

See discussions, stats, and author profiles for this publication at: <https://www.researchgate.net/publication/344168143>

ADESÃO TERAPÊUTICA NA PESSOA SUBMETIDA A TRANSPLANTAÇÃO RENAL: RELATO DE CASO

Article · August 2020

CITATIONS

0

READS

95

6 authors, including:



Milene Moita

Universidade de Évora

1 PUBLICATION 0 CITATIONS

[SEE PROFILE](#)



Luís Manuel Mota Sousa

Universidade de Évora

238 PUBLICATIONS 601 CITATIONS

[SEE PROFILE](#)



Isabel Bico

Universidade de Évora

8 PUBLICATIONS 1 CITATION

[SEE PROFILE](#)



Maria Frade

Universidade de Évora

8 PUBLICATIONS 5 CITATIONS

[SEE PROFILE](#)

Some of the authors of this publication are also working on these related projects:



Qualidade de vida e saúde em uma perspectiva interdisciplinar [View project](#)



Simulation [View project](#)

ADESÃO TERAPÊUTICA NA PESSOA SUBMETIDA A TRANSPLANTAÇÃO RENAL: RELATO DE CASO

Laura Moreira Leitão⁽¹⁾; Milene Silva Moita⁽²⁾; Luís Manuel Mota Sousa⁽³⁾; Isabel Bico⁽⁴⁾; Maria Frade⁽⁵⁾; Maria do Céu Marques⁽⁶⁾



Resumo

Objetivo: elaborar um plano de Cuidados de Enfermagem centrado na adesão e cumprimento do regime terapêutico da pessoa submetida a transplantação renal, a fim de diminuir a probabilidade de rejeição do órgão transplantado e aumentar, conclusivamente, a sua qualidade de vida. **Métodos:** Estudo de caso alusivo a um utente do sexo masculino, 58 anos, aposentado, com Hipertensão Arterial, Síndrome da Apneia Obstrutiva do Sono grave sob CPAP noturno e Doença Renal Crónica Estádio V sob hemodiálise desde 2015. A apreciação inicial fundamentou-se na Teoria Roper, Logan & Tierney sobre as Atividades de Vida Diárias e para a conceção do plano de cuidados de enfermagem utilizou-se a taxonomia NANDA-I, NIC E NOC. **Resultados:** Identificaram-se 10 diagnósticos de enfermagem e selecionaram-se 2 por serem determinantes no sucesso do pós-operatório de transplante renal, neste caso de dador falecido: Proteção ineficaz (00043) e Conhecimento deficiente (00126). **Conclusão:** A transplantação renal exige ao utente uma necessidade de transição e adaptação a uma nova condição. Os cuidados de enfermagem são promotores da aceitação deste processo, a capacidade do Enfermeiro em estabelecer uma relação terapêutica de grande proximidade contribui, para mais conhecimento e consequentemente, melhor adesão terapêutica imunossupressora e qualidade de vida do utente. **Descritores:** Insuficiência Renal Crónica; Transplante de Rim; Cuidados de Enfermagem; Cooperação e Adesão ao Tratamento.

Abstract

THERAPEUTIC ADHERENCE IN KIDNEY TRANSPLANT RECIPIENTS: CASE REPORT

Objective: to develop a Nursing Care plan focused on adherence and compliance with the therapeutic regime of the kidney transplant patient, in order to decrease the chances of organ rejection and, conclusively, to increase their quality of life. **Methods:** Case study referring to a 58 year old male patient, retired, with High Blood Pressure, Severe Sleep Obstructive Apnea Syndrome under nocturnal CPAP and End Stage Chronic Kidney Disease under hemodialysis since 2015. The initial assessment was based on the Roper, Logan & Tierney Theory of the Activities of Daily Living. For the design of the nursing care plan, NANDA-I, NIC AND NOC taxonomy was used. **Results:** 10 nursing diagnoses were identified and 2 were selected because they are decisive in the success of the post-operative kidney transplant, in this case of deceased donor: Ineffective protection (00043) and deficient knowledge (00126). **Conclusion:** Kidney transplantation requires the user to transit and adapt to a new condition. Nursing care can promote the acceptance of this process. The nurse's ability to establish a therapeutic relationship of great proximity contributes to more knowledge and, consequently, better immunosuppressive therapeutic adherence and quality of life for the user.

Descriptors: Renal Insufficiency; Chronic; Kidney Transplantation; Nursing Care; Treatment Adherence and Compliance

Resumen

ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN RECEPTORES DE TRASPLANTE DE RIÑÓN: REPORTE DE CASO

Objetivo: desarrollar un plan de atención de enfermería centrado en la adherencia y el cumplimiento del régimen terapéutico de la persona que se somete a un trasplante de riñón, a fin de disminuir la probabilidad de rechazo del órgano transplantado y, de manera concluyente, aumentar su calidad de vida. **Métodos:** estudio de caso que se refiere a un paciente masculino de 58 años, jubilado, con hipertensión arterial, síndrome de apnea obstructiva del sueño grave en CPAP nocturno y estadio de enfermedad renal crónica V en hemodiálisis desde 2015. La evaluación inicial se basó en Theory Roper, Logan & Tierney sobre las actividades de la vida diaria y para el diseño del plan de cuidados de enfermería se utilizó la taxonomía NANDA-I, NIC Y NOC. **Resultados:** se identificaron 10 diagnósticos de enfermería y se seleccionaron 2 porque son decisivos para el éxito del trasplante de riñón postoperatorio, en este caso del donante fallecido: protección ineficaz (00043) y conocimiento deficiente (00126). **Conclusión:** el trasplante de riñón requiere que el usuario haga la transición y se adapte a una nueva vida. El cuidado de enfermería es un promotor de la aceptación de este proceso, la capacidad de la enfermera para establecer una relación terapéutica de gran proximidad contribuye a un mayor conocimiento y, en consecuencia, una mejor adherencia terapéutica inmunosupresora y calidad de vida para el usuario.

Descritores: Insuficiencia Renal Crónica; Trasplante de Riñón, Atención de Enfermería; Cumplimiento y Adherencia al Tratamiento.

