

GESTÃO DA DOR - QUE RESPOSTAS DE ENFERMAGEM UM ROTEIRO METODOLÓGICO PARA O DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO

Irene Santos¹, José Amendoeira^{1,2}, Isabel Barroso¹, Celeste Godinho¹, Cassilda Sarroeira¹, Marta Rosa¹,
& Gina Marques¹

¹Instituto Politécnico de Santarém – Escola Superior de Saúde de Santarém/ UIIPS/ UMIS

²Investigador integrado no CESNOVA. Investigador no CIS/UCP

RESUMO

A gestão de sintomas em situação de doença crónica é, atualmente, uma das principais razões para a procura dos cuidados de saúde, constituindo, como resposta, um interesse crescente dos profissionais e instituições de saúde.

Salienta-se, neste contexto, a dor, enquanto fenómeno clínico e epidemiológico, dadas as repercussões a nível da perceção individual do estado de saúde-doença bem como as consequências familiares, sociais e económicas.

Na sequência duma revisão sistemática da literatura, realizada em 2013, no âmbito do projeto Gestão de sintomas: Dor e autocuidado no âmbito do processo de doença crónica, integrado na Unidade de Monitorização de Indicadores de Saúde (UMIS), foi realizado um diagnóstico de situação no sentido de caracterizar os contextos de prestação de cuidados de saúde à pessoa com dor, no concelho de Santarém. Desse diagnóstico damos conta neste artigo, cujos objetivos são apresentar o roteiro metodológico seguido e perspetivar a continuidade do processo de planeamento, na procura de respostas conjuntas para um problema de saúde relevante, quer para o indivíduo quer para a comunidade.

Palavras-chave: dor; enfermagem; diagnóstico de situação; roteiro metodológico.

ABSTRACT

The management of symptoms in situation of chronic disease is currently one of the main reasons for seeking health care, constituting, as response, a growing interest among professionals and health institutions.

It is noted, in this context, the pain, as a clinical and epidemiological phenomenon, with consequences for the individual perception of health and illness, as well to family, social and economic consequences.

Following a systematic literature review, conducted in 2013, under the project management of symptoms: pain and self-care within the chronic disease process, integrated into the Monitoring Unit of Health Indicators (UMIS) it was develop a situation analysis in order to characterize the contexts of providing health care to the person with pain in the municipality of Santarém. The aims of this article are to provide the methodological route/path followed and delineate the continuity planning process, seeking responses to a relevant health problem, both for the individual and to the community.

Keywords: pain; nursing; diagnostic of the situation; methodological script.

INTRODUÇÃO

Integrado no projeto Gestão de sintomas “Dor e autocuidado no âmbito do processo de doença crónica” da Unidade de Monitorização de Indicadores de Saúde (UMIS), desenvolveu-se mais uma etapa na consecução dos objetivos delineados para o mesmo, no que se refere à caracterização e monitorização dos determinantes sociais de saúde na população residente na área geográfica abrangida, mobilizando a informação disponível nas instituições estatutária e legalmente competentes. Neste sentido, e tendo como objetivo caracterizar os contextos de prestação de cuidados de saúde à pessoa com dor, no concelho de Santarém, descreve-se o percurso e o ponto de situação da pesquisa efetuada até ao presente, no sentido do acesso ao fenómeno em estudo, relevando a opção do instrumento de colheita de dados, essencialmente para descrição das pessoas e dos locais onde os acontecimentos têm lugar (BURGUESS, 1997)¹.

A valorização do tratamento da dor enquanto fenómeno de saúde/ doença é muito recente, o que pode explicar o *deficit* de intervenção no mesmo e a insuficiência de profissionais especializados nesta área. No entanto, o desenvolvimento da sua compreensão enquanto experiência humana fundamenta a sua importância para os cuidados de saúde na

atualidade, sendo considerada uma das principais causas de sofrimento humano, comprometendo a qualidade de vida das pessoas com reflexo nas dimensões física, psicossocial e emocional.

A dor é uma das mais íntimas e exclusivas sensações experimentadas pelo ser humano, envolvendo vários componentes; embora uma pessoa consiga sobreviver com dor, ela interfere no seu bem-estar, nas relações sociais e familiares, no desempenho do seu trabalho, influenciando assim a sua qualidade de vida.

Segundo a Associação Internacional para o Estudo da Dor (*International Association for the Study of Pain*, IASP) a percentagem de pessoas atingidas por algum tipo de dor crónica atinge os 50% após os 65 anos e 85% acima dos 80 anos. De acordo com a mesma associação, a dor é definida como uma experiência multidimensional desagradável, envolvendo não só um componente sensorial mas também um componente emocional, e que se associa a uma lesão tecidual concreta ou potencial, ou é descrita em função dessa lesão. A dor é um sintoma que acompanha, de forma transversal, a generalidade das situações patológicas que requerem cuidados de saúde, pelo que o controlo eficaz da mesma é, na atualidade, um dever dos profissionais de saúde, um direito dos doentes que dela sofrem, e um passo fundamental para a efetiva humanização dos cuidados de saúde (DIREÇÃO GERAL DA SAÚDE,2003)².

