIA

CONSULTE O REGULAMENTO E INSCREVA-SE JÁ!
WWW.CONCURSOFOTOAPED.SITE

EXPOSIÇÃO "DESENHOS DA MINHA DOR"
EXPOSIÇÃO NO CENTRO HOSPITALAR DE LEIRIA

INDICADOR DA PRÁTICA DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM – DOR

Antónia Guerreiro; Catarina Pereira; Francisco Vaz; Marisa Silva; Rute Trigo

RESUMO

A qualidade assistencial tem vindo a ser discutida e partilhada pelos profissionais de saúde uma vez que, a satisfação do cliente que procura cuidados de saúde assume-se como um dos principais objetivos das organizações. Neste sentido, as equipas de enfermagem da Unidade de Urgência Pediátrica (UUP) e Serviço de Pediatria Internamento (SPI) do Centro Hospitalar de Setúbal (CHS) decidiram trabalhar o indicador de qualidade em enfermagem Dor. Em pediatria, pretende-se que o enfermeiro realize uma gestão diferenciada da dor de modo a promover o bem-estar da criança/jovem, pelo que se tornou imperativo, perceber se os enfermeiros dos serviços supracitados monitorizavam a dor à criança/jovem que cuidam e se os mesmos dispunham de instrumentos adequados para o fazer. O estudo realizado mostrou-nos que existe uma preocupação por parte dos enfermeiros na monitorização, registo e diagnóstico da dor nas crianças/jovens, dando continuidade a uma praxis de qualidade.

Palavras-chaves: Dor; Pediatria; Indicador; Qualidade.

INTRODUÇÃO

A equipa de enfermagem da área pediátrica, mais especificamente a UUP e o SPI do CHS, baseando-se no princípio de que o controlo e tratamento da dor são um direito de todas as crianças/jovens de quem cuidam, optou por investir no indicador de qualidade em enfermagem dor. Tendo presente que compete aos enfermeiros especialistas em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica "...a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança, a gestão de medidas farmacológicas de combate à dor e a aplicação de conhecimentos e habilidades em terapias não farmacológicas para o alívio da dor" (Ordem dos Enfermeiros, 2013), foram definidos os seguintes objetivos:

- Delimitar os indicadores de estrutura, processo, epidemiológicos e de resultados no que se refere à dor;

- Conhecer a realidade de ambos os serviços relativamente à monitorização da dor por parte da equipa de enfermagem.

De modo a sustentar o desenvolvimento deste trabalho e assumindo os enfermeiros o desafio de prestar cuidados de qualidade à criança/jovem e família tornou-se importante refletir e pesquisar sobre esta temática.

DOR EM PEDIATRIA

Em 2003, a Dor foi formalmente assumida como 5º sinal vital pela Direção Geral de Saúde, o que se traduziu num desafio para os cuidados de enfermagem. Em 2008, a Ordem dos Enfermeiros defendia que era fundamental um compromisso de equipa na

abordagem da dor para a sua avaliação, diagnóstico, prevenção e tratamento, devendo incluir a participação da pessoa, do cuidador principal e da família enquanto parceiros no cuidar.

Em pediatria, pretende-se que o enfermeiro realize uma gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, otimizando as suas respostas através de intervenções farmacológicas e não farmacológicas (Ordem dos Enfermeiros, 2009). No que se refere à sua avaliação, esta deverá ser quantificada através de instrumentos válidos, seguros e sensíveis, tendo em conta o tipo de dor, a situação clínica e a idade da criança (Direção Geral de Saúde, 2010).



Em 2013, com o intuito de capacitar os enfermeiros de conhecimentos sobre algumas estratégias não farmacológicas a utilizar em crianças com dor surge pela Ordem dos Enfermeiros o Guia Orientador de Boa Prática – Estratégias Não Farmacológicas no Controlo da Dor na Criança.

INDICADOR DE QUALIDADE EM ENFERMAGEM DOR

A gestão da dor inclui-se no enunciado descritivo dos Padrões de Qualidade da Ordem dos Enfermeiros (2002) relativo à promoção do bem-estar e autocuidado e constitui um foco de atenção (Dor) altamente sensível aos cuidados de enfermagem. Após identificação do fenómeno «dor», procede-se à avaliação da intensidade da dor, utilizando os instrumentos adequados à idade e desenvolvimento da criança (Ordem dos Enfermeiros, 2013).

A organização dos indicadores de qualidade proposta pela Ordem dos Enfermeiros, obedece a uma subdivisão em 4 partes, isto é: 1) estrutura, 2) processo, 3) epidemiológicos e 4) resultado. Cada um destes apresenta designações, definições e fórmulas gerais que a Ordem dos Enfermeiros define como essenciais (Ordem dos Enfermeiros, 2007). Estes documentos serviram de ponto de partida para o desenvolvimento do indicador dor sendo que, a dor faz parte do Core de Focos. Assim, para a sua operacionalização foram definidos indicadores de estrutura, processo, epidemiológicos e de resultado (Quadro nº1).

Quadro nº 1 – Indicadores de estrutura, processo, epidemiológicos e resultado - Dor

1.Estrutura	1. Existência de escalas de Dor adequadas ao estágio de desenvolvimento; 2. Procedimentos de Enfermagem na área da dor em Pediatria; 3. Aspectos de Humanização; 4. Formação e sensibilização da equipa de enfermagem sobre a dor.
2.Processo	Taxa de Monitorização de Dor;
3.Epidemiológicos	Taxa de Prevalência de Dor;
4.Resultado	Modificação Positiva no Diagnóstico de Dor

Fonte – Baseados no Resumo Mínimo de Dados da Ordem dos Enfermeiros (2007)

Com estes indicadores, perspectivava-se conhecer os recursos dos serviços e perceber se a equipa de enfermagem se encontrava desperta para a monitorização e diagnóstico da dor garantindo desta forma indicadores de resultado.

QUESTÕES METODOLÓGICAS

Após definição dos indicadores, considerou-se importante efetuar um levantamento de dados de forma a obter uma visão real dos resultados para cada serviço da área pediátrica.

Esta colheita de dados foi realizada no âmbito da Dor no período de maio a setembro de 2012, recorrendo à análise reflexiva dos mapas de movimento de utentes nos programas *Sonho*, *SClínico* e *ALERT*. Foram consultados os processos clínicos de todos os utentes pediátricos internados no serviço de pediatria e na Unidade de Internamento de Curta Duração (UICD) na UUP num período superior a 24 horas. Neste processo foram tidos em consideração os aspetos éticos e deontológicos, garantindo-se a confidencialidade na recolha e análise dos dados processados.

RESULTADOS /DISCUSSÃO

Relativamente aos indicadores de estrutura definidos, existem em ambos os serviços da área pediátrica escalas de avaliação de dor adequadas aos diferentes estadios de desenvolvimento da criança, nomeadamente escala de faces *Wong Baker*, escala numérica e a escala de dor *Nips*. É de acordo com a especificidade de cada escala que são atribuídos os *scores* de dor às crianças internadas tendo por base o Guia Orientador de Boa Prática da Ordem dos Enfermeiros (OE) e a Norma de Orientação Clínica da Instituição.

Na orientação da sua praxis, os enfermeiros utilizam também procedimentos de enfermagem para avaliação e registo sistemático de dor - Procedimento de Avaliação e registo Sistematizado da Dor nos Utentes Pediátricos no Serviço de Pedia-

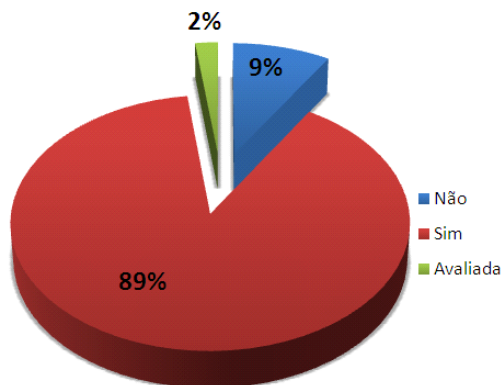
tria, sendo esta uma temática predominante nos espaços formativos de ambos os serviços. Saliemta-se ainda, o facto destas unidades se preocuparem com aspetos relacionados com a humanização, que vão para além da decoração de paredes e da presença dos pais/pessoa significativa, passando também pelas técnicas de distração das crianças através de atividades lúdicas como ouvir música, cantar, espaços de brincadeira, visitas dos Palhaços «Remédios do Riso», passagem de filmes, entre outros. É igualmente importante referir a formação das equipas de enfermagem nas temáticas da dor e sensibilização das mesmas para a monitorização e registo da dor.

No que se refere ao indicador de processo, foi possível determinar através do levantamento de dados clínicos no SPI uma Taxa de Monitorização de Dor de 100% num universo de 307 crianças internadas. Tal resultado traduz a importância assumida pelos enfermeiros do serviço na avaliação sistemática da dor em todos os turnos, a par com a plataforma informática *SClínico* que permite contemplar o parâmetro dor desde a avaliação inicial da criança/jovem.

Na UICD da UUP foi possível determinar, num universo de 148 crianças internadas, uma Taxa de Monitorização de Dor no *Sistema Alert* de 89%, sendo que em 2% esta foi avaliada, mas sem intervalo de monitorização selecionado (Gráfico nº1). Revelou-se também pertinente, dada a especificidade da UUP e do tipo de cuidados prestados em UICD, analisar os intervalos de monitorização verificando-se que, os mais frequentemente definidos pelos enfermeiros foram de 2h/2h e de 4h/4h (Gráfico nº2). Tais resultados permitem reforçar, à semelhança dos resultados obtidos no SPI, que a equipa de enfermagem se encontra sensibilizada para a avaliação e registo sistemático da dor, baseando-se nos procedimentos de enfermagem em vigor no serviço.

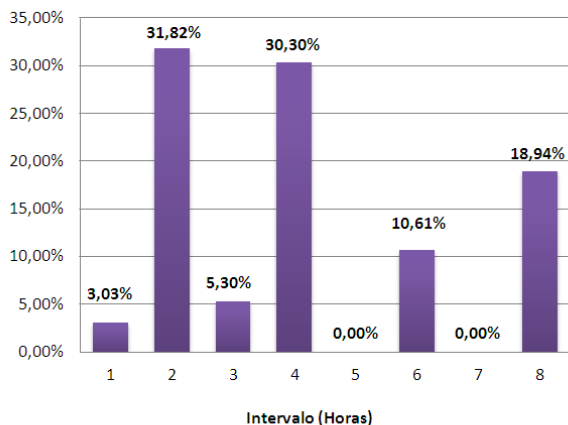
Gráficos nº1 e nº2 – Taxa de Monitorização da Dor e Intervalo de Monitorização na UICD da UUP entre maio e setembro de 2012.

Taxa de Monitorização de Dor



n = 148 Total de Crianças Internadas em UICD em período superior a 24h entre Maio e Setembro de 2012

Intervalo Monitorização



n = 132 Total de Crianças com Monitorização de Dor

A recolha de dados permitiu também conhecer taxas de prevalência de dor em ambos os serviços, sendo este um indicador epidemiológico definido pela Ordem dos Enfermeiros em 2007.

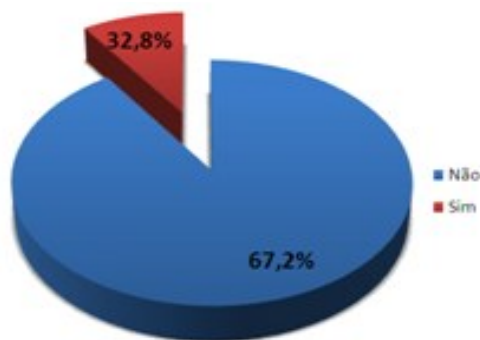
No SIP (Pediatria Médica e Pediatria Cirúrgica) foi determinada uma Taxa de Prevalência de Dor, de acordo com os diagnósticos de dor e tendo por base a especificidade de cada especialidade, de 32,8% na Pediatria Médica (Gráfico nº3) correspondendo a 66 crianças num universo de 201 elementos. Na Cirurgia Pediátrica regis-

tou 26,4% de taxa de prevalência (Gráfico nº4) o que corresponde a 28 crianças num total de 106 elementos.

É de salientar neste ponto, a importância do diagnóstico de dor realizado pelos enfermeiros tendo estes por base o diagnóstico clínico, o score de dor obtido e o histórico proveniente da UUP.