Submetido em Julho 2020. Aceite para publicação em Agosto 2020

⁽¹⁾Departamento de Enfermagem da Universidade de Évora, Évora, Portugal. ORCID: 0000-0002-0625-8235

⁽²⁾Departamento de Enfermagem da Universidade de Évora, Évora, Portugal. milene.moita@gmail.com; ORCID: 0000-0002-3612-3665

⁽³⁾Comprehensive Health Research Centre (CHRC), luismmsousa@gmail.com ; ORCID: 0000-0002-9708-5690

⁽⁴⁾Departamento de Enfermagem da Universidade de Évora, Évora, Portugal. isabelbico@uevora.pt; ORCID: 0000-0002-3868-2233

⁽⁵⁾Departamento de Enfermagem da Universidade de Évora, Évora, Portugal. mafrade@uevora.pt. ORCID: 0000-0003-0858-0719

⁽⁶⁾Comprehensive Health Research Centre (CHRC), Departamento de Enfermagem da Universidade de Évora, Évora, Portugal. mcmarques@uevora.pt ; ORCID: 0000-0003-2658-3550

INTRODUÇÃO

A Doença Renal Crônica (DRC) é um grave problema de saúde pública a nível mundial, que afeta aproximadamente entre 10-25% da população da Ásia, Austrália, Europa e Estados Unidos da América (Malik, et al., 2018) e que acarreta mudanças inevitáveis na vida das pessoas portadoras (Pedroso, et al., 2019). No estágio V da doença, ocorre falência renal, implicando o início da terapia de substituição da função renal (TSFR), organizadas em terapias dialíticas, como a hemodiálise e a diálise peritoneal, ou a transplantação renal (Pedroso, et al., 2019).

O transplante renal (TR) é considerado como a modalidade mais efetiva para este estágio terminal da doença, uma vez que é capaz de produzir melhorias significativas na vida da pessoa, com possibilidade de retomar a sua qualidade de vida e aumentar a sua sobrevivência (Pedroso, et al., 2019). Entendendo-se aqui qualidade de vida (QV) como a “percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto de sua cultura e no sistema de valores em que vive e em relação a suas expectativas, seus padrões e suas preocupações.” (Silva, Silveira, Fernandes, Lunardi, & Backes, 2011, p. 840), em conformidade com a OMS.

Neste sentido, a pessoa com DRC terminal anseia pela realização de TR e a sua qualidade de vida é diretamente influenciada pelo domínio físico, psicológico e ambiental (Antunes, et al., 2018). Este processo impõe algumas transformações nas atitudes e comportamento dos utentes, nomeadamente a nível familiar, no regime terapêutico medicamentoso e dietético, nos planos de vida, ou seja, no seu modo de vida (Pedroso et al., 2019). Sendo que a aceitação e adaptação a este novo estilo de vida definirá o sucesso no procedimento, pela adoção de comportamentos de saúde saudáveis, como, por exemplo, a adesão ao regime terapêutico (Pedroso, et al., 2019). Sempre que se verifica, por parte do utente, o cumprimento das prescrições, recomendações e orientações

dos profissionais de saúde, sendo de extrema importância para a redução de complicações da DRC” (Ferraz, Macie, Borba, Frazão, & França, 2017).

Os profissionais de saúde, sobretudo os enfermeiros, pela sua capacidade em estabelecer facilmente uma relação terapêutica, dada a proximidade que tem com os utentes, desempenham assim, um papel essencial no seguimento do tratamento terapêutico e na manutenção de atitudes e comportamentos saudáveis, que promovam a QV do utente transplantado. Para a obtenção de resultados positivos é fundamental atender as particularidades de cada pessoa e, deste modo, compete ao enfermeiro planear os cuidados de enfermagem valorizando a individualidade, que favorece a humanização dos cuidados (Pedroso, et al., 2019). Entre as várias intervenções possíveis de implementar, as ações educativas são, por exemplo, estratégias que permitem incentivar a adesão ao regime terapêutico (Ferraz, Macie, Borba, Frazão, & França, 2017), pelo seu potencial de promoção do empowerment quer do utente como da sua família (Lins, et al., 2018), tornando-se evidente o seu real benefício.

O TR, é um procedimento cirúrgico que traduz a transferência de um rim saudável proveniente de uma pessoa (dador) para outra (recetor), com a finalidade de restabelecer as funções, neste caso particular, perdidas. Necessita de monitorização, vigilância e avaliação clínica contínua, com a realização de exames complementares de diagnóstico, medicação imunossupressora ininterrupta e adesão de comportamentos adequados (Kochhann, & Figueiredo, 2020).

Após a sua realização, a prioridade é impedir que surjam complicações que possam conduzir ao fracasso do transplante, sobretudo a rejeição do enxerto que causa um declive da função renal e carece de intervenção precoce para impedir a sua perda total (de Castro Rodrigues Ferreira, et al., 2017; Gokoel et al., 2020; Kobayashi et al., 2020; Mattos, et al., 2019).

Nos últimos anos tem-se registado uma acentuada evolução no que respeita ao transplante de rim, nomeadamente a nível de progressos na sobrevivência do enxerto após procedimento cirúrgico, associado à terapia medicamentosa imunossupressora e às técnicas cirúrgicas utilizadas (Gokoel, et al., 2020). Sendo que, o objetivo basilar da terapêutica imunossupressora é prevenir a ocorrência de rejeições agudas e crónicas do órgão transferido (Mattos, et al., 2019).

A evidência aponta para valores a oscilar entre os 36-55% de prevalência de não adesão após o TR (Gokoel et al., 2020), constituída maioritariamente por indivíduos jovens (Doalto Munoz; Cruz Valle; Carreton Manrique, 2018), porém, na globalidade, todos os recetores apresentam tendência para ocultar este comportamento em contexto clínico (Kobayashi, et al., 2020).

A não adesão, deve ser, por isso, identificada atempadamente e envolvendo a participação de toda equipa multidisciplinar (enfermeiro, farmacêutico e médico), para que em parceria sejam estruturadas as intervenções mais ajustadas a cada situação, como a redução na quantidade de terapêutica, o recurso a estratégias de lembrete da sua toma e ações educativas em prol da adesão ao regime terapêutico (Gokoel, et al., 2020).

