





# Revista

## INVESTIGAÇÃO EM ENFERMAGEM

Nº17 SÉRIE 2 - NOVEMBRO 2016

### SUMÁRIO / SUMMARY

#### EDITORIAL

7

---

#### O AUTOCUIDADO E A PESSOA COM DPOC: UM TRABALHO DE PROJETO EM REABILITAÇÃO RESPIRATÓRIA

*THE SELF-CARE AND THE PERSON WITH COPD: PROJECT METHODOLOGY ON RESPIRATORY REHABILITATION*

*EL CUIDADO DE SÍ MISMO Y LA PERSONA CON EPOC: UN PROYECTO PARA TRABAJAR EN LA REHABILITACIÓN RESPIRATORIA*

*José Pinto; Salete Soares; Clara Araújo*

9

---

#### ADESÃO À TERAPÊUTICA ORAL EM ONCOLOGIA

*ONCOLOGY ADHERENCE TO ORAL MEDICATION*

*ADHESIÓN A LA TERAPÉUTICA ORAL EN ONCOLOGIA*

*Cláudia Furtado; Sônia Caixeirinho*

18

---

#### EVOLUÇÃO FUNCIONAL DA PESSOA NUMA UNIDADE DE CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS DE MÉDIA DURAÇÃO E REABILITAÇÃO

*THE FUNCTIONAL EVOLUTION OF THE PATIENT ADMITTED IN UNIDADES DE MÉDIA DURAÇÃO E REABILITAÇÃO*

*LA EVOLUCIÓN FUNCIONAL DE LA PERSONA HOSPITALIZADA EN LA UNIDAD DE DURACIÓN MEDIA Y REHABILITACIÓN*

*Patricia Alexandra Rodrigues Ferrerira; Maria Clara Amado Apóstolo Ventura*

28

---

#### O IMPACTO DA PSORÍASE NO AUTOCONCEITO E NA SOCIALIZAÇÃO DA PESSOA: UMA REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

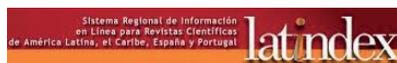
*THE IMPACT OF PSORIASIS ON SELF- CONCEPT AND SOCIALIZATION: AN INTEGRATIVE REVIEW OF THE LITERATURE*

*EL IMPACTO PSORIASIS EN UNO AUTOCONCEPTO Y EN UNO DE SOCIALIZACIÓN: UNA REVISIÓN INTEGRADORA DE LA LITERATURA*

*CAROLINA MOREIRA PICO; MARIANA RODRIGUES PAULETA DE MATOS; RAQUEL ALEXANDRA DA SILVA CARIDADE; TÂNIA ISABEL FERREIRA LUCAS;*

*ROSA CRISTINA CORREIA LOPES*

39



# Revista

## INVESTIGAÇÃO EM ENFERMAGEM

### REVISTA INVESTIGAÇÃO EM ENFERMAGEM

Publicação /Periodicity

Trimestral/quarterly

### DIRECTOR/MANAGING DIRECTOR

Arménio Guardado Cruz

*Escola Superior de Enfermagem de Coimbra*

### CONSELHO EDITORIAL/EDITORIAL BOARD

Luís Miguel Nunes de Oliveira (Escola Superior de Enfermagem de Coimbra);

Vanda Marques Pinto (Escola Superior de Enfermagem de Lisboa);

Maria do Céu Aguiar Barbiéri Figueiredo (Escola Superior de Enfermagem do Porto);

António Fernando Salgueiro Amaral (Escola Superior de Enfermagem de Coimbra);

Nídia Salgueiro (Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, aposentada);

Rui Manuel Jarró Margato (Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra)

### CONSELHO CIENTÍFICO/SCIENTIFIC BOARD / CORPO DE REVISORES/PEER REVIEWES

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

António Marcos Tosoli Gomes, PhD, *Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Brasil*

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

Célia Samarina Vilaça Brito Santos, PhD, *Escola Superior de Enfermagem do Porto*

Clara de Assis Coelho de Araújo, PhD, *Instituto Politécnico de Viana do Castelo*

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

Fernando Alberto Soares Petronilho, PhD, *Universidade do Minho, Braga*

José Carlos Pereira dos Santos, PhD, *Escola Superior de Enfermagem de Coimbra*

Manuel José Lopes, PhD, *Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus, Universidade de Évora*

Manuela Frederico, PhD, *Escola Superior de Enfermagem de Coimbra*

Margarida da Silva Neves de Abreu, PhD, *Escola Superior de Enfermagem do Porto*

Maria Antónia Rebelo Botelho, PhD, *Escola Superior de Enfermagem de Lisboa*

Maria Arminda da Silva Mendes Costa, PhD, *Escola Superior de Enfermagem do Porto, ICBAS.*

Maria de Fátima Montovani, PhD, *Universidade Federal do Paraná - Brasil*

Maria dos Anjos Pereira Lopes, PhD, *Escola Superior de Enfermagem de Lisboa*

Maria Manuela Ferreira Pereira da Silva Martins, PhD, *Escola Superior de Enfermagem do Porto*

Marta Lima Basto, PhD, *Unidade de Investigação e Desenvolvimento em Enfermagem*

Paulino Artur Ferreira de Sousa, PhD, *Escola Superior de Enfermagem do Porto*

Paulo Joaquim Pina Queirós, PhD, *Escola Superior de Enfermagem de Coimbra*

Pedro Miguel Dinis Parreira, PhD, *Escola Superior de Enfermagem de Coimbra*

Teresa Martins, PhD, *Escola Superior de Enfermagem do Porto*

Zuila Maria Figueiredo Carvalho, PhD, *Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Farmácia Odontologia e Enfermagem, Departamento de Enfermagem, Fortaleza, Brasil.*

Wilson Jorge Correia de Abreu, PhD, *Escola Superior de Enfermagem do Porto*

#### Propriedade e Administração/Ownership

Formasau, Formação e Saúde, Lda. | Parque Empresarial de Eiras, lote 19 | 3020-265 Coimbra | Telef. 239 801020 Fax. 239 801029

NIF 503 231 533 | Soc. por Quotas - Cap. Social 21 947,09€

Internet - [www.sinaisvitais.pt/](http://www.sinaisvitais.pt/) E-mail - [suporte@sinaisvitais.pt](mailto:suporte@sinaisvitais.pt)

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

Registo ICS: 123 486

ISSN: 2182-9764

Depósito Legal/Legal Deposit: 145933 /2000

## ESTATUTO EDITORIAL

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

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

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

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

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



# EDITORIAL

---



## Desenvolvimento Humano, Tempo e Habitus

O desenvolvimento humano é talvez à grande escala, o mais desafiante tema para discutir em enfermagem. Ora! Discutir desenvolvimento importa definir um princípio, e aí é fácil, vamos ao encontro de Lucy, quando há 3,2 milhões de anos em terras de AFAR – Etiópia, se iniciava a existência humana. Lucy tinha 1,1 m de altura, pesava 29kg e caminhava ereta em bipedismo. O seu cérebro pesava 350 g. A existência de Lucy, tal como a nossa, é contínua, não nos deixando a opção de existir por intervalos, quer dizer aos poucos. Pois se assim fosse, pessoalmente agradava-me a ideia de, para além de a ter conhecido, viver o restante começando no século I, 2 anos por século, e ainda me sobrariam alguns anos para conhecer os 10 ou 20 séculos que se seguem. Numa existência ficcionada descontínua, iria com certeza encontrar respostas para dúvidas sobre a Humanidade. O nosso cérebro é cerca de 4 a 5 vezes maior que o de Lucy, será que esse desenvolvimento se deu nos humanos num mesmo ritmo? Esse desenvolvimento já terminou? Essa diferença faz de nós melhores humanos? Se essa diferença aumentar que futuro resta à existência humana?

Sei que estou a ignorar os 100 milhões de neurónios e as 10x mais células da glia que os colam entre si numa rede de tamanho indeterminado. Mas não estou a ignorar a relevância do habitus, (termo utilizado e desenvolvido por Bourdieu), aquele que nos impregna, nos vacina na nossa biologia, a matéria social, cultural que tocamos, que ouvimos ou que respiramos e que nos torna diferentes, uns de outros. Neste propósito, em 1966 como medida para aumentar o número de trabalhadores operários, Nicolae Ceausesco, na Roménia, banuiu a contraceção e o aborto. Na verdade, o número de crianças aumentou de tal forma que as famílias muito pobres não conseguiam suportar a sua “sobrevivência” e cerca de 170.000 crianças foram abandonadas ou enviadas para orfanatos. Hoje conhecem-se bem e cientificamente as repercussões e danos cerebrais severos resultantes da ausência de ambiente afetivo, emocional e social que esta realidade trouxe a estas crianças.

Ainda assim, sabendo que se nasce com praticamente todas as células – neurónios, ex-peto cerebelo e hipocampo - central de memórias, já temos uma janela neurogénica de oportunidades para um desenvolvimento mais consciente de uma prática multissensorial em enfermagem. Um cuidado que expanda o pensamento, que ajude a criar, e que leve a pessoa a gerar significados, na sua autobiografia, no seu ritmo, no seu Tempo. É certo, que aos 2 anos de idade acumulamos o maior número de sinapses de toda a nossa existência, e que estas se reduzem a metade na idade adulta, mas isso não nos torna “acabados” sinápticamente falando. Recordemos o estudo realizado por neurocientistas da University College London, aos motoristas de táxi da cidade, onde entre o início da sua atividade e alguns anos após, se evidenciaram diferenças estruturais ao nível do hipocampo, sendo este de maior dimensão ao nível posterior. Sugerindo ser devido a uma maior frequência do uso da memória visual e espacial.

Voltando ao Tempo, não me refiro ao Tempo Greenwich que por convenção determina que um dia tem 24h. Não me refiro ao Tempo do Universo, onde há 13 bilhões de anos e tem sido resistente e espantosamente imune a qualquer investida do ser humano, nele o Tempo segue independentemente da nossa vontade, independente de qualquer convenção. Não me refiro aos quatro mil milhões de anos que tem a vida deste planeta. Até porque nos 4 mil milhões de histórias da família humana, não há conhecimento de alguma vez, no universo, o Tempo ter estremecido e muito menos parado. O Tempo não tem medo e segue o seu caminho. E se com alguma lucidez quisermos mesmo admitir ainda que a espécie humana perdue pelo universo outro tanto Tempo, a verdade é que na grandeza da existência do Universo essa existência será desconsiderada ou mesmo banida de relevância, sendo que o Tempo seguirá o seu caminho. Na nossa vida, em regra levamos mais tempo a nascer que a morrer (face à sempre última causa de morte – paragem cardiorrespiratória) quando nascemos não é às 15h e tal, é por exemplo às 15h43m, quando morremos a precisão é menor (salvo por razões judiciais) – morreu à tarde ou morreu de manhã... já não vai ser muita a diferença pois o Tempo aí parou...

Em 24 horas o nosso Tempo é organizado de forma a não haver muitos desperdícios. Trabalhamos, estudamos, convivemos, comemos, dormimos, lemos, pensamos, contemplamos o céu ou mesmo não fazemos nada numa dimensão social e em determinado Tempo. Esta dimensão social está particularmente revelada no desenvolvimento do cérebro do adolescente. Potencialmente rico em contactos sociais, dá-se um novo incremento sináptico e ainda o seu fortalecimento das suas conexões. Leah Somerville adianta que córtex pré-frontal medial, importante no controlo dos impulsos, vai-se maturando e surgem alterações cognitivas necessárias ao desenvolvimento cerebral. (Daí também a maior sensibilidade da justiça quando se trata de crime juvenil, ou não). Mas, independentemente da sua arrogância o Tempo uma vez usado, não permite reciclagem. Portanto por vezes o Tempo não nos ajuda muito.

Também, os enfermeiros conhecem bem a pressão do Tempo. O nosso pp código deontológico assume relevância ao Tempo, quando no seu artigo 83º ... fala em Tempo útil. Onde o enfermeiro, no respeito do direito ao cuidado na saúde ou doença, assume o dever de: “Coresponsabilizar-se pelo atendimento do indivíduo em Tempo útil, de forma a não haver atrasos no diagnóstico da doença e respetivo tratamento; quando tal opção seja viável e não ponha em risco a sua saúde”

Temos que admitir que este consumo de Tempo útil ou inútil depende em muito, de nós mesmos, e deixa dicas para introspeção, pois mais uma vez, o presente, o aqui e agora não é mesmo tudo o que temos. Mas, o todo-poderoso Tempo também está no passado. Não vou lembrar a caminhada do homem da Era da agricultura do séc. XVIII até há de hoje, (a Era conceptual a era dos criadores dos empatizadores). Um dia um doente terminal pediu um pouco de Tempo ao enfermeiro, este sentou-se à sua beira e escutou-o, o doente tomando pouco Tempo ao enfermeiro lembrou-o “que ele... agora doente, não era só aquilo que ele enfermeiro ali via...”

Qual o habitus? Hoje mesmo quantos cuidados de enfermagem foram prestados com identidade, com passado? “Otimizar” sem a evidência do habitus, respeitar sem olhar para trás no seu Tempo, é desperdiçar o nosso Tempo e o de outros.

Vanda Lopes da Costa Marques Pinto

Concelho Editorial da RIE

# O AUTOCUIDADO E A PESSOA COM DPOC: UM TRABALHO DE PROJETO EM REABILITAÇÃO RESPIRATÓRIA

José Pinto<sup>(1)</sup>; Salette Soares<sup>(2)</sup>; Clara Araújo<sup>(3)</sup>



## Resumo

A Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC) é a quinta causa de morte em Portugal (ONDR, 2011) e estima-se que existam em Portugal cerca de 800.000 doentes nos diversos estádios da doença (ONDR, 2013). As repercussões da DPOC são significativas pela elevada limitação funcional que provocam na pessoa.

A Reabilitação Respiratória é recomendada como forma de tratamento (GOLD, 2013), todavia, a taxa de referenciação é baixa, sendo de 0,1% em Portugal (ONDR, 2013).

Conscientes da problemática real e com a intenção de intervir, visando a promoção da saúde respiratória, através deste trabalho de projeto pretende-se implementar um programa de reabilitação à pessoa com DPOC. Contemplamos as etapas de diagnóstico de situação que permitiu a identificação de necessidades; definição dos objetivos; planeamento e proposta de avaliação. As etapas de execução e divulgação dos resultados serão desenvolvidas em contexto real, aquando da implementação do projeto.

Os instrumentos de recolha de dados foram a entrevista semiestruturada, cujos dados foram sujeitos a análise conteúdo, de acordo com Hernandez Sampieri [et al.] (2006) e análise SWOT com base em documentos de diferentes fontes.

A dispneia e a limitação no desempenho das AVDB e AVDI, foram as dificuldades mais referidas, interferindo na autonomia.

**PALAVRAS-CHAVE:** DPOC; Enfermagem de Reabilitação Respiratória; Metodologia de Projeto; Cuidados de Saúde Primários.

## Abstract

*THE SELF- CARE AND THE PERSON WITH COPD: PROJECT METHODOLOGY ON RESPIRATORY REHABILITATION*

*The Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD) is the fifth leading cause of death in Portugal (ONDR, 2011) and it is estimated that there are in Portugal about 800,000 patients in different stages of disease (ONDR, 2013). The COPD repercussions are significant by high functional limitations that cause on person.*

*The respiratory rehabilitation is recommended as a treatment (Gold, 2013), however, the reference rate is low, being 0.1% in Portugal (ONDR, 2013).*

*Aware of the real problems and with the intention to intervene for the promotion of respiratory health, through this project work is intended to implement a rehabilitation program for people with COPD.*

*We contemplate the diagnostic steps of situation that allowed the identification of needs; definition of objectives; planning and evaluation proposal. The steps of implementation and dissemination of results will be developed in real context, when implementing the project.*

*The data collection instruments were a semi-structured interview, whose data were subjected to content analysis, according with Hernandez Sampieri [ et al. ] (2006) and SWOT analysis based on documents from different sources.*

*Dyspnea and limitation in the performance of ADL and IADL were the most mentioned difficulties, interfering with the autonomy.*

**KEYWORDS:** COPD; Respiratory Rehabilitation Nursing; Project Methodology; Primary Health Care.

## Resumen

*EL CUIDADO DE SÍ MISMO Y LA PERSONA CON EPOC: UN PROYECTO PARA TRABAJAR EN LA REHABILITACIÓN RESPIRATORIA*  
*I La Enfermedad Pulmonar Obstrutiva Crónica (EPOC) es el quinto cau-sa de muerte en Portugal (ONDR, 2011) y se estima que hay en Portugal cerca de 800.000 pacientes en diferentes etapas de la enfermedad (ONDR, 2013). Las repercusiones de la EPOC son significativos por altas limitaciones funcionales que causan la persona.*

*La rehabilitación respiratoria se recomienda como tratamiento (GOLD, 2013), sin embargo, la tasa de referencia es baja a 0,1% en Portugal (ONDR, 2013).*

*Consciente de los problemas reales y con la intención de intervenir para la promoción de la salud respiratoria, a través de este proyecto de trabajo está destinado a poner en práctica un programa de rehabilitación para personas con EPOC. Contemplamos los pasos de diagnóstico de situación que permitió la identificación de las necesidades; definición de objetivos; planificación y propuesta de evaluación.*

*Los pasos de implementación y difusión de los resultados se desarrollarán en un contexto real, cuando la ejecución del proyecto.*

*Los instrumentos de recolección de datos fueron una entrevista semiestruturada, cuyos datos fueron sometidos a análisis de contenido, según Hernández Sampieri [et al.] (2006) y el análisis FODA basado en documentos diferentes fuentes.*

*La disnea y la limitación en el rendimiento de AVDB y IADL eran las dificultades más mencionadas, lo que interfiere con la autonomía.*

**PALABRAS CLAVE:** EPOC; Enfermería en Rehabilitación respiratoria; metodología de diseño; Atención primaria de salud.

Rececionado em outubro 2016. Aceite em Novembro 2016

<sup>1</sup> MSN, RN, Enfermeiro de Reabilitação- Unidade de Cuidados na Comunidade de Ponte da Barca (e-mail: ky7zv1@hotmail.com)

<sup>2</sup> PhD, MSN, RN, Professor-Adjunto- Escola Superior de Saúde/IPVC. Enfermeira de Reabilitação (e-mail: saletesoares@ess.ipvc.pt)

<sup>3</sup> PhD, MSN, RN, Professor-Coordenador- Escola Superior de Saúde/IPVC. Enfermeira de Reabilitação (e-mail: claraaraujo@ess.ipvc.pt)

## INTRODUÇÃO

A DPOC é, atualmente, a quarta causa de morte na Europa e a quinta causa de morte em Portugal (ONDR, 2011). Para além disso, é uma das doenças crónicas onde se prevê um aumento de incidência e prevalência nos próximos anos (GOLD, 2013).

No início de 2012 as doenças respiratórias foram consideradas como uma prioridade em Saúde, e lançado o Programa Nacional das Doenças Respiratórias, no âmbito da Direção Geral da Saúde (ONDR, 2013).

A nível dos Cuidados de Saúde Primários o número de pessoas inscritas com o diagnóstico da DPOC tem vindo a aumentar, apesar de a sua percentagem na lista de utentes ativos ser muito inferior ao valor da prevalência (ONDR, 2013).

A DPOC enquanto doença respiratória caracteriza-se, segundo a GOLD (2013), por uma enfermidade com limitação do fluxo aéreo não totalmente reversível. Vários são os sintomas que a descrevem, embora a dispneia, seja o sintoma que provoca a maior dificuldade para realizar as atividades de vida.

Revela, assim, uma doença limitativa para o autocuidado e a realização das atividades de vida da pessoa.

De acordo com a análise da realidade, visando a promoção da Saúde Respiratória, justifica-se investigar este problema, tendo-se optado pela metodologia de projeto segundo as etapas descritas por Nunes [et al.] (2010) com a finalidade de se estabelecer um programa no âmbito da Enfermagem de Reabilitação Respiratória, face às reais necessidades e dificuldades das Pessoas alvo do estudo.