Para além do enorme impacto que a dor tem sobre a pessoa, representa uma perda dificilmente quantificável para a sociedade em geral (DIREÇÃO GERAL DA SAÚDE,2003)².

Segundo um estudo da Universidade do Porto, e referenciado pela Associação Portuguesa para o Estudo da Dor (APED), a alta frequência e o impacto individual e social da dor crónica em Portugal, está fortemente associada a uma grande utilização de serviços de saúde, a uma importante redução da produtividade no trabalho e consequentemente a grandes custos sociais e económicos (<http://www.aped-dor.org>).

A dor enquanto fenómeno e experiência de saúde/doença é hoje indissociável de cuidados de qualidade. Obviamente nem a qualidade em saúde se obtém apenas com o exercício profissional dos enfermeiros, nem o exercício profissional dos enfermeiros pode ser negligenciado, ou deixado invisível, nos esforços para obter qualidade em saúde. (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2001)³. O modelo desenvolvido por IRVINE, SIDANI E HALL (1998)⁴, denominado Modelo da Efetividade do Papel do Enfermeiro (figura 1), orienta para a avaliação da contribuição dos enfermeiros para cuidados de saúde, baseando-se no modelo de estrutura-processo-resultado de DONABEDIAN (1980)⁵. Neste modelo as autoras

propõem uma relação entre os diferentes papéis que os enfermeiros assumem nos cuidados de saúde e os resultados esperados dos cuidados de enfermagem.

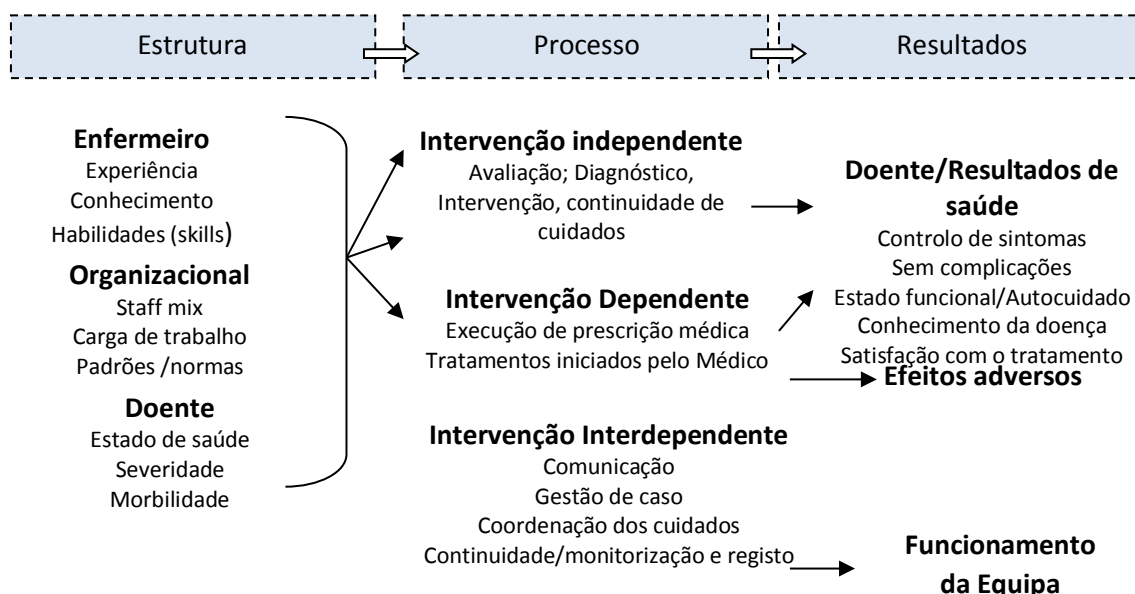


Figura 1 – Modelo de Efetividade de Papel de Irvine, Sidane e Hall (1998)

Quando se refere à componente da estrutura, as variáveis que lhe estão associadas reportam-se às relacionadas com os enfermeiros, com a organização/unidade, e ainda com os doentes. A estrutura tem influência nos processos e consequentemente nos resultados. No que respeita à componente de processo, as autoras remetem para a intervenção do enfermeiro a três níveis: intervenção independente (diz respeito às intervenções autónomas), intervenção dependente (decorre de prescrição médica) e intervenção interdependente (resulta parcial ou totalmente da intervenção de outros profissionais de saúde). O compromisso que os enfermeiros assumem nestes níveis de intervenção, é influenciado pelas variáveis associadas aos enfermeiros, aos doentes e à estrutura organizacional. Por fim, a componente de resultados, inclui os resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem. (IRVINE, SIDANI E HALL, 1998)⁴.