Portanto, este estudo tem como objetivo: elaborar um plano de Cuidados de Enfermagem centrado na adesão ao regime terapêutico do utente submetido a transplantação renal, a fim de diminuir a probabilidade de rejeição do órgão transplantado e aumentar, concludentemente, a sua qualidade de vida.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo de caso, que consiste numa metodologia de investigação, fundamentada e desenvolvedora de evidência, que permite a compreensão de determinados fenómenos, como as doenças, pela sua complexidade e relação com indivíduos, grupos ou organizações (Andrade, et al., 2017). Este estudo de caso segue as guidelines

da CAsE REport (CARE) (Riley et al., 2017).

Os dados foram recolhidos através de entrevista ao utente, da observação e exame físico e ainda da consulta do processo clínico, sendo que os mesmos encontram organizados no fluxograma 1, conforme o modelo descrito por Equator Network (2019). O utente foi informado e esclarecido sobre o estudo e sua finalidade exclusivamente académica, bem como dos seus direitos, respeitando-se em todos os procedimentos realizados os princípios éticos em investigação em enfermagem, nomeadamente, beneficência, não maleficência, fidelidade, justiça, veracidade e confidencialidade (Nunes, 2013). Tal como os enunciados na Declaração de Helsínquia e Convenção de Oviedo relativa à investigação com seres humanos e também obtido o seu consentimento informado verbal (Nunes, 2013).

O presente estudo de caso reporta um homem de 58 anos com DRC de etiologia não determinada, caucasiano, casado, com 12º ano de escolaridade, aposentado, em programa de hemodiálise há cerca de 5 anos, submetido eletivamente a TR de dador falecido e sob terapêutica imunossupressora.

A apreciação inicial foi baseada na Teoria de Enfermagem de Roper, Logan, & Tierney (2000) (Tabela 1) da qual resultou, face aos problemas encontrados na sua análise, a identificação de diagnósticos de enfermagem (DE) segundo Taxonomia North American Nursing Diagnosis Association – NANDA-I (Herdman & Kamitsuru, 2018) e, sequente, elaboração de um plano de cuidados (Tabela 2 e 3). As intervenções de enfermagem foram sustentadas na Nursing Interventions Classification – NIC (Bulechek, Butcher, & Dochterman, 2010) e os resultados e seus indicadores de acordo com a Nursing Outcomes Classification- NOC (Moorhead, Johnson, Maas, & Swanson, 2016).

Avaliação inicial da pessoa

Apresentação de sintomas relacionados com o episódio

Homem, de 58 anos, com Doença Renal Crônica estadio V de etiologia desconhecida, a realizar hemodiálise há cerca de 5 anos. Foi programada transplantação renal para 05/01/2020, sendo que a última sessão hemodialítica ocorreu a 31/12/2019.

Apresenta antecedentes pessoais de HTA desde os 35 anos, SAOS grave sob CPAP noturno, hiperuricemia, anemia e hiperparatiroidismo secundário. Antecedentes familiares desconhecidos.

Exame físico

Da avaliação complementar pré-transplante o recetor destaca-se virologia HCV negativa, CMV (igG) positivo, EBV desconhecido. Da avaliação de compatibilidade imunológica destaca-se Donor specific antibodies elevados.

Do dador destaca-se virologia HCV negativa, CMV IgG positivo.

História da doença atual

Realizou imunossupressão com ATG e tacrolímus.

Foi submetido a transplante renal de dador falecido.

O procedimento cirúrgico decorreu sem intercorrências, sendo o rim direito transplantado para fossa ilíaca direita, com dreno in situ.

Avaliação diagnóstica

1. Proteção Ineficaz (00043 e 2. Conhecimento deficiente (00126);

3. Risco de Infecção (00004); 4. Risco de Quedas (00155); 5. Risco de Integridade da Mucosa Oral Prejudicada (00247); 6. Integridade da Pele Prejudicada (00046); 7. Risco de Hemorragia (00206); 8. Eliminação Urinária (00016); 9. Risco de Glicemia Instável (00179); 10. Sobrepeso (00233).

Intervenções terapêuticas iniciais

Terapêutica medicamentosa

No internamento: Benzidamina, Nistatina, Micofenolato de Mofetil 500mg, Prednisolona, Tacrolímus, Oxibutinina, Tansulosina, Pantoprazol, Butilescopolamina, Glucose 30%, Paracetamol e Insulina Neutra.

Intervenções de Enfermagem (NIC)

DE 1: Proteção contra Infecção (6550), Controlo do Medicamentos (2380), Ensino: Indivíduo (5606), Ensino: Medicamentos Prescritos (5616); DE 2: Ensino: Procedimento/Tratamento (5618), Controle de Medicamentos (2380), Ensino: Medicamentos Prescritos (5616).

DE 3: Cuidados com o Local de Incisão (3440), Supervisão da Pele (3590), Cuidados com Lesões (3660), Manutenção de Dispositivos para Acesso Venoso (2440), Cuidados com Sonda: Urinário (1876), Cuidados com Sondas/Drenos (1870), Controlo de Infecção (6540), Proteção contra Infecção (6550); DE 4: Identificação de Risco (6610), Monitorização Neurológica (2620), Prevenção contra Quedas (6469), Promoção da Mecânica Corporal (0140), Controlo do Ambiente (6480), DE 5: Manutenção da Mucosa oral (1710), Promoção da Saúde Oral (1720), Controle de Medicamentos (2380); DE 6: Cuidados com Lesões (3660), Cuidados com Local de Incisão (3440), Cuidados com Lesões: Drenagem Fechada (3662); DE 7: Precauções contra Sangramento (4010); DE 8: Controlo da Eliminação urinária (0590), Controlo Hídrico (4120), Monitorização Hídrica (4130), Administração de Medicamentos: Endovenosa (2314), Cuidados com Sondas: Urinário (1876); DE 9: Controle da Hipoglicemia (2130), Controle da Hiperglicemia (2120); DE 10: Controle da Nutrição (1100), Promoção do Exercício (0200).