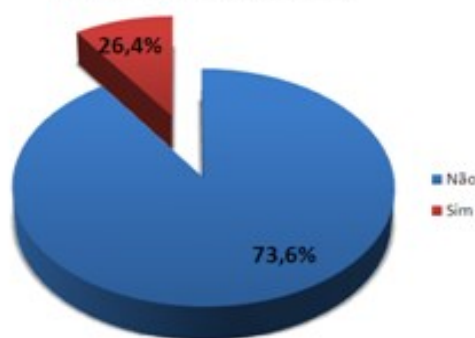
Gráficos nºs 3 e 4 – Taxa de Prevalência de Dor no Serviço de Pediatria Internamento, num total de 201 crianças da Pediatria Médica e 106 crianças da Pediatria Cirúrgica

Taxa de Prevalência de Dor Pediatria Médica



n = 201 Total de Crianças internadas na Pediatria Médica

Taxa de Prevalência de Dor Pediatria Cirúrgica

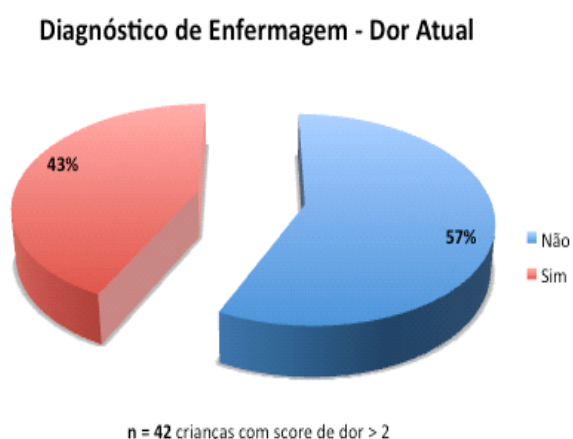


n = 106 Total de Crianças internadas na Cirurgia Pediátrica

Fonte: Dados obtidos entre maio e setembro de 2012 no Serviço de Pediatria Internamento

A taxa de prevalência de dor na UUP foi determinada no universo de 132 crianças às quais foi realizada a monitorização da Dor e tendo por base os scores de dor superior a 2 atribuídos pelos enfermeiros. Para tal, o grupo baseou-se na norma de orientação da Direção Geral de Saúde de 2010, que considera como critério de boa qualidade de cuidados no controlo da dor que esta se mantenha inferior a 3 num máximo de 10. Foi identificada uma Taxa de Prevalência de Dor de 32%, correspondendo a 42 crianças internadas (Gráfico nº5). Verificou-se, no entanto, que o diagnóstico de enfermagem de *Dor Atual* foi apenas identificado pelos enfermeiros em 43% dos casos (Gráfico nº6).

Gráficos nºs 5 e 6 – Taxa de Prevalência de Dor e Diagnóstico de Enfermagem *Dor Atual* na UUP



Tais constatações revelam que a equipa integra a dor como 5º sinal vital na sua prestação de cuidados, sendo também possível identificar intervenções de gestão da dor na sua prestação de cuidados. Embora

se identifique a necessidade de uma maior sensibilização para o diagnóstico de enfermagem como forma de dar visibilidade aos cuidados prestados.

CONCLUSÃO

A melhoria contínua da qualidade é um processo dinâmico e exaustivo que requer do enfermeiro a implementação de ações e a construção de instrumentos que possibilitem avaliar de forma sistemática os níveis de qualidade dos cuidados prestados. Atualmente, verifica-se uma crescente preocupação quanto à construção e validação de indicadores que sejam passíveis de comparação entre diferentes contextos de prática profissional e que venham cada vez mais acrescentar saber científico onde os enfermeiros sustentem e fundamentem as suas tomadas de decisão.

Nesta perspetiva, surge este estudo que permitiu conhecer a preocupação dos enfermeiros na monitorização, registo e diagnóstico da dor nas crianças/jovens. Após a análise dos dados, podemos concluir que os enfermeiros para além de realizarem formação sobre dor, possuem e utilizam instrumentos para a avaliar e elaboraram procedimentos nos quais se preconiza uma prática de cuidados especializados nesta temática. Foi possível também demonstrar que monitorizam a dor na maioria das crianças/jovens admitidos, considerando-a e integrando-a como o 5º sinal vital. O diagnóstico de enfermagem dor considera-se assim um aspeto que deverá ser tido em consideração em formações futuras de sensibilização à equipa.

Por outro lado, com base nos indicadores de estrutura, processo e epidemiológicos, baseados no facto de que se torna importante dar continuidade a uma prática de qualidade, foram traçados objetivos com o intuito de trabalhar futuramente o indicador de resultado (Modificação Positiva no Diagnóstico de Dor).

Neste sentido, preconiza-se que todos os enfermeiros deverão monitorizar, diagnosticar, desenvolver intervenções autónomas e interdependentes, registando e avaliando os resultados obtidos após a aplicação das intervenções (quadro n.º2).

Definição: Relação entre o nº de crianças/jovens que resolveram o diagnóstico Dor Atual com intervenções de enfermagem implementadas e o universo de crianças com diagnóstico de Dor Atual num certo período

Fórmula de cálculo:

$$R_1 = \frac{\text{Nº de crianças/jovens que resolveram o diagnóstico de Dor Atual e que tiveram pelo menos uma intervenção documentada}}{\text{Total de crianças com diagnóstico de Dor Atual}} \times 100$$

Frequência: Diário (); Semanal (); Mensal (); Semestral (X); Anual ()

É também importante salientar as limitações deste estudo, pois deparamo-nos com os programas *SCLínico* e *ALERT* que condicionam a extração dos dados, sendo que a colheita de dados foi realizada através da consulta da totalidade dos processos.

Pensamos que a elaboração deste estudo, permitiu uma reflexão e análise da temática dor assim como a produção de conhecimento na área dos Indicadores de Qualidade em Enfermagem, nomeadamente na Área Pediátrica do Centro Hospitalar de Setúbal.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Direcção Geral da Saúde (2003). *A Dor como 5º Sinal Vital – Registo Sistemático da Intensidade da Dor*. Circular Normativa nº 09/DGCG. Lisboa: Direcção Regional de Saúde
- Direcção Geral da Saúde (2010). *Orientações Técnicas para a Avaliação da Dor nas Crianças*. Orientação DGS nº 014/2010. Lisboa: Direcção Geral de Saúde
- Ordem dos Enfermeiros (2002). *Divulgar: Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros
- Ordem dos Enfermeiros (2007). *Resumo Mínimo de Dados e Core de Indicadores de Enfermagem para o Repositório Central de Dados da Saúde*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros
- Ordem dos Enfermeiros (2009). *Modelo de Desenvolvimento Profissional: Sistema de Individualização das Especialidades Clínicas em Enfermagem, Individualização e Reconhecimento de Especialidades Clínicas em Enfermagem, Perfil de Competências Comuns e Específicas de Enfermeiro Especialista*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2013). *Guia Orientador de Boa Prática – Estratégias Não Farmacológicas no Controlo da Dor na Criança*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros

Artigo Rececionado em 03/02/2015

Aceite para Publicação em 06/12/2016

Antónia Guerreiro



Enfermeira no Serviço de Internamento de Pediatria do CHS. Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica.

Contato: antonia.guerreiro@gmail.com

Catarina Pereira



Enfermeira na Consulta Externa do CHS. Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica.

Contato: ana.c.pereira@chs.min-saude.pt

Francisco Vaz



Enfermeiro-Chefe da Unidade de Urgência Pediátrica e Serviço de Internamento de Pediatria do CHS. Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Contato: francisco.vaz@chs.min-saude.pt

Marisa Silva



Enfermeira no Serviço de Internamento de Pediatria do CHS. Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica.

Contato: marisa_alpalhao@hotmail.com

Rute Trigo



Enfermeira na Unidade de Urgência Pediátrica do CHS. Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica; Especialista de Reconhecido Mérito na Área Científica de Enfermagem; Licenciada em Gestão da Distribuição e Logística.

Contacto: rutetrig@gmail.com

IMPACTO DA DOENÇA CRÓNICA E AS ESTRATÉGIAS DE COPING NA ADAPTAÇÃO FAMILIAR

Vanessa Costa Duarte; Elsa Monteiro

RESUMO

As doenças crónicas não transmissíveis (DCNT) são uma das principais causas de morbilidade e mortalidade em Portugal, sendo responsáveis pelo aumento do consumo de cuidados de saúde originando uma mudança importante no paradigma de suporte social do Estado, nas Políticas de Saúde e na organização da prestação de cuidados de saúde. As políticas existentes objetivam a prevenção da doença crónica, o empoderamento do cidadão na gestão da sua doença e a diminuição do internamento hospitalar com uma rápida integração do doente crónico na sua família e meio social envolvente. Desta forma, a Disciplina de Enfermagem, pretende o Cuidar da Pessoa ao longo do seu ciclo de vida focalizando a inclusão da família e a interação com o meio, a reflexão e o conhecimento sobre as estratégias de *coping* utilizadas pela Família na adaptação à doença, apresenta relevância para a prática.

Palavras-chave: Doença crónica; Família; Estratégias de *coping*.

INTRODUÇÃO

Na União Europeia, 20 a 40% da população com mais de 40 anos sofre de doença crónica e dois terços das pessoas com mais de 65 anos sofrem de pelo menos duas doenças crónicas (Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico [OCDE], 2010). Esta conjuntura tem repercussões importantes constituindo uma ameaça para a saúde pública e a economia global. Prevê-se que em 2030 o consumo de cuidados de saúde resultantes das DCNT implique

70/80% dos custos em saúde (OCDE, 2010). O mesmo cenário ocorre em Portugal (Coelho, 2014).

O crescimento da incidência das DCNT está associada ao envelhecimento da população, resultante da oferta de cuidados de saúde e melhoria das condições socioeconómicas (Ministério da Saúde, 2013) originando um aumento das situações de incapacidade, de doença e de perda de independência causadores de uma necessidade substancial de apoio social e de cuidados de saúde (Barros, Machado e Simões, 2011). Assim, não será de estranhar que as despesas com os cuidados de saúde dirigidos a este problema ocupem proporções cada vez maiores nos orçamentos públicos e no produto interno bruto (Barros *et al*, 2011) contribuindo para este incremento não só a prevalência, mas as implicações no decurso da vida produtiva, especialmente o absentismo laboral e a reforma precoce (Escoval *et al*, 2010).

Denota-se uma alteração do rumo estratégico nas Políticas Europeias de Saúde. Com a trajetória histórica anterior centrada na cura e dirigida às doenças agudas, aposta-se agora nos cuidados preventivos com o objetivo de empoderamento e corresponsabilização do cidadão sobre o seu estado de saúde, qualidade de vida e potencial de saúde (Barros *et al*, 2011).

O rumo das Políticas de Saúde em Portugal são similares às europeias, com especial ênfase no acesso aos cuidados de saúde preventivos, na promoção de estilos de vida saudáveis e nas respostas que permitem a

prestação de cuidados de saúde fora do ambiente hospitalar (OPSS, 2010).

Colocamos assim, as seguintes questões: *Quais os mecanismos de adaptação utilizados pela família na resposta à doença crónica de um dos seus membros? Quais os mecanismos comumente utilizados pela população portuguesa no apoio e prestação de cuidados informais ao doente crónico?*

Pretendemos com este artigo refletir sobre esta temática através dos princípios de uma revisão sistemática da literatura. Esperamos que o artigo contribua para uma prestação de cuidados integrais à pessoa/família potenciando a sua autonomia e autoeficácia na gestão do seu processo de saúde/doença.

ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

Murray, Kelley-Soderholm e Murray (2007), tipificam a doença crónica utilizando cinco critérios: o tipo de começo (repentino ou gradual); o curso (progressivo, constante ou episódico); o resultado (fatal ou não fatal); a incapacidade (cognitiva, mobilidade, força, alteração da autoimagem e estigma social) e a incerteza (grau de previsibilidade). Apesar de apresentarem uma etiopatogenia diferenciada, as DCNT são igualitárias em alguns processos (Rolland, 1994), no seu prolongamento no tempo, na forma como afeta a vida do seu portador e a dinâmica familiar, nas suas implicações multidimensionais, não só físicas, mas igualmente sociais e emocionais, no uso continuado de cuidados de saúde e no aparecimento de algum grau de incapacidade e na irreversibilidade.

Tem um impacto direto na família a forma como se vivencia a doença crónica, uma vez que são espaços privilegiados de suporte e segurança dos seus membros (Figueiredo, 2009). As próprias características destes sistemas sociais interativos de carácter transformativo, que se definem pela sua estrutura, vínculos e funções, são determinantes nos hábitos que dizem respeito à saúde e ao equilíbrio físico e mental. Como sistemas, são continuamente sujeitos a reajustes e adaptações, que obrigam a constantes respos-

tas de manutenção do equilíbrio das suas funções (Bronfenbrenner, 1979) resultantes das pressões a que estão expostos quer por pressão interna originada pelos ciclos de desenvolvimento naturais da família (crises normativas) e/ou por pressões externas (crises inesperadas ou acidentais) (Minuchin e Fishman, 1990).



As transformações impostas pela doença, resultantes de crises inesperadas, dependem de alguns fatores, tais como: a etapa do ciclo vital em que a família se encontra; o elemento da família que foi atingido; as repercussões da doença e a necessária reestruturação familiar, nomeadamente nas relações interpessoais (Peixoto e Santos, 2009). No entanto, é errada a conceção de que a crise é originada pelo acontecimento. Esta é originária da perceção individual e das respostas desenvolvidas, ou seja, esta é concebida na resposta familiar ao elemento *stressor*, denominada por processo de *coping*. Um *coping* adequado provoca um ajustamento adequado, uma vez que permite o desenvolvimento de autonomia e autoeficácia (Rolland, 1994).