Um estudo realizado por IRVINE, SIDANI; KEATINGS e DOIDGE (2002)⁶, indicou que os efeitos das variáveis de estrutura nos resultados são, na sua maior parte, mediados pelo processo de cuidados, ou seja, pelo papel da intervenção dos enfermeiros. Para as autoras, não se pode ignorar a componente de processo da qualidade dos cuidados, ou seja, o papel da intervenção do enfermeiro neste âmbito.

O modelo apresentado em epígrafe constitui-se assim como fio condutor para a caracterização dos contextos de prestação de cuidados à pessoa com dor, abrangendo um conhecimento de dimensão mais estrutural dos mesmos, e simultaneamente, uma sistematização das intervenções e ainda uma apreciação dos resultados das intervenções de enfermagem na obtenção de ganhos no controlo da pessoa com dor.

A problemática da dor e a evolução nos modos de abordagem da mesma teve reflexos também no nosso País. No final dos anos 90, a Direção-Geral da Saúde (DGS) reconheceu a necessidade de melhorar a abordagem deste fenómeno, emitindo o primeiro documento estratégico - o Plano Nacional de Luta Contra a Dor (PNLCD), aprovado por despacho ministerial em 26 de Março de 2001, resultado do trabalho conjunto com a Associação Portuguesa para o Estudo da Dor (APED). Mais recentemente, no Plano Estratégico Nacional de Prevenção e Controlo da Dor, aprovado a 30 de Outubro de 2013), (PENPCDor), um dos eixos de intervenção diz respeito à organização das estruturas diferenciadas para o tratamento da dor crónica.

A aquisição e atualização de conhecimentos sobre dor é uma responsabilidade que deve ser partilhada pelas instituições de ensino, de prestação de cuidados e pelos enfermeiros individualmente. (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2008)⁷. Neste cenário consubstanciam-se os objetivos deste projeto de promover a Inovação, a Investigação e o Desenvolvimento, em articulação com as instituições parceiras da Escola Superior de Saúde de Santarém.

Da revisão da literatura efetuada na primeira etapa deste projeto (AMENDOEIRA, SANTOS, BARROSO, GODINHO, SARROEIRA, ROSA e MARQUES, 2013)⁸ e tendo como questão orientadora "As intervenções individualizadas de enfermagem promovem o autocuidado em pessoas com dor e sofrimento?", emergiram contributos para o desenvolvimento do conhecimento de enfermagem, no que à temática diz respeito, de que se destaca: a emergência de um campo vasto de intervenções multidisciplinares, em que a enfermagem tem lugar; a intervenção específica de enfermagem possibilita uma compreensão individualizada e ao mesmo tempo holística da pessoa, a partir do seu potencial para aprender e desenvolver-se, nas transições subjacentes aos processos de desenvolvimento que decorrem de alterações do bem-estar ou associadas a situações de doença aguda ou crónica.

Enfatiza-se ainda como dimensões emergentes, a importância da avaliação da pessoa com dor, surgindo com particular destaque a importância de avaliar a perceção das pessoas e a educação para a saúde, constituindo-se estas dimensões relevantes.

A educação para a saúde, como estratégia de intervenção, revela-se sobretudo na valorização do papel do cuidador e da família como parceiros dos cuidados, com planos de intervenção individualizados, reconhecendo simultaneamente a necessidade de uma equipa multidisciplinar.

Estudos relacionados à experiência de dor persistente apontam para a necessidade de considerar uma perspetiva biopsicossocial para a sua avaliação e tratamento. Nesse modelo, os fatores psicossociais interagem com os biológicos.

Para o conhecimento de enfermagem, segundo o paradigma da transformação, um fenómeno, ou seja a experiência pessoal da dor, é única, na medida em que nunca se parece totalmente com a de outra pessoa, embora possa partilhar algumas semelhanças. Cada fenómeno pode definir-se com uma estrutura própria, representando uma unidade global em interação recíproca com a unidade global maior - o ambiente que o rodeia. (KÉROUAC, PEPIN, DUCHARME, DUQUETTE E MAJOR, 1996)⁹.

Os enfermeiros têm presente que bons cuidados significam coisas diferentes para diferentes pessoas e, assim, o exercício profissional dos enfermeiros requer sensibilidade para lidar com essas diferenças, perseguindo-se os mais elevados níveis de satisfação dos doentes. (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2003)¹⁰. A importância da valorização, da avaliação e do alívio da dor são elementos vitais da intervenção de enfermagem, no contributo para o bem-estar e para a qualidade de vida das pessoas. Trata-se, então, de conhecer e seguir os princípios científicos que traduzem o envolvimento da pessoa na avaliação e no tratamento da sua dor, bem como a finalidade do cuidado. As intervenções de enfermagem podem ter carácter autónomo ou interdependente, pois o reconhecimento da multidimensionalidade da dor obriga a uma abordagem terapêutica multiprofissional e interdisciplinar. É neste âmbito que se inserem as estruturas hospitalares especializadas, denominadas de Unidades de Dor, embora a pessoa com dor possa ser cuidada em diferentes contextos de cuidados.