Avaliação dos resultados e intervenções

Seguimento/ Avaliação de resultados NOC

DE 1: Estado Imunológico (0702); DE 2: Comportamento de Aceitação: Medicamento Prescrito (1623);

DE 3: Controle de Riscos (1902); DE 4: Comportamento de Segurança: Prevenção de Quedas (1909); DE 5: Saúde Oral (1100); DE 6: Cicatrização de Feridas: Primeira Intenção (1102); DE 7: Estado de Coagulação (0409); DE 8: Eliminação Urinária (0503); DE 9: Controle de Glicemia (2300); DE 10: Comportamento de Perda de Peso (1627);

Relatório do caso segundo CARE

Fluxograma 1.

Apreciação inicial segundo PFS.

Tabela 1

Apreciação inicial conforme AVD's de Nancy Roper.

<p>Manter um Ambiente Seguro</p> <p>O utente apresenta estrabismo divergente à direita com diminuição da acuidade visual unilateral.</p> <p>A presença do dreno Jackson Pratt (JP) com vácuo no flanco direito, da sutura abdominal e da drenagem vesical constituem um risco elevado de infeção que se encontra associado à proteção ineficaz, que advém sobretudo do seu estado imunológico.</p> <p>O risco de queda de acordo com a escala de <i>Morse</i>, oscilou entre um baixo risco à ausência de risco de queda, devido à remoção do acesso venoso periférico interrompção da terapia endovenosa.</p> <p>Eliminação</p> <p>O utente apresenta a eliminação urinária prejudicada, encontrando-se algaliado. A drenagem vesical manteve-se funcionante e a diurese foi contabilizada através do uriméter a cada turno, bem como a realização do balanço hídrico. Inicialmente, a urina apresentava-se concentrada, com uma cor rosada escura aclarando progressivamente, no entanto, por manifestar espasmo vesical com dor associada, contactou-se a equipa médica, que deu indicação para administração de oxibutinina 5mg e butilescopolamina 10mg, surtindo efeito. Posteriormente, a urina progrediu para uma coloração clara, cheiro <i>suis generi</i> sem presença de sedimentos. Este apresentou sempre bons débitos urinários um balanço hídrico equilibrado, com poucas oscilações do valor de referência demonstrando uma boa função renal do exerto.</p> <p>Respiração</p> <p>No internamento, o utente apresentou uma frequência respiratória predominantemente toraco-abdominal, regular, simétrica, sem utilização de músculos acessórios, ruídos, acessos de tosse ou expetoração, com ciclos que oscilavam entre 14-15cpm e saturações de oxigénio no sangue em ar ambiente que oscilavam entre 96-97%. Manteve-se normotenso em todas as avaliações com tensões cujos valores sistólicos oscilavam entre 100-120mmHg diastólicos entre 60-80mmHg. Manteve-se normocárdico com frequência cardíaca com oscilações entre 60-80bpm e o pulso radial cheio e regular. O utente utilizou meias de contenção, por existir um risco de tromboembolismo venoso, derivado do estado acamado e mobilidade reduzida. O Sr. J.O. não manifesta alterações circulatórias dos membros inferiores, nem sinais de trombose venosa profunda, avaliada através do sinal de <i>Homan</i>. O tempo de preenchimento capilar avaliado nos membros inferiores é inferior a 2 segundos o que indica uma boa perfusão dos tecidos.</p> <p>Comunicação</p> <p>O utente apresenta-se consciente, orientado e autopsiquicamente comunicativo tanto com os outros utentes, como com os profissionais de saúde e bastante colaborante durante a realização de todos os procedimentos de enfermagem, respondendo quando é questionado sobre algo, e apresentando-se disponível para estabelecer diálogo, com linguagem não verbal e concordância. Não apresenta alterações no discurso, pensamento e percepção. Responde a estímulos externos, quer verbais, quer não verbais, e não demonstra falta de memória, conseguindo referir acontecimentos passados de forma lógica e sequencial. Este questiona acerca da sua situação clínica, demonstrando interesse na necessidade de readaptação à sua nova condição de doente transplantado renal.</p> <p>Higiene Pessoal e Vestuário</p> <p>O utente manifestou-se sempre colaborante, e após tolerar o 1º levante, começou a realizar a sua higiene corporal de forma independente, no WC.</p>	<p>Pelo facto de apresentar risco de integridade da membrana mucosa oral prejudicada, devido à imunossupressão, o utente reforçou a lavagem bucal diária, utilizando a Benzidamina e Nistatina, de forma apropriada. Este apresenta algumas lesões cutâneas visíveis, nomeadamente a nível dos membros superiores, com sintomatologia de prurido urémico. As mucosas apresentam-se coradas, ligeiramente desidratadas e acianóticas. O penso cirúrgico abdominal na fossa ilíaca direita que constitui um risco de infeção foi refeito em dias alternados e sempre que apresentava repasses de água., bem como o penso do local de inserção do dreno aspirativo com vácuo. O Sr. não necessita de ajuda para se vestir e despir, mantendo-se independente nesta tarefa.</p> <p>Mobilidade</p> <p>O utente após a intervenção cirúrgica e tolerância ao primeiro levante começou a deambular por períodos, deslocando-se ao WC de forma independente. No leito faz alternância de decúbitos, para alívio de pressão, após aplicação de escala de <i>Braden</i>, verificou-se que este não apresenta risco de lesão por pressão.</p> <p>Alimentação</p> <p>Após o procedimento cirúrgico, o Sr. iniciou a ingestão de líquidos, tendo progredido para a dieta mole, com tolerância. Posteriormente, iniciou a dieta diabética, devido ao risco de glicémia instável. Esteingere cerca de 2L de água por dia, de forma autónoma. Após determinação da glicémia, o utente apresentou sempre valores de glucose em jejum dentro dos valores de referência, oscilando entre os 90-110mg/dL, e valores de glucose pósprandial <160mg/dL, apresentando-se normoglicémico em todas as avaliações e sem sinais ou sintomas de hipoglicémia ou hiperglicémia. O índice de massa corporal do Sr. J.O. é = 29,0 kg/m², pelo que se encontra acima do peso recomendado para a sua altura, ou seja, em situação de sobrepeso.</p> <p>Controlo da Temperatura Corporal</p> <p>O utente apresentou temperaturas timpánicas que oscilavam entre 36,3 a 36,7, mantendo-se sempre apirético. Este demonstra reconhecer sensações de frio e calor. Apresenta as extremidades quentes e sem sinais de lesão.</p> <p>Dormir</p> <p>Desde a entrada, o utente cumpriu a pressão positiva contínua nas vias aéreas (CPAP) através de máquina própria, no período noturno e bem adaptado. Este descansou adequadamente durante a noite, dormindo cerca de 7 horas, e não manifestando cansaço aparente.</p> <p>Expressão da Sexualidade</p> <p>O utente é casado, e não manifestou qualquer alteração ao nível da sua sexualidade e autoestima, tendo sido possível verificar as demonstrações frequentes de afeto e preocupação por parte da esposa e vice-versa.</p> <p>Trabalho e Lazer</p> <p>Durante o internamento, o Sr. J.O. permaneceu maioritariamente no quarto, nomeadamente no leito, onde recebeu as visitas diárias da sua família. Quando não tinha visitas, entretinha-se a assistir a programas no seu Tablet ou a dialogar com os restantes colegas de quarto.</p> <p>Morrer</p> <p>De acordo com o utente nunca existiu qualquer tentativa de suicídio e não apresenta ideação suicida atual. Manifesta-se confiante sobre a sua recuperação, afirmando ainda, que tudo fará para que nos próximos anos consiga viver com uma melhor qualidade de vida.</p>
--	--