Segundo Folkman e Lazarus (1984), os processos de coping envolvem quatro conceitos importantes: são interações intencionais entre o indivíduo e o meio ambiente; implicam uma mobilização de esforços cognitivos e comportamentais; pressupõem a noção de avaliação; e pretendem a gestão da situação e não o seu domínio. Têm duas categorias funcionais: as focalizadas no problema, que atuam diretamente sobre as exigências; e as focalizadas na emoção, que atuam na interpretação do problema.

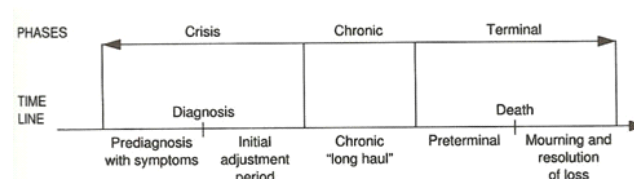
McCubbin e Patterson (1993), autores do Modelo de Resiliência ao Stresse, Ajuste e Adaptação da Família, apresentam conceitos importantes para a compreensão dos recursos utilizados na resposta à crise. Primeiro, os indutores de *stress* raramente ocorrem isoladamente, sendo acumulativos (*pile-up*), o que é determinante para o sentimento de vulnerabilidade. Segundo, as estratégias de *coping* são geralmente direcionadas para manter a integridade da família e os seus valores. A implementação de mudanças estruturais na família para acomodar novas demandas, é geralmente uma estratégia tardiamente utilizada. A terceira premissa refere-se aos recursos utilizados na adaptação à crise, são geralmente integrantes do reportório da família ou reforçados e/ou adquiridos como resposta à crise. São condicionantes na escolha de recursos a estrutura de papéis dentro da família, os valores e as crenças partilhados, os objetivos comuns, o apoio social da comunidade, a espiritualidade, as características individuais de cada membro que a constitui e a habilidade de comunicação. Finalmente, a avaliação cognitiva da situação de crise e a percepção de cada elemento familiar sobre a mesma é importante e determina a resiliência familiar e a resposta global, pelo que as estratégias de *coping* são definidas como um processo interpessoal.

Considerando a doença crónica como um elemento indutor de crise familiar, Rolland (1994), na Teoria de articulação dos ciclos de vida da doença do indivíduo e da família, distingue três períodos na história natural da doença relacionando-os com as exigências psicossociais da mesma. Reconhece três dimensões da doença crónica: a tipologia psicossocial da doença, as variáveis-chave do sistema familiar e as fases evolutivas da doença e da família. O autor defende que a tipologia psicossocial da doença é útil na categorização das diferentes doenças crónicas existentes. O conhecimento do padrão da doença, ou seja, o seu início, curso, resultado, incapacidade e grau de incerteza, facilita a sua gestão. Considera, as variáveis-chaves do sistema familiar em quatro dimensões. A primeira refere-se á importância da história transgeracional na avaliação de fatores como a coesão, adaptabilidade e as habilidades comunica-

tivas da família. A segunda, determina a influência das fases naturais do desenvolvimento da família, nas respostas prestadas. A terceira, enfatiza o sistema de valores e das crenças da família associadas à saúde, no suporte dos seus membros na doença. A quarta, relaciona-se com o significado do uso de estratégias de *coping* anteriores nos processos de doença.

As fases evolutivas da doença (imagem nº1) tem a particularidade de serem dinâmicas e percecionadas de forma diferenciada pelos membros da família.

Imagem nº1 - Fases da história natural da doença



Fonte: Rolland, 1994

Fase da Crise que inclui o período pré-diagnóstico e o período inicial de ajustamento. Caracteriza-se por um período de incerteza e vulnerabilidade com uma necessidade de procura do controlo, que permite à família iniciar um processo de mudança, de modo a maximizar as suas aptidões familiares na resposta a doença. As tarefas familiares mais comuns nesta fase são: criar um significado para a doença que maximize o sentido de competência e de controlo; elaborar o luto pela identidade perdida; gerir informação e estabelecer relações adequadas com a equipa de saúde.

Fase Crónica que é a fase intermédia referente a adaptação da resposta a doença crónica, em que se espera que os familiares e a pessoa doente, consigam manter a sua autonomia e autoeficácia. As tarefas familiares nesta fase são: a redefinição de papéis e funções familiares de forma a conciliar o cuidado ao doente com normalidade familiar.

Fase Terminal caracterizada pela morte iminente do familiar. As tarefas familiares mais comuns nesta fase são: a resolução de assuntos pendentes, o apoio emocional ao elemento doente, o luto e a reintegração após a perda.

METODOLOGIA

Este artigo segue os princípios de uma revisão sistemática da literatura tendo-se utilizado para a pesquisa as bases de dados on-line B-On, EBSCO, Pubmed e o Repositório Científico Nacional, com os seguintes descritores: doença crónica, família e estratégias de adaptação. Para a seleção foram estabelecidos como critérios: artigos em língua portuguesa, referentes a população portuguesa, com texto integral, publicados desde 2009.

Foi estabelecido como critérios de inclusão: artigos ou trabalhos que abordassem a adaptação da família à DCNT, com exclusão de doença crónica nas crianças e adolescentes assim como da doença mental.

Foram analisados 23 artigos e teses de mestrado, tendo sido eleitos 7 por corresponderem aos critérios estabelecidos.

RESULTADOS

Da análise efetuada, podemos inferir que a produção científica nacional sobre DCNT, relaciona-se maioritariamente com a gestão da doença pelo indivíduo e a sobrecarga e necessidades de ensino ao cuidador informal. A forma de adaptação da família como sistema a DCNT, é um tema escassamente estudado em território nacional, mas os estudos efetuados fornecem-nos indícios que nos parecem importantes para o planeamento de cuidados de enfermagem globais à pessoa/família.

Interessou-nos, a integração processual da doença na vida familiar e as estratégias de ajuste à incerteza, implícitos no modelo de Rolland. Geralmente na DCNT, está patente a reestruturação funcional, com uma dominância de alteração de rotinas e papéis (Peixoto e Santos, 2009).

Em Portugal, a prestação de cuidados informais parecem ser providos por mulheres, na casa dos 50 anos, reformadas, com baixo nível de escolaridade, esposas ou filhas da Pessoa doente (Sequeira, 2010;

Rodrigues, 2011; Pereira, 2012). De um modo geral, apenas um elemento familiar presta apoio à mesma, sendo o seu papel incidente em três áreas: apoio em termos de informação e orientação, apoio emocional e apoio instrumental (Sequeira, 2010).



São os elementos do sexo feminino que aparentemente utilizam estratégias de *coping* mais diversificadas e centrada na resolução de problemas. Peixoto e Santos (2009), citando Nolan (2004), relatam que as estratégias de *coping* focadas nos problemas são mais vantajosas, diminuem a sobrecarga do cuidador promovendo uma adaptação mais efetiva.

As mulheres cuidadoras desenvolvem geralmente estratégias externas à família, centradas na resolução e partilha do problema e na perceção de alternativas (Rodrigues, 2011; Pereira, 2012). A capacidade de *reframing*, ou seja, a capacidade de reenquadrar as experiências, atribuindo-lhe um significado diferente, é comum no sexo feminino (Rodrigues, 2011). Nos elementos de sexo masculino é mais comum o uso de estratégias centradas na gestão das emoções (Pereira, 2012).

Apesar das estratégias utilizadas pelo sexo feminino serem consideradas estratégias eficazes, é comum os cuidadores informais exprimirem dois sentimentos relativamente a prestação de cuidados informais, a sobrecarga e os sentimentos de isolamento (Sequeira, 2010).

A prestação de cuidados informais é considerada pelos cuidadores informais, como uma obrigação familiar/pessoal, associada às escassas respostas

institucionais. O recurso à institucionalização pressupõe assumir a incapacidade por parte do cuidador, papel contrário à construção social do sistema familiar (Custódio, 2011).

Apesar do conhecimento do fator acumulativo da crise (McCubbin e Patterson, 1993), a bibliografia consultada não nos ofereceu dados sobre o tema. Descreve Olson *et al* (1983), no estudo sobre o impacto da doença na família ao longo das etapas do ciclo vital, que as etapas *Família com filhos adolescentes* e *Ninho vazio* são aquelas em que a doença crônica é mais destruturante.

A complexa interdependência entre pessoa/ambiente está igualmente patente. A eficiência com que o cuidador informal vai desempenhar o seu papel, não está só dependente dos recursos e competências pessoais do cuidado, mas da sua potenciação originada pelo ensino e apoio dos cuidados formais. Igualmente, dimensões externas à família como a integração do apoio social e comunitário são essenciais (McCubbin e Patterson, 1993).

O uso de apoio formal e recurso a amigos e vizinhos é uma estratégia com significado para processos de adaptação positivos e melhor qualidade de vida, que parece ser utilizada pela população portuguesa. O contato com os cuidados formais para a resolução de problemas é uma estratégia muito usada pelas mulheres (Pereira, 2012).

Outro fato interessante é o contato com a comunidade. As mulheres utilizam estratégias centradas na partilha do problema e no recurso à espiritualidade (Rocha, 2009). Os residentes em áreas predominantemente rurais têm uso de estratégias de *coping* mais diversificado, em comparação aos que habitam em áreas urbanas (Cunha, 2011). Os cuidadores com uma atividade profissional têm uma maior percepção de autoeficácia (Custódio, 2011).

DISCUSSÃO

No planeamento de cuidados de enfermagem integrais e globais, parece-nos importante o estudo da

estrutura familiar, do seu ciclo de vida e funções, assim como das respostas anteriores a problemas similares (Figueiredo, 2011). Importa considerar como foco de atenção, o Processo Familiar, com o objetivo de fornecer ajuda para obtenção de equilíbrio para a adaptação à mudança, extrapolando a pessoa doente e as suas necessidades de cuidados e implicando a família nos mesmos, prestando cuidados apropriados e eficientes e promotores da participação e da tomada de decisão (Peixoto e Santos, 2009).

Trabalhar com a família neste processo de transição, implica apoiar e fomentar a autonomia e a responsabilidade, evitando a incorporação de uma identidade de “pessoa doente” (Sequeira, 2010). O papel do enfermeiro, consiste em facilitar o envolvimento da família na aquisição de competências para os períodos de transição. Assim, a preparação para a alta é um momento crucial apresentando-se como um foco sensível aos cuidados de enfermagem (Peixoto & Santos, 2009). O momento de pós-alta imediata é referido pelos familiares como um período de difícil vivência (Petronilho, 2007). Cria-se assim a ideia de que a promoção das competências dos agentes informais no autocuidado e no bem-estar, são necessidades reais de cuidados na sociedade atual (Petronilho, 2007).

A gestão de informação é primordial, não só para a adaptação ao processo de doença, mas na criação de laços de confiança entre quem presta cuidados formais e informais, promovendo a envolvimento na prestação. Segundo Peixoto e Santos (2009), esta devia focar áreas tais como, cuidados a prestar e o ensino para situações que requerem especial atenção, o acesso aos serviços da comunidade e à informação, mas também, habilidades de *coping* e gestão de emoções. Torna-se claro, o assumir do papel social do enfermeiro na promoção do potencial de autonomia face ao autocuidado.

CONSIDERAÇÕES

As DCNT são responsáveis pelo aumento do consumo de cuidados de saúde. As suas implicações extra-

polam a saúde física e assentam em dimensões emocionais e sociais.

A resposta da família reveste-se de relevância, pois como sistema de apoio da pessoa doente, define o ajustamento ao processo de doença. Geralmente as suas respostas, são direcionadas para a manutenção da integridade da estrutura familiar, sendo condicionantes na escolha de estratégias adaptativas, os papéis desempenhados, os valores, o apoio social, a espiritualidade e as habilidades comunicativas dentro do seio familiar.

O papel do enfermeiro é pertinente no que concerne ao envolvimento da família na gestão de informação e no ensino e apoio a pessoa/cuidadores informais. No planeamento dos cuidados este sistema não deve ser excluído, mas integrados como foco de atenção. O cuidado de enfermagem deve ser centrado na aquisição e promoção de competências que permitam a autonomia e a perceção de autoeficácia, promovendo a autonomia e responsabilidade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Barros P, Machado S, Simões J. (2011). Portugal: Health system review. Health System in Transition. *The European Observatory on Health Systems and Policies*. 13(4): p.1-56.
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The Ecology of Human Development: experiments by nature and design*. USA: Library of Congress Cataloging.
- Coelho, A. (2014). *Análise de uma política pública de saúde: Gestão integrada da doença*. Lisboa: Universidade Nova de Lisboa. Tese de Doutoramento.
- Cunha, M.C (2011). *Impacto Positivo do Acto de Cuidar no Cuidador Informal do Idoso: Um estudo exploratório nos domicílios do concelho de Gouveia*. Mestrado integrado em psicologia. Faculdade de Lisboa.
- Custódio, J. (2011). *Sobrecarga e Estratégias de Coping do Cuidador Informal do Idoso Dependente*. Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica. Instituto Superior Miguel Torga.
- Escoval A, Coelho A, Diniz JA, Rodrigues M, Espiga P, Moreira F (2010). Gestão Integrada da Doença. Uma abordagem experimental de gestão em saúde. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*; Vol.Temático (9): p. 105-115
- Figueiredo, M. (2009). *Enfermagem de Família: um contexto do cuidar*. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Tese de Doutoramento
- Figueiredo, M. (2011). *Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar: Uma abordagem colaborativa em Enfermagem de Família*. Lisboa: Lusociência.
- Folkman, S., & Lazarus, R. S (1984). Personal Control and Stress and Coping Processes: A Theoretical Analysis. *Journal of Personality and Social Psychology* (46), p. 839-852.
- Ministério da Saúde. (2013). *Plano nacional de saúde 2012-2016*.
- McCubbin, H. I. & Patterson, A. C. (1993). Families Coping with Illness: The Resiliency Model of Family Stresse, Adjustment, and Adaptation. In: Danielson CB, Hamell-Bissell B, Winstead-Fry P, editors. *Families, Health, & Illness. Perspectives on Coping and Intervention*. St Louis: Mosby; p. 21-63.
- Minuchin, S.; Fishman, H. C. (1990). *Técnicas de terapia familiar*. Porto alegre: Artes Médicas.
- Murray, C. Kelley-Soderholm, E., & Murray, T. (2007). Strengths, challenges, and relational processes in families of children with congenital upper limb differences. *Families, Systems, & Health*, (25), p. 276-292.
- Olson, D. H. et al. (1983). *Families: what makes them work*. Beverly Hills, Sage Publications.
- OPSS. (2010). *Relatório Primavera 2010- Desafios em tempo de crise*. Lisboa: observaport.org.
- Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (2010). *Value for Money in Health Spending*. [S.l.]: OECD Publishing.
- Peixoto, M., & Santos, C. (2009). Estratégias de coping na família que presta cuidados. *Cadernos de saúde*, 2(2), p.87-93.

- Pereira, R.P. (2012). *Percepção da dor crónica e estratégias adaptativas em famílias com doentes oncológicos*. Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica. Instituto Superior Miguel Torga.
- Petronilho, F. (2007). *Preparação do regresso a casa*. Coimbra: Formasau.
- Rocha, B (2009). *Stresse e coping do cuidador informal de idoso em situação de dependência*. Mestrado em psicologia da saúde. Faculdade de Ciências Humanas e Sociais. Universidade do Algarve.
- Rodrigues A.P. (2011). *Estratégias de coping do cuidador informal da Pessoa com IRA*. Dissertação de Mestrado em Enfermagem médico-cirúrgica. Escola Superior de Saúde de Viseu.
- Rolland, J. (1994). *Families, illness and disability: An integrative treatment model*. New York: Basic Books
- Sequeira, Carlos Alberto da Cruz (2010). *Cuidar de idosos com dependência física e mental*. Lisboa: Lidel, 2010.

Artigo Rececionado em 26/01/2016
Aceite para Publicação em 07/03/2016

Vanessa Costa Duarte



Enfermeira na Unidade de Cuidados Intensivos do CHS. Licenciada em Enfermagem; Mestre em Saúde Pública.

Contacto: vanessaxcd@gmail.com

Elsa Monteiro



Enfermeira na Unidade de Técnicas e Gastroenterologia do CHS.; Especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica. Mestre em Enfermagem médico-cirúrgica; Mestre em Ciências de Educação.

Contacto: elsammonteiro1000@gmail.com

ClinicalKey®

ACESSE AQUI A MAIS ABRANGENTE FONTE DE BUSCA CLÍNICA PARA A TOMADA DE DECISÃO.

- + 1.400 PÁGINAS DE TÓPICOS;
- + 1.000 LIVROS;
- + 600 PERIÓDICOS;
- + 300 VÍDEOS DE PROCEDURES CONSULT;
- + 2.200.000 IMAGENS PARA DOWNLOAD;
- + 850 MONOGRAFIAS DE FIRST CONSULT;
- + 2.900 MONOGRAFIAS SOBRE DROGAS;
- + 4.500 GUIDELINES;
- + ENSAIOS CLÍNICOS;
- + MEDLINE INDEXADO POR COMPLETO;
- + 17.000 VÍDEOS DE PROCEDIMENTOS;
- + 15.000 FOLHETOS CUSTOMIZÁVEIS; PARA EDUCAÇÃO DO PACIENTE.

WWW.CLINICALKEY.COM

INDICADORES DE QUALIDADE DA UNIDADE DE CUIDADOS PÓS-ANESTÉSICOS: A DOR PÓS-OPERATÓRIA

Carla Caldeira; Diana Modas

RESUMO

Os Enfermeiros da UCPA defendem uma prestação de cuidados de qualidade na recuperação pós-operatória do utente. Analisando os registos de enfermagem relativos a 200 utentes internados na Unidade no primeiro semestre de 2015 foi possível refletir sobre os indicadores de qualidade do serviço.

Desta análise concluiu-se que a maioria das intervenções de enfermagem realizadas são registadas. Contudo, existem falhas a colmatar, designadamente registos completos da dor, aspetos a melhorar na procura permanente da excelência dos cuidados na UCPA.

Palavras-chave: Dor, Indicador, Qualidade, UCPA.

INTRODUÇÃO

A qualidade consiste num esforço contínuo, multi-profissional, pela excelência, realizando-se bem as atividades que têm de ser executadas, obtendo-se a satisfação das necessidades do utente (Sheehy, 2001). A promoção da qualidade em saúde implica ciclos de melhoria contínua da qualidade, identificando-se problemas e oportunidades de desenvolvimento. "A garantia e melhoria da qualidade é a monitorização das actividades dos cuidados aos utentes para deter-

minar o grau de excelência atingido na execução das atividades" (Stanhope, 1999, p.468).

Com vista a promover uma melhoria contínua dos cuidados, partiu-se dos registos de enfermagem efetuados no primeiro semestre de 2015, contextualizando-se a população alvo relativamente a género, faixa etária e intervenção anestésico-cirúrgica a que foi submetida. Posteriormente, colheram-se os dados relativos ao indicador da dor: avaliação da dor na admissão e alta, tipo de escala da dor utilizada, intervalo de tempo entre a avaliação da dor, nível de eficácia no alívio da dor e avaliação dos sinais vitais.

A dor corresponde a um dos primeiros desconfortos a serem referidos na UCPA, tratando-se de uma experiência que interfere com a qualidade de vida da pessoa (Nettina, 1998) e que, quando subtratada, pode resultar noutras complicações pós-cirúrgicas (Rothrock et al, 1997). Face o exposto é prioridade do enfermeiro avaliar e tratar a dor do utente cirúrgico.

Esta análise a estes critérios de qualidade dos respetivos cuidados tem como objetivo identificar falhas e práticas menos corretas por parte dos profissionais, divulgando-as e partilhando-as com a restante equipa, desenvolvendo-se novas estratégias de melhoria da qualidade dos cuidados prestados na UCPA.

ENQUADRAMENTO

Tendo em consideração os objetivos do presente artigo, os autores consideraram pertinente efetuar numa fase inicial uma breve abordagem sobre a UCPA do Hospital de São Bernardo, Centro Hospitalar de Setúbal e a dor, focando este sintoma no período pós-operatório, no sentido de contextualizar a temática.

Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos do Hospital de São Bernardo, do Centro Hospitalar de Setúbal

A UCPA iniciou a sua atividade em 1998. Tratando-se de uma Unidade funcional de cuidados diferenciados, altamente especializada, presta cuidados a utentes submetidos a intervenções anestésico/cirúrgicas e a utentes submetidos a terapêutica da dor crónica que necessitem de um período de vigilância inferior a 12 horas (Cordeiro, 2012).

Englobando as especialidades cirúrgicas de cirurgia geral, ortopedia, urologia, ginecologia, otorrinolaringologia, oftalmologia, cirurgia plástica, estomatologia e cirurgia pediátrica, incluindo a ortopedia infantil, esta unidade apresenta como missão possibilitar uma recuperação anestésica segura, tratando e diminuindo o risco de complicações pós-operatórias anestésico/cirúrgica (Cordeiro, 2012).

Com uma lotação de 6 camas, a Unidade ocupa uma zona semi-restrita do Bloco Operatório. Respeitando-se a privacidade de cada pessoa num ambiente calmo e silencioso, a Unidade consiste num espaço aberto para fácil visualização de todos os utentes, de forma a conseguir-se uma vigilância e monitorização constantes do estado de saúde das pessoas (Cordeiro, 2012).

Deste modo, durante o internamento do utente na UCPA, este é continuamente avaliado pelo Enfermeiro responsável, realizando-se uma monitorização contínua do seu estado de saúde, registando-se as avaliações e intervenções de enfermagem efetuadas, com vista à recuperação das funções vitais e otimização da terapêutica dos utentes. O profissional deve

avaliar e registar o nível de consciência, os sinais vitais, designadamente a dor, o débito urinário, os fármacos e fluidos administrados, as drenagens cirúrgicas presentes, entre outros cuidados concretizados (Cordeiro, 2012). Concretamente sobre a dor pós-operatória é preocupação da equipa da UCPA a sua avaliação e tratamento, monitorizando-se rigorosamente este sinal vital na Unidade, com vista ao bem-estar da pessoa. Assim, estabelecendo-se um plano individualizado de cuidados e atuando-se nos três níveis de prevenção, num ambiente seguro e privado promove-se a recuperação pós-operatória da pessoa.

Todo este cuidado vai ao encontro da missão da instituição hospitalar, pois pretende-se otimizar a recuperação pós-operatória do utente, promovendo-se a sua saúde, através de uma prestação de cuidados de qualidade, com respeito pelos direitos humanos fundamentais.

Sinal Vital Dor

A dor é uma “experiência sensorial e emocional desagradável associada a lesão tecidual real ou potencial, ou descrita em termos dessa lesão” (Monahan, 2010, p.343). Trata-se de uma experiência individual e multidimensional que interfere na qualidade de vida da pessoa (Nettina, 1998).

No que diz respeito à classificação deste desconforto, a dor pode ser classificada segundo o período de tempo em que ela persiste em Dor aguda, Dor subaguda, Dor aguda recorrente e Dor crónica. A dor crónica pode ter início como dor aguda e, posteriormente evoluir para dor crónica, como é o caso da dor pós-operatória persistente. Relativamente às manifestações clínicas, estas podem ser autónomas: alterações hemodinâmicas com aumento da pressão arterial, frequência cardíaca e respiratória; músculo-esqueléticas: aumento da tensão ou da atividade muscular; e psicológicas: irritabilidade, choro, ansiedade e queixas sobre a dor.

Concretamente a dor no período pós-operatório, na intervenção cirúrgica ocorre estimulação ou trauma-

tismo das terminações nervosas o que causa dor ao utente. Este desconforto é inclusive, um dos primeiros a ser mencionado na UCPA, atingindo o seu pico máximo às 12-36 horas de pós-operatório (Nettina, 1998). Como tal, a dor pós-operatória é a principal causa de dor aguda, verificando-se uma prevalência de dor moderada de 71% e de dor severa de 25% no segundo dia de pós-operatório. Face o exposto, pode-se concluir que o controlo da dor pós-operatória é fundamental na prestação de cuidados ao utente na UCPA.

A avaliação da dor é assim, o indicador mais viável da intensidade da dor, sendo a melhor avaliação aquela que o utente faz dela própria (Monahan, 2010). "A avaliação e registo regular da intensidade da dor constitui uma norma de boa prática clínica" (Saúde, D. G, 2008, p.8). O enfermeiro deve avaliar a dor da pessoa quanto à sua localização, tipo de dor e intensidade, determinando-se qual o tratamento mais indicado a executar. Para a avaliação da intensidade da dor o enfermeiro pode recorrer ao uso de instrumentos de avaliação da dor: escalas unidimensionais, pluridimensionais e comportamentais (OE, 2015).

O controlo da dor é um direito do utente e um dever do profissional de saúde. O alívio da dor é fundamental para a recuperação pós-operatória e bem-estar da pessoa. É assim, nosso objetivo controlar a dor da pessoa para uma dor mínima, tolerável, ou mesmo nula se possível.

"A dor é uma experiência complexa e é frequente a necessidade de múltiplas estratégias em lugar de um único tipo de tratamento para a aliviar" (Monahan, 2010, p.345). Face a um utente com dor é importante desenvolver-se uma abordagem multiprofissional, envolvendo a equipa profissional e o próprio utente. As intervenções de enfermagem no combate à dor vão incidir em medidas básicas de conforto, designadamente efetuar ensino ao utente para imobilização da ferida cirúrgica aquando da movimentação; reconhecer a força da sugestão, tranquilizando a pessoa; ajudar nas técnicas de relaxamento, como o relaxamento progressivo; administrar terapêutica analgésica

a a tempo e horas, avaliando-se e registando-se a sua eficácia (Nettina, 1998). Resumindo, "a implementação de alívio da dor pelo enfermeiro pode ser alcançada por meios farmacológicos e não farmacológicos, mas a maior parte do sucesso será conseguida com uma combinação de ambos" (Eler, 2006, p.186).

METODOLOGIA

Exposto o enquadramento teórico sobre a temática focal em análise procedemos à apresentação da análise realizada, explicando o processo de colheita e tratamento de dados.

Indicadores de Qualidade dos Registos de Enfermagem da UCPA

O período pós-operatório corresponde a um período curto e crítico, onde o utente conjuga um conjunto de riscos associados ao ato anestésico e ao ato cirúrgico. 50% das complicações anestésicas ocorrem durante a primeira hora de recobro, o que torna evidente a importância da existência de uma Unidade e do trabalho desenvolvido nesta (Aesop, 2006).

Com vista a promover uma melhoria contínua dos cuidados, todos os semestres a equipa responsável pelos indicadores da UCPA reúne-se para proceder a uma pesquisa cuidada relativa aos registos de enfermagem efetuados naquele semestre na Unidade. Tendo analisado os registos de enfermagem correspondentes a 200 utentes cirúrgicos aleatórios, internados na UCPA naquele semestre em análise. De salientar que toda a informação colhida será devidamente tratada e utilizada somente para este estudo, mantendo-se e respeitando-se o anonimato e privacidade das pessoas.

Dos registos de enfermagem extraíram-se dados relativos aos seguintes indicadores: Avaliação da dor no momento da admissão e alta, Tipo de escala de dor utilizada, Intervalo de tempo entre as avaliações da dor, Nível de eficácia no alívio da dor e Avaliação dos sinais vitais.

Este artigo vai abordar os registos de enfermagem relativos ao primeiro semestre do ano de 2015, focando a dor pós-operatória. Através desta análise avaliam-se os critérios de qualidade dos respetivos cuidados, com o objetivo de identificar falhas e práticas menos corretas por parte dos profissionais, divulgando-as e partilhando-as com a restante equipa, desenvolvendo-se novas estratégias de melhoria da qualidade dos cuidados prestados na UCPA.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Neste capítulo efetua-se uma caracterização da amostra relativamente ao género, faixa etária, especialidade cirúrgica da intervenção a que é submetida e qual o método anestésico utilizado. Seguidamente, apresentam-se os resultados dos indicadores relacionados com a dor, visto ser o nosso indicador alvo neste artigo.

Caracterização da Amostra

A amostra representativa neste artigo engloba os utentes que no primeiro semestre de 2015 foram submetidos a uma intervenção cirúrgica no Bloco Operatório, abrangendo todas as especialidades, quer cirurgias programadas, como de urgência, submetidos a anestesia geral ou bloqueio do neuro-eixo, tendo realizado o período pós-operatório imediato na UCPA.

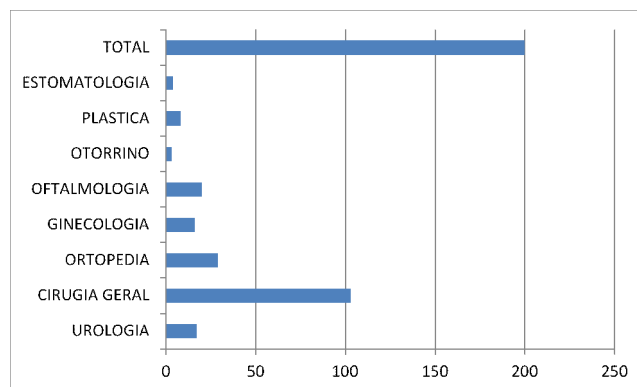
Durante a colheita de dados definiram-se como critérios de exclusão utentes com idades inferiores a onze anos e utentes conectados a prótese ventilatória que são posteriormente transferidos para a Unidade de Cuidados Intensivos, visto nestes casos não ser possível a avaliação de determinados indicadores importantes para esta análise, designadamente a autoavaliação da dor com os instrumentos de avaliação da Unidade.

Deste modo, tendo em consideração estes critérios, dos 200 registos analisados pode-se concluir que, no primeiro semestre de 2015, verificou-se existir uma ligeira predominância do género masculino (105 utentes) sobre o sexo feminino (95 utentes).

Relativamente à faixa etária verificou-se que o grupo etário 71-80 anos foi predominante sobre todos os outros com 46 dos casos analisados, seguido da faixa etária 61-70 anos com 42 dos utentes em estudo. Por sua vez, a faixa etária mais jovem mantém-se a menos intervencionada, prevalecendo o adulto idoso como principal utente cirúrgico. Dentro de cada género também é possível verificar diferenças na distribuição da faixa etária. Nas mulheres existe uma prevalência mais incidente na idade adulta, com especial destaque para os 61-70 anos. O sexo masculino, por sua vez, apresenta-se em maior percentagem na idade adulto-idoso, nomeadamente nas idades compreendidas entre os 71-80 e 61-70 anos, respetivamente.

Conforme referido no capítulo sobre a UCPA, as especialidades cirúrgicas incluídas neste relatório abrangem todo o tipo de cirurgia efetuada no Bloco Operatório, urgente ou programada, observando-se uma liderança da especialidade de Cirurgia Geral com 103 das cirurgias realizadas. Em percentagens mais distantes, mas igualmente prevalentes encontram-se as cirurgias ortopédicas com 29 dos casos, seguidas das cirurgias oftalmológicas com 20 dos utentes analisados. Ambas as percentagens destas últimas especialidades cirúrgicas vão ao encontro das faixas etárias mais incidentes, pois grande maioria dos utentes de oftalmologia e ortopedia são idosos.

Gráfico n°1 - Distribuição da Amostra por Especialidade Cirúrgica



Relativamente ao tipo de anestesia, a anestesia geral (166 utentes) supera a anestesia raquidiana/epidural

(34 utentes), com especial destaque para as intervenções cirúrgicas de cirurgia geral (92 utentes) e oftalmológicas (20 utentes) na primeira e a cirurgia ortopédica (19 utentes) na segunda.

Resultados do Indicador de Qualidade Dor dos Registos de Enfermagem da UCPA

É importante a existência de sistemas de registos, conforme enunciado nos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, devendo estes incluírem as necessidades da pessoa, as intervenções desenvolvidas com e para esta e os resultados obtidos.

O enfermeiro deve registar todas as intervenções efetuadas ao utente durante a sua estadia na Unidade, visto que esse registo reflete a evolução do utente no período perioperatório (Phipps et al., 2003). Os registos de enfermagem são importantes para preservar a continuidade dos cuidados, comunicando a outros profissionais de saúde as intervenções realizadas e os resultados obtidos no utente, otimizando o seu conforto e bem-estar, assegurando-se a continuidade dos cuidados, tal como referido no Código Deontológico (Nunes, 2005). Através dos registos é igualmente possível obter dados para a avaliação da qualidade e realização de investigação.

De acordo com o próprio utente, a dor pós-operatória da ferida cirúrgica é considerada a complicação pós-operatória mais significativa (Phipps et al., 2003). Conforme já referido anteriormente, se esta dor não for devidamente tratada, o risco de ocorrerem complicações pós-operatórias aumenta, o que pode implicar internamentos prolongados, assim como potenciar o surgimento de dor crónica.

Face o exposto é fundamental o papel do enfermeiro no controlo e alívio desta dor. Analisando os resultados obtidos pode-se verificar que da colheita de dados relativa aos 200 utentes, no momento da admissão houve prevalência pelo uso da escala quantitativa (124 utentes), não se verificando dor na grande maioria dos utentes (117), o que enaltece a preocupação dos profissionais de saúde pela antecipação da

administração de analgesia, com vista à prevenção da dor no período pós-operatório. "A investigação sugere que o tratamento precoce da dor aguda antes do seu aparecimento, quando possível, pode prevenir no futuro a dor a longo prazo" (Monahan, 2010, p.344). Contudo, 25 dos 200 utentes analisados referiram sentir muita dor e 14 uma dor moderada, sendo necessário tomar uma atitude terapêutica para alívio do desconforto. Em 30 utentes não se obteve resposta inicial relativamente à avaliação da dor, dado o seu nível de sedação em 28 dos casos e dado o estado de prostração de 2 utentes, situação esta última já pré-operatória.

Gráfico nº2 - Distribuição da Amostra pelo Recurso à Escala Numérica da Dor no momento da Admissão



Deve ser preocupação fulcral da equipa de enfermagem avaliar e tratar a dor, iniciando-se a administração de terapêutica analgésica no período intra-operatório, dando-se continuidade ao protocolo terapêutico definido na Unidade. Deste modo, na amostra analisada verificou-se que, durante a permanência na Unidade, 129 utentes receberam terapêutica analgésica por via endovenosa, dos quais 41 incluiu a administração do opióide Morfina e 12 a administração de Morfina por PCA, tendo sido efetuado ensino ao utente sobre o propósito do aparelho e o seu modo de funcionamento, reforçando-se estes aspetos no momento da alta, visto esta administração acompanhar o utente para o serviço de internamento. Em 2 utentes recorreu-se à administração de analgesia por via epidural, destacando-se a intervenção de enfermagem durante a administração e nos cuidados após esta, na vigilância e monitorização

para despiste de possíveis complicações: bloqueios motor/sensitivo, instabilidade hemodinâmica, ... A eficácia destas medidas reflete-se no número de utentes que teve alta da Unidade sem dor ou com pouca dor.

Assim, analisando este dever dos profissionais de saúde no controlo eficaz da dor verificou-se que no momento da alta da UCPA recorreu-se com maior frequência à escala numérica (145 utentes), referindo a grande maioria (134 utentes) já não sentir dor. Contudo, 3 deles reportaram ainda uma dor moderada, situações em que não é possível administrar mais analgesia, dados os riscos associados de efeitos secundários, nomeadamente a depressão respiratória. De salientar que nalguns destes casos, e não só, recorreu-se a terapias não farmacológicas, designadamente a aplicação de frio. Tendo em consideração que 134 utentes tiveram alta da Unidade sem dor e 59 com pouca dor, uma dor que lhes era tolerável, pode-se concluir que as intervenções perioperatórias realizadas foram eficazes, com vista à promoção do conforto e bem-estar da pessoa.

De notificar que dos registos em falta detetou-se falha num registo no momento da admissão e falha de dois registos no momento da alta, falhas a colmatar de futuro.

Gráfico 3: Distribuição da Amostra pelo Recurso à Escala Numérica da Dor no momento da Alta



Está preconizado na UCPA a monitorização dos sinais vitais, incluindo a dor, numa periodicidade de 15 minutos na primeira hora de internamento. Analisando a amostra em estudo pode-se constatar que em

27 utentes este critério não foi cumprido, pois a avaliação da dor efetuou-se com uma periodicidade igual ou superior a 30 minutos. Estas situações devem-se em parte, devido ao nível de sedação apresentado pelo utente no momento da admissão, encontrando-se a pessoa ainda sedada, não conseguindo auto-avaliar a sua dor, aguardando-se por um estado de consciência mais desperto, podendo o utente colaborar mais. No entanto, conforme referido, apesar de não se ter sempre efetuado a avaliação da dor com a periodicidade de 15 minutos, a avaliação dos restantes sinais vitais cumpriu este critério de tempo, assegurando-se uma monitorização e vigilância cuidada da recuperação pós-operatória da pessoa.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A equipa de Enfermagem defende uma prestação de cuidados de qualidade, para que o utente atinja o bem-estar físico e mental. Para tal, torna-se importante refletir sobre as ações, avaliando o desempenho no local de trabalho espelhado nos registos de enfermagem efetuados.

De acordo com a quantidade de falhas de registos encontradas relativamente à avaliação da dor no momento da admissão e na alta podemos concluir que os enfermeiros da UCPA realizam devidamente os registos tendo em conta os procedimentos em vigor no serviço.

De relatar os três casos de utentes que tiveram alta da UCPA referindo ainda sentir uma dor moderada, situação não desejável, mas nem sempre possível de evitar; e a periodicidade da avaliação da dor num período igual ou superior a 30 minutos em 27 dos casos, situação que muitas vezes se verifica ser avaliada, mas não registada. De valorizar o número de utentes (134) que teve alta da UCPA sem dor.

Com este artigo pretende-se dar visibilidade do trabalho desenvolvido na UCPA, dos cuidados diferenciados prestados pela equipa de enfermagem, assim como desafiar todos os elementos a colmatarem as falhas identificadas relativas aos registos de enfer-

magem, visto que é através destes que os indicadores de qualidade são analisados. A motivação profissional leva a uma melhoria contínua no desempenho profissional que, por sua vez, conduz à excelência dos cuidados de enfermagem, sendo este o espírito da equipa da UCPA.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aesop. (2006). *Enfermagem Perioperatória – Da Filosofia à Prática dos Cuidados*. Lisboa: Lusodidacta.
- Cordeiro, L. e. (2012). Regulamento Interno da Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos. Setúbal, Setúbal, Portugal.
- Saúde, D. G. (2012). *Circular Normativa N.º 022/2012 – Orientações técnicas sobre o controlo da dor em procedimentos invasivos nas crianças (1 mês a 18 anos)*. Obtido em 14 de Dezembro de 2015, de DGS: <http://www.dgs.pt/>
- Saúde, D. G. (2008). *Programa Nacional de Controlo da Dor. Circular Normativa N.º 11/DSCS/DPCD*. Obtido em 14 de dezembro de 2015, de DGS: <http://www.gds.pt/>
- Saúde, D. G. (2003). *Circular Normativa N.º 09/DGCG - A Dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da Dor*. . Obtido em 2014 de Dezembro de 2015, de DGS: <http://www.dgs.pt/>
- Eler, G., & Jaques, A. (2006). Enfermeiro e as Terapias Complementares para o Alívio da Dor. *Arquivo de Ciências da Saúde da Unipar*, 185-190.
- Metzger, C. (2002). *Cuidados de Enfermagem e Dor*. Loures: Lusociência.
- Monahan, F. (2010). *Enfermagem Médico Cirúrgica – Perspectivas de Saúde e Doença*. Loures: Lusodidacta.
- Nettina, S. (1998). *Prática de Enfermagem*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Nunes, L. et al. (2005). *Código Deontológico do Enfermeiro: dos Comentários à Análise de Casos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

- Enfermeiros, O. d. (208). *DOR – Guia Orientador de Boa Prática*. Obtido em 11 de Dezembro de 2015, de Ordem dos Enfermeiros: <http://www.ordemdosenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/cadernoe-dor.pdf>
- Phipps, W. et al. (2003). *Enfermagem Médico-Cirúrgica – Conceitos e Prática Clínica*. Lisboa: Lusociência.
- Rothrock, J., & Smith, D. (1997). *Cuidados de Enfermagem ao Paciente Cirúrgico*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Sheehy, S. (2001). *Enfermagem de Urgência – Da Teoria à Prática*. Loures: Lusociência.
- Stanhope, M. et al. (1999). *Enfermagem Comunitária: Promoção da Saúde de Grupos, Famílias e Indivíduos*. Loures: Lusociência.

Artigo Rececionado em **10/02/2016**
Aceite para Publicação em **22/08/2016**

Carla Caldeira



Enfermeira na Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos do CHS; Licenciada em Enfermagem.

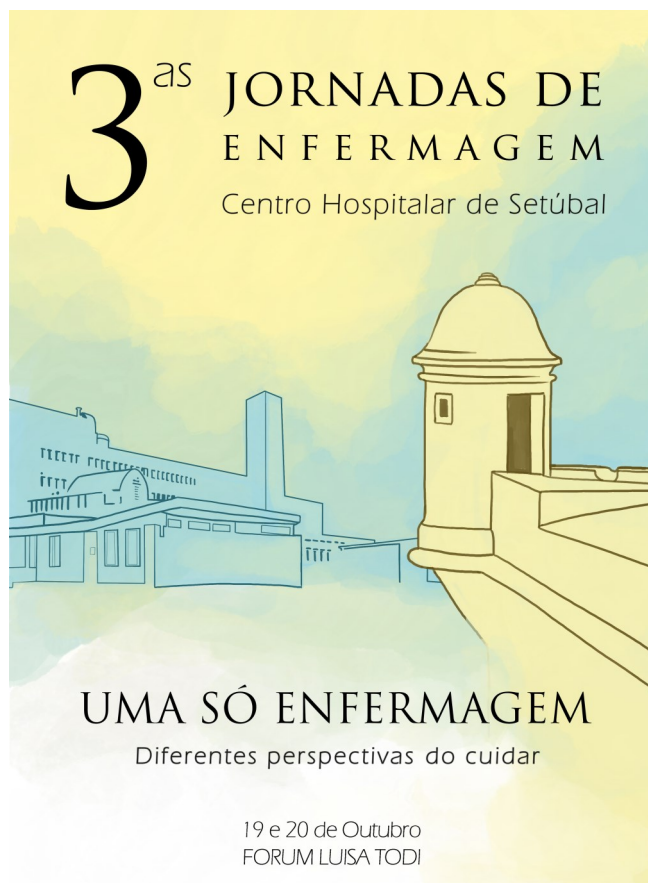
Contacto: carlacris.latourrette@gmail.com

Diana Modas



Enfermeira, Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos, Mestre e Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

Contacto: diana.modas@gmail.com



As 3as Jornadas de Enfermagem do Centro Hospitalar de Setúbal (CHS) - EPE, iniciativa da Direção de Enfermagem, decorreram nos dias 19 e 20 de outubro de 2017, no Fórum Luísa Todi, em Setúbal.

O evento teve como objetivo contribuir para a valorização e melhoria da qualidade profissional, científica e ética do exercício da Enfermagem no CHS, intitulando-se assim *Uma só Enfermagem, Diferentes Perspetivas do cuidar*.

O programa científico abrangeu várias áreas temáticas como os Cuidados Paliativos, Cuidadores formais e informais, Perspetivas sobre a articulação com a comunidades e Outras dimensões terapêuticas. As discussões das temáticas foram conduzidas por um conjunto de moderadores, comunicadores e participantes que, partilharam os seus saberes.

A par das apresentações das temáticas supramencionadas também teve lugar a apresentação de pósteres científicos e comunicações livres com a atribuição para os melhores pósteres e comunicações livres.

PROGRAMA

DIA 19	
09:00h	ABERTURA DO SECRETARIADO
09:30 – 10:15h	CONFERÊNCIA INAUGURAL – A ENFERMAGEM ATUAL Apresentação: Carla Silva Mendes - Enfermeira Diretora do CHS Manuel Lopes - Coordenador Nacional para a Reforma do SNS na Área dos Cuidados Continuados Integrados
10:15 – 10:45h	SESSÃO SOLENE DE ABERTURA Mária das Dores Meira - Presidente da Câmara Municipal de Setúbal Manuel Roque - Presidente do Conselho de Administração do CHS Sérgio Branco - Presidente do Concelho Regional da Secção Sul da Ordem dos Enfermeiros Carla Silva Mendes - Enfermeira Diretora do CHS
10:45 – 11:15h	PAUSA PARA COFFEE-BREAK/ MOMENTO SURPRESA 1
11:15 – 12:45h	PERSPETIVAR OS CUIDADOS PALIATIVOS Moderador: Teresa Gonetina – Enfermeira Coordenadora da U.M.Dor e CPA PRINCÍPIOS E FILOSOFIA DOS CUIDADOS PALIATIVOS: ORGANIZAÇÃO DOS CUIDADOS PALIATIVOS EM PORTUGAL Luís Capelas - Professor na Universidade Católica Portuguesa PERSPETIVA EUROPEIA DOS CUIDADOS PALIATIVOS Lurdes Martins – Professora no Instituto Politécnico de Setúbal – Escola Superior de Saúde PRÁTICA DOS CUIDADOS PALIATIVOS NO CHS Paula Banha - Enfermeira da Equipa Intra Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos CHS
13:00 – 14:30h	ALMOÇO LIVRE
14:30 – 15:00h	CONFERÊNCIA “O FUTURO DA SAÚDE: FELICIDADE PÚBLICA, BENS RELACIONAIS E ORGANIZAÇÕES VIRTUOSAS” Helena Agueda Marujo – Doutora em Psicologia e Professora do ISCSP ULisboa
15:00 – 15:15h	MOMENTO SURPRESA 2
15:15 – 17:00h	REFLETIR SOBRE OUTRAS DIMENSÕES TERAPÉUTICAS Moderador: Isabel Martins – Enfermeira Coordenadora do Serviço de Gastroenterologia do CHS ESPIRITUALIDADE NAS ORGANIZAÇÕES Margarida Vieira – Professora na Universidade Católica Portuguesa O IMPACTE DO AMBIENTE HOSPITALAR NOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM Françoise Lopes – Enfermeira Chefe do serviço de ginecologia do no ChAlgarve, polo Faro TERAPIAS INTEGRATIVAS Ricardo Picão Rodeia – Enfermeiro e Acupuntor
	MOSCATEL DE HONRA

DIA 20	
09:00 – 10:30h	CRIAR PONTES NO CUIDAR. UMA JANELA DE OPORTUNIDADES INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM Moderador: João Carvalho – Enfermeiro Chefe do Serviço de Infeciologia/Pneumologia do CHS 7 DIAS DO CORAÇÃO Cecília Almeida – Enfermeira do Serviço de Cardiologia do CHS Ana Luísa Lourenço – Enfermeira do Serviço de Cardiologia do CHS INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM INTEGRADAS PARA A REDUÇÃO DE RISCOS E MINIMIZAÇÃO DE DANOS EM PESSOAS COM COMPORTAMENTOS ADITIVOS Edite Mateus – Enfermeira da Unidade de Ambulatório de Infeciologia do CHS Diana Vieira – Enfermeira da UAI do CHS O PROCESSO DE TRANSIÇÃO DO DOENTE OSTOMIZADO NO CHS O PAPEL DO ENFERMEIRO Patrícia Luís – Enfermeira do Serviço de Cirurgia do CHS Susana Nascimento - Enfermeira do Serviço de Especialidades Cirúrgicas DIÁLISE PERITONEAL Teresa Correia – Enfermeira do Serviço de Nefrologia do CHS
10:30 – 11:00h	PAUSA PARA COFFEE-BREAK/ MOMENTO SURPRESA 3
11:00 – 12:30h	APRESENTAÇÕES DE POSTERS
12:30 – 13:00h	COMUNICAÇÕES LIVRES
13:00 – 15:00h	ALMOÇO LIVRE
15:00 – 16:30h	CUIDAR DOS QUE CUIDAM: OS CUIDADORES INFORMAIS E FORMAIS Moderador: José Manuel Almeida – Enfermeiro Chefe da CGR/GID do CHS A RESILIÊNCIA E VULNERABILIDADE DO CUIDADOR INFORMAL Dulce Cabete - Professora Doutora da ESEL INTERVENÇÃO DO CUIDADOR FORMAL NA TRANSIÇÃO DE PAPÉIS, FAMÍLIA E CUIDADOR INFORMAL Isabel Ferraz - Professora Doutora da ESEL CUIDADOR FORMAL/INFORMAL PARCEIROS NO CUIDAR OU UTOPIA? Rute Trigo - Enfermeira do serviço de Urgência Pediátrica do CHS
16:30 – 17:00h	SESSÃO DE ENCERRAMENTO CARLA SILVA MENDES - ENFERMEIRA DIRETORA DO CHS

A VIA SUBCUTÂNEA EM CUIDADOS PALIATIVOS ADMINISTRAÇÃO DE FÁRMACOS E HIDRATAÇÃO

Luísa Solinho^{1,2}, Enfermeira, Estudante do 4.º Curso de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Ana Marçal^{1,2}, Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Mariana Pereira^{1,3}, Professora, Mestre, Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, Aluna de Doutoramento em Enfermagem;

¹Escola Superior de Saúde, Politécnico de Setúbal; ²Centro Hospitalar de Setúbal – Hospital de São Bernardo; ³Universidade Católica

PALAVRAS-CHAVE

Via Subcutânea; Cuidados Paliativos; Hipodermóclise

INTRODUÇÃO

No âmbito do 4º Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica foi desenvolvido o Projeto de Intervenção em Serviço intitulado “A Via Subcutânea em Cuidados Paliativos: Administração de Fármacos e Hidratação”, no Serviço de Especialidade Médicas. Atendendo aos Enunciados Descritivos dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, considera-se que este projeto abrange os enunciados de Satisfação do cliente e Prevenção de Complicações.¹

METODOLOGIA

Tendo por base o contexto profissional, foi identificada uma problemática clínica de enfermagem médico-cirúrgica presente no serviço onde decorrem os estágios, utilizando a metodologia de trabalho de projeto.²

O diagnóstico de situação foi efetuado recorrendo a entrevistas exploratórias à Enf.ª Chefe, Enf.ª Orientadora, restantes elementos da equipa de enfermagem e à EIHSOP do Centro Hospitalar. Questionários dirigidos à equipa de enfermagem, observação dos registos de enfermagem e análise SWOT foram os outros instrumentos utilizados. A fase de planeamento consistiu no estabelecimento de atividades/estratégias para alcançar os objetivos definidos. Na fase de execução foi elaborado o procedimento de inserção, fixação e manutenção do cateter subcutâneo e o póster de divulgação que foram posteriormente apresentados à equipa de enfermagem através de uma ação formativa. O mesmo procedimento foi também apresentado como procedimento sectorial a implementar no SEM. Na fase de avaliação foi efetuada observação dos registos de enfermagem relativos ao cateterismo subcutâneo e realizada análise comparativa com os dados da fase de diagnóstico de situação. Finalmente, os resultados foram divulgados através de cartaz informativo exposto no serviço e do presente póster.

RESULTADOS

Da análise comparativa dos resultados da fase de diagnóstico e da fase de avaliação é possível verificar os seguintes resultados:

- Aumento do registo das observações do calibre do cateter e localização anatómica da atitude terapêutica;
- Aumento do registo das intervenções associadas à atitude terapêutica;
- Redução do número de intervenções sem especificações;
- Redução do número de notas gerais relativas ao CSC que poderá indicar um registo mais otimizado da atitude terapêutica e respetivas intervenções;
- A continuidade dos registos manteve-se desde o início do projeto;
- Permanece o défice de registos das especificações associadas às intervenções de enfermagem relativas ao cateterismo subcutâneo;

A pequena amostra obtida permite apenas um vislumbre do provável sucesso do projeto desenvolvido, salvaguardando-se a importância de uma observação posterior dos registos, mais abrangente no tempo, para uma melhor perceção do impacto real do projeto. É, no entanto, expectável que este projeto contribua de forma preponderante para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

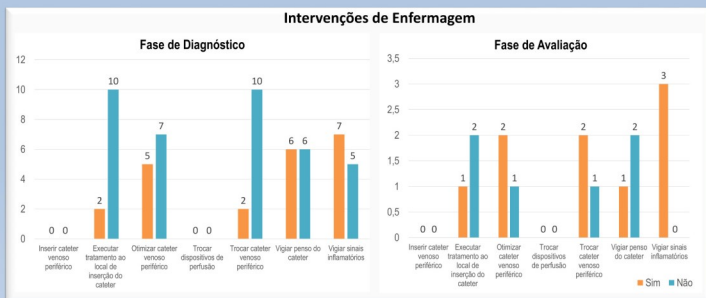


Gráfico 2. Intervenções de enfermagem associadas à atitude terapêutica “cateter venoso periférico” via subcutânea

OBJETIVOS

- Uniformizar o procedimento de cateterização subcutânea e a sua manutenção no cliente adulto internado no Serviço de Especialidades Médicas do CHS, E.P.E.
- Promover a otimização da utilização da via subcutânea na administração de fármacos e hidratação (hipodermóclise).



Gráfico 1. Razões apontadas pela equipa de enfermagem para a elaboração do procedimento de cateterismo subcutâneo

Tabela 1. Enunciados e Indicadores de Qualidade ^{1,3}		
Satisfação do cliente	Estrutura	<ul style="list-style-type: none"> • Poster de divulgação da via subcutânea • Existência de equipamento para o cateterismo subcutâneo
	Processo	<ul style="list-style-type: none"> • Percentagem de clientes do cateter subcutâneo
	Resultado	<ul style="list-style-type: none"> • Taxa de satisfação dos utentes face aos cuidados de enfermagem
Prevenção de complicações	Estrutura	<ul style="list-style-type: none"> • Existência de fármacos para administração via subcutânea para prevenção dor
	Processo	<ul style="list-style-type: none"> • Percentagem de casos de risco de dor • Percentagem de casos com avaliação do risco de dor • Taxa de eficácia diagnóstica do risco de dor
	Resultado	<ul style="list-style-type: none"> • Taxa de eficácia no controlo dor • Ganhos em conhecimentos para controlo da dor

CONCLUSÃO

O presente projeto permitiu a identificação de um problema nos cuidados de enfermagem, a falta de uniformização no procedimento de inserção e manutenção do cateter subcutâneo. As várias fases da metodologia de projeto permitiram a consciencialização deste problema pela equipa de enfermagem e o desenvolvimento de estratégias/atividades para a melhoria da qualidade e segurança dos cuidados prestados, na garantia da otimização do conforto do cliente e família.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS E ELETRÓNICAS

1. Ordem dos Enfermeiros. (2001). *Divulgar: Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Enquadramento Conceptual. Enunciados Descritivos*. Lisboa: Conselho de Enfermagem. Acedido em Junho 2, 2016, em <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/divulgar%20-%20padroes%20de%20qualidade%20dos%20cuidados.pdf>;
2. Ruivo, M. A., et al. (2010). *Metodologia de Projecto: Colectânea Descritiva de Etapas. Percursos*, Nº 15, 1-37. Acedido Outubro 20, 2016, em http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdf/Revista_Percursos_15.pdf;
3. Ordem dos Enfermeiros. (2007). *Resumo Mínimo de Dados e Core de Indicadores de Enfermagem para o Repositório Central de Dados da Saúde*. Acedido em Maio 30, 2016, em http://www.ordemenfermeiros.pt/documentosoficiais/Documents/RMDE_Indicadores-VfQu2007.pdf;
4. Donabedian, A. (2003). *An Introduction to Quality assurance in Health Care*. New York: Bishshur, R., Oxford University Press;
5. Organização Mundial de Saúde. (2009). *WHO Guidelines on hand hygiene in health care: first global patient safety challenge - clean care is safer care*. Geneva. ISBN 978-92-1519790-6; 6.Pombo, D. (2012). *A Via Subcutânea para Hidratação e Administração de Terapêutica na Pessoa com Patologia Crónica e/ou Paliativa*. Dissertação de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, Escola Superior de Saúde - Instituto Politécnico de Setúbal, Portugal. Acedido Outubro 20, 2016, em https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/43571/1/Dissertacao_Mestrado_Delmira_Pombo_Final.pdf;
7. National Consensus Project for Quality Palliative Care. (2009). *Clinical Practice Guidelines for Quality Palliative Care*. (Second Edition). ISBN 978-1-934654-11-8. Acedido Janeiro 20, 2017, em <http://www.nationalconsensusproject.org/guideline.pdf>.

A pessoa submetida a ventilação mecânica invasiva em cuidados intensivos: intervenção especializada de enfermagem

Autor: Diana Filipa Alves Vareta

Objetivo: Procurar, sintetizar e analisar conhecimento científico sobre a intervenção de enfermagem inerente ao despertar da pessoa em situação crítica submetida a ventilação mecânica invasiva, em contexto de cuidados intensivos.

Questão: Quais as intervenções de enfermagem facilitadoras do despertar da pessoa em situação crítica sob ventilação mecânica invasiva, em contexto de cuidados intensivos?

Palavras-chave: intervenções de enfermagem, ventilação mecânica, despertar, unidade de cuidados intensivos.

Enquadramento teórico

A pessoa em situação crítica (PSC) caracteriza-se por depender de meios avançados de monitorização e terapêutica para assegurar a sua estabilidade fisiológica e consequente sobrevivência. Mais de 50% das PSC e de 91% das pessoas internadas em UCI requerem suporte respiratório com ventilação mecânica invasiva (VMI)^{1,2}.

Embora seja uma intervenção que objetiva a sobrevivência, a pessoa sob VMI está sujeita a inúmeros riscos e complicações, podendo experimentar uma degradação significativa do seu estado de saúde a longo prazo, com um potencial funcional substancialmente reduzido³. Por outro lado, a taxa de recuperação significativa da PSC sob VMI tem vindo a aumentar, sendo fundamental a preocupação com o impacto de intervenções *lifesaving* tanto a nível físico como psicológico⁴, pois vão influenciar o seu processo de recuperação.

Metodologia

A presente revisão integrativa da literatura foi elaborada com base nas orientações do Joanna Briggs Institute for Evidence Based Practice (JBI) e a questão de investigação que norteou a pesquisa, foi estruturada no formato PICO:

Quais as intervenções de enfermagem (I) facilitadoras do processo de despertar (I) da pessoa adulta sob VMI (P), em contexto de cuidados intensivos (Co)?

Estratégia de pesquisa

Foi realizada uma pesquisa inicial sobre o tema no motor de busca *ESBCoHost Web* integrando as bases de dados CINAHL e MEDLINE e foram identificados os termos utilizados para descrever os artigos. Dos termos selecionados foram identificados os termos indexados correspondentes e conduzida uma segunda pesquisa nas bases de dados CINAHL e MEDLINE.

Resultados

Na seleção de resultados foram incluídos limitadores de pesquisa tendo em conta os critérios de inclusão, nomeadamente ano de publicação (superior a 2012), tipo de participantes (adultos) e contexto (cuidados intensivos). Foi avaliada a qualidade metodológica de cada artigo, com recurso ao instrumento *Critical Appraisal Tools* do JBI, tendo sido obtidos 12 artigos.

O esquema 1 representa as áreas de intervenção de enfermagem descritas nos resultados obtidos.



Esquema 1 - Representação dos resultados

Discussão/Conclusão

A evidência obtida demonstra que a intervenção de enfermagem para além de se centrar na pessoa, deve ter em conta fatores como o controlo do ambiente, a gestão de sintomas, o comportamento da equipa de enfermagem e o acompanhamento após a alta. Não obtivemos resultados sobre o impacto das medidas de contenção física na experiência da PSC, no entanto é um fator destacado na literatura. Constitui um recurso em 75% das PSC a realizar VMI, causando de ansiedade, delírio e síndrome de stress pós traumático⁵. As intervenções de enfermagem descritas partilham uma perspetiva centrada na pessoa, onde impera a personalização dos cuidados de forma a obter os melhores resultados para cada pessoa. O propósito da intervenção é minimizar o impacto dos resultados físicos e psicológicos negativos associados ao internamento em UCI e ao uso de VMI, e assim melhorar a qualidade de vida após o internamento. De realçar a importância das consultas de *follow-up* na resolução de problemas identificados ao longo da recuperação e na compreensão da vivência de VMI em UCI⁶.

Referências Bibliográficas

- ¹European Centre Disease Prevention and Control. (2011). Annual epidemiological report-Reporting on 2009 surveillance data and 200 epidemic intelligence data. Stockholm.
- ²Melnitz, P., Melnitz, B., Moreno, R., Bauer, P., Sorbo, L., Hoermann, C., Carvalho, S. e Ranieri, V. (2009). Epidemiology of Mechanical Ventilation: Analysis of the SAPS 3 Database. *Intensive Care Medicine*, N.º35, pg. 816-825. doi:10.1007/s00134-009-1450-3
- ³Khalafi, A., Elahi, N. e Ahmadi, F. (2016). Continuous care and patients' basic needs during weaning from mechanical ventilation: A qualitative study. *Intensive and Critical Care Nursing*, Vol.37, Pg.37-45. doi:10.1016/j.iccn.2016.05.005
- ⁴Fink, R., Makic, M., Potest, A. e Oman, K. (2015). The Ventilated Patient's Experience. *Dimensions of Critical Care Nursing*, Vol.35, N.º5, Pg.301-308. doi:10.1097/DCC.0000000000000128
- ⁵Rosse, L., Dale, C., Smith, O., Barry, L., Enright, G., Ferguson, D. (...), Mehta, S. (2017). A mixed-methods systematic review protocol to examine the use of physical restraint with critically ill adults and strategies for minimizing their use. *Systematic Reviews*, Vol. 5, Pg. 194. doi: 10.1186/s13643-018-0372-8
- ⁶Farley K., Eastwood, G. e Bellomo, R. (2016). A feasibility study of functional status and follow-up clinic preference of patients at high risk of post intensive care syndrome. *Anaesthesia and intensive care*. Vol. 44, N.º 3, Pg. 413-419. PMID:2746943.



CENTRO HOSPITALAR
DE SETÚBAL, E.P.E.



IDEUs-EU 2015-1-BE02-KA202-012329



Implementação do Projeto IDEUs- EU no Serviço de Pediatria do Hospital de São Bernardo, CHS

Pereira, Mariana¹; Lopes, Joaquim¹; Ramos, Ana¹; Teixeira, Vânia¹; Batalha, Nara²; Jesus, Marta²; Alpalhão, Marisa²; Vaz, Francisco²; Caria, Helena¹

(1) Professores da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal

(2) Profissionais de Enfermagem do Centro Hospitalar de Setúbal,

Introdução

O Projeto *Implementation of Dedicated Education Units in Europe (IDEUS_EU)* financiado pela Agência Europeia EPOS no âmbito dos projetos KA2 Erasmus+, é um projeto na área da educação em enfermagem que decorre simultaneamente em cinco países europeus (Bélgica, Espanha, Polónia, Turquia e Portugal) de setembro de 2015 a agosto de 2018.

Desenvolvimento

O modelo IDEU, considera uma relação de **parceria e colaboração** entre Instituições de Saúde e Instituições de Ensino Superior, onde todos os envolvidos são parceiros e constroem um ambiente de aprendizagem positivo e baseado na confiança.

Em Portugal o IPS-ESS é a entidade responsável e tem como parceiro o CHS, em concreto o **Hospital de São Bernardo** em particular os serviços de Cirurgia Geral e Pediatria Internamento.

Metodologia

O projeto contemplou a realização da "Formação de Mentores Clínicos" para os profissionais dos Serviços de Cirurgia Geral e Pediatria Internamento, diretamente envolvidos na orientação de estudantes do Curso de Licenciatura em Enfermagem (CLE), com a duração de 12 horas, entre 13 a 17 de Fevereiro de 2017.



Fig.1 - Formação de Mentores Clínicos



Fig.2 - Exercício na Formação

O período de ensino clínico na Pediatria Internamento decorreu entre 20 de Fevereiro a 19 de Maio, com orientação e supervisão da aprendizagem, de uma estudante do 3º ano (6 semanas) e do 4º ano (10 semanas), com recurso a reuniões semanais fundamentadas no pensamento crítico, reflexão e partilha.

Realizadas sessões de Focus Group com os diferentes intervenientes, sendo destacado no quadro das conclusões infra os benefícios da implementação do modelo DEU.

Objetivos

Construir unidades dedicadas à educação de estudantes de enfermagem durante o período de ensino clínico/estágio.

Implementar e avaliar o modelo IDEU no serviço de Pediatria Internamento do Hospital de São Bernardo, CHS, em Portugal.

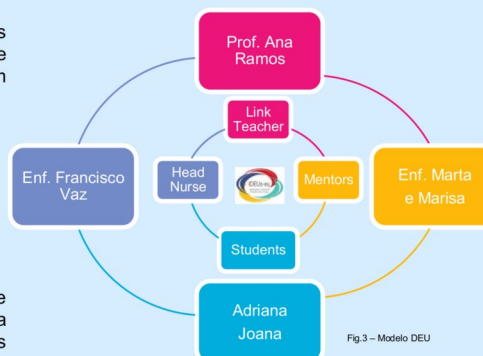


Fig.3 - Modelo DEU

Conclusões

Colaboração estreita entre todos os intervenientes; Planeamento; Objetivos claros e bem definidos; Consolidação dos conhecimentos	Uniformização; Feedback; Foco no processo; Maior envolvimento; Enf. Chefe mais presente, mais próximo;	Maior proximidade da professora com a equipa e intervenientes no processo; Maior conhecimento sobre o produto final.
--	--	---

Em outubro de 2017 na Conferência Internacional do IDEUS_EU que decorreu no IPS-ESS, os vários parceiros partilharam o processo de implementação e resultados preliminares de avaliação do modelo DEU nos cinco países.



Fig.4 - Apresentação Mentores Clínicos - Serviço de Pediatria do CHS

Perspetivas Futuras

Perante os benefícios efetivos da utilização do Modelo DEU, das reconhecidas potencialidades do mesmo na formação dos estudantes do CLE e na maior colaboração entre as instituições e os seus profissionais, equaciona-se o alargamento do mesmo a outros serviços do CHS. Perspetiva-se a replicação da formação de "Mentores Clínicos" e, está também a ser considerado o alargamento da formação e implementação de DEU a outras Instituições de Saúde com quem a ESS/IPS colabora.

Referências Bibliográficas

- Anthe, I., Rikkieni, O., Tichelaar, E., & Saarikoski, M. (2015). Clinical education and training of student nurses in four moderately new European Union countries: Assessment of students' satisfaction with the learning environment. *Nurse Education in Practice*. <http://doi.org/10.1016/j.nepr.2015.12.005>
- Canadian Nurse Association. (2004). *Achieving excellence in professional practice: A guide to preceptorship and mentoring*. Ottawa: Author
- Claess, M., Deplaacie, M., Vanderplancke, T., Dattaena, I., Myny, D., Beeckman, D., & Verhaeghe, S. (2015). The difference in learning culture and learning performance between a traditional clinical placement, a dedicated education unit and work-based learning. *Nurse Education Today*, 35(6), e70-e77. <http://doi.org/10.1016/j.nedt.2015.06.016>
- Edgecombe, K., Wolton, K., Gonda, J., & Mason, P. (1999). Dedicated education units: 1. A new concept for clinical teaching and learning. *Contemporary Nurse*, 8(4), 166-71. <http://doi.org/10.5172/conu.1999.8.4.166>
- Eskilsson, C., Carlsson, G., Ekberg, M., & Hörberg, U. (2015). The experiences of patients receiving care from nursing students at a Dedicated Education Unit: A phenomenological study. *Nurse Education in Practice*, 15(5), 353-358. <http://doi.org/10.1016/j.nepr.2015.04.001>
- Henderson, A., Cooke, M., Creed, D. K., & Walker, R. (2012). Nursing students' perceptions of learning in practice environments: a review. *Nurse Education Today*, 32(3), 299-302. <http://doi.org/10.1016/j.nedt.2011.03.010>

Normas de Publicação

A Revista Cuid'arte tem como objetivo a publicação de trabalhos científicos de reconhecido interesse na área de enfermagem, sob a forma de artigos de investigação, de revisão ou relato de experiência, que contribuam para o desenvolvimento e visibilidade dos cuidados de enfermagem. Os artigos devem ser originais e destinados exclusivamente à publicação na Revista Cuid 'arte.

Direitos de Autor

A Revista Cuid'arte considera os autores responsáveis pelo conteúdo dos artigos, que deve ser original, nomeadamente as imagens ilustrativas que o acompanham. Qualquer outra informação e/ou imagem sujeita a direitos de autor deve identificar a sua fonte, através do apelido do autor, data e página.

Os artigos devem ser acompanhados de declaração que ateste a originalidade dos conteúdos, o cumprimento dos princípios éticos de investigação e conceda à Revista Cuid'arte o direito exclusivo de publicação. A declaração deve ser assinada por todos os autores e acompanhada de fotocópia de documento de identificação – Bilhete de Identidade ou Cartão do Cidadão.

Artigos - Tipo/Estrutura

Artigo de Investigação – Resulta de uma investigação baseada em dados empíricos. Este artigo deve conter as seguintes secções: Título; Resumo; Palavras-chave; Introdução; Fundamentação Teórica; Metodologia; Resultados; Discussão; Conclusão; Agradecimentos e Referências. São admitidas pequenas adaptações a esta estrutura, como inclusão de sub-parágrafos. Deve ser clara a permissão de publicação por entidade/ instituição que financiou a investigação. Máximo 10 páginas.

Artigo de Revisão – Artigo no qual o autor interpela sobre um fenómeno, fundamentando as suas afirmações com literatura temática consultada para o efeito. Este artigo deve conter as seguintes secções: Título; Resumo; Palavras-chave; Introdução; Método de Revisão; Resultados; Discussão; Conclusão e Referências. São admitidas pequenas adaptações a esta estrutura. Máximo 6 páginas.

Relato de Experiência – Artigo em que o autor narra experiências vivenciadas no seu quotidiano que considere enriquecedoras para si e para outros. Este artigo deve conter as seguintes secções: Título; Resumo; Introdução; Desenvolvimento; Conclusão e Referências. Máximo 4 páginas.

São também aceites para publicação redações científicas em formato de póster desde que seguindo as orientações supramencionadas.

Título: Deve ser breve, claro e objetivo e descrever adequadamente o conteúdo do artigo (máximo de 16 palavras). O subtítulo é opcional e deve complementar o título com informações relevantes. Nos artigos de investigação deverá estar redigido em português e inglês.

Autores: Os artigos deverão ser assinados no máximo por 4 autores. Os autores deverão estar devidamente identificados: nome; habilitações; categoria profissional; instituições onde exerce funções e endereço eletrónico.

Resumo: Deve representar de forma fiel o conteúdo do artigo, contendo no máximo 80 palavras. Não inclui citações ou referências a figuras e/ou tabelas. Nos artigos de investigação deverá estar redigido em português e inglês.

Palavras-Chaves: São termos indicativos de assunto. Os artigos deverão apresentar entre 3 a 6 palavras-

chaves. Nos artigos de investigação deverão estar redigidas em português e inglês.

Referências bibliográficas: As citações bibliográficas devem ser apresentadas segundo o modelo estabelecido pela American Psychological Association (APA).

Imagens: Os artigos devem ser acompanhados de imagens ilustrativas – fotografias, tabelas e/ou figuras, preferencialmente originais, num mínimo de 3. A caracterização de cada tabela e figura deve conter título e legenda de modo a serem compreendidas e interpretadas sem recurso ao texto. Todas as imagens deverão ser enviadas em suporte digital separadas do texto do artigo. No artigo deverá ser realizada referência para introdução das mesmas.

Abreviaturas: Devem ser evitadas à exceção das unidades do Sistema Internacional. Outras abreviaturas podem ser utilizadas caso sejam referidas três ou mais vezes, devendo, na primeira utilização, ser escritas por extenso e imediatamente seguidas pela sua abreviação entre parênteses.

A revista Cuid'arte contempla uma rubrica para Destaques na qual se faz referência a eventos/projetos de cariz científico. Os Destaques não são considerados artigos científicos pelo que não se faz referência aos autores, mas apenas às comissões organizadoras, científicas ou outras.

Submissão de artigos

Formato: Os artigos devem ser redigidos em formato Word, em fonte Times New Roman, tamanho 12, espaços 1,5, sem cabeçalho nem rodapé, margens inferior e laterais de 2cm e superior de 3cm, em formato A4, coluna única, com páginas devidamente numeradas. Não deve incluir notas de rodapé e deverão ser evitados negritos e sublinhados.

Procedimento: Deverão ser enviados para o e-mail da revista (cuidarte.setubal@gmail.com) os seguintes documentos:

- ◆ Declaração de responsabilidade e de cedência de direitos de autor, devidamente preenchida e assinada por todos os autores;
- ◆ Digitalização do Bilhete de Identidade/ Cartão do Cidadão de todos os autores;
- ◆ Documento em formato Word contendo todas as secções do artigo e toda a informação relativa aos autores (nome; habilitações; categoria profissional; instituições onde exerce funções e endereço eletrónico) bem como informação relativa ao contexto em que o artigo foi realizado (por exemplo, académico);
- ◆ Documento em formato Word contendo todas as secções do artigo sem referência aos autores;
- ◆ Imagens em formato digital (incluído fotografia dos autores).

Processo de Revisão: Cada artigo submetido para publicação é verificado pelo Núcleo Redatorial, quanto ao cumprimento das Normas de Publicação da Revista Cuid'arte. O processo de revisão editorial será iniciado se o texto obedecer às Normas de Publicação mencionadas.

Posteriormente é submetido a uma análise apoiada, sempre que se justifique, por peritos e segundo os critérios: interesse para os destinatários da Revista; originalidade (contribuição significativa ou inovadora); exatidão técnica das referências e citações; correção e precisão dos conceitos utilizados; adequação metodológica e profundidade na abordagem ao assunto; atualidade e rigor da bibliografia utilizada; qualidade geral do texto (estrutura lógica e equilibrada, exposição clara e coerente, estilo objetivo e factual, correção gramatical).

Os peritos são contactados pelo Núcleo Redatorial, pela reconhecida competência na área a que o artigo se refere. Neste processo de avaliação é preservada a identidade dos autores e consultores. O Núcleo Redatorial poderá sugerir aos autores modificações nos artigos, para que se adaptem às normas editoriais da Revista. A decisão final sobre a publicação de um artigo cabe ao Núcleo Redatorial, auxiliado pelo parecer dos peritos. Os artigos não refletem, necessariamente, a opinião do Núcleo Redatorial.

Cuid` arte

cuidarteseetubal.blogspot.pt

Aplicações Google

Mais Blogue seguinte»

Criar blogue Iniciar sess

Cuid` arte

Revista de Enfermagem do Centro Hospitalar de Setúbal, EPE

quinta-feira, 27 de Fevereiro de 2014

Revista Cuid` Arte - Ano 6 N.º 10 | Novembro 2013 |



Cuid'arte
REVISTA DE ENFERMAGEM
Centro Hospitalar de Setúbal, EPE
Ano 6 | nº10 | novembro 2013

Stresse na Criança
Focos Dispneia e Expetorar

Pesquisar neste blogue

Pesquisar

Cuid` Arte
Setúbal, Portugal

Espaço aberto à participação de todos os que sentem que cuidar é uma arte...
Ver o meu perfil completo

A Revista de Enfermagem do Centro Hospitalar de Setúbal, é uma publicação editada pela área de enfermagem do Centro Hospitalar de Setúbal, EPE. Tem por missão dar a conhecer as práticas de cuidados de enfermagem e ser um veículo para a publicação de artigos inéditos que contribuam para o conhecimento e desenvolvimento da profissão.

Direção
Olga Maria Ferreira
Enfermeira Diretora

Núcleo Redatorial - Grupo Científico
Susana Ribeiro

Revista Cuid'Arte

Espaço aberto à participação de todos os que sentem que cuidar é uma arte...
Contamos com os V/ artigos, as V/ sugestões e impressões...

<http://cuidarteseetubal.blogspot.com>



Cuid'arte
REVISTA DE ENFERMAGEM