Em Portugal, o Serviço Nacional de Saúde (SNS) assume a responsabilidade constitucional de prestar a todos os cidadãos os cuidados de saúde que necessitam, através das suas estruturas: Cuidados de Saúde Primários, Cuidados Hospitalares e Cuidados Continuados Integrados (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010)¹¹. Esta oferta é complementada através da aquisição de serviços a privados e ao sector social, através de convenções e acordos, em áreas em que o SNS não tem capacidade de resposta suficiente.

O hospital é ainda uma peça fundamental no sistema de saúde, dado ser considerado como uma instituição de referência para todos os serviços, pela capacidade de liderança técnica

exercida pelos seus profissionais e pelo ambiente de inovação tecnológica que os rodeia (SIMÕES, 2004)¹²; no entanto, os cuidados de saúde primários são entendidos como a base do sistema de saúde e são o primeiro nível de contato dos indivíduos e das famílias com os serviços de saúde.

Tendo como ponto de partida todo este enquadramento, surgiram as seguintes questões: Quais as instituições públicas e privadas no concelho de Santarém que prestam cuidados às pessoas com dor?ⁱ Em que serviços são desenvolvidos estes cuidados?ⁱⁱ Quantos enfermeiros trabalham nesses serviços?ⁱⁱⁱ Qual a sua formação?^{iv} Qual o método de trabalho utilizado?^v Que suportes de registo são utilizados?^{vi}

METODOLOGIA

A produção do conhecimento relativo à saúde da população surge como necessidade social, devido à sua importância na estruturação e ordenação do sistema de saúde, tendo em vista as respostas mais eficazes aos problemas identificados. (PERES, FREITAS, CALIXTO, RIERA, QUILES PERES, 2013)¹³.

Para a consecução deste desiderato, concorre o diagnóstico de situação, 1ª etapa do processo de planeamento em saúde. Numa perspetiva mais clássica, este é entendido como a racionalização de recursos com vista a atingir os objetivos delineados, com o objetivo de reduzir os problemas de Saúde considerados prioritários. Implica a coordenação de esforços provenientes dos vários setores sociais e económicos, permitindo escolher as melhores soluções entre várias alternativas, tendo em conta os constrangimentos atuais ou previsíveis no futuro (IMPERATORI E GIRALDES, 1993)¹⁴; TAVARES, 1992)¹⁵.

O diagnóstico da situação (de saúde), enquanto primeira etapa do processo de planeamento, consiste num procedimento rigoroso de avaliação multicausal dos determinantes de saúde que influenciam os processos de saúde/doença de grupos e/ou comunidades. Permite, deste modo, obter um conhecimento efetivo dos mesmos, coadjuvando o processo de priorização das necessidades/problemas identificados, bem como das respostas apropriadas dos serviços de saúde.

Vários autores, de que destacamos BRISSOS (2004)¹⁶, criticam a conceção tradicional do planeamento, pelo centralismo, que conduz a uma uniformidade de ações, frequentemente descurando os aspetos socioculturais, as necessidades e características específicas dos destinatários e as condições de implementação dos projetos. Os aspetos referidos não se adequam à sociedade atual, caracterizada pela flexibilidade, assente na informação e na

estimulação de necessidades, na procura de identidades e de diferenças. Esta nova conceção destaca o carácter multidisciplinar e participado do planeamento, e a clara definição das funções e responsabilidades de cada nível de intervenção; privilegia ainda o adequado suporte informativo, a articulação entre a gestão e o planeamento, bem como uma visão estratégica e flexibilidade. O mesmo autor considera relevante o conhecimento das circunstâncias locais que afetam a prestação de cuidados de saúde numa dada região, assinalando os princípios que devem conduzir o diagnóstico da situação, nomeadamente: ter em conta os aspetos sociopolíticos, para conhecimento da influência, capacidade de inovação ou capacidade de bloqueio das forças sociais; discussão com os representantes da população relativamente à análise efetuada da situação existente, seus antecedentes, perspetivas e problemas daí resultantes; carácter não definitivo do documento, tendo em conta as constantes mutações; elaboração de projetos que se adaptem às eventuais alterações.

O diagnóstico deve, pois, proporcionar um conhecimento das forças e fraquezas do ambiente interno e das ameaças e oportunidades do ambiente externo (BRISSOS, 2004)¹⁶, permitindo antever a tendência evolutiva dos fenómenos de um modo prospetivo, ou seja, antecipando futuros possíveis a partir da ação presente. Esta conceção de diagnóstico é congruente com a diversidade e a incerteza que caracterizam a sociedade atual, e remete para um tipo de participação cidadã compatível com o “nível de poder” (ARNSTEIN, 1969)¹⁷, caracterizado pela possibilidade de escolhas e conseqüente grau de responsabilidade. Com efeito, o tratamento da dor, apesar das orientações do Plano Nacional de Luta Contra a Dor (DIREÇÃO GERAL DA SAÚDE, 2008)¹⁸ e outros documentos de índole informativa e normativa, pode assumir perfis diversos em função de opções políticas, em sentido lato, de que os cidadãos são parte integrante. O cidadão deixa de ser exclusivamente recetor ou destinatário de cuidados para ser considerado, também, autor/prestador dos mesmos, evoluindo-se para uma perspetiva inclusiva, partilhada e em *continuum* (ALMEIDA, 2010)¹⁹. Sendo o planeamento e, por conseqüência o diagnóstico de situação um processo multinível, há que ter em conta a interligação dos vários serviços envolvidos, no que se refere às respostas de enfermagem no tratamento da dor, nomeadamente entre centros de saúde, hospitais e cuidados continuados, quer ao nível do setor público, quer dos setores privado e social.

As considerações anteriores remetem para a necessidade de abordar a realidade com instrumentos que permitam abarcar as suas múltiplas facetas. A abordagem clássica do diagnóstico da situação passa preferencialmente pelo questionário (TAVARES, 1992)¹⁵, tal

como fizemos no estudo em curso e do qual damos conta neste artigo; contudo, e assumindo uma concepção prospetiva deste processo, sabemos que as relações dinâmicas e evolutivas que o caracterizam podem tornar necessário o recurso a outros instrumentos metodológicos, em complementaridade, elucidando o carácter dinâmico e evolutivo da comunidade, bem como uma atitude pró-ativa, cada vez mais expressiva ao nível da participação cidadã, no que se refere à saúde. Situando-nos no *timing* do percurso já desenvolvido do diagnóstico de situação, e face aos objetivos delineados, apresentamos a seguir o roteiro metodológico do mesmo, com ênfase no instrumento de colheita de dados.

Tipo de estudo

Optou-se por um estudo descritivo dado que este pode ser utilizado com o fim de clarificar um determinado fenómeno, desenvolver uma teoria, identificar problemas da prática, realizar julgamentos ou identificar o que se está a desenvolver (GROVE, BURNS, GRAY, 2013)²⁰. O diagnóstico de situação desenvolvido incidiu na componente de estrutura (figura 2) de acordo com o Modelo de IRVINE, SIDANI E HALL (1998)⁴, apresentado anteriormente.

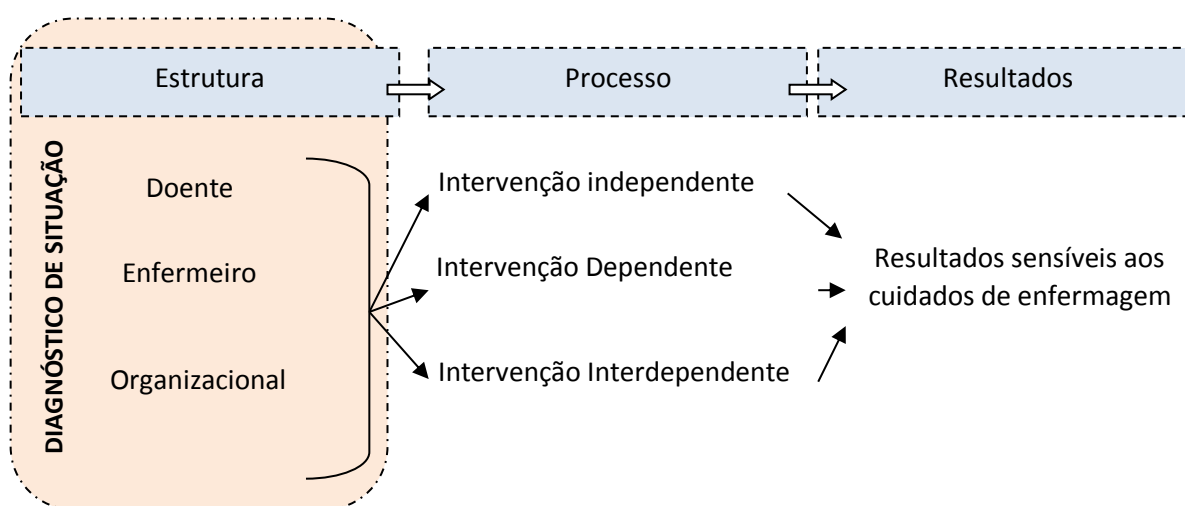


Figura 2 – Adaptado de Modelo de Eficácia de Papel de Enfermagem

População

Sendo este um estudo de diagnóstico, a opção de quem seria a população recaiu sobre o que consideramos ser “informantes chave”, pois pela sua posição e pelas responsabilidades inerentes a esta, detêm conhecimento privilegiado sobre esta problemática (QUIVY E CAMPENHOUDT, 1992)²¹. Elegemos, assim, os Enfermeiros que assumem as funções de gestão das instituições, nomeadamente Enfermeiro Diretor, Enfermeiros Chefes ou outros que assumam estas funções.

Instrumento de colheita de dados

Elaboraram-se inquéritos sob a forma de questionários específicos para cada uma das instituições, procurando responder às suas especificidades, mas com variáveis comuns.

Os questionários foram organizados em duas dimensões: Identificação Institucional e Caracterização organizacional/contexto.

Na *Identificação Institucional*, para além da identificação do tipo de instituição, solicitava-se também que a pessoa que o preenchesse especificasse o cargo que ocupava na organização.

No caso das Unidade de Cuidados Continuados, solicitou-se a referência à tipologia da Unidade (de longa duração e manutenção, de média duração e reabilitação ou de convalescença).

Na dimensão *Caracterização organizacional/contexto*, os dados que foram solicitados relacionam-se com as variáveis da organização e dos enfermeiros, de acordo com o Modelo de IRVINE, SIDANI E HALL (1998)⁴.

Exemplo de variáveis relacionadas com a organização/contexto, são o nº de camas ocupadas por doentes com dor, tipo e sistema de registos que são utilizados, a taxonomia utilizada nos registos (ver exemplo abaixo). A ênfase dada aos registos justifica-se, pois cabe ao enfermeiro assegurar a continuidade dos cuidados, registando fielmente as observações e intervenções (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2009)²², devendo comunicar informação relevante, de forma compreensível, sobre o estado de saúde do cliente, seja de forma oral, escrita ou eletrónica (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2003)¹⁰, no respeito pela sua área de competência. Para além da importância que os registos têm a este nível, são necessários para a avaliação da qualidade, análise epidemiológica e investigação. (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2001)³.

Neste diagnóstico pretendeu-se identificar o tipo de registos, que se poderão vir a constituir como fonte de informação para estudos subsequentes.

Serviço	Suporte de registo				Sistema de registo		Taxonomia	
	Do enfermeiro		Do médico		SAPE	Outro. Qual? ALERT	CIPE	Outro. Qual? _____
	Papel	Informático	Papel	Informático				

Outra variável que se considerou pertinente para o estudo, foram os aspetos relacionados com o método de trabalho utilizado pelos enfermeiros, sabendo que a escolha do método é realizada em função dos recursos disponíveis e do tipo de cuidados a prestar (FREDERICO e LEITÃO, 1999)²³.

Nenhum método de organização do trabalho é perfeito, mas é comumente aceite que o método de enfermeiro responsável é o que possibilita uma relação mais profunda entre o enfermeiro e o doente, promove a segurança, a continuidade e a individualização dos cuidados, ou seja a intervenção individualizada, o que, para além de ser um elemento fundamental na qualidade dos cuidados de enfermagem, é também é um fator facilitador na melhoria dos resultados do doente (SUHONEN, VALIMAKI E LEINO-KILPI, 2005)²⁴.

Serviço	Responsável	Equipa	Individual	Funcional	Outro. Qual?

Tendo em conta a importância das dotações seguras, o número de enfermeiros por contexto foi considerado como um dado fundamental a ser obtido, por “ haver evidência de uma forte relação entre a dotação de enfermeiros e a segurança dos doentes. Estudos de investigação demonstram que hospitais com baixas dotações de enfermeiros evidenciaram uma taxa mais elevada de doentes com complicações” (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2006)²⁵. Questionou-se também o nº de enfermeiros nos diversos serviços, para além da sua caracterização, no que respeita à idade, ao sexo, e ao vínculo profissional (caracterização sociodemográfica). Como exemplo apresenta-se a questão aberta:

Serviço	Nº Total	Idade				Sexo		Vínculo laboral		
		<30	30-39	40-49	>50	H	M	TC	TI	outro

O nível de formação e qualificação dos enfermeiros é outro dos dados que se considerou relevante na caracterização dos enfermeiros, pelo que se procurou obter essa informação com a seguinte questão:

Nº Enf. Serviço	Por qualificação:					Por Formação profissional:								
	Bach.	Licen.	Mest.	Dout.	Outro	Cuidad gerais	Enf. Especialis ta	Áreas de especialização* (indique qual/quais):						
								R	MC	SM	C	MO	IP	

Diferentes estudos identificam a existência de relação entre os resultados dos doentes e a qualificação e experiência/“expertise” dos enfermeiros (MCKENNA, 1995)²⁶; (AIKEN, CLARKE, CHEUNG, SLOANE e SILBER, 2003)²⁷, e conseqüentemente a qualidade de cuidados que estes desenvolvem. O “Skill Mix” dos enfermeiros é associado a resultados como a redução da

mortalidade, duração do internamento, custos e complicações e promove a educação e a satisfação dos doentes.

Num estudo desenvolvido por AIKEN, SLOANE, BRUYNEEL, VAN DEN HEEDE, GRIFFITHS, BUSSE, DIOMIDOUS, KINNUNEN, KÓZKA, LESAFFRE, MCHUGH, MORENO-CASBAS, RAFFERTY, SCHWENDIMANN, SCOTT, TISHELMAN, ACHTERBERG, e SERMEUS (2014)²⁸ em nove países europeus, concluiu-se que a qualificação dos enfermeiros, bem como o ratio enfermeiro-doente, parecem ter influência nos resultados dos doentes.

AMARAL, FERREIRA, CARDOSO E VIDINHA (2014)²⁹ utilizaram como variável caracterizadora dos enfermeiros o “rácio enfermeiro especialista” na equipa, sendo que no seu estudo se verificou que este rácio tinha efeitos positivos diretos na individualização dos cuidados, na relação médico/enfermeiro (componente de processo), mas também tinha um significativo efeito positivo indireto nas variáveis relacionadas com os resultados, como por exemplo o estado funcional dos doentes.

RESULTADOS

De acordo com os objetivos previamente definidos, relembramos - apresentar o roteiro metodológico seguido e perspetivar a continuidade do processo de planeamento – os resultados conseguidos referem-se aos aspetos metodológicos operacionalizados e não ainda às respostas obtidas face às questões colocadas, às instituições de saúde interpeladas. Os inquéritos foram enviados para as diferentes instituições de Saúde do Distrito de Santarém, acompanhados de um preâmbulo enquadrador do projeto no âmbito do qual se desenvolvia a sua aplicação, orientações genéricas de preenchimento e estímulos às respetivas respostas.

Estas orientações cumpriram, aparentemente, os objetivos, tendo-se verificado uma taxa de retorno de 100%, com a globalidade das respostas totalmente preenchidas, em cada Instituição. Excetua-se, neste âmbito, a Unidade Privada de Saúde, pela diferente organização de cuidados que pratica relativamente às Instituições Públicas, pelo que se perspetiva uma abordagem mais consentânea com a conceção prospetiva do diagnóstico de situação, anteriormente assumida. A estratégia a desenvolver, neste caso, poderá passar pela utilização de instrumentos de colheita de dados de carácter mais interativo e pró-ativo, como sugere ALMEIDA (2010)¹⁹, de que salientamos a entrevista.

Na continuidade do desenvolvimento deste projeto, a próxima etapa passará pela construção da base de dados e respetiva análise, o que conduzirá à caracterização

pretendida. Essa caracterização permitir-nos-á evoluir para a procura de respostas concretas no tratamento da dor, aos vários níveis de cuidados. Será a este nível que o projeto *Gestão de Sintomas* poderá dar o seu maior contributo, na resposta à dimensão “Extensão à Comunidade”, procurando articular e potenciar projetos e modos de intervenção, em que as vertentes educativa e de pesquisa são uma parte fundamental, dado o carácter dinâmico e evolutivo da comunidade, bem como a crescente expressão do nível de participação cidadã, no que se refere à saúde.

CONCLUSÃO

Neste artigo atualizámos o estadió de desenvolvimento do projeto *Gestão de Sintomas*, do âmbito da UMIS, no que se refere à dimensão de pesquisa.

Partindo de um primeiro momento de abordagem ao tema, consubstanciada numa Revisão Sistemática da Literatura, (AMENDOEIRA, SANTOS, BARROSO, GODINHO, SARROEIRA, ROSA e MARQUES, 2013)⁸, iniciámos um processo de conhecimento da realidade, do Concelho de Santarém, relativamente às respostas à dor crónica, das diversas Instituições de Saúde, dos setores Público, Privado e Social.

Do diagnóstico em curso, damos conta do trabalho realizado para o conhecimento da componente “estrutura”, de acordo com o Modelo de IRVINE, SIDANI E HALL (1998)⁴. Perspetivamos, também, o caminho a seguir, assente numa nova conceção do processo de planeamento em saúde, caracterizado por uma visão prospetiva, de *futuros possíveis*, (BRISOS, 2004¹⁶); (ALMEIDA, 2010¹⁹), de que a participação cidadã, em sentido amplo, é uma pedra basilar.

BIBLIOGRAFIA

- ¹BURGUESS (1997) A Pesquisa de Terreno, Uma introdução. Oeiras, Celta Editora.
- ²MINISTÉRIO DA SAÚDE (2003). Circular Normativa nº 09/ DGCG. A dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da dor. Lisboa: Direção Geral da Saúde
- ³ORDEM DOS ENFERMEIROS (2001) Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Conselho de Enfermagem. Divulgar.
- ⁴IRVINE, D.; SIDANI, S.; HALL, L.M. (1998) Linking Outcomes to Nurses's Roles in Health Care. *Nursing Economics*. March-April. Vol.16 Nº 2.
- ⁵DONABEDIAN, A. (1980) *PSN, Explorations in Quality Assessment and Monitoring*. Volume I: The Definition of Quality and Approaches to its assessment. Ann Arbor, Health Administration Press.
- ⁶IRVINE D.; SIDANI, S.; KEATINGS ,M. e DOIDGE, D. (2002) An empirical test of the Nursing Role Effectiveness Model. *JAN*, 38(1), 29–39.
- ⁷ORDEM DOS ENFERMEIROS (2008) - Dor Guia orientador de boa prática. Lisboa: OE.
- ⁸AMENDOEIRA, SANTOS, BARROSO, GODINHO, SARROEIRA, ROSA e MARQUES (2013). Dor e Autocuidado: que intervenções de Enfermagem? Revisão sistemática da literatura. *UiiPS*, Nº 4, Vol.1, dezembro, p.p. 119 – 135.
- ⁹KÉROUAC, PEPIN, DUCHARME, DUQUETTE E MAJOR (1996) – El pensamento enfermeiro. Barcelona: Masson.
- ¹⁰ORDEM DOS ENFERMEIROS (2003) Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais. Conselho de Enfermagem.
- ¹¹MINISTÉRIO DA SAÚDE (2010) A Organização Interna e Governação dos Hospitais. Grupo Técnico para a Reforma da Organização Interna dos Hospitais.48 p.
- ¹²SIMÕES, J. (2004) Retrato Político da Saúde. Livraria Almedina. Coimbra.
- ¹³PERES, A. M.; FREITAS, L. J.; CALIXTO, R. C.; RIERA, J.R.M.; QUILES , A. S. Conceções dos enfermeiros sobre planeamento, organização e gestão de enfermagem na atenção básica: revisão integrativa. *RER*, Vol. 1, Serie III, nº.10 Coimbra, julho. 2013.
- ¹⁴IMPERATORI, E.; GIRALDES, M.R. (1993). Metodologia do Planeamento da Saúde. 3ª ed. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública.
- ¹⁵TAVARES, A. (1992). Métodos e técnicas de planeamento em saúde. Lisboa: Centro de Formação e Aperfeiçoamento Profissional. Departamento de Recursos Humanos da Saúde. Ministério da Saúde.
- ¹⁶BRISSOS, M.A. (2004). O planeamento no contexto da imprevisibilidade: algumas reflexões

relativas ao sector da saúde. *RPSP*, vol. 22, nº 1, janeiro/junho.

¹⁷ARNSTEIN, S. (1969) A Ladder of Citizen Participation. *JAIP*, Vol.35, Nº4, July, p.p. 216 – 249.

¹⁸DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE (2008). Plano Nacional de Luta Contra a Dor. Lisboa: DGS.

¹⁹ALMEIDA, L. M. (2010). Os serviços de saúde pública e o sistema de saúde. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, vol. 28, nº 1, janeiro/junho 2010.

²⁰GROVE, S., BURNS, N., e GRAY, J. (2013). *The Practice of Nursing Research: Appraisal, Synthesis, and Generation of Evidence*. St. Louis, MO: Elsevier.

²¹ QUIVY, R.; CAMPENHOUDT, L.V. (1992) *Manual de Investigação em Ciências Sociais*. Gradiva; Lisboa.

²² ORDEM DOS ENFERMEIROS (2009) Código Deontológico do Enfermeiros. Lei n.º 111/2009 de 16 de Setembro.

²³FEDERICO, M.; LEITÃO, M.A. (1999) *Princípios de Administração para Enfermeiros*. Formasau. Coimbra.

²⁴SUHONEN, R.; VALIMAKI M. e LEINO-KILPI, H. (2005) Individualized care, quality of life and satisfaction with nursing care. *JAN*, 50 (3), 283-292.

²⁵ORDEM DOS ENFERMEIROS (2006). *Dotações seguras salvam vidas*. Conselho Internacional de Enfermeiros.

²⁶MCKENNA, H. P. (1995) Skill mix substitutions and quality of care: an exploration of key assumptions from the research literature. *JAN*, 21,452-459.

²⁷AIKEN, L.H.; CLARKE, S.P.; CHEUNG, R.B.; SLOANE, D.M.; SILBER, J.H. (2003) Educational Levels of Hospital Nurses and Surgical Patient Mortality. *JAMA*; September 24, vol 290, nº 12. pp 1617-1623.

²⁸AIKEN,L.H.; SLOANE,D.M.; BRUYNEEL L.; VAN DEN HEEDE, K.; GRIFFITHS, P.; BUSSE, R.; DIOMIDOUS,M.; KINNUNEN,J.; KÓZKA, M.; LESAFFRE, E.; MCHUGH, M.; MORENO-CASBAS, M.T.; RAFFERTY, A.M.; SCHWENDIMANN,R.; SCOTT, P.A.; TISHELMAN, C.; ACHTERBERG, T.; SERMEUS, W. (2014) Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study. www.thelancet.com. Vol 383 May 24.

²⁹AMARAL, F.S.; FERREIRA, P.L.; CARDOSO, M.L.; VIDINHA, T. (2014) Implementation of the Nursing Role Effectiveness Model. *International Journal of Caring Sciences*; September-December, Vol 7; Issue 3; pp 757-770.