RESULTADOS

Da interpretação e análise dos dados colhidos definiram-se dois DE como primordiais para promover o sucesso do tratamento e a qualidade de vida do doente. Estes estão enunciados nas tabelas 2 e 3, bem como a proposta de planeamento de cuidados

de enfermagem elaborada e efetuada para lhe dar resposta e cuja avaliação obtida reflete o resultado que determinada intervenção conseguiu produzir para o efeito, neste caso, de adesão à terapêutica imunossupressora.

Plano de cuidados de enfermagem:

Tabela 2

Diagnóstico Proteção Ineficaz, com as respetivas intervenções e avaliações de enfermagem.

00043 - Proteção ineficaz que se caracteriza pela deficiência de imunidade, associada ao regime de tratamento com agentes farmacêuticos imunossupressores (Herdman & Kamitsuru, 2018).			
Resultados NOC	0702 - Estado Imunológico		
		Pontuação Inicial	Pontuação Final
Indicadores (Moorhead, Johnson, Maas, & Swanson, 2016)	Estado geniturinário (TFG)	1	5
	Temperatura corporal	5	5
	Integridade da pele	1	4
	Peso	4	4
	Valores absolutos do leucograma	5	5
Intervenções NIC (Bulechek, Butcher, & Dochterman, 2010)	<p>6550 - Proteção contra infecção.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitorizar as análises sanguíneas; - Limitar a quantidade de visitas; - Manter a assepsia em todos os procedimentos; - Manter as técnicas de isolamento (protetor); - Monitorizar os sinais e sintomas sistémicos, e locais de infeção; - Promover a ingestão nutricional adequada; - Incentivar a ingestão hídrica, conforme apropriado; - Orientar o utente e família sobre precauções básicas por forma a evitar infeções; - Ensinar o utente sobre sinais e sintomas de infeção; <p>2380 - Controlo de medicamentos.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitorizar o doente quanto ao efeito terapêutico da medicação; - Monitorizar a adesão do regime de medicamentos; - Rever com o utente as características da medicação bem como as respetivas dosagens; - Monitorizar a adesão ao regime terapêutico; - Auxiliar o utente e a família a realizar os ajustes necessários no estilo de vida associados a determinados medicamentos (imunossupressores); - Fornecer ao utente os recursos e contactos para esclarecimentos de dúvidas. <p>5606 - Ensino: indivíduo.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Estabelecer uma relação de confiança; - Avaliar o nível de conhecimentos e a capacidade de compreensão do utente; - Determinar a capacidade do utente para aprender informações específicas (adaptação à doença e ao regime terapêutico); - Selecionar métodos/estratégias de ensino adequadas; - Fornecer folhetos informativos; - Reforçar comportamentos. <p>5616 - Ensino: medicamentos prescritos.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Orientar o utente sobre a finalidade e a ação de cada medicamento; - Avaliar a capacidade do utente para autoadministrar os medicamentos; - Avaliar o conhecimento do doente sobre as características dos medicamentos; - Informar o doente sobre as consequências da não adesão ao regime terapêutico, ou da sua interrupção abrupta; - Orientar o doente sobre os possíveis efeitos adversos de cada medicamento. - Incluir os familiares aquando a realização de ensinamentos. 		

Tabela 3

Diagnóstico Conhecimento Deficiente, com as respectivas intervenções e avaliações de enfermagem.