A construção deste projeto está consubstanciada numa série de etapas sustentadas na Metodologia de Projeto, que passam pelo Diagnóstico de Situação, Definição de objetivos, Planeamento, Avaliação e Divulgação dos Resultados (Nunes [et al.] 2010). À luz destes pressupostos, este trabalho de projeto engloba as primeiras 4 etapas, com grande enfoque no diagnóstico de situação.

O diagnóstico de situação centrou-se nas pessoas com DPOC inscritas no projeto de intervenção a utentes com ventilação por pressão positiva não

invasiva no domicílio, numa unidade de cuidados na comunidade. Para a deteção de necessidades foi aplicada a entrevista semi-estruturada como instrumento de recolha de dados.

## ENQUADRAMENTO

A DPOC é considerada a 5ª causa de morte em Portugal (ONDR, 2009). No mundo, é considerada a 4ª causa de morte (ONDR, 2009) e a Organização Mundial da Saúde (OMS) projeta que venha a ser em 2020 a 3ª causa de morte. Torna-se, pois, necessária a promoção de um esforço internacional unificado para inverter esta tendência em que os Enfermeiros de Reabilitação tem um papel importante a desempenhar.

Trata-se de uma doença crónica, possível de ser prevenida e tratada, com uma progressão lenta, raramente reversível e que se caracteriza por uma obstrução persistente ao fluxo de ar, normalmente relacionado com a exposição ao fumo do tabaco, que pode conduzir a insuficiência respiratória (GOLD, 2013).

É uma das principais causas de mortalidade e de morbilidade crónica, com a OMS a estimar que cerca de 65 milhões de pessoas possuem DPOC num estado moderado a severo, prevendo-se que o número de mortes devido a esta doença aumente em 30 % nos próximos dez anos e que represente a terceira principal causa de morte em 2030, resultando num peso económico e social que é substancialmente crescente. Em Portugal a prevalência das doenças respiratórias são consideradas como a principal causa de procura de cuidados médicos, absentismo e/ou incapacidade temporária com extremo impacto na qualidade de vida da pessoa, por outro lado provoca um elevado custo económico para o sistema de saúde português (ONDR, 2009).

As doenças respiratórias crónicas atingem cerca de 40% da população portuguesa, calculando-se uma prevalência de 10% para a asma, de 25% para a rinite e 14,2% para a DPOC em pessoas com mais de 40 anos (PNDR 2012-2016).

Dos óbitos ocorridos no concelho de Ponte da Barca, destacam-se como principais causas de morte as doenças do aparelho circulatório (38%), os tumores malignos (15%) e as doenças do

aparelho respiratório (7,9%), (INE, 2011).

A terapêutica farmacológica é usada para prevenir e controlar os sintomas da pessoa com DPOC, reduz a frequência e gravidade das exacerbações, melhorando a qualidade de vida. As intervenções não farmacológicas compreendem a reabilitação pulmonar, a oxigenoterapia e as intervenções cirúrgicas (GOLD, 2009).

A reabilitação pulmonar ou reabilitação respiratória (RR) tem como objetivo principal reduzir os sintomas da DPOC, aumentar a qualidade de vida, aumentar a participação nas atividades diárias, reduzir os custos de saúde e otimizar a funcionalidade (DGS, 2009). Enfermagem, de Reabilitação.

O Enfermeiro de Reabilitação é essencial para ensinar a pessoa, de maneira a que esta se torne capaz de realizar as suas atividades de forma autónoma. A enfermagem é fundamentada nas necessidades de autocuidado e nas competências da pessoa/cuidador informal para a execução do autocuidado, e atividades de vida diária. Neste sentido, consideram os investigadores, relevante enquadrar a teoria de enfermagem do défice de autocuidado de Dorothea Orem, na prestação dos cuidados de enfermagem à pessoa com DPOC, uma vez que atende aos objetivos preconizados pelo projeto.

## MATERIAL E MÉTODOS

Um projeto é constituído por um plano de trabalho organizado para um estudo que tem como finalidade, a resolução de um problema num contexto, Baseia-se numa investigação centrada num problema real identificado, na implementação de estratégias e intervenções eficazes para a sua resolução. Esta metodologia através da pesquisa, análise e resolução de problemas reais do contexto é promotora de uma prática fundamentada e baseada em evidência (Nunes [et al.] 2010).

Como características fundamentais da metodologia de trabalho de projeto consideram-se a atividade intencional, a qual prevê a formulação de um objetivo e a variedade de atividades para chegar ao produto final, respondendo ao objetivo inicial com reflexão sobre o trabalho realizado (Nunes [et al.] 2010).

As fases de metodologia de projeto são as cinco etapas definidas por Nunes [et al.] (2010, p. 2): 1ª Diagnóstico de situação; 2ª Definição dos objetivos; 3ª Planeamento; 4ª Execução e avaliação; 5ª Divulgação dos resultados.

O contexto de estudo foi o Concelho de Ponte da Barca que se situa no interior Norte de Portugal, distrito de Viana do Castelo e a população foi constituída pelas pessoas inscritas na UCC de Ponte da Barca, que integra o ACES do Alto Minho- ULSAM, EPE.

Foram respeitados todos os pressupostos éticos que orientam um processo investigativo, nomeadamente foi solicitada autorização ao Conselho de Administração da ULSAM, EPE, que obteve parecer favorável da Comissão de Ética desta Instituição, foi respeitada a confidencialidade dos dados e solicitado o consentimento informados aos participantes.

### Diagnóstico de situação

Um projeto parte de um diagnóstico de situação, a análise das necessidades da população deverá ser efetuada o mais rapidamente possível, com intuito de proporcionar uma atuação em tempo útil e possibilitar a implementação de medidas apropriadas para resolução do problema.

Este Trabalho Projeto direciona-se para a problemática da DPOC, e o diagnóstico de situação específica as necessidades das pessoas com DPOC do concelho de Ponte da Barca.

A população definida para esta investigação foi constituída por indivíduos que têm a experiência de um fenómeno particular, os investigadores consideraram como população alvo todas as pessoas diagnosticadas com DPOC, que participam no Projeto de intervenção a utentes com ventilação por pressão positiva não invasiva no domicílio, pela equipa de cuidados respiratórios da unidade de cuidados na comunidade de Ponte da Barca.

Neste estudo, foram identificados 43 pacientes elegíveis na base de dados da equipa do projeto de intervenção a utentes com ventilação por pressão positiva não invasiva no domicílio. Desta população foram selecionados 19 potenciais participantes, 06 atenderam o contacto via telefone e aceitaram participar e constituíram a amostra do

estudo.

Os critérios de inclusão definidos para constituir a amostra deste estudo foram: utentes com diagnóstico da DPOC, com ventilação não invasiva, com oxigenoterapia e utentes que aceitaram participar no estudo. Considerou-se como critérios de exclusão para participar no estudo: utente com DPOC e demência associada, dependência grau III e IV na escala de Barthel.

Para a recolha de dados optamos pela entrevista semi-estruturada, que permite obter informação sobre as dificuldades/necessidades da capacidade para a realização das atividades de vida diária/autocuidados, percecionadas pelas pessoas com DPOC, necessária para a elaboração do diagnóstico de situação.

Também, recorremos a análise SWOT com base em diferentes documentos relacionados com a problemática em estudo, nomeadamente o Plano Estratégico da ULSAM, EPE, Recomendações da DGS, Projeto Gold, entre outros. Este método é sustentado num quadro subdividido em quadrantes compostos pelas fraquezas, ameaças, forças e oportunidades. A análise SWOT proporciona a reflexão e a confrontação dos fatores positivos e negativos identificados para a situação (Nunes [et al.] 2010, p.14).

Tendo por base os resultados do Diagnóstico de Situação, prossegue-se para as etapas seguintes, nomeadamente os objetivos que indicam os resultados que se pretendem obter, podendo incluir diferentes níveis que vão desde o geral ao mais específico e devem ser formulados tendo em conta o que se pretende atingir. No planeamento é necessário definir atividades e estratégias a desenvolver, recursos necessários, e calendarização das atividades, através do cronograma. Este sendo flexível é um processo interativo que determina as datas de início e fim, das atividades a desenvolver.

A etapa de execução operacionaliza as atividades que foram planeadas, tendo como objetivo final satisfazer as necessidades identificadas, para que, se revolva ou minimize o problema. A avaliação, elemento fundamental de qualquer programa, permite medir e confirmar, através de instrumentos de avaliação, se os objetivos foram alcançados.

## RESULTADOS

A amostra definitiva foi constituída por 06 participantes, 03 do género feminino e 03 do género masculino com idades compreendidas entre os 68 e os 82 anos, o tempo de diagnóstico inicial da DPOC varia desde três anos até quinze anos, duas pessoas eram ex-fumadoras e todas elas usam inaladores.

É de mencionar que 05 dos participantes fazem oxigenoterapia, 01 pessoa suspendeu oxigenoterapia, o mesmo acontece com a ventilação não invasiva. Dois dos entrevistados tiveram intervenção do Enfermeiro de Reabilitação da ECCI, os outros quatro tiveram intervenção da equipa do projeto de intervenção a utentes com ventilação por pressão positiva não invasiva no domicílio.

Os resultados obtidos através das entrevistas semi-estruturadas, que se apresentam na tabela síntese que se segue, permitiram obter conclusões, que podem apoiar a implementação de um Programa de Reabilitação Respiratória, de forma a melhorar os cuidados prestados, com consequências na autonomia e qualidade de vida das pessoas com DPOC.

## DISCUSSÃO

Relativamente a área temática, Dificuldades e constrangimentos percecionados pelas pessoas com DPOC, sobressaíram quatro categorias: Capacidade física comprometida; Atividades de Vida Diária; Capacidade respiratória comprometida; Condições Climáticas.

É de referir que os participantes consideram a doença respiratória como o seu maior problema, condicionando negativamente a sua capacidade física, com impacto nas AVDB e ADBI, nomeadamente na capacidade para deambular, vestir-se, comer e tomar banho e em tarefas como: arrumar a casa, fazer compras, ir às compras e deslocar-se aos serviços públicos. Estes resultados que demonstram as implicações da doença na capacidade funcional, são consonantes com os estudos de Rabe, [et al.] (2007) e Soares (2012).

A dispneia representa o sintoma mais limitativo da doença, refletindo o resultado da espiral negativa da DPOC, resultante da interação entre

Quadro Síntese - Áreas Temáticas, Categorias e Sub-categorias		
Área Temática	Categoria	Subcategoria
Dificuldades e constrangimentos percebidos pelas Pessoas com DPOC	Capacidade física comprometida	
	Atividades de Vida Diária	Atividades Básicas de Vida Diária
		Atividades Instrumentais de Vida Diária
	Capacidade respiratória comprometida	Dispneia
Tosse e expectoração		
Condições Climáticas		
Necessidades das Pessoas com DPOC	Oxigenoterapia	
	Ventilação Não Invasiva	
	Apoio de terceiros	
Estratégias utilizadas pela pessoa com DPOC	Gestão de energia na realização de atividades diárias	
	Restrição do espaço	
	Ajudas técnicas	Suportes de apoio
		Produtos de apoio
Técnicas de Reabilitação Respiratória		
Recursos disponíveis para ultrapassar as dificuldades	Recursos humanos	Prestador informal de cuidados
		Profissionais de Saúde
	Recursos terapêuticos	Oxigenoterapia
		Fármacos
	Serviços de Saúde	
Comunitários		

A análise SWOT realizada permitiu analisar as dinâmicas interna e externas do projeto, conforme se pode observar no quadro que se segue.

Análise SWOT	
Dinâmicas internas	
Forças	Fraquezas
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Plano estratégico da ULSAM, EPE com área da DPOC identificada</li> <li>- Existência de um Programa de Reabilitação Respiratória</li> <li>- Existência de Recursos humanos especializadas</li> <li>- Inovação regional</li> <li>- Disponibilidade em tempo dos profissionais especializados.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Falta de proximidades dos doentes com DPOC aos serviços especializadas</li> <li>- Programa de Reabilitação Respiratória ainda por operacionalizar</li> <li>- Falta de alinhamento organizacional</li> <li>- Carência de procedimentos</li> <li>- Carência de protocolos articulação entre Cuidados de Saúde Primários e Cuidados de Saúde Diferenciados.</li> <li>- Falta de monitorização e acompanhamento das pessoas com DPOC no domicílio.</li> </ul>
Dinâmicas externas	
Oportunidades	Ameaças
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Recomendações da DGS: Normas de Orientação Clínica</li> <li>- Estágios académicos</li> <li>- Curso de Especialização em Enfermagem de Reabilitação</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Burocracia na autorização da implementação do projeto</li> <li>- Baixa adesão da pessoa com DPOC ao programa de RR</li> </ul>

dispneia, inatividade e descondição físico.

Na área temática, Necessidades das Pessoas com DPOC, emergiram três categorias: Oxigenoterapia; Ventilação Não Invasiva; Apoio de terceiros.

O recurso à oxigenoterapia é evidenciada neste estudo, e segundo a DGS (CN N° 04/DGCG 2005), existe evidência científica de que a administração a longo prazo de oxigênio, de pelo menos 15 h diárias, aumenta a sobrevivência destas pessoas. Quanto à VNI segundo a DGS (2013) deve ser ponderada nas pessoas com oxigenoterapia de longa duração face aos valores PaCO<sub>2</sub> e SpO<sub>2</sub> noturna.

As estratégias utilizadas pela pessoa com DPOC são particularmente orientadas para quatro tipos, tendo emergido as seguintes categorias: Gestão de energia na realização de atividades diárias; Restrição do espaço; Ajudas técnicas; Técnicas de Reabilitação Respiratória.

A maioria dos participantes reconhece que necessita de mais tempo para realizar as atividades e que tem que recorrer a períodos de descanso quando realiza essas mesmas atividades, pois o cansaço é muito frequente.

Os estudos evidenciam que a Reabilitação Respiratória é uma abordagem terapêutica insubstituível, segura, eficaz e barata (DGS, 2009), que aumenta a tolerância ao esforço, controlando a dispneia e melhora a qualidade de vida, tornando a pessoa mais capaz para desenvolver as atividades diárias. Soares (2012) no estudo que realizou concluiu que a Reabilitação Respiratória deu fortes contributos na qualidade de vida das pessoas com DPOC e que foi reconhecida a importância e a eficácia dos cuidados de Enfermagem de Reabilitação no tratamento deste tipo de doentes.

Relativamente à área temática, recursos disponíveis para ultrapassar as dificuldades, emergiram quatro categorias: Recursos Humanos; Recursos terapêuticos; Serviços de Saúde; Recursos Comunitários.

No último ano, a generalidade dos participantes relataram ter várias crises, necessitando de recorrer à urgência como se pode verificar pela tabela síntese na categoria recursos disponíveis para ultrapassar as dificuldades. No estudo de

Soares (2012), verificou-se a diminuição de recurso ao serviço de urgência e diminuição de internamentos, no período em que decorreu o programa de intervenção em cuidados de enfermagem de reabilitação respiratória.

A análise SWOT permitiu confirmar a necessidade de intervenção no âmbito da reabilitação respiratória às pessoas com DPOC, vindo de encontro a uma área problemática, também, identificada no Plano estratégico da ULSAM, EPE. A disponibilidade de um enfermeiro especialista em Reabilitação na UCC de Ponte da Barca, é uma garantia de cuidados especializados, que se constitui também, na nossa opinião, como um fator positivo para a promoção da qualidade dos cuidados e para a redução de custos extraordinários.

O enfermeiro de reabilitação através de programas de reabilitação respiratória implementados de acordo com as reais necessidades de cada utente, deve promover a adesão a estas medidas terapêuticas e contribuir para a autonomia destas pessoas e consequente melhoria da sua qualidade de vida.

Identificadas as necessidades/dificuldades através do diagnóstico de situação, foram delineados objetivos de intervenção.

### Objetivos

A definição dos objetivos específicos, tiveram por base os problemas identificados em conjugação com as recomendações da GOLD (2013):

- Reduzir a dispneia;
- Reduzir a frequência das exacerbações das pessoas portadoras da DPOC;
- Reduzir o número de internamentos por descompensação da DPOC;
- Aumentar a autonomia no autocuidado.

### Planeamento da Ação

De forma a dar resposta às necessidades/dificuldades identificadas nas pessoas com DPOC e aos objetivos delineados foi elaborado um programa de Enfermagem de Reabilitação Respiratória constituído por seis atividades, ajustadas à tipologia destes doentes,

As atividades serão, preferencialmente,

realizadas no domicílio, pois permite uma intervenção holística, em contexto real de cada pessoa.

No entanto, também se prevê a realização de algumas sessões em sede de Centro de Saúde, estando previsto a existência de uma sala equipada com um conjunto de recursos materiais, necessárias para a implementação de Programa de Reabilitação, tais como: uma marquesa; espelho quadriculado; sacos de areia de diversos pesos; almofadas de várias dimensões; rolos de posicionamento; halteres de vários pesos; oxímetro portátil; Dinamap; Bicicleta estática e material de suporte escrito informativo de apoio às sessões.

O Programa de Reabilitação Respiratória será constituído por 12 sessões, operacionalizadas ao longo de 6 semanas, com uma frequência de duas vezes por semana, tendo cada sessão uma duração aproximada de 60 minutos.

As atividades programadas são seis:

- Atividade 1- Mover para melhor respirar;
- Atividade 2- Conservar energia, para fazer mais no dia-a-dia;
- Atividade 3- Aprender a inalar;
- Atividade 4- Vacinar, para não gripar;
- Atividade 5- Obesidade, não;
- Atividade 6- Cigarro, vai e não volta.

Estas atividades foram devidamente fundamentadas e definidos quer objetivos gerais quer específicos e respetivas estratégias. A população alvo são as pessoas com DPOC integradas no programa de enfermagem de reabilitação, podendo beneficiar de sessões em grupo desde que sejam autónomas para deambular e de sessões individuais para as pessoas com dependência física.

As atividades de 1 a 4 são da responsabilidade do enfermeiro de reabilitação; a atividade 5 é da responsabilidade da nutricionista em parceria com o enfermeiro de reabilitação e a atividade 6 da responsabilidade do enfermeiro de reabilitação em parceria com a psicóloga.

Para todas as atividades estão previstas estratégias de avaliação e foram definidos indicadores de forma a permitir medir os resultados.

### **Proposta para Avaliação do Projeto**

No regulamento nº 125/2011 definem-se as competências do Enfermeiro Especialista, que inclui a necessidade de se avaliar os resultados das intervenções implementadas, com monitorizações rigorosas e indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem, no sentido de avaliar ganhos em saúde aos seguintes níveis: pessoal, familiar e social.

O planeamento de um projeto implica a etapa da avaliação que tem por objetivo evidenciar e analisar a utilidade e os efeitos de uma intervenção sobre uma determinada problemática (Capucha, 2008).

A produção de indicadores da saúde capazes de traduzir o contributo dos cuidados de enfermagem especializados para a saúde das populações constitui uma base estrutural para a melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros especialistas em Reabilitação e para a qualidade dos cuidados por estes prestados (...) os indicadores possibilitam a avaliação da qualidade e dos ganhos em saúde e a identificação de oportunidades de melhoria (OE, 2015). O colégio da especialidade de Enfermagem de Reabilitação na elaboração do score de indicadores, baseou-se em indicadores de estrutura, processo e resultado que vai ao encontro das dimensões de avaliação defendidas por Capucha.

A avaliação do impacto do Programa de Enfermagem de Reabilitação Respiratória, pressupõe a existência de dados anteriores, projetando-se a relação passado/presente, para o presente/futuro. A avaliação irá incidir sobre os objetivos específicos definidos inicialmente no projeto e utilizar-se-á escalas de avaliação que se aplicarão ao grupo alvo no início e fim do programa de Reabilitação Respiratória. A DGS (2009), recomenda as seguintes escalas, o Euro Qol, a MRCDQ, e LCADL, que serão adotadas neste projeto.

Os indicadores de processo que serão objeto de avaliação são os seguintes: percentagem de utentes a quem foi aplicado o programa; percentagem de utentes com conhecimento sob autocontrolo do padrão respiratório; percentagem de utentes com conhecimento sobre técnica respiratória;

percentagem de utentes com conhecimentos sobre técnicas de conservação de energia; percentagem de utentes com ganhos em capacidade para executar técnicas de exercício muscular e articular; percentagem de utentes com ganhos em conhecimento sobre técnica da tosse; percentagem de utentes com exacerbações; percentagem de utentes com internamentos por agudização de DPOC; percentagem de utentes com avaliação de qualidade de vida; percentagem de utentes com redução da sensação de dispneia; percentagem de utentes com redução de atividades que não pode realizar devido a dispneia.

### CONCLUSÃO

A dispneia é uma problemática que, é sentida como uma preocupação por afetar, de forma negativa as atividades de vida diária da pessoa com DPOC. Estudos realizados apontam também nesse sentido. Neste estudo os participantes consideraram que é o sintoma mais limitativo desta doença e que causa maior grau de dependência.

Constata-se que a evolução da dispneia em pessoas com DPOC é devida a vários fatores apresentando relações com o grau de obstrução, estado nutricional, força muscular inspiratória, hiperinsuflação pulmonar, assim como fatores psicológicos. Refletindo o efeito da espiral negativa da DPOC, conseqüente da interação entre dispneia, inatividade e descondicionamento físico, pois quanto maior a dispneia, mais será a limitação nos autocuidados e atividades de vida diária.

Assim, permitiu concluir que a população do estudo estava sobretudo afetada ao nível da função respiratória e limitada em termos de atividades físicas, fundamentais, relacionadas com a vida diária, tais como arranjar-se, vestir-se, comer, tomar banho, deambular, fazer compras, estas capacidades funcionais ficam comprometidas pela DPOC, fornecendo assim claras orientações para o desenho de intervenções integradas.

Os resultados analisados permitem perceber que o Enfermeiro de Reabilitação não é procurado pelas pessoas com DPOC quando tem necessidades, provavelmente por não existir um projeto estruturado.

O défice nos autocuidados fica bem patente entre as pessoas com DPOC dependentes no domicílio, vendo-se muitas vezes limitadas na sua qualidade de vida. A independência e autonomia destas pessoas diminuiu tornando-se um problema, recorrendo a uma terceira pessoa. Podemos afirmar que a importância da RR como uma das formas de tratamento deve ser instituída precocemente, no sentido de preservar a autonomia da pessoa.

Com base nas necessidades elaborou-se um programa de Reabilitação Respiratória, que possibilita a prestação de cuidados de enfermagem específicos e que transponham ganhos em saúde. São esses cuidados que poderão evitar agravamentos do percurso da doença, visíveis através de internamentos, do recurso aos serviços de urgência, de maior consumo de medicamentos, entre outros, com todas as complicações intrínsecas, particularmente perda de qualidade de vida e perda de autonomia, mas também, custos acrescentados na área da saúde.

### Bibliografia

CAPUCHA, Luís Manuel Antunes - Planeamento e Avaliação de Projectos : Guião Prático. Lisboa: DGIDC, 2008. ISBN 978-972-742-285-2

DIREÇÃO GERAL DA SAÚDE - Programa Nacional de Prevenção e Controlo da doença Pulmonar Obstrutiva Crónica, CN N° 04/DGCG, 17/03/05Lisboa, 2005.

DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE - Orientações Técnicas sobre Reabilitação Respiratória na Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC). Circular Informativa N°40A/DSPCD. Lisboa: DGS, 2009.

GLOBAL INITIATIVE FOR CHRONIC OBSTRUCTIVE LUNG - Disease Global Strategy for the Diagnosis, Management and Prevention of Chronic Obstructive Pulmonary Disease. [Em linha]. (2013). [consultado a 08 de janeiro de 2015]. Disponível na [http://www.goldcopd.org/uploads/users/files/GOLD\\_Report\\_2013\\_Feb20.pdf](http://www.goldcopd.org/uploads/users/files/GOLD_Report_2013_Feb20.pdf)

HERNÁNDEZ SAMPIERI, Roberto; HERNÁNDEZ COLLADO, Carlos; BAPTISTA LUCIO, Pilar - Metodologia de Pesquisa,

Tradução Fátima Conceição Murad, Melissa Kassner, Sheila Clara Dystyler, 3 ed. São Paulo: McGraw-Hill, 2006

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA, Censos. [Em linha]. (2011). [consultado a 19 de janeiro de 2015]. Disponível na [http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_publicacoes&PUBLICACOES](http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOES)

NUNES. L.; RUIVO, M.A.; FERRITO, C., - Metodologia de projecto: colectânea descritiva de etapas, Percursos, 2010.

OBSERVATÓRIO NACIONAL DAS DOENÇAS RESPIRATÓRIAS. Relatório - Saúde Respiratória uma Responsabilidade Global. [Em linha]. (2009). [consultado a 17 de Dezembro de 2015]. Disponível na <http://www.ondr.org>

OBSERVATÓRIO NACIONAL DAS DOENÇAS RESPIRATÓRIAS. Relatório - Desafios e oportunidades em tempos de crise. [Em linha]. (2011). [Consulta a 23 Janeiro de 2015]. Disponível em [http://www.ondr.org/Relatorio\\_ONDR\\_2011.pdf](http://www.ondr.org/Relatorio_ONDR_2011.pdf)

OBSERVATÓRIO NACIONAL DAS DOENÇAS RESPIRATÓRIAS. Relatório - prevenir a doença acompanhar e reabilitar o doente. [Em linha]. (2013). [consultado a 10 de fevereiro de 2015]. Disponível na <http://www.ondr.org>

ORDEM DOS ENFERMEIROS. Porto – Core de indicadores por categoria de Enunciados Descritivos dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação, 2015.

PROGRAMA NACIONAL PARA AS DOENÇAS RESPIRATÓRIAS, 2012-2016. [Em linha]. (2011). [Consultado a 10 de Dezembro de 2014]. Disponível na <http://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/programa-nacional-para-as-doencas-respiratorias-2012-2016.aspx>

RABE Kf, Hurd S, ANZUETO A, BARNES Pj, Buist Sa, CALVERLEY P, RODRIGUEZ Roisinr, [et al.] Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease: GOLD executive summary. *Am J Respir Crit Care Med*, 2007.

SOARES, Maria de La Salete Rodrigues Soares - A pessoa com oxigenoterapia de longa duração estudo sobre o modelo de cuidados de enfermagem

em contexto Domiciliário, Porto: Repositório da Universidade católica portuguesa instituto de ciências da saúde, Tese de Doutoramento, 2012. Acedido Janeiro, 10, 2015, em <http://repositorio.ucp.pt/handle/10400.14/2625>.

# ADESÃO À TERAPÊUTICA ORAL EM ONCOLOGIA

Cláudia Furtado<sup>(1)</sup>; Sónia Caixeirinho<sup>(2)</sup>

## Resumo

**Introdução:** No passado o tratamento da doença oncológica era centrado na administração de fármacos de administração endovenosa, atualmente 20% a 25% dos fármacos administrados são de formulação oral. Tal alteração fez surgir a problemática de não adesão à terapêutica, com um impacto considerável na eficácia do tratamento, e consequentemente no tempo de sobrevivência à doença. Várias pesquisas internacionais procuram conhecer os fatores associados aos comportamentos de adesão/não adesão à terapêutica oral. Não foram encontrados estudos sobre a não adesão à terapêutica oral oncológica em Portugal. Este estudo tem como objetivo identificar fatores relacionados com o doente/terapêutica, associados a comportamentos de não adesão.

**Metodologia:** Estudo retrospectivo desenvolvido com base nos dados de registo de dispensa de medicamentos nos serviços farmacêuticos do Hospital Beatriz Ângelo. Analisámos dados constantes na base de dados da farmácia hospitalar de dispensa de agentes orais para o tratamento do cancro dos anos de 2012 a 2015. Para calcular o índice de adesão à terapêutica utilizou-se o índice de posse de medicação. Cálculo que resulta da proporção de tempo que um doente possui a medicação para tratar uma condição específica. A análise estatística envolveu medidas de estatística descritiva e inferencial. O nível de significância foi fixado em  $(\alpha) \leq 0,05$ . De acordo com as variáveis utilizadas, utilizaram-se o teste estatístico de Mann-Whitney (para comparar duas amostras) e o teste estatístico de Kruskal-Wallis (para comparar três ou mais amostras).

**Resultados:** A média de adesão no total dos anos foi superior a 80%, embora no ano de 2015 a média tenha baixado para 79%. Considerando o cálculo do índice de posse de medicação como método de avaliação (MPR), pode considerar-se que a população do estudo é aderente à terapêutica oral oncológica prescrita, com exceção ao ano de 2015 em que o MPR é inferior a 80%.

**Conclusão:** A população do estudo é aderente à terapêutica oral em oncologia, ainda que o valor de 2015 identifique uma diminuição da taxa de adesão.

**Palavras-chave:** Adesão, oncologia, comportamento, formulação oral, terapêutica.

## Abstract

### ONCOLOGY ADHERENCE TO ORAL MEDICATION

**Introduction:** In the past the treatment for oncological diseases was focused on administering iv medicines, nowadays 20% to 25% of the prescribed drugs are oral formulations. Such change in practice brought up the question of non-medication compliance, with a huge impact on treatment efficacy and, as a result, on overall survival. Due to the subject relevance, many of the international research try to understand what are the factors linked to the compliance or non-compliance behaviors to oral medication. In Portugal, however, no research was found in non-compliance to oncologic oral medication. As a result, the main objective of the present study is to identify factors related to patient/medication, combined with non-compliance behaviors.

**Methods:** Retrospective study based on the medicines dispensing records at the pharmacy of Hospital Beatriz Ângelo. For this purpose, it was taken in considered the data available at pharmacy hospital database regarding the dispensing of oral agents for cancer treatment between 2012 and 2015. The medication possession ratio was used to calculate the therapeutic compliance rate. The calculation is based on proportion of time that a patient owns the drugs required to treat a specific condition. The statistical analysis was performed using descriptive and inferential statistics measures. The significance level was fixed at  $(\alpha) \leq 0.05$ . Depending on considered variables, the Mann-Whitney U-test (between a pair of observations) or Kruskal-Wallis analysis (for multiple observations) were used.

**Results:** The average compliance in these 4 years was above 80%, however 2015 showed that the average dropped to 79%. Taking into consideration the proportion of time a patient owns the drugs required to treat a specific condition index (MPR) as the evaluation method, it may be considered that the observed population is compliant to prescribed oral medication for oncological conditions, but in 2015 where MPR showed to be below 80%.

**Conclusion:** The observed population is compliant to oral medication, as far as oncological conditions are concerned, despite in the year 2015 had shown a decrease in the compliance rate.

**Keywords:** Compliance, oncology, behavior, oral formulation, therapeutics.

## Resumen

### ADHESIÓN A LA TERAPÉUTICA ORAL EN ONCOLOGIA

**Introducción:** En el pasado el tratamiento de la enfermedad oncológica estaba centrado en la administración de fármacos de administración intravenosa, actualmente del 20% al 25% de los fármacos, son administrados en la formulación oral. Tal cambio hizo surgir una problemática de no adhesión a la terapéutica, con un impacto considerable en la eficacia del tratamiento, y consecuentemente en el tiempo de supervivencia a la enfermedad. Varias investigaciones internacionales pretenden conocer los factores asociados a los comportamientos de adhesión / no adhesión a la terapéutica oral. No se encontraron estudios sobre la no adhesión a la terapéutica oral oncológica en Portugal. Este estudio tiene como objetivo identificar los factores relacionados con el paciente / terapéutica, asociados a comportamientos de no adhesión.

**Metodología:** Estudio retrospectivo desarrollado a partir de los datos de registro de dispensa de medicamentos de la farmacia del Hospital Beatriz Ângelo. Fueron analizados los datos de la base de datos de la farmacia del hospital dispensados de agentes orales para el tratamiento de cáncer del año 2012 hasta el año 2015. Para calcular el índice de adhesión terapéutica se utilizó el índice de poses de medicación. Este cálculo resulta de la proporción del tiempo que un paciente posee de medicación para tratar una condición específica. El análisis estadístico envolvió medidas de estadística descriptiva e inferencial. El nivel de significancia fue fijado en  $(\alpha) \leq 0,05$ . De acuerdo con las variables utilizadas, se utilizó el teste estadístico de Mann-Whitney (para compara dos muestras) y el teste estadístico de Kruskal-Wallis (para comparar tres o más muestras).

**Resultados:** La media de adhesión total de estos años fue superior a 80%, sin embargo en el año 2015 la media bajó para 79%. Considerando el cálculo del índice de poses de medicación con método de evaluación (MPR), podemos considera que la población del estudio es adherente a la terapéutica oral oncológica prescrita, excepto en el año 2015 que el MPR es inferior al 80%.

**Conclusión:** La población del estudio es adherente a la terapéutica oral en oncología, aunque el valor del año 2015 identifica disminución de la tasa de adhesión. **Palabras claves:** Adhesión, oncología, comportamiento, formulación oral, terapéutica.

Recebido em setembro 2016. Aceite em outubro 2016

<sup>(1)</sup> Prof.ª D.ª, INFARMED, Escola Nacional de Saúde Pública, Lisboa, Portugal

<sup>(2)</sup> Enfermeira, Hospital Beatriz Ângelo, Lisboa, Portugal

## INTRODUÇÃO:

As doenças oncológicas constituem a principal causa de morte nos países considerados economicamente desenvolvidos e surgem em segundo lugar nos países em desenvolvimento <sup>2</sup>.

Durante décadas a abordagem terapêutica deste tipo de doenças centrou-se na administração de fármacos administrados por via endovenosa. Contudo, nos últimos 10 anos o investimento no desenvolvimento e introdução de fármacos de administração oral aumentou substancialmente. Atualmente aproximadamente 20% a 25% de todos os fármacos em desenvolvimento para o cancro são de administração oral <sup>33</sup>.

A mudança de paradigma de terapêutica essencialmente de administração endovenosa administrada em meio hospitalar para uma terapêutica de administração oral, efetuada em regime de ambulatório, sob a responsabilidade do doente, coloca o enfoque nas questões da adesão à terapêutica em oncologia.

De acordo com os dados recolhidos disponíveis para o contexto português os tumores malignos constituem em Portugal a segunda causa de morte <sup>2</sup>. Segundo o INFARMED a despesa em medicamentos nos hospitais do SNS foi em 2015 de 1.034 M€, mais 7.8% dos que no ano anterior. Ainda em 2015 a despesa do ambulatório hospitalar (consulta externa, hospital de dia e cirurgia de ambulatório) foi de 809 M€ (78.2% da despesa total), o que demonstra a transferência da terapêutica administrada em internamento para a terapêutica administrada em ambulatório. O consumo de antineoplásicos (citotóxicos, hormonas e anti-hormonas e os imunomoduladores) totalizou um valor de 237 M€. Este grupo de medicamentos apresentou uma variação relativa face a 2014 de mais 13% <sup>1</sup>.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) a adesão é o comportamento do doente em relação à toma de uma medicação, seguir uma dieta ou adoção de mudanças no estilo de vida de acordo com a recomendação de um profissional de saúde <sup>2</sup>.

De acordo com o Medication Compliance and Persistence Work Group da International Society for Pharmacoeconomics and Outcome Research

(ISPOR) a definição de adesão apresenta duas dimensões: primeiro, como o grau de extensão e conformidade às recomendações acerca do tratamento do dia-a-dia pelo prestador com cumprimento pelo tempo, dosagem e frequência e segundo, a persistência definida como a duração de tempo entre o início da terapia e a sua descontinuação. Esta definição sugere uma aliança entre os prestadores de cuidados e os doentes, com um papel ativo no tratamento e no processo de tomada de decisão <sup>3</sup>.

A não adesão à terapêutica é reconhecida como um problema de saúde pública que impõe custos consideráveis nos sistemas de saúde.

Existe evidência que confirma que baixas taxas de adesão à terapêutica estão associadas com piores resultados terapêuticos, progressão da doença, aumento dos custos de saúde diretos, aumento das hospitalizações, aumento das visitas aos departamentos de urgência, entre outros fatores <sup>1</sup>.

O estudo de Barron et al., 2007 identificou que uma duração inferior 5 anos de terapêutica adjuvante com tamoxifeno está associada a piores resultados em saúde nos doentes com cancro da mama.

No estudo de Wu et al., 2010 foi estudada a associação entre a adesão ao imatinib, os custos diretos em saúde e o consumo de recursos em doentes com leucemia mieloide crónica, com idade inferior a 65 anos. A adesão foi definida calculando o Índice de Posse de Medicação (MPR) tendo sido considerados aderentes doentes com MPR superior ou igual a 85%. Como principais resultados destaca-se um valor de adesão de 59.1%; doentes com MPR inferior a 85% tiveram mais internamentos e custos diretos em saúde mais elevados.

A literatura refere que as taxas de adesão à terapêutica oral em oncologia variam entre 20-100%, dependendo das características dos doentes, do fármaco envolvido, da definição da adesão e do método utilizado para a sua medição <sup>10</sup>.

O estudo de Partridge et al., 2008 estimou a adesão à terapêutica com anastrozol em mulheres com cancro da mama em estadió inicial. A adesão foi definida calculando o MPR

tendo sido considerados aderentes doentes com MPR superior ou igual a 80%. Como principais resultados destaca-se que a adesão média no primeiro ano variou entre 82%-88%. Em doentes com terapêutica disponível ao longo de 3 anos, a adesão média decresceu em cada ano, variando de 78%-86% no primeiro ano e 62%-79% no terceiro ano.

Conforme já foi referido atrás existem várias categorias de fatores que podem influenciar a adesão à terapêutica oral, nomeadamente, relacionados com o doente, relacionados com a condição, relacionados com a terapêutica e relacionados com o sistema de prestação de cuidados.

No estudo de Hershman et al., 2010 como principais resultados destaca-se que os extremos de idade, doentes submetidas a cirurgia conservadora e a existência de comorbilidades foram associadas à descontinuação da terapêutica. Por outro lado, as doentes aderentes eram asiáticas, casadas, menos tempo desde o diagnóstico, submetidas a quimioterapia ou radioterapia e maior intervalo entre prescrições. Ao longo de 4,5 anos de observação 49% das doentes foram totalmente aderentes.

Para Bourmaud et al. (2015) doentes sem compromissos familiares ou profissionais, com uma vida calma eram adequadamente aderentes. Estes doentes tinham um baixo nível educacional. Em contraste doentes com uma vida irregular, ativa, com compromissos familiares e profissionais tinham maior tendência para a não adesão. Estes doentes experimentavam a solidão e encontravam benefício no contacto com os profissionais de saúde. Estes doentes tinham em nível educacional mais elevado.

Este estudo teve como objetivo avaliar a adesão à terapêutica oral oncológica em doentes seguidos na consulta hospitalar. Para o efeito procedeu-se à caracterização dos doentes; determinou-se a taxa de adesão à terapêutica oncológica oral por tipo de fármaco e associou-se as características dos doentes, os diagnósticos e o tipo de fármaco com a taxa de adesão.

## MATERIAL E MÉTODOS:

Este estudo decorreu num hospital público integrado no Serviço Nacional de Saúde que serve uma população de cerca de 278000 habitantes.

A cedência da terapêutica de ambulatório aos doentes é efetuada mensalmente nos Serviços Farmacêuticos, após prescrição médica e sem copagamento por parte do utente.

Para este estudo foram analisados os dados constantes na base de dados da farmácia hospitalar de dispensa de agentes orais para o tratamento do cancro dos anos de 2012 a 2015.

Em complemento desta informação foram consultados os processos clínicos para verificar os dados relativos à prescrição dos mesmos fármacos.

Da base de dados de registo de dispensa de medicamentos foram extraídas as seguintes variáveis:

- número de identificação hospitalar de cada doente, nome do fármaco, dose do fármaco, número de comprimidos dispensados, data da dispensa.

Da base de dados de prescrição de medicamentos foram extraídas as seguintes variáveis:

- número de identificação hospitalar de cada doente, datas das prescrições, nome do fármaco prescrito, dose do fármaco prescrito, posologia do fármaco prescrito.

Para a recolha dos dados foi construída uma tabela onde para cada individuo foi retirado o número de processo clínico, idade, género, estado civil, profissão, diagnóstico, fármaco e número de dias de posse do fármaco.

A amostra foi constituída por todos os indivíduos que receberam fármacos orais para o tratamento de situações oncológicas nos anos de 2012 (n=101), 2013 (n=306), 2014 (n=437) e 2015 (n=508), constantes na base de dados de dispensa da farmácia hospitalar.

A adesão à terapêutica pode ser avaliada pelo Índice de Posse de Medicação (MPR), o qual resulta da proporção de tempo que um doente possui a medicação para tratar uma condição específica.

A literatura identifica duas formas usadas para calcular o MPR<sup>2</sup>. Uma e a mais referenciada nos artigos na área da adesão à terapêutica oncológica

é o cálculo do MPR dividindo o número de dias em que o doente tem o fármaco pelo intervalo de dias entre a última e a primeira prescrição<sup>1,3</sup>.

A outra forma de calcular o MPR consiste em dividir o número de dias em que o doente tem o fármaco pelo número de dias do ano. Na primeira abordagem para além do número de dias para os quais existe registo de dispensa é necessário obter informação sobre a data de início e fim da prescrição. Em ambos os casos, os valores do MPR variam entre 0 e 1<sup>2</sup>.

Neste estudo o MPR foi calculado utilizando um denominador variável (VMPR). Assim:

$VMPR = (\text{número de dias para os quais o doente tem terapêutica}) / (\text{número de dias entre a primeira prescrição e a última prescrição})$

A análise estatística envolveu medidas de estatística descritiva (frequências absolutas e relativas, médias e respetivos desvios-padrão) e estatística inferencial. O nível de significância para aceitar ou rejeitar a hipótese nula foi fixado em  $(\alpha) \leq 0,05$ . Como a variável dependente (MPR) não tinha distribuição normal (analisada com o teste de Kolmogorov-Smirnov) usaram-se os testes não paramétricos. Assim, usou-se o teste de Mann-Whitney quando se compararam duas amostras e o teste de Kruskal-Wallis quando se comparou três ou mais amostras. Para a comparação entre anos usou-se o teste de Wilcoxon para amostras emparelhadas pois estamos a analisar os mesmos sujeitos em dois momentos diferentes.

A análise estatística foi efetuada com o SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) versão 22.0 para Windows.

Optou-se por efetuar a avaliação da adesão por anos separados, dado que a amostra de doentes não é idêntica entre os anos.

## RESULTADOS:

No que concerne às indicações terapêuticas para as quais os medicamentos foram prescritos, verificou-se que as mais prevalentes eram a neoplasia da mama (51,2%) e da próstata (18,5%).

Quanto aos fármacos, os mais utilizados foram o letrozol (25,8%) e a bicalutamida (22,8%).

O MPR variou entre um mínimo de 0,00 e um máximo de 1,0, com uma média de 0,83 (DP=

0,25) (Tabela 1).

As mulheres apresentam valores de MPR mais elevados do que os homens (0,86 vs 0,79), não sendo as diferenças estatisticamente significativas, Mann-Whitney = 216151,5,  $p = ,549$  (Tabela 2)

O coeficiente de correlação de Spearman entre a idade e o MPR ( $r_{sp} = -,025$ ) não é estatisticamente significativo (Tabela 3).

As diferenças no MPR em função do diagnóstico são estatisticamente significativas,  $\chi^2$  KW (4) = 13,772,  $p = ,003$ . Os testes de comparação múltipla indicam-nos que as diferenças significativas se encontram entre as neoplasias do cólon e as restantes (0,67 vs 0,78 0,82 0,82 0,87) e entre as neoplasias do cólon e as outras (0,67vs 0,82) (Tabela 4).

Ou seja, de acordo com os resultados existe uma menor taxa de adesão à terapêutica nos doentes com neoplasia do cólon.

As diferenças no MPR em função do fármaco são estatisticamente significativas,  $\chi^2$  KW (4) = 70,466,  $p = ,001$ . Os testes de comparação múltipla indicam-nos que as diferenças significativas se encontram entre os fármacos Capecitabina e os restantes (0,71 vs 0,78 0,87 0,88 0,89). A diferença entre a Bicalutamida e os outros também é estatisticamente significativa (0,78 vs 0,88) (Tabela 5)

Ou seja, de acordo com os resultados existe uma menor taxa de adesão à terapêutica nos doentes em tratamento com capecitabina, que são doentes com neoplasias da mama, reto e cólon.

As diferenças no MPR em função do estado civil não são estatisticamente significativas,  $\chi^2$  KW (3) = 0,863,  $p = ,834$  (Tabela 6).

## Avaliação da adesão terapêutica no total dos anos:

**Tabela 1 - MPR**

	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
MPR	1342	0,00	1,00	0,83	0,25

**Avaliação da adesão terapêutica por gênero:****Tabela 2 – Comparação por gênero**

	Feminino		Masculino		MU
	Mean	SD	Mean	SD	
MPR	0,86	0,22	0,79	0,29	216151,5

**Correlação entre a adesão terapêutica e a idade:****Tabela 3 – Correlação MPR e idade**

		MPR
IDADE	Correlation Coefficient	-,025
	Sig. (2-tailed)	,354
	N	1342

**Avaliação da adesão terapêutica por diagnóstico:****Tabela 4 – Comparação por Diagnóstico**

	Média	DP	$\chi^2_{KW}$
Neoplasia maligna da mama	0,87	0,20	55,266***
Neoplasia maligna da próstata	0,82	0,28	
Neoplasia maligna do reto	0,78	0,27	
Neoplasia maligna do cólon	0,67	0,25	
Outras	0,82	0,26	

\*  $p \leq 0.01$ **Avaliação da adesão terapêutica por fármaco:****Tabela 5 – Comparação por Fármacos**

	Média	DP	$\chi^2_{KW}$
Letrozol	0,89	0,18	
Tamoxifeno	0,87	0,21	
Bicalutamida	0,78	0,29	70,466***
Capecitabina	0,71	0,27	
Outros	0,88	0,21	

\*\*\*  $p \leq 0.001$ **Avaliação da adesão terapêutica por estado civil:****Tabela 6 – Comparação por Estado civil**

	Solteiro		Casado		Divorciado		Viúvo		$\chi^2_{KW}$
	Média	DP 0,23	Média	DP	Média	DP	Média	DP	
MPR	0,86		0,84	0,23	0,84	0,25	0,84	0,25	0,863

**DISCUSSÃO:**

Ao longo da última década observou-se um desenvolvimento crescente das opções de tratamento oral das doenças oncológicas. A terapêutica oral em oncologia constitui uma mudança de paradigma. Por um lado modifica o local de tratamento tradicionalmente hospitalar e por outro, altera a responsabilidade quase exclusiva das equipas de saúde, para o domicílio dos doentes, com a consequente participação e responsabilidade acrescida para doentes e familiares. Porém a problemática relacionada com a adesão dos doentes a este tipo de terapêutica apresenta-se como um desafio para equipas e serviços de saúde. Torna-se fundamental conhecer a realidade em todas as dimensões para que os agentes (doentes, familiares, equipas de saúde e serviços de saúde) possam identificar problemas, encontrar soluções e definir estratégias de melhoria contínua.

Estas terapêuticas são dispendiosas para os sistemas de saúde e as baixas taxas de adesão podem conduzir a piores resultados em saúde e a desperdício de recursos.

A média de adesão no total dos anos foi superior a 80%, embora no ano de 2015 a média tenha baixado para 79%. As definições de adequada adesão, utilizando como método de avaliação o MPR, ocorrem, na maioria dos estudos, quando as prescrições de fármacos e outros procedimentos atingem um mínimo de 80% do seu total<sup>32, 2, 1, 33, 1</sup>. Assim pode considerar-se que a população do estudo é aderente à terapêutica oral oncológica prescrita, com exceção ao ano de 2015 em que o MPR é inferior a 80%.

As taxas de adesão à terapêutica oral em oncologia identificadas na literatura revista variaram entre 20-100%, dependendo das

características dos doentes, do fármaco envolvido, da definição da adesão e do método utilizado para a sua medição <sup>10</sup>.

Quando se analisa a adesão dos mesmos doentes ao longo dos quatro anos em estudo verifica-se que esta não apresenta variação no primeiro ano 2012 para 2013 (0.87 vs 0.87), existe uma ligeira descida de 2013 para 2014 (0.90 vs 0.88) e uma descida maior do terceiro para o quarto ano 2014 para 2015 (0.87 vs 0.81).

Também no estudo de Dicus et al., 2015 foi observada uma adesão ao imatinib de 82.4% durante o primeiro ano, de 78.4% no segundo ano de terapêutica e de 78.8% no terceiro ano.

A literatura para doentes de cancro da mama sob terapêutica hormonal com tamoxifeno e anastrozol confirma uma redução comparável na adesão após o primeiro ano <sup>3</sup>. Também no estudo de Partridge et al. (2008) a média de adesão para o anastrozol decresceu significativamente de 86%-78% no primeiro ano e de 79%-62% no terceiro ano.

Outros estudos que compararam as taxas de adesão ao longo do tempo, nomeadamente entre um a cinco anos, mostraram uma redução das mesmas ao longo dos anos <sup>2</sup>.

A diminuição da adesão ao longo do tempo é um fator que deve ser considerado nas estratégias de promoção da adesão, ou seja, é importante uma atividade contínua e concertada ao longo do tempo desde o início até ao fim da terapêutica de educação e apoio dos doentes e família.

Em relação à associação existente entre o género e a adesão verificou-se que as mulheres apresentam valores mais elevados de MPR, contudo as diferenças não são estatisticamente significativas.

Neste estudo também não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre a adesão e a idade. A relação que se estabelece entre a adesão à terapêutica oral em oncologia e a idade não é consensual na literatura. É possível encontrar estudos onde ficou demonstrada uma maior adesão entre os doentes mais velhos e outros onde existe associação no sentido da adesão ser maior em doentes mais jovens.

Hasegawa et al., 2008 reportaram que a adesão

à terapêutica é mais elevada nos doentes mais velhos quando comparados com os mais novos. De igual modo, no estudo de Brito e Portela e Vasconcellos, 2014 o grupo de mulheres aderentes era ligeiramente mais velho do que o grupo de mulheres não aderentes.

A associação da adesão à terapêutica com a idade no sentido de ser maior em doentes mais velhos ficou também demonstrada em <sup>22, 23, 21, 11</sup>.

No entanto, foram também identificados estudos com resultados inversos aos obtidos nesta análise. No estudo de Kimura et al. (2014) a adesão à medicação decrescia com a idade e também em Wigertz et al. (2012) verificou-se que a adesão à terapêutica oral em oncologia era maior em doentes mais jovens.

Neste estudo, na análise à associação entre o estado civil dos doentes estudados e a adesão, verificou-se que as diferenças no MPR não foram estatisticamente significativas. Embora não seja um dos fatores mais estudados, na literatura pode encontrar-se uma maior adesão à terapêutica entre as mulheres que têm um companheiro <sup>1, 32</sup>.

Em resumo, neste estudo foram investigados o género, a idade e o estado civil como fatores relacionados com os doentes que podem influenciar a adesão à terapêutica oral em oncologia não tendo sido encontradas diferenças estatisticamente significativas nos valores do MPR.

Contudo, é importante salientar que tendo em consideração a média de idades dos doentes em estudo, os doentes mais idosos podem apresentar problemas cognitivos e dificuldades de memória que podem interferir na capacidade de aquisição de conhecimentos sobre a terapêutica oncológica oral com eventuais consequências nas taxas de adesão. Também outras comorbidades deste grupo acrescentam à terapêutica oral oncológica outros fármacos e isto pode traduzir-se na gestão de regimes terapêuticos complexos e como resultado pode haver diminuição nas taxas de adesão.

No que diz respeito a outros fatores relacionados com os doentes que podem influenciar as taxas de adesão à terapêutica oral em oncologia, pode referir-se a ansiedade relacionada com a gestão de efeitos secundários, as motivações individuais e expectativas de obter resultados, o conhecimento

acerca da doença e do tratamento, o apoio social e familiar.

Neste estudo são as neoplasias da mama, próstata e outras que apresentam valores mais elevados de MPR, com 87%, 82% e 82%.

Em relação à associação entre o tipo de diagnóstico e a taxa de adesão, as diferenças no MPR são estatisticamente significativas, nomeadamente entre a neoplasia do cólon e as restantes (neoplasias da mama, próstata, reto, pulmão, fígado e rim). A adesão é menor entre os doentes com neoplasia do cólon em relação com as outras neoplasias.

No estudo de Junior e Forones, 2014 onde foi investigada a adesão à capecitabina oral em doentes com cancro coloretal e cancro da mama, a adesão foi de 88.3% no cancro do cólon metastático, 90.4% no cancro do cólon não metastático, 94.3% no cancro retal e 96.2% no cancro da mama. Estes dados corroboram os obtidos neste estudo, no que se refere a uma menor taxa de adesão na neoplasia do colón em comparação com a neoplasia da mama.

No que diz respeito à associação entre o tipo de fármaco e a adesão as diferenças no MPR são estatisticamente significativas, nomeadamente entre a capecitabina e os restantes fármacos (bicalutamida, letrozol, tamoxifeno e os outros). Também a diferença do MPR entre a bicalutamida e o grupo dos outros fármacos é estatisticamente significativa.

No estudo de Bhattacharya et al. (2012), nos doentes tratados com capecitabina observou-se uma taxa de adesão de 75%, sendo que a não adesão foi fortemente relacionada com a presença de efeitos secundários.

Importa também referir que a prescrição de capecitabina é complexa, sendo administrada duas vezes ao dia, a prescrição pode variar de acordo com o regime terapêutico instituído, as doses variam com o regime terapêutico e de doente para doente de acordo com a superfície corporal e ainda o fármaco apresenta duas dosagens (150 e 500 mg). Esta complexidade pode afetar a adesão<sup>30</sup>.

Quanto à terapêutica hormonal para a neoplasia da mama não se observaram diferenças

estatisticamente significativas entre as diferentes terapêuticas (tamoxifeno, letrozol, anastrozol). Este resultado não é consensual na literatura revista. No estudo sobre adesão à terapia hormonal entre mulheres com cancro da mama, Brito e Portela e Vasconcellos, 2014 ficou demonstrada maior adesão em mulheres sob monoterapia com tamoxifeno versus mulheres em monoterapia com letrozol ou anastrozol. No estudo de Ziller et al., 2008 a análise do MPR mostrou taxas de adesão de 80% para o tamoxifeno e de 69% para o anastrozol. Já no estudo de Murphy et al., 2012 a adesão ao tamoxifeno variou entre 41%-88% e a adesão ao inibidor da aromatase variou entre 50%-91%.

Noutro estudo, numa população de 8769 mulheres com cancro da mama, 2761 (31%) descontinuaram a terapêutica 6 meses após o diagnóstico (dados recolhidos em registos automáticos da farmácia); as que continuaram a terapêutica 1684 (28%) eram não aderentes com valores de MPR inferior a 80% (calculado pela divisão entre o número de dias de em que tinham prescrição terapêutica pelo total de dias de follow-up). A sobrevivência a 10 anos foi de 80.7% e de 73.6% para as mulheres que continuaram a terapêutica comparado com as mulheres que a descontinuaram. As mulheres que continuaram a terapêutica, a sobrevivência foi de 81.7% entre as que eram aderentes à terapêutica, comparadas com os 73.6% nas mulheres que eram não aderentes<sup>1</sup>.

No estudo de Haque et al., 2012 a recorrência de cancro da mama era menor nas mulheres com valores mais elevados de adesão (MPR superior a 80%).

As diferenças encontradas nos valores de adesão quando se comparam os diferentes diagnósticos, nomeadamente valores superiores de MPR nas doentes com cancro da mama podem demonstrar que estas doentes têm um conhecimento mais profundo sobre a doença, sobre o tratamento e sobre as questões relacionadas com a gestão dos efeitos secundários.

No que diz respeito aos valores mais baixos de adesão dos doentes de cólon face aos outros diagnósticos pode dever-se às questões relacionadas com a terapêutica com capecitabina.

Esta terapêutica implica a administração de vários comprimidos, em tomas bidiárias o que acarreta complexidade. A complexidade deste regime terapêutico pode associar-se outras terapêuticas para tratar as comorbidades que os doentes possuem o que ajuda a explicar uma taxa de adesão inferior.

### CONCLUSÕES:

A mudança de paradigma da quimioterapia endovenosa administrada em ambiente hospitalar (por profissionais e sob condições de segurança) para a administração da terapia oral feita em casa dos doentes (com maior comodidade para estes pela diminuição do número de visitas ao hospital e ausência de constrangimentos relacionados com a necessidade de um acesso venoso) implica outro tipo de problemas e um desafio acrescido do ponto de vista da adesão.

Os valores de adesão obtidos neste estudo demonstram a pertinência da análise e a necessidade de se intervir sobre os comportamentos de adesão de modo mais sistemático. No estudo, a média da taxa de adesão encontrada de 2012 a 2014 é superior a 80%, pelo que se conclui tratar-se de uma população aderente à terapêutica oral em oncologia. O valor da taxa de adesão de 79% em 2015 indica que os doentes estão a ficar menos aderentes o que se confirma quando se analisa a taxa de adesão dos mesmos sujeitos na comparação de 2013-2014 (90% vs 88%) e 2014-2015 (87% vs 81%).

A tendência decrescente nos valores das taxas de adesão devem levar as equipas multidisciplinares que acompanham os doentes oncológicos sob terapêutica oral a definirem e encontrarem novas estratégias de trabalho, educação e acompanhamento que promovam a adesão.

Em relação aos fatores explicativos da adesão não se encontram diferenças estatisticamente significativas nas taxas de adesão entre géneros, idades e estado civil. No que diz respeito às taxas de adesão e aos diagnósticos encontram-se diferenças significativas, com valores inferiores de MPR do cancro do cólon em relação aos outros diagnósticos (mama, próstata, reto, pulmão, fígado e rim).

### REFERÊNCIAS:

- 1 – Barron T, Conolly R, Bennett K, Feely J, Kennedy MJ. – Early discontinuation of tamoxifen: a lesson for oncologists. *Cancer*. 109 : 5 (2007) 832-839.
- 2 – Bhattacharya D, Easthall C, Willoughby K, Small M, Watson S – Capecitabine non-adherence: exploration of magnitude, nature and contributing factors. *Journal of Oncology Pharmacy Practice*. 18 : 3 (2012) 333-342.
- 3 – Bourmaud A, et al. – Adherence to oral anticancer chemotherapy: what influences patients over or non-adherence?: analysis of the OCTO study through quantitative: qualitative methods. *BMC Research Notes*. 8 (2015) doi: 10.1186/s13104-015-1231-8.
- 4 – Brito C, Portela M, Vasconcellos M – Adherence to hormone therapy among women with breast cancer. *BMC Cancer*. 14 (2014) DOI: 10.1186/1471-2407-14-397.
- 5 - BURRELL, A. et al. – PHP46: Defining compliance/adherence and persistence: ISPOR Special Interest Working Group. *Value in Health*. 8 : 6 (2005) A194–A195.
- 6 – Cramer J, et al. – Medication compliance and persistence: terminology and definitions. *Value in Health*. 11:1 (2008) 44-47.
- 7 – Dezentjé V, et al. – Effect of concomitant CYP2D6 inhibitor use and tamoxifen adherence on breast cancer recurrence in early stage breast cancer. *Journal Clinical Oncology*. 28 : 14 (2010) 2423-2429.
- 8 – Dicus M, Lyons B, Olson C, Tran DA, Blackburn DF – Adherence to imatinib among patients attending Saskatchewan Cancer Agency Pharmacies. *Journal of Oncology Pharmacy Practice*. 21 : 6 (2015) 403-408.
- 9 – Fenerty S, West C, Davis SA, Kaplan SG, Feldman SR – The effect of reminder systems on patient's adherence to treatment. *Patient Preference and Adherence*. 6 (2012) 127-135.
- 10 - Foulon V, Schoffski P, Wolter P – Patient adherence to oral anticancer drugs: an emerging issue in modern oncology. *Acta Clinica Belgica*. 66 : 2 (2011) 85-96.
- 11 – Guth U, Myrick ME, Eppenberger-Castori S, Schmid SM – Compliance and persistence of

endocrine adjuvant breast cancer therapy. *Breast Cancer Research and Treatment*. 131 (2012) 491-499.

12 – Haque R. et al. – Effectiveness of aromatase inhibitors and tamoxifen in reducing subsequent breast cancer. *Cancer Medicine*. 1 (2012) 318-327.

13 – Hasegawa K, Kuritani Y, Adachi A, Shinke K, Nishii S, Fujita Y – Improvement of drug compliance and pharmaceutical care: types of drug and dosing regimens desired by patients. *Japanese Journal of Pharmaceutical Health Care and Sciences*. 34 : 8 (2008) 800-804.

14 – Hershman D. et al. – Early discontinuation and non-adherence to adjuvant hormonal therapy are associated with increased mortality in women with breast cancer. *Breast Cancer Research and Treatment*. 126 : 2 (2011) 529-537.

15 – Hershman D. et al. – Early discontinuation and nonadherence to adjuvant hormonal therapy in a cohort of 8769 early stage breast cancer patients. *Journal of Clinical Oncology*. 28 : 27 (2010) 4120-4128.

16 – Huiart L. et al. – Early discontinuation of tamoxifen intake in younger women with breast cancer: is it time to rethink the way it is prescribed? *European Journal of Cancer*. 48 : 13 (2012) 1939-1946.

17 - INFARMED – Monitorização mensal do consumo de medicamentos em meio hospitalar. [Em Linha]. Lisboa: Direção de Informação e Planeamento Estratégico. INFARMED, 2015. Disponível em [http://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/MONITORIZAÇÃO\\_DO\\_MERCADO/OBSERVATORIO/ANALISE\\_MENSAL\\_MERCADO/ANALISE\\_MERCADO\\_MEDICAMENTOS\\_CHNM/2015/Relat%F3rio\\_CHNM\\_Mar15\\_v3.pdf](http://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/MONITORIZAÇÃO_DO_MERCADO/OBSERVATORIO/ANALISE_MENSAL_MERCADO/ANALISE_MERCADO_MEDICAMENTOS_CHNM/2015/Relat%F3rio_CHNM_Mar15_v3.pdf).

18 – Iuga A, Mcguire M – Adherence and health care costs. *Risk Management and Healthcare Policy*. 7 (2014) 35–44.

19 – Junior F, Forones N – Study on adherence to capecitabine among patients with colorectal cancer and metastatic breast cancer. *Arquivos de Gastroenterologia*. 51 : 3 (2014) 186-191.

20 – Kozma C, Dickson M, Phillips A, Meletiche D – Medication possession ratio: implications of using fixed and variable periods

in assessing adherence with disease modifying drugs in patients with multiple sclerosis. *Patient Preference and Adherence*. 7 (2013) 509-516.

21 – Lin J, Zhang S, Manson J – Predicting adherence to tamoxifen for breast cancer adjuvant therapy and prevention. *Cancer Prevention Research*. 4 : 9 (2011) 1360-1365.

22 – McCowan C. et al. – Cohort study examining tamoxifen adherence and its relationship to mortality in women with breast cancer. *British Journal of Cancer*. 99 : 11 (2008) 1763-1768.

23 – Murphy C, Barthlomew L, Carpentier M, Bluethmann S, Vernon S – Adherence to adjuvant hormonal therapy among breast cancer survivors in clinical practice: a systematic review. *Breast Cancer Research and Treatment*. 134 (2012) 459-478.

24 – Partridge A, LaFountain A, Mayer E, Taylor B, Winer E, Asnis-Alibozek A – Adherence to initial adjuvant anastrozole therapy among women with early stage breast cancer. *Journal of Clinical Oncology*. 26 : 4 (2008) 556-562.

25 – Partridge A, Wang P, Winer E, Avorn J – Nonadherence to adjuvant tamoxifen therapy in women with primary breast cancer. *Journal of Clinical Oncology*. 21 : 4 (2003) 602-606.

26 – PORDATA – Óbitos por algumas causas de morte (%) em Portugal. [Em linha]. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos, 2016. [Consult. 12.03.2016]. Disponível em [http://www.portada.pt/Portugal/%c3%93bitos+por+algumas+causas+de+morte+\(percentagem\)-758](http://www.portada.pt/Portugal/%c3%93bitos+por+algumas+causas+de+morte+(percentagem)-758)

27 – Roebuck M, Liberman J, Gemmil-Toyama M, Brennan T – Medication adherence leads to lower health care use and costs despite increased drug spending. *Health Affairs*. 30 : 1 (2011) 91-99.

28 - Sabaté, Eduardo – Adherence to long-term therapies: evidence for action. Geneva: World Health Organization; 2003.

29 – Theofilou P, Panagiotaki H – A literature review to investigate the link between psychosocial characteristics and treatment adherence in cancer patients. *Oncology Reviews*. 6 (2012) DOI: <http://dx.doi.org/10.4081/oncol.2012.e5>.

30 – Thivat E. et al. – Adherence with oral

oncologic treatment in cancer patients: interest of an adherence score of all dosing errors. *Oncology*. 84 (2013) 67-74.

31 – Thompson A. et al. – Comprehensive CYP2D6 genotype and adherence affect outcome in breast cancer patients treated with tamoxifen monotherapy. *Breast Cancer Research and Treatment*. 125 : 1 (2011) 279-287.

32 – Wigertz A. et al. – Adherence and discontinuation of adjuvant hormonal therapy in breast cancer patients: a population-based study. *Breast Cancer Research and Treatment*. 133 : 1 (2012) 367-373.

33 – Wood L – A review on adherence management in patients on oral cancer therapies. *European Journal of Oncology Nursing*. 16 : 4 (2012) 432-438.

34 – Wu E. et al. – Healthcare resource utilization and costs associated with non-adherence to imatinib treatment in chronic myeloid leukemia patients. *Current Medical Research & Opinion*. 26 : 12 (2010) 61-69.

35 – Ziller V. et al. – Adherence to adjuvant endocrine therapy in postmenopausal women with breast cancer. *Annals Oncology*. 20 : 3 (2008) 431-436.

36 – Ziller V, Kyvernitakis I, Knoll D, Storch A, Hars O, Hadji P – Influence of a patient information program on adherence and persistence with an aromatase inhibitor in breast cancer treatment: the COMPAS study. *BMC Cancer*. 13 (2013) DOI: 10.1186/1471-2407-13-407.

# EVOLUÇÃO FUNCIONAL DA PESSOA NUMA UNIDADE DE CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS DE MÉDIA DURAÇÃO E REABILITAÇÃO

Patrícia Alexandra Rodrigues Ferrerira<sup>(1)</sup>; Maria Clara Amado Apóstolo Ventura<sup>(2)</sup>



## Resumo

O Enfermeiro de Reabilitação desempenha um papel importante na equipa multiprofissional da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), sendo basilar no processo de cuidados, na reabilitação, na readaptação e na reintegração da pessoa dependente (Conselho de Enfermagem, 2009). O presente estudo pretende avaliar a evolução funcional da pessoa internada numa Unidade de Média Duração e Reabilitação (UMDR) e identificar fatores sociodemográficos e clínicos que com ela interferem. Trata-se de um estudo exploratório descritivo-correlacional de natureza longitudinal. O instrumento de colheita de dados integra a caracterização sociodemográfica da amostra, condição clínica e avaliação do estado cognitivo (Instrumento de Avaliação Integrado – excerto do Teste Mini-mental). Para avaliar a evolução da independência funcional foi aplicado o Índice de Barthel (IB) em dois momentos: admissão e alta. Dos resultados obtidos constatou-se uma evolução funcional estatisticamente significativa, entre o momento de admissão e o momento de alta. Porém, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas relativamente à evolução funcional de acordo com o sexo, a idade e o estado cognitivo.

**Palavras-chave:** Funcionalidade; Dependência, Enfermagem; Reabilitação

## Abstract

### THE FUNCTIONAL EVOLUTION OF THE PATIENT ADMITTED IN UNIDADES DE MÉDIA DURAÇÃO E REABILITAÇÃO

The Rehabilitation Nurse plays a crucial role in the multi-professional team of Rede Nacional de Cuidados Continuados (RNCCI), being essential in the process of providing care, promoting rehabilitation and encouraging and enabling the reintegration of the dependant in each person's own environment. (Conselho de Enfermagem, 2009). The present study aims to assess the functional evolution of the patient admitted in Unidades de Média Duração e Reabilitação (UMDR) and to identify some sociodemographic and clinical factors that may influence the evolution of functional independence. It is a correlational-descriptive study of longitudinal nature. The instrument for data collection involves the socio-demographic characterization of the sample, its clinical condition and its cognitive state (Integration Assessment Instrument – an extract of the Mini-Mental State). In order to assess the evolution of functional independence the Barthel Index (BI) was applied in two different moments: admission and discharge. Data analysis and outcome revealed a statistically significant functional evolution between the moment of admission and the moment of discharge. However, no statistically significant differences regarding functional evolution were established based on sex, age and cognitive state.

**Keywords:** Functionality; Dependency; Nursing; Rehabilitation

## Resumen

### LA EVOLUCIÓN FUNCIONAL DE LA PERSONA HOSPITALIZADA EN LA UNIDAD DE DURACIÓN MEDIA Y REHABILITACIÓN

El enfermero de rehabilitación tiene un papel importante en el equipo multiprofesional de la Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), siendo fundamental en el proceso de cuidado, rehabilitación, readaptación y inserción de la persona dependiente (Consejo de Enfermería, 2009). Este estudio tiene como objetivo evaluar la evolución funcional de la persona hospitalizada en la Unidad de Duración Media y Rehabilitación (UMDR) e identificar los factores sociodemográficos y clínicos que interfieren con ella. Se trata de un estudio exploratorio descriptivo-correlacional de carácter longitudinal. El instrumento de recolección de datos integra la caracterización sociodemográfica de la muestra, estado clínico y la evaluación del estado cognitivo (Herramienta de Evaluación Integrada - extracto de la prueba Mini-mental). Para evaluar la evolución de la independencia funcional se aplicó el índice de Barthel (BI) en dos etapas: la admisión y alta. En los resultados obtenidos se encontró un resultado funcional estadísticamente significativo entre el momento del ingreso y el del alta. Sin embargo, no hubo diferencias estadísticamente significativas en el resultado funcional de acuerdo con el sexo, edad y estado cognitivo.

**Palabras clave:** Funcionalidad; dependencia, enfermería; rehabilitación

Recebido em outubro 2016. Aceite em Novembro 2016

<sup>(1)</sup> Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação; Mestre em Enfermagem de Reabilitação; Santa Casa da Misericórdia de Arganil – UCCI, Hospital Dr. Fernando Valle

<sup>(2)</sup> Professora Coordenadora da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra; Doutorada em Ciências de Enfermagem

## INTRODUÇÃO

As necessidades de cuidados por parte das pessoas dependentes e idosas aumentaram exponencialmente nos últimos anos e continuarão decerto a aumentar nos próximos tempos, devido à conjugação de vários fatores - o aumento da esperança de vida, o progresso da Medicina e as dificuldades de apoio informal, dadas as alterações dos modelos de família e a inserção da mulher no mercado de trabalho (Sequeira, 2010).

A RNCCI surge no sentido de colmatar a falta de respostas às necessidades de cuidados de saúde decorrentes destas situações de dependência.

Face a esta resposta do sistema às necessidades de saúde atuais, torna-se pertinente a realização de estudos de investigação no que concerne aos cuidados prestados e aos resultados alcançados, tendo em vista aquele que é o objetivo da Rede em geral e os objetivos de cada uma das suas tipologias de cuidados, indispensáveis à melhoria dos cuidados e dos serviços.

Os pressupostos inerentes à RNCCI, delineados pela Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados (UMCCI, 2011), em muito se relacionam com aquelas que são as competências do Enfermeiro generalista e também com as competências específicas do Enfermeiro de Reabilitação. Para o Conselho de Enfermagem (2009), neste modelo de cuidados de serviços e instituições da RNCCI, o Enfermeiro Especialista em Reabilitação desempenha um papel fulcral na equipa multiprofissional, sendo basilar no processo de cuidados, na reabilitação, na readaptação e na reintegração da pessoa dependente no seu meio, potenciando o seu desenvolvimento. O Enfermeiro Especialista de Reabilitação deve integrar as equipas de saúde de todas as tipologias de cuidados da RNCCI, no entanto, são cruciais em alguns dos seus setores de prestação de cuidados, nomeadamente nas UMDR – tipologia de internamento onde se desenvolverá o presente estudo.

De acordo com o Decreto-Lei n.º 101/2006, esta tipologia de cuidados pressupõe a prestação de cuidados clínicos, de reabilitação e de apoio psicossocial, a pessoas com necessidade de recuperação de um processo agudo ou

descompensação de processo patológico crónico, com perda transitória de autonomia potencialmente recuperável.

Torna-se assim pertinente conhecer o nível de recuperação do utente internado numa UMDR. Neste âmbito será realizado um estudo do tipo descritivo-correlacional de natureza longitudinal, tendo como principal objetivo avaliar a evolução funcional dos doentes nesta tipologia de cuidados, identificando também a sua relação com variáveis sociodemográficas, sexo e idade, e com o estado cognitivo.

## FUNDAMENTAÇÃO

### 1. A REDE NACIONAL DE CUIDADOS CONTINUADOS

A RNCCI resulta de uma parceria entre os Ministérios da Saúde e do Trabalho e da Solidariedade Social, criada com o Decreto-Lei n.º 101 de 2006. De acordo com Monteiro, Santos e Costa (2013), o envelhecimento da população, aliado à mudança de perfil de patologias e da estrutura familiar, contribuiu para a necessidade de alterações nos cuidados de saúde, de modo a responder às carências provocadas pelo avanço da idade e às necessidades dos cidadãos em situação de dependência.

A rede de serviços disponíveis, ao nível dos cuidados de saúde primários e diferenciados, não tinha capacidade de responder, de modo integrado e articulado, às atuais necessidades de cuidados. Os serviços a prestar teriam de garantir a continuidade de cuidados num estadio da doença em que não se justifica o internamento em hospitais de agudos, pelos custos e riscos associados, mas em que a sua situação clínica também não permite a alta plena para o domicílio.

O Decreto-Lei n.º 101/2006 expõe como objetivo geral da Rede a prestação de cuidados continuados integrados a pessoas que, independentemente da idade, se encontrem em situação de dependência. Para o presente estudo, de entre as várias vertentes de prestação de cuidados da RNCCI, foi selecionada uma UMDR. Esta tipologia de internamento pretende:

“A prestação de cuidados clínicos, de reabilitação e de apoio psicossocial, por situação clínica decorrente de recuperação de um processo agudo ou de descompensação de processo patológico crónico, a pessoas com perda transitória de autonomia potencialmente recuperável” (Decreto-Lei nº 101/2006, artigo nº 15, p. 3860).

De acordo com o Decreto-Lei supra-citado, o período de internamento na tipologia de MDR tem uma previsibilidade superior a 30 dias e inferior a 90 consecutivos.

## 2. FUNCIONALIDADE VERSUS (IN)DEPENDÊNCIA

A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde define funcionalidade como um termo genérico para as funções do corpo, estruturas do corpo, atividades e participação. Indicando “os aspectos positivos da interação entre um indivíduo (com uma condição de saúde) e os seus factores contextuais (ambientais e pessoais)” (Organização Mundial de Saúde [OMS], 2004, p.186).

O Decreto-Lei n.º101/2006 (2006, p.3857), referente à RNCCI, define funcionalidade como “a capacidade que uma pessoa possui, em cada momento, para realizar tarefas de subsistência, para se relacionar com o meio envolvente e para participar socialmente”. Assim, o estado funcional de cada sujeito é determinado não só pelas suas capacidades individuais, mas também pelas exigências do meio.

Neste âmbito torna-se relevante analisar também o conceito de dependência. Assim, e por seu turno, este pode ser definido como: a situação em que se encontra a pessoa que, por falta ou perda de autonomia física, psíquica ou intelectual, resultante ou agravada por doença crónica, demência orgânica, sequelas pós-traumáticas, deficiência, doença severa e ou incurável em fase avançada, ausência ou escassez de apoio familiar ou de outra natureza, não consegue, por si só, realizar as actividades da vida diária. (Decreto-Lei n.º101/2006, p. 3857).

### 2.1 FACTORES QUE CONTRIBUEM PARA A (IN)DEPENDÊNCIA FUNCIONAL

Sequeira (2010, p. 39) refere que a “transição para a dependência é um processo complexo, multidimensional e multicausal.”

Para Carvalho (2012) a dependência pode ser de causa previsível ou imprevisível. Os fatores imprevisíveis englobam acidentes ou doenças crónicas e incapacitantes; os que podemos prever estão associados a determinados indicadores de risco como o aumento da idade, o nível de escolaridade, o isolamento, os hábitos de vida e os recursos sociais. São estas últimas variáveis, as causas previsíveis, que se podem modificar, interferindo positivamente no processo de envelhecimento, aumentando o número de anos de vida sem dependência e, consequentemente, com autonomia e capacidade para desempenhar uma vida com mais qualidade.

Soares, Coelho, e Carvalho (2012) referem também que a capacidade funcional está positivamente correlacionada com o comprometimento cognitivo. O género é um factor, também por vezes referido, na influência da dependência. De acordo com dados do Instituto Nacional de Estatística (2013), embora a esperança média de vida dos homens seja inferior à das mulheres, estes podem esperar viver mais anos sem limitações funcionais/incapacidades (esperança de vida saudável).

### 2.2 AVALIAÇÃO FUNCIONAL

A função/funcionalidade é avaliada com base na capacidade de execução das atividades da vida diária (AVD) (Figueiredo, 2007). Quando ocorre declínio funcional, são perdidas primeiramente as capacidades para as atividades mais complexas. As atividades básicas da vida diária (ABVD), que correspondem a funções de sobrevivência, quando afetadas traduzem os níveis mais graves de deficiência das habilidades físicas (Paixão & Reichenheim, 2005). As próprias ABVD com o crescente declínio funcional, tendem também a perder-se por ordem de complexidade. Deste modo, primeiramente a pessoa deixa de conseguir tomar banho, vestir-se, progredindo até um nível

de dependência completa, quando deixa de se conseguir alimentar (Moraes, 2008).

Como refere Lima (2014), a avaliação funcional constitui parte integrante do processo de enfermagem, que desde sempre avaliou a capacidade dos doentes satisfazerem as suas necessidades. No entanto, esta avaliação toma especial relevância para o Enfermeiro de Reabilitação, uma vez que a sua prática se direciona para a recuperação da função. A avaliação funcional, para além de determinar o nível de comprometimento funcional, permite ao Enfermeiro de Reabilitação identificar necessidades, estabelecer um plano de intervenções e avaliar resultados.

### 3. O ENFERMEIRO DE REABILITAÇÃO NUMA UMDR

A Enfermagem de Reabilitação é a área de intervenção que visa o diagnóstico e a intervenção precoce, a promoção da qualidade de vida, do autocuidado, promove a maximização da funcionalidade e a prevenção de complicações, evitando incapacidades ou minimizando as mesmas, potenciando o rendimento e desenvolvimento pessoal (Ordem dos Enfermeiros, 2011).

Os pressupostos inerentes à RNCCI, delineados pela UMCCI (2011), em muito se relacionam com aquelas que são as competências do Enfermeiro generalista e também com as competências específicas do Enfermeiro de Reabilitação. Podendo referir-se aquelas que são as orientações gerais de abordagem no âmbito de intervenção na Rede que assentam no princípio dos 3 R's – Reabilitação, Readaptação, Reinserção.

De acordo com o Conselho de Enfermagem (2009), o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação deve integrar as equipas de saúde de todas as tipologias da RNCCI. No entanto, e porque a sua atuação se dirige, essencialmente, à recuperação e à adaptação ou manutenção funcional da pessoa e ao treino do prestador de cuidados, com o objetivo de preparar o regresso a casa, os Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação são cruciais nas Unidades de convalescença, de média e de longa duração e Equipas de Cuidados Continuados

Integrados domiciliárias.

### MATERIAL E MÉTODOS

Foi desenvolvido um estudo do tipo descritivo-correlacional longitudinal, cuja amostra é não probabilística do tipo acidental. A seleção do local de recolha de dados teve em conta a acessibilidade e o interesse do investigador em explorar o fenómeno da evolução funcional dos doentes naquela UMDR.

Como critérios de inclusão, foi definido, ser admitido na tipologia de MDR da UCCI em estudo no período temporal de Novembro de 2014 a Agosto de 2015, com um internamento superior a 30 dias.

Com base no tema do estudo e nos seus objetivos foram formuladas as seguintes hipóteses (H):

- Hipótese 1 (H1) - Existe diferença na evolução funcional do doente internado numa UMDR entre a admissão e alta;

- Hipótese 2 (H2) - Existe diferença na evolução funcional do doente internado numa UMDR de acordo com o sexo;

- Hipótese 3 (H3) - Existe relação entre a idade e a evolução funcional do doente internado numa UMDR;

- Hipótese 4 (H4) - Existe relação entre o estado cognitivo e a evolução funcional do doente internado numa UMDR.

### VARIÁVEL DEPENDENTE

- Independência funcional - para medir esta variável recorreu-se à aplicação do Índice de Barthel (IB). Este é um instrumento que avalia o nível de independência da pessoa para a realização de dez atividades básicas de vida: comer, higiene pessoal, controlo de esfíncteres, transferências, mobilização, uso dos sanitários, tomar banho, vestir/despir e subir/descer escadas. Sequeira (2010) refere que um valor total inferior a 20 pontos indica que a pessoa se encontra totalmente dependente; entre os 20 e 35 pontos, severamente dependente; 40-55 pontos, moderadamente dependente; 60-85 pontos, ligeiramente independente e 90-100 indica independente.

## VARIÁVEIS INDEPENDENTES

- Idade: Variável cuja unidade de medida corresponde aos anos de vida. De modo a simplificar a análise de dados as idades foram agrupadas nas classes etárias - <75 anos; 75~84 anos e  $\geq 85$ ;

- Sexo: Variável dicotômica composta pelas categorias Masculino e Feminino.

- Estado cognitivo: variável avaliada através do excerto respetivo do Instrumento de Avaliação Integrado (IAI) do Aplicativo de Monitorização da RNCCI, onde constam os itens de orientação no tempo (OT) e de orientação no espaço (OE) do teste Mini-mental. Somada a pontuação obtida, o resultado pode variar em 0 e 3, assim um valor final compreendido entre 0 e 0,9 corresponde a um mau estado cognitivo; entre 1 e 1,9 estado cognitivo insatisfatório, 2 e 2,9 satisfatório e 3 corresponde a um bom estado cognitivo.

O instrumento de colheita de dados do presente estudo de investigação é constituído por três partes. Na primeira parte do instrumento é colhida a informação sobre o sexo e a idade. Segue-se uma pergunta aberta referente ao diagnóstico de admissão. A segunda parte é constituída pelos itens de avaliação do estado cognitivo do IAI do Aplicativo de Monitorização da RNCCI, referido anteriormente.

De modo a avaliar a evolução funcional do doente, a última parte do instrumento de colheita de dados, é constituída pelo IB. Paixão e Reichenheim (2005), numa revisão realizada sobre instrumentos de avaliação do estado funcional do idoso, concluíram que dos sete instrumentos de avaliação de AVD's analisados, o IB é o que possui resultados de confiabilidade e validade mais consistentes. Também Araújo, Ribeiro, Oliveira e Pinto (2007, p. 65) referem o IB como "um instrumento válido e fácil de aplicar na prática clínica".

Os mesmos autores, citando (Diestre e Vilarmau, 2000; Ferrín, 2005; Vilarmau, Diestre e Guirao, 2000), referem que em programas de reabilitação, na monitorização da capacidade funcional, foi utilizado o valor resultante da diferença entre a pontuação do IB na alta e a pontuação do IB no momento de ingresso. Um resultado positivo

equivale a uma melhoria na capacidade funcional e um valor negativo, a uma deterioração do estado funcional da pessoa. Também no presente estudo de investigação será aplicado o IB nestes dois momentos distintos: primeiro momento – admissão e, segundo momento – alta, de modo a analisar essa diferença, a fim de avaliar a evolução funcional da amostra em estudo.

Assim, os dados serão colhidos no momento de admissão, pressupondo-se as primeiras 48h após o ingresso do utente na unidade e o último item do instrumento de colheita de dados, o IB, volta a ser aplicado no momento de alta.

De forma a cumprir os preceitos formais e éticos inerentes à realização deste estudo, foi solicitada a autorização formal à Direção da Instituição selecionada para recolha de dados, tendo este sido diferido. Foi também submetido parecer à Comissão de Ética da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem, da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, tendo sido obtido parecer favorável.

Todos os participantes foram informados sobre o caráter voluntário da participação no estudo, bem com da garantia de confidencialidade, quando o utente não se encontrava capaz de assimilar tal informação foi solicitada a autorização ao seu cuidador principal. Após o consentimento informado de cada participante no estudo, procedeu-se ao início da colheita de dados.

## RESULTADOS

### CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA DE AMOSTRA

A amostra deste estudo é constituída por 41 pessoas, 56,10% do sexo feminino (n=23) e 43,90% do sexo masculino (n=18), com idades com prendidas entre os 39 e os 93, anos perfazendo uma média de idades de cerca de 78 anos e uma moda de 86 anos. A classe dos que têm 85 anos ou mais anos, representa 41,47% da população, ao passo que a população com mais de 65 anos, representa 85,37% da amostra em estudo.

No que concerne ao estado civil, a maior percentagem da amostra é viúva, com 41,47%, seguindo-se os casados com 29,27%.

Relativamente às habilitações literárias a totalidade da amostra possui uma escolaridade igual ou inferior a 1º estágio.

### DIAGNÓSTICO DE ADMISSÃO

Dada a grande variedade de diagnósticos de admissão, de modo a simplificar a análise de dados, estes foram agrupados de acordo com a Classificação Internacional de Doenças (OMS:CID-10) (2000). Assim, podem destacar-se três tipos de patologias mais frequentes, as respeitantes às doenças do aparelho circulatório (31,70%), seguido das lesões, envenenamento e outras doenças de causa externa (21,95%) e das doenças do aparelho respiratório (14,63%). Nestes grupos destacam-se, nas doenças do aparelho circulatório, o AVC (Acidente Vascular Cerebral), com 8 casos em  $n=13$ ; nas lesões, envenenamento e outras doenças de causa externa, destaca-se a fratura do colo do fémur, com 5 casos em  $n=9$  e nas doenças do aparelho respiratório, a pneumonia com 4 casos em  $n=6$ .

### CARACTERIZAÇÃO DA (IN) DEPENDENCIA FUNCIONAL

Araújo et al. (2007) refere que parece consensual, no âmbito da prática clínica, a proposta de Granger et al (1979), que considera uma classificação de 60 como um “ponto de viragem” entre a independência e a dependência. Considerando esta premissa, podemos constatar que em todas as categorias do IB pontuadas com um valor inferior a 60 (totalmente dependente, severamente dependente e moderadamente dependente) ocorreu uma diminuição do número de casos, entre o momento de admissão e o momento de alta. Contrariamente, em todas as categorias com uma pontuação superior a 60 (ligeiramente dependente e independente), ocorreu um aumento do número de casos.

Podemos verificar ainda, que o IB no momento da admissão, tem uma pontuação média 35,24, correspondendo, segundo Sequeira (2010), a um nível que se encontra no limiar da dependência severa. No momento da alta esta pontuação média sobe na escala para 47,20, localizando-se assim

em termos de classificação, no nível seguinte de maior independência e que corresponde a uma dependência moderada.

Relativamente a cada uma das AVD, avaliadas pelo IB, verificou-se que, quer no momento da admissão quer no momento de alta, o banho foi a AVD onde se verificou o maior grau de dependência. Já a alimentação foi onde se verificou maior grau de independência, também quer no momento de admissão que no momento de alta.

Relativamente à evolução, tendo em vista a independência nas AVD, podemos verificar que apenas controlo urinário não se alterou entre o momento de admissão e alta. Em todas as outras categorias foi notório um aumento da independência, destacando-se uma maior evolução na alimentação.

De modo a verificar Hipótese 1 - Existe diferença na evolução funcional do doente internado numa UMDR entre a admissão e alta, foi aplicado o teste de Shapiro-Wilk para o IB na admissão e para o IB na alta, verificando-se  $p < 0,05$  em ambos os índices e por isso conclui-se que ambos os índices seguem uma distribuição não normal, pelo que irá recorrer-se ao uso de testes não paramétricos.

Como tal, de modo a testar a significância entre duas medições emparelhadas, recorreu-se à aplicação do Teste de Wilcoxon, obtendo-se  $p < 0,05$ . Assim verifica-se que existem diferenças estatisticamente significativas na evolução funcional do doente internado numa UMDR entre o momento de admissão e o momento da alta.

Para verificar a Hipótese 2 - Existe diferença na evolução funcional do doente internado numa UMDR de acordo com o sexo, procede-se novamente à análise da normalidade dos dados, tendo agora em conta a partição dos grupos: feminino e masculino. Tendo-se verificado que os níveis de significância da normalidade no IB na admissão para as mulheres, bem como para os homens é inferior a 0,05 ( $p=0,014$  em ambos), pelo que se rejeita a normalidade.

Assim recorreu-se seguidamente ao uso Teste U de Mann-Whitney, de modo a verificar se existe diferença estatisticamente significativa entre o sexo feminino e masculino, utilizando a variável relativa à evolução funcional da pessoa, obtida

através da diferença do IB (IB na alta - IB na admissão).

Através do teste obteve-se um  $p=0,894$ , logo  $> 0,05$ , pelo que a diferença do IB é a mesma independentemente do sexo, ou seja, não se verificam diferenças estatisticamente significativas na evolução funcional do doente internado numa UMDR de acordo com o sexo.

Da estatística descritiva pôde constatar-se, que embora os valores de diferença de médias entre o IB na alta e o IB na admissão fossem muito semelhantes para ambos os sexos, em média, as mulheres partem de um nível de independência ligeiramente superior, ou seja, têm pontuação superior no IB da admissão.

Relativamente à idade analisando a média do IB entre o momento da admissão e da alta, para cada grupo etário, não se verificaram valores muitos díspares no aumento da independência. Assim e da aplicação de testes estatísticos para verificação de H3 - Existe relação entre a idade e a evolução funcional do doente internado numa UMDR, procedeu-se à verificação da normalidade da variável idade. Obteve-se através do teste de Shapiro-Wilk um resultado para o nível de significância da normalidade inferior a 0,05 - a variável segue uma distribuição não normal.

Foi então avaliada a correlação entre as variáveis idade e evolução funcional, através do teste de correlação de Spearman. Da leitura do teste, verificou-se um coeficiente de correlação de 0,105. De acordo com Pestana e Gageiro (2014), um valor do teste de  $r$  de Spearman, inferior a 0,2 significa uma correlação muito fraca, assim, sendo inferior a 0,05 não é estatisticamente significativa. Deste modo conclui-se que não existe relação entre a idade e a evolução funcional do doente internado numa UMDR.

Relativamente ao estado cognitivo, 43,90% da população apresenta um mau estado cognitivo e 29,27% apresenta um bom estado cognitivo, a restante amostra apresenta níveis intermédios na escala de avaliação do estado cognitivo.

Analisando os valores do IB para cada uma das categorias de avaliação do estado cognitivo, verificou-se que, excetuando uma das categorias, (IB alta para um estado cognitivo insatisfatório),

ocorreu um aumento da média do IB, quer na admissão quer na alta, à medida que se evolui na escala de avaliação do estado cognitivo de mau para bom. No entanto, no que respeita à diferença entre as médias não se verifica um padrão consensual. Ou seja, não é possível estabelecer uma linearidade entre a evolução funcional e o estado cognitivo, no entanto, de acordo com o melhor ou pior estado cognitivo, a amostra em estudo parte de um nível de dependência superior ou inferior, respetivamente.

Para verificar Hipótese4 - Existe relação entre o estado cognitivo e a evolução funcional do doente internado numa UMDR, analisou-se se a variável estado cognitivo, quede acordo com o Teste de Shapiro-Wilk segue uma distribuição não normal ( $p=0,000$ ).

Seguidamente foi aferida a correlação entre as variáveis através do teste de correlação de Spearman, verificando-se um coeficiente de correlação de 0,168, o que significa, de acordo com Pestana e Gageiro (2014), uma correlação muito fraca, inferior a 0,05, não se verificando relação estatisticamente significativa entre o estado cognitivo e a evolução funcional do doente internado numa UMDR

## DISCUSSÃO

### CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA DE AMOSTRA

A distribuição da amostra, do presente estudo, por sexo, encontra-se muito próxima daqueles que foram os resultados obtidos pelo Relatório de monitorização da RNCCI 2014 (Administração Central do Sistema de Saúde [ACSS], 2015), onde se constatou que 55,6% da população era feminina e os restantes 44,4% pertenciam ao sexo masculino.

Relativamente às idades, a população com mais de 80 anos representava 45,1% da população total dos utentes da Rede no ano de 2014 (ACSS, 2015). No presente estudo as classes etárias não foram distinguidas com uma classificação superior a 80 anos, ainda assim podemos verificar que relativamente à classe dos que têm 85 anos ou mais anos, esta representa 41,47% da população. Quando analisadas as idades, tendo em conta

a população com mais de 65 anos, o presente estudo revelou que 85,37% se encontram nesta condição. Estes dados encontram-se também muito próximos dos resultados obtidos pelo ACSS (2015), onde se verificou que 83,4% da população da RNCCI em 2014 tinha mais de 65 anos. Tal como refere Carvalho (2012), embora a RNCCI não tenha explicitamente como alvo a pessoa idosa dependente, foi sobretudo, o aumento do consumo de serviços de saúde por esta população que suscitou o surgimento deste novo nível de cuidados.

### **DIAGNÓSTICO DE ADMISSÃO**

Os resultados obtidos relativamente aos diagnósticos de admissão vão ao encontro do verificado por Cruz e Correia (2015), no seu estudo sobre as características clínicas dos utentes consumidores de cuidados continuados, onde 50,8% dos utentes apresentavam como diagnóstico principal patologias associadas ao sistema circulatório e 23,5% apresentavam diagnósticos relacionados com lesões, envenenamento e causas externas. Também Araújo, Paúl, e Martins, (2011) identificou as doenças do aparelho circulatório como a principal causa de dependência no autocuidado. No que se refere à patologia especificamente, Andrade (2009) verificou também, que o AVC foi a doença que mais afetou a dependência para AVD.

### **CARACTERIZAÇÃO DA (IN)DEPENDÊNCIA FUNCIONAL**

Os resultados deste estudo corroboram como os resultados do estudo de Pereira (2012) e Silva (2013) onde também a alimentação foi identificada como a AVD com menor grau de dependência e o banho como a AVD com maior grau de dependência.

De acordo Dantas, Bello, Barreto, e Lima (2013) um melhor desempenho na alimentação, quando comparada com outras AVD, pode ser explicado por esta ser uma atividade que não requer deslocação e exige pouco desempenho motor, cognitivo e visual. A alimentação como função de caráter de subsistência que é executada

quase automaticamente e como tal mantida até à fase final do declínio funcional.

Referindo Moraes (2008), cada uma das AVD possui um determinado grau de complexidade. Desta forma, com o aumento do declínio funcional, tendem a perder-se por ordem de complexidade, ou seja, primeiramente a pessoa deixa de conseguir tomar banho, vestir-se, progredindo até um nível de dependência completa, quando deixa de se conseguir alimentar.

Relativamente aos testes de hipóteses não se verificaram diferenças estatisticamente significativas na evolução funcional do doente internado numa UMDR de acordo com o sexo, corroborando com os resultados de outros estudos, como o de Lourenço (2011) e Paula, Ribeiro, D'Elboux, e Guariento (2013), onde também não se verificou associação entre a dependência em relação às AVD e sexo.

Tal como no presente estudo também Ferreira (2011), verificou que embora não existisse relação estatisticamente significativa entre a (in)dependência funcional e o sexo, os idosos do sexo masculino, eram tendencialmente mais dependentes quando comparados ao sexo feminino. Assim, para o mesmo autor e citando Osada (2000), este refere que tal acontecimento, poder-se-á dever ao facto das mulheres serem responsáveis por atividades como as lides domésticas diárias, mantendo-as assim ativas durante mais tempo e retardando desta forma a perda de funcionalidade.

Relativamente à H3 - conclui-se que não existe relação entre a idade e a evolução funcional do doente internado numa UMDR. Também Lima (2014) ao estudar a reabilitação e a independência funcional verificou que a idade não influencia a recuperação da independência. No que respeita à funcionalidade, a idade dos idosos apenas pode explicar uma parte.

No que respeita ao estado cognitivo não se verificou uma linearidade entre a evolução funcional e o estado cognitivo, no entanto, de acordo com o melhor ou pior estado cognitivo, a amostra em estudo parte de um nível de dependência superior ou inferior, respetivamente, pressupondo-se que um pior estado cognitivo

implique um maior grau de dependência e vice-versa.

Resultados semelhantes foram obtidos por Freitas e Ramos (2010), tendo também como amostra, os utentes internados numa UMDR. Os mesmos autores verificaram que utentes sem diagnóstico de demência apresentaram ao longo do internamento, valores funcionais superiores aos dos utentes cujo diagnóstico de demência está presente. No entanto, no que se refere a ganhos funcionais a ausência/presença de demência não se mostrou relevante dado que os utentes alcançaram semelhantes ganhos funcionais.

Para H4, não se verificou relação estatisticamente significativa entre o estado cognitivo e a evolução funcional do doente internado numa UMDR, o que vai ao encontro de um estudo realizado por Lima (2014), sobre reabilitação e independência funcional do doente sujeito a imobilidade, verificou não existir relação significativa entre o estado confusional e a recuperação da independência.

No que respeita à maior/menor independência funcional tendo em conta um melhor/pior estado cognitivo, também Leite, Castioni, Kirchner, e Hildebrandt (2015), num estudo sobre a capacidade funcional e o estado cognitivo referem que uma pior capacidade cognitiva pode estar associada a uma capacidade funcional limitada.

## CONCLUSÃO

Com o presente estudo de investigação verificou-se que ocorreu evolução estatisticamente significativa nos doentes internados numa UMDR desde a admissão até à alta. Relativamente a cada uma das AVD, avaliadas pelo IB, em todas as outras categorias foi notório um aumento da independência, exceptuando o controlo urinário, onde não ocorreu nenhuma evolução. O maior nível de evolução funcional ocorreu na alimentação.

Não se verificaram existirem diferenças estatisticamente significativas, na evolução funcional de acordo com o sexo, com a idade e com o estado cognitivo.

Considera-se o trabalho produzido e os resultados obtidos foram cruciais, tendo em conta a carência de estudo verificada nesta área. Acreditando que estes foram importantes para

o principiar dos estudos e da compreensão, da evolução funcional na RNCCI, especificamente nas UMDR.

Uma das maiores dificuldades sentidas na realização deste estudo prendeu-se com a escassez de bibliografia relacionada com o tema estudo, nomeadamente a evolução funcional, num primeiro ponto porque a grande maioria dos estudos sobre funcionalidade e/ou (in)dependência tem como população alvo pessoas com mais de 65 anos, quando não, são referentes a populações com patologias específicas. Num segundo ponto, esta dificuldade sentiu-se pela falta de bibliografia relativamente a estudos nas UMDR, nomeadamente sobre a evolução funcional. Assim, embora vão já surgindo alguns trabalhos relativamente à RNCCI, pouco se debruçam sobre a evolução funcional e muitos menos ainda sobre a especificidade de cada tipologia de cuidados.

Um dos aspetos a considerar na realização deste estudo prende-se com o tamanho da mostra, o trabalho ficaria enriquecido com uma amostra maior. No entanto, o fato da avaliação ser efectuada em dois momentos, leva a uma morosidade no processo de colheita de dados, e o limite temporal para a realização da investigação, não permitiu abranger mais utentes.

A falta de Enfermeiro de reabilitação, tendo em conta as suas competências, pode significar que a evolução funcional do doente poderia ter sido superior. Torna-se premente a inclusão deste profissional nas equipas de saúde e o desenvolvimento de estudos que permitam comprovar a evidência de melhores resultados na independência funcional dos doentes internados na RNCCI. Seria uma mais-valia a realização de mais estudos que demonstrassem os ganhos em saúde que emergem desta nova forma de cuidados, quer a nível geral, quer da Enfermagem em particular e ainda da Enfermagem de Reabilitação. Assim considera-se que em estudos posteriores seria enriquecedor a constituição de uma amostra superior, bem como a colheita de dados em mais de uma UMDR. Seria ainda então pertinente a realização de um estudo semelhante, sobre a evolução funcional numa UMDR, mas em duas populações distintas – uma que usufrui-se de

cuidados por parte do Enfermeiro de Reabilitação (UMDR com Enfermeiro de Reabilitação na sua equipa multiprofissional) e outra sem possibilidade de acesso a esses cuidados.

## BIBLIOGRAFIA

Administração Central do Sistema de Saúde – Monitorização da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados – 2014. (2015). Departamento de Gestão da Rede de Serviços e Recursos em Saúde: Núcleo Funcional da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados.

Andrade, F. (2009) O Cuidado Informal à Pessoa Idosa Dependente em Contexto Domiciliário: Necessidades Educativas do Cuidador Principal (Tese de Mestrado) Universidade do Minho, Portugal. Recuperado de [https://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/10460/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o\\_Mestrado\\_Fernanda\\_%20Andrade-Vers%C3%A3o\\_final.pdf](https://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/10460/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o_Mestrado_Fernanda_%20Andrade-Vers%C3%A3o_final.pdf).

Araújo, F., Ribeiro, J., Oliveira, A., & Pinto, C. (2007). Validação do Índice de Barthel numa amostra de idosos não institucionalizados. *Qualidade de Vida*, 25(2), 59-66. Recuperado de <http://www.cdi.ensp.unl.pt/docbweb/multimedia/rpsp2007-2/05.pdf>.

Araújo, I., Paúl, C., & Martins, M. (2011). Viver com mais idade em contexto familiar: dependência no autocuidado. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 45(4), 869-875.

Carvalho, M. (2012). Envelhecimento e cuidados domiciliários em Instituições de Solidariedade Social. Lisboa, Portugal: Coisas de Ler.

Conselho de Enfermagem. (2009). Referencial do Enfermeiro da RNCCI. Recuperado de <http://www.ordemenfermeiros.pt/documentosoficiais/documents/rncci%20-%20v.final%20referencial%20do%20enfermeiro%20-%20abril%202009.pdf>

Cruz, S., & Correia, G. (2015). Características clínicas dos utentes consumidores de cuidados continuados do distrito de Vila Real. *Saúde: do Desafio ao Compromisso*, 1ª ed. 157-165.

Dantas, M., Bello, F., Barreto, K. Lima, L.

(2013). Capacidade funcional de idosos com doenças crônicas residentes em Instituições de Longa Permanência. *Rev. bras. Enferm*, 66(6), 914-920. Recuperado de [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672013000600016&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672013000600016&script=sci_arttext).

Decreto-Lei nº 101/06 de 6 de Junho. (2006). Diário de República nº 109/06, I Série. Ministérios da Saúde e do Trabalho e da Solidariedade Social. Lisboa, Portugal.

Ferreira, A. (2011). (In)dependência funcional em idosos domiciliados: “Intervenção de Enfermagem de Reabilitação. Escola Superior de Saúde de Viseu. Recuperado de <http://repositorio.ipv.pt/handle/10400.19/1660>

Figueiredo, D. (2007). Cuidados familiares ao idoso dependente. Lisboa, Portugal: Climepsi Editores.

Freitas, C., & Ramos C. (2010). Avaliação da qualidade das intervenções em Cuidados Continuados Integrados. Recuperado de [http://naturidade.pt/Estudo-Avaliacao-da-Qualidade-das-Intervencoes-em-Cuidados-Continuados-Integrados\[1\]](http://naturidade.pt/Estudo-Avaliacao-da-Qualidade-das-Intervencoes-em-Cuidados-Continuados-Integrados[1])

Instituto Nacional de Estatística, I.P. (2013). Esperança média de vida à nascença e esperança média de vida saudável à nascença, por sexo. Lisboa, Portugal. Recuperado de [http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:S4IXtL-7mcJ:https://www.ine.pt/ngt\\_server/attachfileu.jsp%3Flook\\_parentBoui%3D124268975%26att\\_d\\_i\\_s\\_p\\_l\\_a\\_y\\_%3Dn%26a\\_t\\_t\\_d\\_o\\_w\\_n\\_l\\_o\\_a\\_d%3Dy+&c\\_d=3&h\\_l=p\\_t-PT&ct=clnk&gl=pt](http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:S4IXtL-7mcJ:https://www.ine.pt/ngt_server/attachfileu.jsp%3Flook_parentBoui%3D124268975%26att_d_i_s_p_l_a_y_%3Dn%26a_t_t_d_o_w_n_l_o_a_d%3Dy+&c_d=3&h_l=p_t-PT&ct=clnk&gl=pt).

Leite, M., Castioni, D., Kirchner, M., & Hildebrandt, L. (2015). Capacidade funcional e nível cognitivo de idosos residentes em uma comunidade do sul do Brasil. *Enfermería Global*, 14(37), 12-22. Recuperado de [http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1695-61412015000100001&script=sci\\_arttext&tlng=pt](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1695-61412015000100001&script=sci_arttext&tlng=pt)

Lima, A. (2014). A reabilitação e a independência funcional do doente sujeito a imobilidade (Tese de Mestrado). Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo. Recuperado de <http://repositorio.ipv.pt/handle/123456789/1236>.

Lourenço, T. (2011). Capacidade funcional

do idoso longevo admitido em unidades de internação hospitalar na cidade de Curitiba (Tese de Mestrado). Universidade Federal do Paraná.

Monteiro, M., Santos, O., & Costa, M. (2013). Unidades de Cuidados Continuados Integrados: uma resposta ao envelhecimento e à dependência em Portugal. *BiomedBiopharmRes*, 10(2), 163-178.

Moraes, E. (2008). *Princípios básicos de geriatria e gerontologia*. Belo Horizonte, Brasil: Coopmed.

Ordem dos Enfermeiros (2011). *Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de reabilitação*. Lisboa, Portugal.

Organização Mundial de Saúde. (2000). *CID 10: classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde*. (Centro colaborador da OMS para a Classificação de Doenças em Português Trad.). (10ª revisão). São Paulo, Brasil: Universidade de São Paulo.

Organização Mundial de Saúde. Direção Geral de Saúde. (2004). *Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde*. Lisboa, Portugal.

Paixão, C., & Reichenheim, M. (2005). Uma revisão sobre instrumentos de avaliação do estado funcional do idoso. *Cadernos de Saúde Pública*, 21(1), 7-19. Recuperado de <http://www.scielosp.org/pdf/csp/v21n1/02.pdf>.

Paula, A., Ribeiro, L., D'Elboux, M., & Guariento, M. (2013). Avaliação da capacidade funcional, cognição e sintomatologia depressiva em idosos atendidos em ambulatório de Geriatria. *Rev Bras Clin Med*, 11(3), 212-8. Recuperado de <http://files.bvs.br/upload/S/1679-1010/2013/v11n3/a3767.pdf>.

Pereira, M. (2012). *A Promoção do Autocuidado na Pessoa em Processo de Transição* (Tese de Mestrado). Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Portugal.

Pestana, M., & Gageiro, J. (2014). *Análise de dados para ciências sociais: a complementaridade do SPSS (6ª ed.)*. Lisboa, Portugal: Edições Sílabo.

Sequeira, C. (2010). *Cuidar de idosos com dependência física e mental*. Lisboa-Porto, Portugal: Lidel.

Silva, F. (2013). *Avaliação da dependência funcional da pessoa idosa nas atividades básicas e instrumentais de vida diária* (Tese de Mestrado). Universidade Fernando Pessoa, Faculdade de Ciências da Saúde, Portugal.

Soares, E., Coelho, M., & Carvalho, S. (2012). Capacidade funcional, declínio cognitivo e depressão em idosos institucionalizados: Possibilidade de Relações e Correlações. *Revista Kairós Gerontologia*, 15(5), 117-139. Recuperado de <http://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/9541/11434>.

Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados (2011). *O Manual do Prestador: Recomendações para a Melhoria Contínua*. Lisboa, Portugal.

# O IMPACTO DA PSORÍASE NO AUTOCONCEITO E NA SOCIALIZAÇÃO DA PESSOA: UMA REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

Carolina Moreira Pico<sup>(1)</sup>; Mariana Rodrigues Pauleta De Matos<sup>(2)</sup>; Raquel Alexandra da Silva Caridade<sup>(1)</sup>; Tânia Isabel Ferreira Lucas<sup>(1)</sup>; Rosa Cristina Correia Lopes<sup>(3)</sup>



## Resumo

A psoríase é uma doença inflamatória cutânea crônica, prevalente em ambos os gêneros, com incidência mundial de 1 a 3 %, estando associada a uma alteração física e a uma assolação psicológica, que condiciona intimamente a interação da pessoa com o meio envolvente. A questão de investigação reiterante desta Revisão Integrativa da Literatura é: “Qual o impacto da psoríase no autoconceito e na socialização?” tendo como objetivos: compreender o impacto psicossocial da psoríase; compreender a influência das lesões no autoconceito e na socialização da pessoa com psoríase; identificar as Intervenções de Enfermagem para um cuidado com qualidade.

A pesquisa foi efetuada, através da definição das palavras-chave “Intervenções de Enfermagem”, “Psoríase”, “Autoconceito”, “Socialização” nos motores de busca B-on e EBSCOhost. Após aplicação de critérios de inclusão e de exclusão e do método PI[C]OD, obtiveram-se 6 artigos científicos.

Conclui-se que a psoríase condiciona fortemente a autoimagem, induzindo a diminuição do autoconceito; a pessoa, na tentativa de mascarar a desfiguração física, adota comportamentos que a impedem de estabelecer relações; o enfermeiro deve desenvolver uma relação de ajuda com a pessoa que vise a redução do impacto desta patologia.

**Palavras-chave:** Intervenções de Enfermagem, Psoríase, Autoconceito, Socialização

## Resumen

*THE IMPACT OF PSORIASIS ON SELF- CONCEPT AND SOCIALIZATION: AN INTEGRATIVE REVIEW OF THE LITERATURE*

*Psoriasis is a chronic inflammatory skin disease, prevalent in both genders, with global incidence of 1 to 3%, associated with a physical change and a psychological despoiling, which closely affects the interaction of the person with the environment.*

*The investigation's question of this Integrative Literature Review is: "What is the impact of psoriasis on self-concept and socialization?", having as goals: understand the psychosocial impact of psoriasis; understand the influence of lesions on the person's self-concept and socialization in a person with psoriasis; identify the nursing interventions that leads to a quality nursing care.*

*The research was performed by defining keywords "Nursing Intervention", "Psoriasis", "Self-concept", "Socialization" in the research motors B-on EBSCOhost. After applying inclusion and exclusion criteria and PI[C]OD method were obtained 6 scientific articles.*

*Concludes that psoriasis strongly affects self-image, leading to decrease in the self-concept; the person in an attempt to mask the physical disfigurement, adopt behaviors that prevent them from establishing relations; the nurse must develop a supportive relationship with the person aimed at reducing the impact of this disease.*

**Key-words:** Nursing interventions, Psoriasis, Self concept, Socialization

## Abstract

*EL IMPACTO PSORIASIS EN UNO AUTOCONCEPTO Y EN UNO DE SOCIALIZACIÓN: UNA REVISIÓN INTEGRADORA DE LA LITERATURA*

*Psoriasis es una enfermedad inflamatoria crónica de la piel, frecuente en ambos géneros, con incidencia mundial de 1 a 3% y se asocia con un cambio físico y una destrucción psicológica, que afecta profundamente interacción de la persona con el entorno.*

*La cuestión de la investigación integrativa de la presente revisión de la literatura es: "Cuál es el impacto de la psoriasis sobre el autoconceito y la socialización?" teniendo como metas: comprender el impacto psicossocial de la psoriasis; entender la influencia de las lesiones en el autoconceito y socialización de las personas con psoriasis; identificar las intervenciones de enfermería para un cuidado de calidad.*

*La investigación se llevó a cabo mediante la definición de palabras clave "Intervención de Enfermería", "Psoriasis", "Autoconceito", "Socialización" en los motores de búsqueda B-on y EBSCOhost. Después de aplicar los criterios de inclusión y exclusión y el método de PI[C]OD se obtuvieron 6 artículos científicos.*

*Se concluye que la psoriasis afecta en gran medida la autoimagen, lo que lleva a disminuir el autoconceito; la persona en un intento de enmascarar la desfiguración física, adopta comportamientos que les impiden el establecimiento de relaciones; lo enfermero debe desarrollar una relación de apoyo con la persona destinada a reducir el impacto de esta enfermedad.*

**Palabras clave:** Intervenciones de Enfermería, Psoriasis, Autoconceito, Socialización

Rececionado em junho 2016. Aceite em julho 2016.

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

<sup>(2)</sup> Estudante do 4º ano da Licenciatura em Enfermagem da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

<sup>(3)</sup> Professora Adjunta da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra; Doutora em Ciências de Enfermagem; Mestre em Psiquiatria e Saúde Mental

## FUNDAMENTAÇÃO

A psoríase consiste numa doença cutânea crónica, caracterizada por hiperplasia epidérmica e ativação imunológica inapropriada, estado fisiopatológico que atinge a pele e também as articulações (Carneiro, 2007). É acompanhada de períodos de agudização e remissão variáveis, com maior prevalência aos 25 anos e no intervalo entre os 50-60 anos (Fernandes, 2010).

A sintomatologia mais frequente é a descamação da pele (92 % dos casos), sensação de prurido (72 % dos casos) e eritema (69 % dos casos), lesões estas que surgem mais frequentemente no couro cabeludo, a nível palmar e plantar, nas articulações (cotovelos, joelhos) e região genital (Fernandes, 2010; WHO, 2016).

O seu tratamento foca-se em três tipos: terapia tópica (corticosteroides e análogos de vitamina D3), fototerapia e terapia sistémica (medicação oral, injetáveis e/ou infusões – metotrexato para problemas articulares e ciclosporinas para a imunossupressão) (WHO, 2016), sendo o mais utilizado a aplicação tópica de corticosteroides (Carneiro, 2007).

Estas manifestações causam prejuízo estético que se encontra fortemente associado a estigmatização e rejeição social. Também o receio da pessoa de estar a ser observada ou avaliada, potencia um esforço para mascarar as lesões e sintomatologia associada. Assim, verifica-se uma interferência significativa nas atividades laborais e ocupação dos tempos livres das pessoas com psoríase, aumentando a probabilidade do desenvolvimento de depressão (Fernandes, 2010; Silva, 2013).

Para além da depressão são evidenciadas outras alterações psicológicas como: ansiedade, ideação suicida, sentimentos de vergonha e de humilhação e discriminação. Estas encontram-se fortemente potenciadas quando associadas à presença de lesões em locais visíveis (Fernandes, 2010; Silva, 2013).

Atendendo à pessoa com psoríase, verifica-se que a presença de lesões cutâneas desfigurativas induz a alteração da

aparência física e, por conseguinte, prejuízo na autoimagem. A presença destas lesões cutâneas conduz a uma perceção negativa da autoimagem, o que nos contactos sociais da pessoa, origina evitamento social (Silva & Silva, 2007; Brito & Pereira, 2012).

Também esta perceção negativa pode estar fortemente associada ao desenvolvimento de problemas psicológicos como depressão, diminuição da autoestima e disfunção sexual (Silva & Silva, 2007).

Atendendo à multidimensionalidade do autoconceito, verifica-se um impacto negativo no mesmo, pela autoimagem diminuída e autoestima empobrecida (Watson & Bruin, 2007). Assim, a pessoa com psoríase pode apresentar um autoconceito adulterado, que resulta da alteração da imagem corporal e dos sentimentos de humilhação e autoalienação que vivencia (Watson & Bruin, 2007; Brito & Pereira, 2012).

Desta forma, a psoríase, para além do impacto que acarreta a nível físico e a nível psicológico, detém uma enorme influência no processo de socialização da pessoa. Decorrente das lesões presentes e da ideia errónea de que a psoríase é contagiosa, a pessoa é alvo de preconceitos por parte dos outros, desde comentários depreciativos a afastamento (Mota, Gon & Gon, 2009; Ros, Puig & Carrascosa, 2014).

A estigmatização vivenciada, pela sensação de julgamento social e pelos comentários realizados por outras pessoas, dificulta o processo de socialização. Assim a pessoa com psoríase procura o isolamento, privando-se da realização de atividades que envolvam o contacto com o outro (Arruda, Nogueira, Oliveira, Pereira & Silva, 2011; Lin, 2012).

É importante salientar que os sentimentos vivenciados pela pessoa com psoríase, resultantes da estigmatização e do retraimento pessoal e social, podem contribuir para o aparecimento de diversas comorbidades psicológicas, como ansiedade e depressão (Ros et al., 2014).

## MATERIAL E MÉTODOS

Esta Revisão Integrativa da Literatura recorreu a estudos primários qualitativos e quantitativos que abordam o tema em estudo, de modo a responder à questão de investigação: “Qual o impacto da psoríase no autoconceito e na socialização?” e à consecução dos objetivos da investigação: compreender o impacto psicossocial da psoríase, compreender a influência das lesões no autoconceito e na socialização e ainda, procurar identificar as Intervenções de Enfermagem para um cuidado com qualidade.

A pesquisa foi efetuada tendo por base a metodologia PICOD: P (Pessoa adulta com psoríase), I/C (existentes ou não), O (Impacto da psoríase no autoconceito e na socialização) e D (Estudos Quantitativos e Qualitativos). Foram definidos critérios de inclusão e exclusão, sendo selecionados os estudos com pessoas adultas com psoríase; desenho de investigação quantitativo e/ou qualitativo; horizonte temporal de 2007 a 2016; com os idiomas Português, Inglês e Espanhol.

Partindo da questão de investigação, a pesquisa foi efetuada nos dias 6 e 11 de maio de 2016, nos motores de busca B-on e EBSCO-host, nas bases de dados CINALH, MEDLINE e Nursing Reference Center.

Na pesquisa foram utilizados os descritores: Intervenções de Enfermagem, Psoríase, Autoconceito e Socialização (idioma português) e Nursing Interventions, Psoriasis, Self-concept and Socialization (idioma Inglês). Estes descritores foram combinados de acordo com os motores de busca utilizados.

Na pesquisa, obteve-se um total de 108 artigos, sendo selecionados 41 artigos pelo título. Destes, 25 foram excluídos por não demonstrarem pertinência para o estudo. Foram selecionados 16 artigos para a leitura do Abstract, após a qual foram eliminados 7, seguindo para leitura integral 9 artigos. Desta, foram eliminados 3, por não cumprirem os critérios de inclusão, selecionando 6 artigos para a consecução desta Revisão Integrativa da Literatura.

## RESULTADOS

Os resultados apresentam-se descritos segundo ordem cronológica, do mais antigo para o mais atual, evidenciando o desenho de estudo.

•Watson, T. & Bruin, G. (2007). Impact of Cutaneous Disease on the Self-Concept: An Existential-Phenomenological Study of Men and Women with Psoriasis

Neste estudo qualitativo, com uma amostra de 7 participantes, foi colocada uma questão aberta acerca da percepção da pessoa relativamente à influência da psoríase no autoconceito. De acordo com os participantes, as diversas manifestações da psoríase contribuíram para uma avaliação negativa dos mesmos, criando um impacto no autoconceito. As manifestações traduzem-se, essencialmente, em vergonha corporal, autoalienação, depressão, ansiedade, raiva não focalizada e comportamentos obsessivos com implicações para a saúde mental.

As avaliações negativas da própria pessoa devem-se à generalização dos sintomas e, também ao estigma encontrado por parte da sociedade.

Descrevendo-se como vítimas da psoríase, os participantes revelam-se com pouco conhecimento sobre a doença e não integrados no processo de decisão dos seus tratamentos. Para além disso, referem pouco apoio pelos profissionais de saúde, referindo-se aos mesmos como pouco empáticos. Ainda assim, afirmam que estes assumem um papel fundamental não só no controlo da afeção, como também no apoio emocional e no bem-estar psicológico que necessitam. É ainda referida a importância de investir neste apoio, uma vez que os profissionais se focam na componente física da doença, esquecendo um maior investimento na redução do impacto psicológico.

•Magin, P.; Adams, J.; Heading, G.; Pond, D. & Smith, W. (2008). The psychological sequelae of psoriasis: Results of a qualitative study

Este estudo de natureza qualitativa, constituído por uma amostra de 29 pessoas, com recurso a entrevistas semiestruturadas e posterior análise de conteúdo, evidenciou que, a aparência real não coincidente com o ideal de pele perfeita, contribui para uma diminuição da autoimagem e autoestima (dimensões do autoconceito). Os participantes apresentavam na sua maioria humor deprimido, consumo excessivo de álcool e transtornos de ansiedade, nomeadamente fobia social e comportamentos obsessivo-compulsivos com a pele.

Foi também evidente o desenvolvimento de um traço de personalidade de evitamento e a percepção, por parte da sociedade, de que esta doença é contagiosa ou provocada por défice de cuidados de higiene, potenciando assim o estigma perante as pessoas com psoríase.

•Ersser, S.; Cowdell, F.; Nicholls, P.; Latter, S. & Healy, E. (2012). A pilot randomized controlled trial to examine the feasibility and efficacy of an educational nursing intervention to improve self-management practices in patients with mild-moderate psoriasis

Este estudo quantitativo, randomizado, longitudinal, utilizou uma amostra aleatória de 64 participantes que constituíram o grupo de controlo e o grupo de intervenção, existindo homogeneidade da amostra ao nível das variáveis distribuição etária e durabilidade da doença. Foram utilizados os instrumentos PASI (Índice de Gravidade da Psoríase por Área) e o DLQI (Dermatology Life Quality Index) no momento antes e após a intervenção.

Os autores implementaram uma Intervenção de Enfermagem abordando a autoeficácia e as suas dimensões: o controlo, a modelação de papéis, a persuasão verbal e a regulação emocional. Esta intervenção incluiu 3 fases: uma intervenção de aprendizagem de grupo mediada por um enfermeiro, o fornecimento de suporte material escrito e audiovisual com vista à educação e suporte educacional e, por fim, a realização de uma consulta de “Follow-up”, um mês após a sessão de grupo.

Traduzindo a aplicação da intervenção, o grupo de intervenção apresentou melhoria nos

scores PASI, quando comparado com o grupo de controlo, sendo que também foi verificada uma diminuição dos scores DLQI nas pessoas integrantes no grupo de controlo, ou seja, que não foram alvo de intervenção.

A intervenção de enfermagem orientada pelas necessidades específicas da pessoa pode ser efetivamente aplicada na prática. Assim, com base em alguns componentes da autoeficácia, esta garante a prevenção de utilização recorrente de serviços de saúde. Ainda que a intervenção não seja descrita no estudo de forma concreta, traduz-se positivamente no desenvolvimento e potencialização do autocontrolo da pessoa com psoríase.

•Khoury, L.; Danielsen, P. & Skiveren, J. (2012). Body image altered by psoriasis. A study based on individual interviews and a model for body image

Estudo qualitativo, constituído por 8 pessoas com psoríase, com recurso a questões abertas, abordando 5 temas/questões de interesse (superfície corporal ocupada, inibições sexuais, influência do apoio da rede social, redução da atividade física e autoimagem negativa). A entrevista foi analisada utilizando conceitos do BIM (Body Image Model).

As pessoas com a doença verbalizaram o desejo de esconder a sua realidade corporal, levando a cabo técnicas para que num contexto social as lesões não sejam observadas (exemplo: utilizar roupas que ocultem a superfície corporal, não levantar os braços, cumprimentar com o dorso da mão invertido, usar verniz nas unhas...).

Os autores constataram que os participantes, mesmo que conscientes do benefício da exposição solar, optam por evitar a sua realidade corporal à visualização dos outros.

Também no domínio da sexualidade, verificou-se que as alterações cutâneas visíveis levam a pessoa a considerar-se mais insegura e pouco atrativa, condicionando fortemente a intimidade com o parceiro. Devido à exposição corporal das lesões e da humilhação que daí advém, algumas pessoas

preferem a ausência de atividade sexual.

Os autores enfatizam a importância do apoio da família, dos amigos, e também dos profissionais de saúde. Ainda assim, a maioria das pessoas refere que estes últimos se focam, tendencialmente, nos aspetos fisiológicos e clínicos desta afeição, negligenciando por vezes, a necessidade de apoio perante a diminuição da autoimagem ou mesmo, a presença de uma imagem corporal negativa. As pessoas reforçam também a necessidade de discussão e comunicação acerca da autoimagem e das alterações psicológicas, laborais e sociais a que a mesma conduz.

No que diz respeito à redução de atividade física é verificado o receio do comportamento em público, sendo que a maioria da amostra opta por não praticar exercício físico, na medida em que isso implica a sua exposição corporal aos outros. Também se constatou que o facto de a pessoa evitar a atividade física, quando é algo apazível, pode traduzir-se negativamente, pela diminuição da autoestima.

•Eskin, M.; Şavk, E.; Uslu, M. & Küçükaydoğan, N. (2014). Social problem-solving, perceived stress, negative life events, depression and life satisfaction in psoriasis

Estudo quantitativo que inclui uma amostra de 102 pessoas, dividida num grupo experimental (com doença) e num grupo de controlo (sem doença). Foi aplicado um questionário de análise das características demográficas/dermatológicas, o Inventário Social de Resolução de Problemas, o Inventário da Depressão de Beck, a Escala de Perceção de Stresse, a Escala de Satisfação de Vida e Eventos Negativos de Vida e o PASI.

O grupo de intervenção apresenta níveis diminuídos de capacidade social de resolução de problemas, gerando dificuldades no estabelecimento de relações, bem como níveis mais elevados na orientação negativa para o problema, possuindo uma tendência para perceber os eventos adversos de forma negativa. O grupo de controlo apresenta uma capacidade cognitivo-motivacional inibitória que permite evitamento de problemas sociais.

Em contrapartida, as pessoas com psoríase apresentam a diminuição desta capacidade, mostrando-se mais impulsivas e reativas perante potenciais problemas ou complicações que já existam.

Constatou-se que a alteração na capacidade de resolução de problemas e a exacerbação dos mesmos, associada a uma maior impulsividade, gera na pessoa mais problemas e conflitualidade. Para além disso, os eventos adversos são percebidos como uma ameaça e, por conseguinte, originam angústia e revolta, quando a pessoa não é capaz de dar resposta às adversidades.

•Bundy, C.; Borthwick, M.; McAteer, H.; Cordingley, L.; Howells, L.; Bristow, P. & McBride, S. (2014). Psoriasis: snapshots of the unspoken: using novel methods to explore patients' personal models of psoriasis and the impact on well-being

Estudo qualitativo, com uma amostra de 104 pessoas com psoríase onde, através do preenchimento de um cartão postal (“Querida psoríase ...”) foram obtidas 7 categorias principais: identidade e relacionamentos; campo de batalha; controlo; consequências emocionais; hipervigilância; coping; e os encargos com o tratamento. Estas categorias refletem a perceção de que a doença é algo imposto, monstruoso e controlador que persegue continuamente as pessoas com a doença, gerando a vivência de sentimentos negativos (raiva, ódio e desespero). Para além disso, a doença é retratada sob a forma de imagens e textos, com o intuito de a desdramatizar, e o tratamento face à mesma é reconhecido como um trabalho constante.

Constatou-se que o prurido vivenciado é apontado como causa de procura de isolamento, uma vez que o reconhecimento da doença origina comentários depreciativos e estigmatizantes. A vivência de sentimentos negativos (raiva, agressão, sofrimento, rejeição, decepção e vergonha) resulta, quer da situação clínica, quer da falta de apoio existente por parte dos profissionais de saúde que não reconhecem o seu sofrimento.

## DISCUSSÃO

Uma vez que a psoríase induz uma tendência para uma percepção negativa dos problemas, bem como para uma impulsividade e reatividade perante conflitos e problemas, verifica-se que a capacidade de resolução de problemas se encontra alterada (Eskin et al., 2014). A impulsividade e a necessidade de defesa são tidas como traços desviantes da personalidade, comumente presentes em pessoas com psoríase, uma vez que, as mesmas apresentam dificuldade em lidar com o impacto na qualidade de vida, provocado pela doença (Mingorance, Okino, & Foss, 2001).

Desta forma, a pessoa com psoríase apresenta uma diminuição da capacidade cognitivo-motivacional inibitória, que a impede de evitar problemas sociais, quando comparada com pessoas sem a mesma patologia. A existência de uma percepção negativa face aos problemas da pessoa com psoríase, correlacionada com o aumento da impulsividade e reatividade, conduz a uma revolta e angústia, na medida em que esta não é capaz de dar resposta às adversidades com que se depara, especialmente, no âmbito das relações com os outros (Eskin et al., 2014).

Verifica-se a luta pela aparência ideal, uma vez que as pessoas com esta doença aferem o desejo de esconder a sua realidade corporal, o que se pode traduzir na diminuição do autoconceito, provocado pela alteração da sua imagem corporal. Assim, são utilizadas estratégias para mascarar as lesões cutâneas e torná-las não visíveis, bem como comportamentos de evitamento social e estabelecimento de relações (Eskin et al., 2014; Khoury et al., 2014). Estes resultados são corroborados pelo estudo de Magine et al. (2009), onde a divergência entre a aparência real e o ideal de “pele perfeita” se traduz, por última instância, em situações de evitamento social e de atividades coletivas.

É expressa a importância do apoio, quer da família e amigos, quer do profissional de saúde (Khoury et al., 2014). As pessoas com

esta afeição consideram-se vítimas que detêm o conhecimento acerca da psoríase, ainda assim, vivenciam a falta de apoio por parte dos profissionais de saúde. Verifica-se não só uma empatia diminuta, mas também, o facto destes se direcionarem preferencialmente para a vertente física da doença, negligenciando uma maior necessidade de investimento no impacto psicológico do autoconceito. Porém, as pessoas em estudo reconhecem a importância do papel desenvolvido pelo profissional de saúde, nomeadamente o Enfermeiro, não só no controlo da doença, mas também, no apoio emocional e psicológico que é tido como necessário (Watson & Bruin, 2007; Khoury et al., 2014).

A vivência de sentimentos negativos, como a raiva, rejeição e a vergonha, resultam não só da situação clínica, mas também, da carência de apoio por parte dos profissionais de saúde que, na visão das pessoas com psoríase, não reconhecem o seu sofrimento (Bundy et al., 2014).

## CONCLUSÃO

A presença de lesões que caracterizam esta doença dermatológica implicam uma alteração da imagem corporal da pessoa com psoríase e induzem a adoção de comportamentos para mascarar as deformidades físicas visíveis. Este tipo de comportamentos potencia a diminuição do autoconceito e, pelas atitudes discriminantes da sociedade, gera comportamentos de evitamento social, com reflexo nas relações interpessoais e no processo de socialização.

Paralelamente, o processo de socialização encontra-se fortemente condicionado pelo aumento da impulsividade e reatividade, como traços de personalidade alterados, uma vez que se verifica a redução de capacidade de resposta a problemas e ainda, a presença de uma visão mais negativa das situações de vida. Esta induz uma autoavaliação e identidade negativa que a pessoa constrói de si mesma e da sua doença.

Este estudo evidenciou que o profissional de

saúde (incluindo o Enfermeiro), não expressa a empatia necessária à pessoa com a doença, quando esta vivencia alteração do autoconceito, pela modificação da autoimagem. O facto do profissional se focar essencialmente nos aspetos fisiológicos desta afeção, determina a insuficiência do mesmo perante a diminuição do autoconceito e alteração no processo de socialização estabelecido.

Reforça-se que os sentimentos negativos vivenciados pelas pessoas com esta patologia são comumente desvalorizados e não reconhecidos por parte dos profissionais, o que leva a um apoio deficitário perante os portadores da doença.

Deste modo, ainda que os artigos reflitam uma insuficiência da relação empática estabelecida pelo profissional de saúde, destacam também a importância do papel desenvolvido pelo mesmo, em especial na promoção do autocontrolo da psoríase e na diminuição do impacto negativo desta no autoconceito da pessoa.

## BIBLIOGRAFIA

ARRUDA, C. [et al.] - Avanços e desafios da enfermagem na produção científica sobre psoríase. *Revista Brasileira de Enfermagem*. Brasil. Ano 64, Nº1 (2011), p.168-175.

BRITO, L.; PEREIRA, M. - Variáveis Individuais e Familiares na Psoríase: Um Estudo com Doentes e Parceiros. *Psicologia: Terapia e Pesquisa*. Portugal. Ano 28, Nº 2 (2012), p. 171-179.

BRUGES, M. - (2006). *Mastectomia e Autoconceito*. Loures: Lusociência, 2006. ISBN 972-8930-27-5.

BUNDY, C. [et al.] - Psoriasis: snapshots of the unspoken: using novel methods to explore patients' personal models of psoriasis and the impact on well-being. *British Journal of Dermatologists*. Reino Unido. ISSN. Nº 171 (2014), p.825-831.

CARNEIRO, S. - *Psoríase: mecanismos de doença e implicações terapêuticas*. Universidade de São Paulo. 2007. Tese de Doutorado Recuperado de <http://docplayer.com.br/12546201Psoriase-mecanismos-de-doenca-e-implicacoes-terapeuticas.html>.

com.br/12546201Psoriase-mecanismos-de-doenca-e-implicacoes-terapeuticas.html.

ERSSER, S. [et al.] - A pilot randomized controlled trial to examine the feasibility and efficacy of an educational nursing intervention to improve self-management practices in patients with mild-moderate psoriasis. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*. Reino Unido, Nº 26 (2012), p. 738-745.

ESKIN, M. [et al.] - Social problem - solving, perceived stress, negative life events, depression and life satisfaction in psoriasis. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*, Turquia, Nº 28 (2014), p.1553-1559.

FERNANDES, B. (2010). *Qualidade de Vida nos Doentes com Psoríase- Criação da Versão Portuguesa do Psoriasis Disability Index*. Universidade de Coimbra, Portugal: Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre: [s.n.], 2010. Dissertação de Mestrado. Recuperado de <https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/14368/1/Qualidade%20de%20Vida%20nos%20Doentes%20com%20Psor%C3%ADase.pdf>

KHOURY, L. [et al.] - Body image altered by psoriasis. A study based on individual interviews and a model for body image. *Journal of Dermatological Treatment*. Reino Unido. ISSN 1471-1753. Nº25 (2014), p.2-7.

LIN, V. - Tough – Skinned Kids: Identifying Psychosocial Effects of Psoriasis and Helping Pediatric Patients and Families Cope. *Journal of Pediatric Nursing*. Estados Unidos. Ano 27, Nº 5, (2012), p. 563-572.

MAGIN, P. [et al.] - The psychological sequelae of psoriasis: Results of a qualitative study. *Psychology, Health & Medicine*. Austrália. ISSN 1465-3966. Ano 14, Nº 2 (2009) p.150-161.

MINGORANCE, R. [et al.] - Pacientes com psoríase: adaptação psicossocial e características da personalidade. *Revista Medicina*. Ribeirão Preto. Nº 34 (2001), p.315-324.

MOTA, C. [et al.] - Análise Comportamental

de Problemas de Interação Social de Indivíduos com Psoríase. *Interação em Psicologia*. Brasil. ISSN 1981-8076. Ano 13, Nº1 (2009), p.155-164.

ROS, S. [et al.] - Cumulative life course impairment: the imprint of psoriasis on the patient's life. *Actas Dermosifiliogr*. Espanha. ISSN 1578-2190. Nº105, Nº2 (2014), p.128-134.

SILVA, K.; SILVA, E. - Psoríase e sua relação com aspectos psicológicos, stress e eventos de vida. *Estudos de Psicologia*. Brasil. Ano 24, Nº2, (2007), p. 257-266.

SILVA, L. - Efeito de uma intervenção cognitivo-comportamental nos aspectos psicológicos, clínicos e neuroendócrinos em pessoas com psoríase em placas. Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre: [s.n.], 2013. Tese de Doutorado. Recuperado de <http://repositorio.pucrs.br/dspace/bitstream/10923/5015/1/000447328-Texto%2bParcial-0.pdf>.

WATSON, T.; BRUIN, G. - Impact of Cutaneous Disease on the SelfConcept: An Existential-Phenomenological Study of Men and Women with Psoriasis. *Dermatology Nursing*. África do Sul. Ano 19, Nº4 (2007), p. 351-364.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - Global Report on Psoriasis. 2016. Recuperado de [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/204417/1/9789241565189\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/204417/1/9789241565189_eng.pdf)

# NORMAS DE PUBLICAÇÃO

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

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

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

## 1 - TIPOS DE ARTIGOS

### 1.1 - Cartas ao director:

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

### 1.2 - Artigos sobre teoria de investigação:

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

*Devem estruturar-se da seguinte forma:*

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

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

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

**Desenvolvimento da temática**

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

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

*Extensão máxima recomendada 15 páginas.*

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**Bibliografia**

*Extensão máxima recomendada 20 páginas.*

## 2 - RESPONSABILIDADES ÉTICAS

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

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

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

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

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

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

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

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

### 3 - COMO ENVIAR ARTIGOS PARA PUBLICAÇÃO

Os artigos e cartas devem de preferência ser enviados **via on-line** através do site da RIE: <http://www.sinaisvitalis.pt/index.php/revista-investigacao-enfermagem>

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

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

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

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

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

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

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

**A taxa de submissão de artigo é de 5€.**

### 4 - PROCEDIMENTOS DA RIE

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

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

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

Terão prioridade na publicação os artigos provenientes de autores assinantes da **RIE**, da Revista Sinais Vitais.

**A aceitação do artigo para publicação, implica o pagamento de taxa de publicação com um custo de 15€.**

### 5 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

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

#### **Monografias;**

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

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

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

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