00126 - Conhecimento deficiente define-se como a ausência de informações cognitivas ou de aquisição de informações relativas a um tópico específico e está associado ao conhecimento insuficiente do utente sobre a terapêutica imunossupressora (Herdman & Kamitsuru, 2018).			
Resultados NOC	1623 – Comportamento de Aceitação: Medicamento Prescrito.		
		Pontuação Inicial	Pontuação Final
Indicadores (Moorhead, Johnson, Maas, & Swanson, 2016)	Criação da lista de todos os medicamentos com a dosagem e frequência correta	1	5
	Automedicação com a dose certa	1	5
	Automedicação na hora certa	1	5
	Modificação da dosagem conforme ajuste da prescrição médica	1	4
	Monitorização dos efeitos adversos da terapêutica	1	4
Intervenções NIC (Bulechek, Butcher, & Dochterman, 2010)	<p>5618 – Ensino: procedimento/tratamento.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Explicar o propósito do procedimento/tratamento; - Orientar o utente sobre as formas de colaborar/participar durante o procedimento/tratamento; - Determinar as expectativas do utente quanto ao procedimento/tratamento; - Oferecer tempo ao utente para assimilar a informação e colocar dúvidas ou expor as suas preocupações inerentes ao tratamento; - Determinar o impacto do tratamento no estilo de vida do utente; - Incluir a família e as pessoas significativas. <p>2380 – Controle de medicamentos</p> <ul style="list-style-type: none"> - Determinar a capacidade do utente para gerir a terapêutica; - Determinar o conhecimento do utente sobre a terapêutica imunossupressora; - Monitorizar a adesão ao esquema medicamentoso; - Determinar os fatores que condicionam a adesão terapêutica; - Desenvolver estratégias através do modelo de parceria de cuidados, que permitam uma adesão permanente ao esquema medicamentoso; - Oferecer feedback positivo quanto à aceitação de novas responsabilidades e/ou mudança de comportamento ao nível da adesão terapêutica. <p>5616 – Ensino: Medicamentos Prescritos</p> <ul style="list-style-type: none"> - Orientar o utente sobre a forma correta de administração terapêutica; - Avaliar diariamente os conhecimentos adquiridos sobre o esquema medicamentoso; - Alertar o utente sobre a importância da monitorização dos prazos de validade da medicação bem como o seu correto acondicionamento; - Fornecer informações sobre o reembolso dos medicamentos, conforme apropriado; - Reforçar as informações transmitidas por outros membros da equipa de cuidados de saúde. 		

Escala varia de 1- nunca demonstrado a 5 – consistentemente demonstrado

DISCUSSÃO

O período que antecede e que sucede a cirurgia é detentor de certa complexidade, ao exigir do utente a adaptação e readaptação a um novo estilo de vida que se reflete em mudanças capazes de alterar a sua QV.

O TR é considerado um procedimento de indução de elevada reação inflamatória, sendo o rim transplantado um “corpo estranho” que necessita de ser reconhecido e aceite pelo organismo do recetor, que produz uma resposta imunológica a antigénios (Studart, et al., 2019).

Segundo a literatura, o tempo de sobrevivência do rim é superior quando se trata de um dador vivo, pelo menor risco de complicações, como por exemplo, a isquemia fria (Gallego Español, et al., 2019). No caso de dador falecido, existe cerca de 25% de probabilidade do recetor não ter função inicial do rim transplantado, o que obrigará à realização transitória de sessões de diálise; outros estudos apontam para valores entre 20% e 60% de probabilidade para a apresentação de pelo menos um episódio de rejeição aguda que dependem diretamente do incumprimento da imunossupressão e aproximadamente 5% dos utentes transplantados poderão vir a desenvolver complicações técnicas ou necessidade de nova intervenção cirúrgica (Kochhann, & Figueiredo, 2020).

Para assegurar a manutenção do funcionamento do órgão transplantado é necessário que o utente siga a medicação imunossupressora prescrita, pois a sua situação clínica aumenta a suscetibilidade a infeções comuns e oportunistas, sobretudo ao longo dos primeiros 12 meses. Estas manifestam-se pela presença frequente de sinais como febre com valores baixos, outros sintomas/sinais típicos de infeção e eventuais exames laboratoriais com resultado negativo. Neste sentido, a prevenção, vigilância e o controlo do risco de infeção assumem-se como fulcrais para evitar complicações, que são o grande desafio pós-cirurgia, uma vez que podem vir a deteriorar a condição clínica do utente, terminando na

perda do enxerto, a diminuir a sua qualidade de vida e a aumentar os custos associados aos transplantes. Nos Estados Unidos, este procedimento é responsável por uma despesa anual de US \$ 4,5 bilhões (Tran, & Miniard, 2017; Studart, et al., 2019).

Neste caso particular, apesar do transplante ter sido de dador falecido, não se verificaram no pós-operatório imediato intercorrências no utente. Durante o seu internamento não se identificaram sinais de infeção: a ferida cirúrgica manteve-se em evolução cicatricial e sem sinais inflamatórios, o penso manteve-se íntegro e verificou-se uma proteção eficaz do seu estado imunológico pelo registo de valores dos leucócitos dentro dos parâmetros de referência, indicativo de baixo risco de infeção.

O Enfermeiro, na prestação de cuidados, é responsável por facilitar este processo de transição, através de ações educativas autónomas e interdependentes aos recetores do transplante, à sua família e/ou cuidadores com enfoque na minimização de riscos e que envolvam os fatores que favorecem o seu aumento, como por exemplo, o estado nutricional deficiente, associado a sobrepeso, e a não adesão à terapêutica. Isto porque, um estado nutricional adequado contribui para a cicatrização de feridas e o cumprimento da medicação imunossupressora estimula o controlo do risco de infeção. Neste sentido, a educação sobre o estado nutricional, tornar-se-ia uma intervenção benéfica ao contribuir para a diminuição do peso do doente e, conseqüentemente, para o alcance do valor de IMC considerado saudável (Pedroso, et al., 2019; Tran, & Miniard, 2017).

Relativamente ao risco de infeção, o Enfermeiro assume um papel central que implica cuidados mais rigorosos durante a sua prestação de cuidados diários no pós-operatório, de prevenção através de ações de ensinos que se devem iniciar no pré-operatório e estender até ao momento da alta hospitalar ou sempre que necessário, bem como no tratamento de infeções nestes doentes

específicos (Pedroso, et al., 2019). Também a identificação precoce de comportamentos de não adesão ao regime medicamentoso torna-se fundamental para assegurar o sucesso do TR e evitar custos adicionais em saúde.

Estudos indicam que a adesão aos imunossuppressores percebida pelo utente é superior comparativamente a que se verifica na realidade (Fellström, et al., 2018) e as suas crenças negativas sobre a medicação resultam em taxas reduzidas na sua adesão (Zanetti-Yabur et al., 2017). Assim, como estratégias estimuladoras destacam-se o recurso a instrumentos auxiliares como aplicações móveis (Zanetti-Yabur, et al., 2017; Levine, et al., 2019) e relógios inteligentes (Levine, et al., 2019), para além das habituais informações escritas.

Implicações para a prática profissional e políticas de saúde

O enfermeiro enquanto prestador de cuidados diferenciados, desempenha um papel de extrema relevância junto de utentes submetidos a transplantação renal, uma vez que implementa intervenções cujo enfoque são os ensinamentos sobre a terapêutica, que permitem uma contínua aquisição de conhecimentos e o desenvolvimento de competências, culminando numa adesão eficaz ao regime terapêutico e autogestão do mesmo. Perante o atual contexto pandémico que o mundo atravessa, e na impossibilidade de manter uma proximidade efetiva, urge a necessidade premente de recorrer a recursos tecnológicos, como as consultas por videochamada, os esclarecimentos via contacto e a criação de plataformas informativas, por forma a evitar a adoção de práticas erradas que potencializem a rejeição do rim recém transplantado, e consequentemente, acarretem um impacto negativo na qualidade de vida do utente.

Limitações

Decorrente da metodologia utilizada no presente trabalho, o estudo de caso, restringe a extrapolação de dados e resultados para outros indivíduos por serem considerados reduzidos e limitados ao se referirem apenas a uma pessoa, com todas as particularidades que lhe são inatas. Assim, o plano de cuidados de enfermagem foi elaborado e personalizado atendendo à individualidade do doente em estudo, apesar de seguir uma linha comum a outras situações de doentes submetidos a transplantação, em concreto, de rim.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A transplantação renal é uma TSFR que além de competências científicas e técnicas extremamente relevantes para o seu sucesso, impõem ao profissional de saúde a necessidade de durante todo este processo e na implementação das suas intervenções assegurar o estabelecimento de uma relação terapêutica de confiança que permita conhecer o utente na sua totalidade, de modo a focar o cuidado, aumentar a taxa de adesão ao regime terapêutico e a oferecer uma experiência positiva para a história de saúde da pessoa transplantada.

Frisaram-se os diagnósticos de enfermagem Proteção Ineficaz (00043) e Conhecimento Deficiente (00126), como os mais significativos para a diminuição do risco de infeção decorrente da cirurgia associado à adesão terapêutica que propicia este controlo.

Das intervenções planeadas e executadas assume-se que viabilizaram o alcance dos resultados esperados para esta situação em concreto, pelo aumento maioritário da pontuação na escala comparativamente ao valor inicial. A educação para a saúde revela-se uma estratégia essencial, que deve contemplar além dos ensinamentos sobre a terapêutica imunossupressora, outros aspetos valorizados pela própria pessoa que possam causar interferência neste processo de transição de saúde-doença.

Portanto, na generalidade, conclui-se que a resposta aos diagnósticos prioritários permitiu a promoção da adesão à terapêutica que suscitará no doente a adoção de comportamentos saudáveis no pós-operatório e sua posterior manutenção, que se traduzirá a longo prazo no êxito do transplante e no aumento da sua QV. Deste modo, considera-se que o objetivo inicialmente proposto foi superado.

REFERÊNCIAS

- Andrade, S. R., Ruoff, A. B., Piccoli, T., Schmitt, M. D., Ferreira, A., & Xavier, A. C. (2017). O Estudo De Caso Como Método De Pesquisa Em Enfermagem: Uma Revisão Integrativa. *Texto & Contexto*, 26(4). <https://doi.org/10.1590/0104-07072017005360016>
- Antunes, A.V., Sousa, L.M.M., Justo, C., Ferrer, J., Frade, F., Severino, S. S. P., & Santos, M. J. A. (2018). Assessment of the perceived quality of life of a kidney transplant patient. *Enfermería Nefrológica*, 21(2), 138-144. <https://dx.doi.org/10.4321/s2254-28842018000200005>
- Bulechek, G. M., Butcher, H. K., & Dochterman, J. M. (2010). *Classificação Das Intervenções De Enfermagem (NIC)*. (5ª ed.). Rio de Janeiro:: Elsevier Editora Ltda.
- Convenção sobre os Direitos do Homem e da Biomedicina (Convenção de Oviedo), aberta à assinatura dos Estados Membros em Oviedo, em 4 de abril de 1997, aprovada para ratificação por Resolução da Assembleia da República, em 19 de outubro e ratificada pelo Decreto do Presidente da República n.º 1/2001, de 3 de janeiro. Disponível em https://direitodamedicina.sanchoeassociados.com/legislacao/resolucao-da-assembleia-da-republica-12001/?fbclid=IwAR27xS3fFlIxf2JyDIFeXMKfYZ7DncgIWOUjwsiW9-1c_w4YRiueR7nZM2w#fogo5
- de Castro Rodrigues Ferreira, F., Cristelli, M. P., Paula, M. I., Proença, H., Felipe, C. R., Tedesco-Silva, H., & Medina-Pestana, J. O. (2017). Infectious complications as the leading cause of death after kidney transplantation: analysis of more than 10,000 transplants from a single center. *Journal of Nephrology*, 30(4), 601–606. <https://doi.org/10.1007/s40620-017-0379-9>
- Doalto Muñoz, Y., Cruz Valle, R., & Carretón Manrique, M. L. (2018). Factores asociados a la resiliencia y adherencia terapéutica en pacientes con injerto renal funcionante. *Enfermería Nefrológica*, 21(2), 123-129. <https://dx.doi.org/10.4321/s2254-28842018000200003>
- Equator Network (2019). Flow Diagram — Case Reports following the CARE guidelines. Disponível em <https://www.equator-network.org/wp-content/uploads/2013/09/CAREFlowDiagram-updated-2019.pdf>
- Fellström, B., Holmdahl, J., Sundvall, N., Cockburn, E., Kilany, S., & Wennberg, L. (2018). Adherence of Renal Transplant Recipients to Once-daily, Prolonged-Release and Twice-daily, Immediate-release Tacrolimus-based Regimens in a Real-life Setting in Sweden. *Transplantation Proceedings*, 50(10), 3275–3282. <https://doi.org/10.1016/j.transproceed.2018.06.027>
- Ferraz, R. N., Maciel, C. d., Borba, A. K., Frazão, I. d., & França, V. V. (2017). Percepção dos profissionais de saúde sobre os fatores para a adesão ao tratamento hemodialítico. *Revista Enfermagem UERJ*, 25(e15504). <http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2017.15504>
- Gokoel, S. R. M., Gombert-Handoko, K. B., Zwart, T. C., van der Boog, P. J. M., Moes, D. J. A. R., & de Fijter, J. W. (2020). Medication non-adherence after kidney transplantation: A critical appraisal and systematic review. *Transplantation Reviews*, 34(1), 100511. <https://doi.org/10.1016/j.trre.2019.100511>
- Gallego Español, M.L., Díaz Jurado, M.L., Oliva Romero, S., Jovani Palu, M., Ruiz Lopez, A., Chacón Aparicio, A. (2019). Donante renal: vivencia del proceso. *Rev. Enfuro (Asociación Española de Enfermería en Urología*, 14-18). Obtido de http://revistas-enfuro.enfuro.es/html/revista_136.html#../images/revista136/2
- Herdman, T. H., & Kamitsuru, S. (2018).

Diagnósticos de Enfermagem da NANDA – I (Definições e Classificação) 2018-2020 (11ª ed.). Porto Alegre: Artmed.

Johnson, M., Moorhead, S., Bulechek, G. M., Butcher, H. K., Maas, M., Swanson, E. (2013). *Ligações Nanda, Noc-Nic*. Rio de Janeiro: Elsevier Editora Ltda. 3ª ed.

Kobayashi, S., Tsutsui, J., Okabe, S., Hideki, I., Akaho, R., & Nishimura, K. (2020). Medication nonadherence after kidney transplantation: an internet-based survey in Japan. *Psychology, Health & Medicine*, 25(1), 91–101. <https://doi.org/10.1080/13548506.2019.1622745>

Kochhann, D. S., & Figueiredo, A. E. P. L. (2020). Enfermagem no transplante renal: comparação da demanda de cuidado entre escalas. *Acta Paulista de Enfermagem*, 33, eAPE20180220. <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2020AO0220>

Levine, D., Torabi, J., Choinski, K., Rocca, J. P., & Graham, J. A. (2019). Transplant surgery enters a new era: Increasing immunosuppressive medication adherence through mobile apps and smart watches. *The American Journal of Surgery*, 218(1), 18–20. <https://doi.org/10.1016/j.amjsurg.2019.02.018>

Lins, S. M., Leite, J. L., Godoy, S. d., Tavares, J. M., Rocha, R. G., & Silva, F. V. (2018). Adesão de portadores de doença renal crônica em hemodiálise ao tratamento estabelecido. *Acta Paulista de Enfermagem*, 31(1), 54-60. Disponível em <https://doi.org/10.1590/1982-0194201800009>

Malik, A. O., Sehgal, S., Ahmed, H. H., Devabhaktuni, S., Co, E., Malik, A. A., . . . Ahsan, C. (2018). Cardiovascular Aspects of Patients with Chronic Kidney Disease and End-Stage Renal Disease and End-Stage Renal Disease. In T. Rath, *Chronic Kidney Disease from Pathophysiology to Clinical Improvements* (pp. 105-128). IntechOpen. <https://doi.org/10.5772/intechopen.69294>

Mattos, L. M. P. de, Nunes, A. C., Queiroz, R. M. de, Bonfim, I. M., Studart, R. M. B., & Castro, K. S. de. (2019). Clinical

and Immunological Assessment of Renal Transplant Recipients / Avaliação Clínica e Imunológica dos Receptores de Transplante Renal. *Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online*, 11(5), 1202. <https://doi.org/10.9789/2175-5361.2019.v11i5.1202-1207>

Moorhead, S., Johnson, M., Maas, M. L., & Swanson, E. (2016). *NOC - Classificação das Intervenções de Enfermagem*. (5ª ed.). Rio de Janeiro: Elsevier Editora Ltda.

Nunes, L. (2013). Considerações éticas: a atender nos trabalhos de investigação académica de enfermagem. Setúbal: Departamento de Enfermagem ESS. Disponível em <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/4547/1/consid%20eticas%20na%20investig%20academica%20em%20enfermagem.pdf>.

Oliva -Teles, N. (2013). Bioética e Documentos Nacionais e Internacionais. *Nascer e Crescer*, 22(1), 38-41. Disponível em http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?pid=S0872-07542013000100009&script=sci_arttext&tlng=en

Pedroso, V. S. M., Siqueira, H. C. H., Andrade, G. B., Medeiros, A. C., Tolfo, F., & Moura, B. (2019). The nurse and the model of living of the renal transplanted user: seeking the quality of life / O enfermeiro e o modo de viver do usuário transplantado renal: buscando a qualidade de vida. *Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online*, 11(1), 241. <https://doi.org/10.9789/2175-5361.2019.v11i1.172-178>

Roper, N., Logan, W. W., & Tierney, A. J. (2000). *The Roper-Logan-Tierney model of nursing: based on activities of living*. Elsevier Health Sciences.

Silva, A. S., Silveira, R. S., Fernandes, G. F., Lunardi, V. L., & Backes, V. M. (2011). Percepções e mudanças na qualidade de vida de pacientes submetidos à hemodiálise. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 64(5), 839-844. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672011000500006>

Studart, R. M. B., Nunes, A. C., Queiroz,

R. M. de Brito, L. M. P. de M., Bonfim, I. M., & Castro, K. S. de. (2019). Avaliação clínica e imunológica dos receptores de transplante renal. *Rev. Pesqui. (Univ. Fed. Estado Rio J., Online)*, 1202–1207. Obtido de http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/7289/pdf_1

Tran, A., & Miniard, J. (2017). Preventing infections after renal transplant: Nursing, 47(1), 57–60. <https://doi.org/10.1097/01.NURSE.0000502757.64064.76>

Zanetti-Yabur, A., Rizzo, A., Hayde, N., Watkins, A. C., Rocca, J. P., & Graham, J. A. (2017). Exploring the usage of a mobile phone application in transplanted patients to encourage medication compliance and education. *The American Journal of Surgery*, 214(4), 743–747. <https://doi.org/10.1016/j.amjsurg.2017.01.026>

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: