

sinais vitais

A ENFERMAGEM EM REVISTA



CIÊNCIA E TÉCNICA

Visita de Referência
Cuidados em Parceria



CIÊNCIA E TÉCNICA

Os Perfis de
Autocuidados dos
clientes dependentes:
estudo exploratório
numa Unidade de
Saúde Familiar

SOLUÇÕES FORMATIVAS DIRIGIDAS A INSTITUIÇÕES DE CUIDADOS DE SAÚDE

Formação em contexto de trabalho

Formasau, enquanto entidade formadora vem oferecer uma nova modalidade formativa: **Formação em contexto de trabalho**, dirigida às situações de trabalho que necessitem de programas de melhoria, a situações clínicas certificáveis, exigências legais e às necessidades dos colaboradores.

Potenciais clientes

Unidades e /ou instituições, Hospitais Públicos e Privados, UCCI's, ECCI's, USF, Lares, Unidades de serviço domiciliário.

Os cursos/acções serão efectuados nas Instituições de cuidados, à medida dos interesses das organizações.

| Cursos em desenvolvimento | Nº Formandos | Horas de formação | Destinatários |
|----------------------------------------------------------|--------------------------|-------------------|-------------------------------|
| SBV com DAE | 6 formandos por formador | 6 horas | Enfermeiros; Medicos; AO |
| Viabilidade Tecidual e tratamento de feridas | 14 formandos | 16 horas | Enfermeiros; Médicos |
| Prevenção e Controlo de Infecção na Prática Clínica | 14 formandos | 16 horas | Enfermeiros; Médicos |
| Promoção da funcionalidade e monitorização de resultados | 10/12 formandos | 16 horas | Enfermeiros |
| Precauções básicas de controlo de Infecção | 16 participantes | 7 horas | Assistentes operacionais (AO) |
| Cuidar de pessoas com demência | 10/12 formandos | 16 horas | Enfermeiros AO |

Formação certificada | Formadores competentes | Avaliação da intervenção

Organização: Formasau, Formação e Saúde

Secretariado: 239 801020 | E-mail: suporte@sinaisvitais.pt

www.sinaisvitais.pt

Simpósio Nacional Para além da **EMERGÊNCIA**

Lisboa, 26 e 27 de Maio 2017
Auditório do metropolitano de Lisboa
estação do Alto dos Moinhos

1º Dia

8:30h – Abertura do secretariado

9:00h – Sessão de Abertura

9:15h – Mesa redonda 1 - Novos tratamentos / inovações:

- ECMO (Oxigenação por membrana extracorpórea)
- Angioplastia intervenção AVC
- Dador de coração parado

10:15h – Coffee break

10:45h – Conferência 1 - Enfermeiros Portugueses pelo Mundo (Culturas, religiões, sociedades e países diferentes)

- Enfermeiro Português pelo Mundo
- Experiência num país muçulmano

11:45h – Coffee break

12:00h – Conferência 2 - Catástrofes pelo Mundo

- Experiências na primeira pessoa

12:45h – Intervalo para almoço

14:00h – Conferência 3 - Simulação biomédica

- Simulação biomédica em Portugal
- A simulação no ensino de enfermagem

14:45 – Coffee break

15:00 – Mesa redonda 2 - Reanimar sempre?

- Diversos intervenientes/diversas perspetivas

16:00 – Comunicações livres

18:00 – Encerramento dos trabalhos do primeiro dia

2º Dia

8:45h – Reabertura do secretariado

9:00h – Mesa redonda 3 - Violência Doméstica, que respostas!

- Diversos intervenientes e serviços públicos

13:00h – Encerramento do congresso e entrega de prémios

Cursos pré e pós-congresso:

Dia 25 de Maio (pré-congresso)

- Curso de Suporte Imediato de Vida
- Curso de SBV DAE
- Curso de Via Aérea Avançada para Enfermeiros

Dia 27 de Maio (à tarde – pós-congresso)

- Curso de SBV
- Curso de Transporte do Doente Crítico

Cursos com inscrições limitadas e sujeitos a número mínimo de inscritos

Inscrições em: www.sinaisvitalis.pt

Organização:



SUMÁRIO

P05 EDITORIAL

P13 CIÊNCIA & TÉCNICA

PAPEL DO ENFERMEIRO NA REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL DO DOENTE INIMPUTÁVEL

P13 CIÊNCIA & TÉCNICA

A INFLUÊNCIA DO FUNCIONAMENTO FAMILIAR NA QUALIDADE DE VIDA DOS IDOSOS:
UM ESTUDO NUMA INSTITUIÇÃO DE ACOLHIMENTO

P19 CIÊNCIA & TÉCNICA

PERTURBAÇÕES DO SONO EM ADULTOS/IDOSOS HOSPITALIZADOS

P28 CIÊNCIA & TÉCNICA

OS PERFIS DE AUTOCUIDADOS DOS CLIENTES DEPENDENTES: ESTUDO EXPLORATÓRIO NUMA
UNIDADE DE SAÚDE FAMILIAR 28 A INFLUÊNCIA HIPOCRÁTICA NA AVALIAÇÃO DE DESEMPENHOS
DE ENFERMEIROS

P35 CIÊNCIA & TÉCNICA

A INFLUÊNCIA HIPOCRÁTICA NA AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO DOS ENFERMEIROS

P44 CIÊNCIA & TÉCNICA

ÚLCERAS DE PRESSÃO ASSOCIADAS A DISPOSITIVOS MÉDICOS

P54 CIÊNCIA & TÉCNICA

VISITA DE REFERÊNCIA: CUIDADOS EM PARCERIA

FICHA TÉCNICA

PROPRIEDADE E ADMINISTRAÇÃO Formasau, Formação e Saúde, Lda. Parque Empresarial de Eiras, Lote 19, Eiras - 3020-265 Coimbra T 239 801 020 F 239 801 029 CONTRIBUINTE 503 231 533 CAPITAL SOCIAL 21.947,90 € DIRECTOR António Fernando Amaral DIRECTORES-ADJUNTOS Carlos Alberto Margato / Fernando Dias Henriques EDITORES Arménio Guardado Cruz / João Petetim Ferreira / José Carlos Santos / Paulo Pina Queirós / Rui Manuel Jarró Margato ASSESSORIA CIENTÍFICA Ana Cristina Cardoso / Arlindo Reis Silva / Daniel Vicente Pico / Elsa Caravela Menoita / Fernando Alberto Soares Petronilho / João Manuel Pimentel Cainé / Luís Miguel Oliveira / Maria Esperança Jarró / Vitor Santos RECEPÇÃO DE ARTIGOS Célia Margarida Sousa Pratas CORRESPONDENTES PERMANENTES REGIÃO SUL Ana M. Loff Almeida / Maria José Almeida REGIÃO NORTE M. Céu Barbiéri Figueiredo MADEIRA Maria Mercês Gonçalves COLABORADORES PERMANENTES Maria Arminda Costa / Nélson César Fernandes / M. Conceição Bento / Manuel José Lopes / Marta Lima Basto / António Carlos INTERNET www.sinaisvitalis.pt E-MAIL suporte@sinaisvitalis.pt ASSINATURAS Célia Margarida Sousa Pratas INCLUI Revista de Investigação em Enfermagem (versão online) - Distribuição Gratuita PERIODICIDADE Trimestral FOTOGRAFIA 123rf@ NÚMERO DE REGISTO 118 368 DEPÓSITO LEGAL 88306/95 ISSN 0872-8844

EDITORIAL

ANTÓNIO FERNANDO S. AMARAL, Enfermeiro
amaral@esenfc.pt

Ricardo Jorge, conhecido de todos pela sua obra, dizia que mais do que preocuparem-se com o deve e haver da balança comercial, os governos deveriam preocupar-se com a saúde das pessoas, porque esse é o capital dos capitais.

Tenho neste espaço defendido este compromisso na defesa da saúde das pessoas e na necessidade da provisão dos cuidados de saúde que seja efetiva e de qualidade. Faço-o, porque entendo que um país, para ser sustentável, deve garantir aos cidadãos um conjunto de bens que, se deixados ao livre funcionamento do mercado, podem a prazo, hipotecar o futuro de todos. Refiro-me á educação e aos cuidados de saúde que são dois bens cujo consumo gera benefícios sociais muito superiores aos benefícios individuais de consumo, e que portanto não deve, o seu consumo, ser deixados á livre iniciativa dos consumidores. Veja-se o que se passou com a recente crise do surto de sarampo e o alarme social que foi criado. Esta crise foi apenas uma das que existem, foi mais visível no plano mediático, as televisões fizeram eco do que se passava, mas então porque não se torna mediático o que se passa diariamente nos hospitais, públicos e privados, onde a falta de enfermeiros é por demais evidente com reflexo na qualidade e segurança das pessoas? Não me parece que possamos continuar a assobiar para o lado, coniventes com este estado de coisas. Cada um de nós profissionais tem que dizer o que se passa nos seus locais de trabalho. Vários estudos têm dado conta dos cuidados que ficam omissos, ou seja dos cuidados que deveriam ser prestado e não o são porque não há tempo disponível. Nos hospitais Portugueses o número de horas potenciais de cuidados nas 24 h para cada doente é de cerca de 3.8h. A tipologia de doentes é cada vez mais exigente do ponto de vista dos cuidados de enfermagem. Como é possível num turno das 16 ás 24h, o turno da tarde ficarem 3 ou 4 enfermeiros para, em muitos caso, mais de 30 doentes prestarem-se todos os cuidados que os doentes necessitam? Se vinte desses doentes necessitarem de posicionamentos de 2 em 2 h o tempo disponível já não chega. Surgem as escaras, as iACS, aumenta a demora média, não se fala com os doentes, demora-se a responder aos apelos da campainha. Importante que tomemos consciência deste fenómeno. Hoje os doentes que estão nos hospitais são habitualmente idosos com elevados graus de dependência em cuidados de enfermagem. É urgente dar-lhes resposta. Fica mais barato. Os cuidados de enfermagem são um investimento.

O capital dos capitais é a saúde das populações e um país sustentável tem que ser um país saudável.

PAPEL DO ENFERMEIRO NA REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL DO DOENTE INIMPUTÁVEL



PAULO JORGE SANTOS ROSA

Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

RESUMO

O presente artigo reporta-se à temática do doente inimputável portador de patologia mental grave. A sua condição de doente mental e simultaneamente "preso", em consequência ao ato ilícito cometido, atribui-lhe uma dupla estigmatização. O Serviço de Psiquiatria Forense, através do trabalho desenvolvido por uma equipa multidisciplinar, na qual o enfermeiro desempenha um papel preponderante, visa reverter esta condição negativa e depreciativa, promovendo a sua reinserção comunitária, por um processo de reabilitação psicossocial. Este procedimento pressupõe a incursão num novo paradigma, no qual emergem novas conceções como a de "empowerment" e de "recovery", que subentendem uma evolução no papel do doente, família, comunidade e prestadores de cuidados de saúde. Trata-se de um artigo científico, elaborado a partir de uma revisão bibliográfica sistemática e atual, complementada por uma longa experiência profissional na área da saúde mental e psiquiatria. O objetivo prioritário é dar a conhecer a realidade psicopatológica e jurídico-penal do doente inimputável, o seu processo de reabilitação psicossocial, pondo em relevo o papel preponderante do enfermeiro, promovendo, desta forma, a redução da estigmatização perante a família, comunidade e sociedade.

Palavras-Chave: Doença mental; estigma; doente inimputável; reabilitação psicossocial.

MARIA FERNANDA BATISTA RODRIGUES

Enfermeira Chefe (Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica)

ABSTRACT

This article refers to the theme of the sick unimputable carrier severe mental illness. This condition mentally ill and simultaneously "stuck" in consequence the tort committed, gives him a double stigmatization. The Forensic Psychiatry Service, through the work of a multidisciplinary team, in which the nurse plays a key role, aims to reverse this negative condition and derogatory, promoting their reinsertion community by a process of psychosocial rehabilitation. This procedure assumes the incursion of a new paradigm, in which emerging new concepts such as "empowerment" and "recovery", which imply an evolution in the role of the patient, family, community and health care providers. It is a scientific article, drawn from a systematic literature review and current, complemented by long professional experience in the area of the mental health and psychiatry. The primary objective is to inform the reality psychopathological and criminal legal of the sick unimputable, their psychosocial rehabilitation, emphasizing the key role of the nurse, promoting, in this way, the reduction of stigmatization before the family, community and society, fomenting the maximization process social and familial reintegration.

Keywords: Mental illness; stigma; sick unimputable; psychosocial rehabilitation.

Os problemas de Saúde Mental constituem a principal causa de incapacidade e morbidade da nossa sociedade. As perturbações psiquiátricas são uma das principais causas da carga total das doenças nas sociedades, no entanto, só se reconheceu a verdadeira dimensão do seu impacto, quando se verificou a enorme extensão de incapacidade provocada por estas doenças na atualidade (OMS, 2001).

A Doença mental abrange uma larga panóplia de alterações patológicas que atingem a mente, frequentemente com repercussões ao nível da cognição, comportamento e emoções das pessoas. A cada doença corresponde um quadro psicopatológico individual, muitas vezes com sintomatologias sobreponíveis, com cursos e prognósticos distintos, no entanto com a similitude, em maior ou menor grau, na disfuncionalidade que induz, ao doente, nas dimensões biopsicossocial. A sua conceptualização, face à multiculturalidade, nem sempre é de fácil universalidade. Townsend (2002, p.15), a respeito de doença mental explana que se trata de "*(...) respostas desajustadas a factores de stress do ambiente externo e interno, evidenciados por pensamentos, sentimentos e comportamentos que não são congruentes com as normas locais e interferem no funcionamento social, ocupacional e/ou físico do individuo.*"

A sociedade, ao longo dos tempos, sempre isolou os doentes mentais. Este isolamento, associado a uma forma de tratamento, caracterizava-se por longos internamentos em hospitais psiquiátricos, que afastavam o doente da família, da sociedade e de uma realidade externa à instituição, atribuindo-lhe um estatuto passivo e submisso em detrimento de um papel proativo. Este paradigma contribuiu inequivocamente para a estigmatização do doente portador de doença mental, atribuindo-lhe a conotação de um ser incapaz, dependente, indesejável e agressivo, diferente do padrão

de normalidade instituído em determinada sociedade.

O estigma está, deste modo, associado ao reconhecimento de algumas características díspares que o doente mental detém e que culminam na sua desvalorização através da veiculação de uma resposta emocional negativa. Trata-se de uma criação social que isola certos atributos, que os classifica como indesejáveis e desvaloriza as pessoas que os possuem. O estigma tende a tornar-se predominantemente importante e a superar as outras características da identidade da pessoa, que assim, fica "deteriorada". O estigmatizado sofre discriminação de muitas maneiras diferentes e é caracteristicamente rejeitado pelos seus semelhantes (Goffman, 1978 *apud* Tadvall, 2007).

O doente com patologia mental acaba, com intensidade diversa e de acordo com as suas capacidades cognitivas e emocionais, por arranjar estratégias para evitar esta segregação da comunidade, recorrendo ao segredo sobre a sua condição psicopatológica, muitas vezes através da limitação dos contactos sociais, ou seja, através do isolamento social. Assim sendo, o estigma ao conduzir à omissão da doença por parte do doente e mesmo da família, acaba por perpetuá-la, tornando o seu diagnóstico, tratamento e prognóstico mais difíceis.

Quando se fala na estigmatização da pessoa com doença mental não se está a referenciar um fenómeno apenas de natureza individual, mas sim com um carácter associativo, dado que tal conotação e discriminação negativas propagam-se aos seus familiares diretos e aos cuidadores. No caso do doente inimputável, o estigma da doença mental é reforçado pela carga negativa subjacente ao ato ilícito cometido e conseqüente medida de internamento judicial que, em maior ou menor dimensão, acabam por excluir o doente da sua comunidade local ou mesmo do seu núcleo familiar, estigmatizando-o duplamente. Paralelamente, a conotação de

perigoso, associada aos crimes cometidos, reforça a concepção e estereótipo de perigosidade do doente mental relativamente à sociedade.

A evidência científica e o conhecimento prático demonstram que uma elevada percentagem destes doentes apresenta como diagnóstico subjacente aos atos ilícitos cometidos, a esquizofrenia paranoide, num contexto de sintomatologia psicótica/positiva, algumas vezes coincidente com um primeiro episódio da doença. Esta fase de agudização é caracterizada, essencialmente, pela presença de alterações ao nível sensoperceptivo e do conteúdo do pensamento, manifestadas, respectivamente, pela presença de alucinações auditivas e visuais, assim como delírios persecutórios, místicos e auto-referenciais. É de salientar que, frequentemente, a fase prodrómica que caracteriza o início do curso da doença, qualificada por sintomas inespecíficos como a irritabilidade, diminuição da atenção, insónia, anedonia, apatia, alterações do humor, etc., e sobretudo uma crescente disfunção social por isolamento, acaba por passar despercebida ou de etiologia díspar, sendo o primeiro episódio psicótico da doença o precursor da sua classificação.

A concretização dos atos ilícitos num contexto psicótico, no qual o doente não detém insight ou juízo crítico relativamente aos atos praticados, pressupõe a condição de inimputabilidade. De acordo com o Código Penal Português, artigo 20, a inimputabilidade é consagrada como: *“É inimputável quem, por força de uma anomalia psíquica, for incapaz, no momento da prática do facto, de avaliar a ilicitude deste ou de se determinar de acordo com essa avaliação”*.

De entre os crimes praticados podem referenciar-se os **crimes contra a integridade física** (ofensas à integridade física), **crimes contra a liberdade das pessoas** (crimes de ameaça), **crimes contra a liberdade e autodeterminação sexual** (violação e

abusos sexuais) e os **crimes contra a vida** (homicídio e homicídio na forma tentada).

No momento do internamento no Serviço de Psiquiatria Forense, normalmente já decorreu algum tempo sobre o ato ilícito cometido, em virtude do natural decurso do processo judicial e das perícias psiquiátricas complementares. O doente é internado, através da Direcção Geral dos Serviços Prisionais, como preventivo ou para cumprir uma medida de segurança de internamento imposta pelo Tribunal Judicial e executada pelo Tribunal de Execução de Penas (TEP), apresentando-se neste momento, regra geral, já compensado da crise psicótica e numa fase residual da doença. A sintomatologia negativa, consequente do curso da doença, deterioração cognitiva e efeitos secundários da terapêutica antipsicótica instituída, manifesta-se ao nível do défice comportamental, designadamente por embotamento afetivo, isolamento social, avolia e anedonia, com consequências drásticas ao nível do funcionamento social e do próprio auto-cuidado.

A deterioração a este nível, no caso dos doentes que preservam insight para a sua condição psicopatológica, estará com certeza, também, relacionada com o reconhecimento da discriminação e estigma de que são objecto, levando-os a isolar-se dos contactos sociais e, deste modo, reduzindo drasticamente as oportunidades de interação social. A este processo de auto-reconhecimento de estigmatização, não é alheio a percepção dos reais efeitos secundários da terapêutica antipsicótica instituída, os quais são, só por si, limitadores dos contactos sociais, condicionando as oportunidades de desenvolvimento ou manutenção das competências cognitivas, sociais e funcionais.

Relativamente ao tratamento psicofarmacológico da esquizofrenia, nomeadamente em relação aos neurolépticos administrados com o objectivo de reduzir

ou anular a sintomatologia psicótica, tem havido, nas últimas décadas, uma evolução exponencial no que concerne à sua farmacocinética e farmacodinâmica, efeitos terapêuticos e secundários. Os antipsicóticos clássicos, apenas antagonistas dos recetores dopaminérgicos e actuando na sintomatologia produtiva, com todos os efeitos extrapiramidais conhecidos como a sialorreia, acatísia, discinésias, distonia, sedação, etc, vieram, a partir da década de 90, a ser substituídos pelos antipsicóticos atípicos, estes com uma múltipla ação antagonista, designadamente a nível dos recetores dopaminérgicos, serotoninérgicos, colinérgicos, etc. Estes últimos, dada a sua eficiência sobre a sintomatologia positiva e negativa, assim como a redução dos efeitos extrapiramidais conhecidos dos neurolépticos clássicos, têm, apesar do seu custo superior, ganho espaço no processo terapêutico destes doentes, com melhores expectativas no prognóstico da doença e no seu processo reabilitativo.

O Serviço de Psiquiatria Forense tem como objectivo primordial a promoção da reabilitação psicossocial destes doentes, através da manutenção ou desenvolvimento das capacidades e competências psicossociais e funcionais, com vista à sua consequente reintegração na sociedade. De acordo com **Dec. Lei nº. 115/2009, Código de Execução de Penas e Medidas Privativas da Liberdade**, *"A execução da medida privativa da liberdade aplicada a inimputável ou a imputável internado, por decisão judicial, em estabelecimento destinado a inimputáveis orienta-se para a reabilitação do internado e a sua reinserção no meio familiar e social, prevenindo a prática de outros factos criminosos e servindo a defesa da sociedade e da vítima em especial"*, acrescentando ainda que estas medidas deverão ser executadas preferencialmente em unidades de saúde mental não prisionais.

A reabilitação psicossocial, é um processo

que consiste em *"(...) ajudar o doente com doença mental grave a voltar ou adquirir um nível mais elevado de funcionamento. A sua orientação é ensinar pessoas incapacitadas pela doença mental, a trabalhar e a viver independentemente, a superar bloqueios, tanto em oportunidades quanto na motivação, e a sugerir regimes de vida que tendem a ou restaurar o nível mais alto possível de bem-estar"*. Stuart e Laraia (2001, p.275).

Existem diversos modelos de reabilitação psicossocial, porém eles partilham um conjunto de princípios que guiam o processo reabilitativo do doente e família, a saber:

- Os objetivos centram-se na melhoria da qualidade de vida, sendo identificados pelo doente e família;
- A reabilitação ocorre em parceria com o doente e família;
- As diferenças individuais devem ser reconhecidas e respeitadas;
- A reabilitação deve ajustar-se às mudanças que os doentes apresentam no tempo;
- A reabilitação abrange todos os serviços de que os doentes necessitam para viver com sucesso na comunidade.

Os modelos de reabilitação psicossocial subentendem, desta forma, uma evolução no papel do doente mental e da família, enquanto agentes proativos no processo psicoterapêutico, através da incursão de novos princípios que valorizam o seu potencial de desenvolvimento ao invés da doença. A introdução de novas conceções, como a de recovery e empowerment, impõem-se como agentes preponderantes na evolução da conotação depreciativa e estigmatizante do doente mental, assumindo simultaneamente uma nova visão de intervenção dos prestadores de cuidados.

O conceito de recovery surgiu na década de oitenta, a partir dos escritos de pessoas com experiência de doença mental, nomeadamente, em relação à forma de como aprenderam a lidar com os seus sintomas, recuperaram uma saúde mental

estável, adquiriram uma nova “identidade” e participação comunitária. Este conceito traduz uma mudança de paradigma, caracterizado pela esperança e renovação, no qual as pessoas com doença mental são vistas como agentes positivos, com capacidades/possibilidades e competências para recuperarem a sua autodeterminação, autonomia, independência e participação na vida social, utilizando para tal os recursos e suportes comunitários. Nas diversas perspetivas de recovery é possível identificar algumas dimensões comuns:

- O recovery é um processo evolutivo, não linear, caracterizado por pequenos passos concretos que se podem traduzir em avanços ou retornos;

- Apresenta uma perspetiva holística, centrada no bem-estar geral, autodeterminação e participação social, em oposição à focagem na doença e nos seus sintomas;

- O recovery está relacionado com o empowerment, dado que implica que as pessoas tenham acesso à informação, opções de escolha, poder de decisão sobre o seu percurso pessoal para o recovery;

- Os recursos da comunidade como habitação, alimentação, emprego, rendimento, educação, etc., são fundamentais para o alcance e manutenção do bem-estar;

- É uma experiência individual, processada coletivamente, através do apoio de redes de suporte como, a família, amigos, pares, colegas, vizinhos, etc. (Ornelas, 2008).

No que concerne ao empowerment, de acordo com o Empowerment Group da University of Cornell (1989) *apud* Ornelas (2008, p.47), este pode ser conceptualizado como “(...) *um processo intencional e contínuo que envolve o respeito mútuo, a reflexão crítica, o apoio e a participação em grupos, através dos quais as pessoas mais isoladas e com menos acessos aos recursos disponíveis podem aumentar a sua acessibilidade e controlo sobre esses mesmos recursos*”.

Na reabilitação psicossocial está envolvida

uma equipa multidisciplinar, constituída por médicos, enfermeiros, assistentes sociais, técnicos de reabilitação, terapeutas ocupacionais, etc., onde o doente, família e a própria comunidade assumem um papel primordial. A este respeito, Liberman (1988) *apud* Campos (2006), salienta que estes técnicos devem possuir os conhecimentos básicos na área da saúde mental, nomeadamente, terapia comportamental, psicopatologia, técnicas comunicacionais e de relacionamento interpessoal, gosto em trabalhar com doentes com doença mental, etc.

O enfermeiro, enquanto elemento detentor de múltipla diversidade de saberes, nomeadamente no âmbito da psicopatologia, psicofarmacologia, psicoterapia, treino de aptidões sociais e funcionais, etc., aliado ao facto de passar mais tempo com o doente, será com certeza um técnico com amplo conhecimento holístico do doente, nas suas dimensões biopsicossocial, devendo, deste modo, assumir um papel preponderante no seu processo de reabilitação psicossocial e sua desestigmatização. Para Stuart e Laraia (2001), os enfermeiros têm o dever de agir como defensores dos doentes, criando um ambiente ético que os respeite e intervindo na satisfação das suas necessidades psiquiátricas e de saúde mental.

É neste contexto que o Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiatria deve realizar intervenções, nomeadamente autónomas, e demonstrar competências científicas, ao nível técnico e relacional, que o diferem dos outros técnicos. A visão holística do doente, numa perspetiva de interdependência biopsicossocial, a utilização do processo de enfermagem, o estabelecimento da relação terapêutica e de ajuda, o desenvolvimento de técnicas de intervenção psicoterapêutica, etc., são bons exemplos dessa distinção. Bower (1992) *apud* Townsend (2002), identificou cinco papéis do enfermeiro para cuidar do doente com doença mental

crónica, que coincidem com as etapas do processo de enfermagem.

Interacção – O enfermeiro desenvolve um relacionamento de confiança com o doente, família e prestadores de serviços;

Histórico – O enfermeiro constrói a história acerca da saúde física, funcional e mental do doente, sistemas de apoio social e comunitário, recursos financeiros e condições ambientais;

Planeamento – Elaboração de um plano de cuidados, devendo incluir metas acordadas, ações específicas, selecção de recursos e serviços essenciais, em colaboração com o doente, outros técnicos de saúde, família e comunidade;

Implementação – O doente recebe os cuidados, necessários para a sua integração, provenientes dos prestadores de cuidados. Em alguns casos o enfermeiro (gerente) é também o prestador de cuidados, noutros, ele assume-se “apenas” como coordenador dos cuidados;

Evolução – O gerente do caso monitoriza e avalia as respostas do doente relativamente às prescrições e o seu progresso no sentido da concretização dos objetivos delineados. O contacto regular é mantido com o doente, família e prestadores de serviços diretos. A coordenação dos cuidados continuados mantém-se até que os objetivos sejam alcançados.

Neste sentido, os cuidados de enfermagem no âmbito da saúde mental e psiquiátrica têm sempre subjacentes as concepções de empowerment e recovery, respectivamente através do desenvolvimento de contextos em que as pessoas isoladas ou silenciadas possam ser compreendidas, ouvidas e participar nas decisões que lhes dizem diretamente respeito e, deste modo, serem vistos como agentes positivos, com capacidades/possibilidades e competências para recuperarem a sua autodeterminação, autonomia, independência e participação na vida social.

Em Portugal, ao contrário de outros países, nomeadamente anglo-saxónicos, a enfermagem forense ainda não é considerada uma especialização em enfermagem, porém o contexto teórico-prático é responsável pelo desenvolvimento de algumas dimensões que não estão presentes na enfermagem psiquiátrica generalista, tal como o conhecimento de alguns aspetos médico-legais e jurídico-penais, a manutenção de um setting terapêutico seguro pela gestão de comportamentos de risco e a promoção da reabilitação psicossocial num contexto duplamente estigmatizado.

Um dos mecanismos jurídico-penais de grande importância no processo reabilitativo do doente, no qual o enfermeiro desempenha um papel relevante no âmbito da sua preparação e decisão do seu deferimento ou indeferimento, são as licenças, especialmente as administrativas e jurisdicionais. Durante o processo de internamento, o doente pode gozar licenças de saída jurisdicionais ou administrativas, como forma de preservar ou desenvolver competências sociais e funcionais, laços afetivos com os familiares e comunidade local, promovendo assim a sua reinserção sociofamiliar. As licenças de saída jurisdicionais são concedidas e revogadas pelo TEP, em função de alguns critérios como a duração da pena e o comportamento do doente, não podendo ultrapassar o limite máximo de sete dias consecutivos, a gozar de quatro em quatro meses. As licenças administrativas podem ser concedidas pela equipa multidisciplinar, de três em três meses, até ao máximo de três dias seguidos, abrangendo preferencialmente os fins de semana. Antes do gozo destas licenças, o enfermeiro realiza, em parceria com o doente e família, um trabalho essencial na sua preparação, através da implementação de intervenções autónomas, em especial psicoterapêuticas, que visam o desenvolvimento de aptidões e competências sociais e funcionais.

Estas competências assumem-se como fundamentais para que as licenças decorram sem incidentes e cumpram o seu papel de agente potenciador e experienciador da interacção sociofamiliar, diminuam o estigma e promovam a reabilitação psicossocial do doente. No âmbito destas intervenções podem ser nomeadas, a educação para a saúde, a psicoeducação, o treino de aptidões sociais e funcionais, o relaxamento, etc.

A preparação da alta do doente, definitiva no caso do cumprimento da totalidade da medida de segurança, ou para prova se sai antes do término da medida de segurança, inicia-se no dia da sua admissão no serviço. O conhecimento holístico, de cada doente, detido pelo enfermeiro, consubstanciado pela elaboração da sua história biopsicossocial, revela-se indispensável na maximização de todo o processo reabilitativo. A elaboração de relatórios de enfermagem que caracterizam o doente nas dimensões biopsicossocial são veículos promotores da continuidade dos cuidados, reintegração e desestigmatização do doente na comunidade. Estes instrumentos são frequentemente solicitados por instituições, no caso de doentes com deficiente ou nulo suporte familiar, no sentido de perceberem as suas reais capacidades e competências, com vista à sua admissão após a alta do serviço de psiquiatria forense. Do mesmo modo, no caso de integração do doente na sua comunidade de origem, estes relatórios são enviados, aquando da sua alta, para as estruturas de saúde e acompanhamento locais, contribuindo para a continuidade dos cuidados de saúde. O papel do Instituto de Reinserção Social é de máxima relevância, em especial quando o doente perde o contacto com o serviço de psiquiatria forense, pois serve de suporte familiar e comunitário, permitindo uma monitorização contínua do processo de reinserção.

A reabilitação psicossocial e consequente reinserção do doente inimputável nem

sempre são ocorrências de absoluto sucesso, se entendermos como tal a perfeita integração do doente no meio sociofamiliar, com desempenho de um papel profícuo e pautado pela autonomia. Existem alguns fatores que acabam por influenciar negativamente este objetivo, designadamente o grau de deterioração induzido pela doença e consequente dependência, a idade do doente, a inexistência de suporte familiar e comunitário e sobretudo o duplo estigma associado à condição de doente mental e "preso".

Referências Bibliográficas:

- CAMPOS, Ricardo – **Reabilitação Psicossocial e Relação**. Lisboa: Hospitalidade, nº271 (Janeiro - Março, 2006), p.21-24.
- Organização Mundial de Saúde. **Relatório Mundial de Saúde 2001 – Saúde Mental: Nova concepção, nova esperança**. 1ª ed. Lisboa: Ministério da Saúde, Abril 2002.
- ORNELAS, José – **Psicologia Comunitária**. Lisboa: Fim de Século, 2008. 478p.
- PORTUGAL. Ministério da Justiça. Decreto-Lei Nº 48/95 – **Código Penal: Inimputabilidade em razão de anomalia psíquica**. D. R. I Série. 63 (95-03-15).
- PORTUGAL. Ministério da Justiça. Decreto-Lei Nº 115/2009 – **Código da execução de penas e medidas privativas da liberdade**. D. R. I Série. 197 (09-10-12).
- STUART, Gail e LARAIA, Michele – **Enfermagem Psiquiátrica: Princípios e Prática**. 6ª Edição. Porto Alegre: Artmed Editora, 2001.
- TADVALD, Marcelo – **Marcas Sociais da Insanidade: Os Efeitos do Estigma para Ex-Internos de Instituições Manicomiais**. Paraíba: Revista Ártemis. Vol. 7, Dezembro 2007, p. 69-78.
- TOWNSEND, Mary – **Enfermagem Psiquiátrica: Conceitos e Cuidados**. 3ª Edição. Rio de Janeiro: Guanabara koogan, 2002.

ENTRADA DO ARTIGO EM MAIO 2016

A INFLUÊNCIA DO FUNCIONAMENTO FAMILIAR NA QUALIDADE DE VIDA DOS IDOSOS: UM ESTUDO NUMA INSTITUIÇÃO DE ACOLHIMENTO



13

ANA FILOMENA SILVA DE FREITAS

Enfermeira; Mestrado em Enfermagem Comunitária, Curso de Pós Graduação em Enfermagem Avançada e Curso de Pós Graduação em Cuidados Continuados Integrados; Licenciada em Enfermagem

RESUMO

Atualmente, em resultado do envelhecimento populacional, a família não consegue responder às necessidades dos seus membros e conseqüentemente recorre às instituições de acolhimento. No entanto, a família deve promover um envelhecimento com qualidade e vida. Este estudo pretendeu estudar a influência do funcionamento familiar na qualidade de vida dos idosos numa instituição de acolhimento.

Metodologia: Estudo quantitativo, descritivo, correlacional e transversal. A amostra foi constituída por 39 idosos, sem défices cognitivos, de uma instituição de acolhimento.

Aplicadas as escalas Family Assessment Device e World Health Organization Quality of Life-Bref, para o tratamento de dados utilizou-se o SPSS versão 17.

Resultados: Os idosos que perceberam as suas famílias como saudáveis num maior número de dimensões apresentaram níveis de qualidade de vida superiores. Os idosos identificaram mais dimensões não saudáveis na família, ao contrário dos elementos da família.

Discussão: As famílias saudáveis parecem possuir competências que proporcionam um envelhecimento com qualidade de vida. O envelhecimento origina mudanças na família.

lia que não são vivenciadas da mesma forma por todos os membros da família (Horta, Ferreira e Zhao, 2010; Figueiredo et al., 2011).

Conclusão: O funcionamento familiar desempenha um papel preponderante na qualidade de vida dos idosos, portanto, as novas políticas e projetos devem promover famílias saudáveis, fomentando um envelhecimento com qualidade de vida, promovendo ganhos em saúde.

Palavras-Chave: Envelhecimento; Família; Qualidade de Vida

ABSTRACT

Introduction: Currently, as a result of population aging, the family can't meet the needs of its members and consequently uses host institutions. However, the family should promote aging with quality of life. This study aimed to investigate the influence of family functioning on quality of life of the elderly in a host institution.

Methodology: A quantitative study, described, correlational and cross. The sample consisted of 39 seniors without cognitive deficits in a host institution. Applied Family Assessment Device scales and World Health Organization Quality of Life-Bref, for the treatment of we used SPSS version 17

Results: The seniors who perceive their families as healthy a larger number of dimensions had higher levels of quality of life. The seniors identified more family unhealthy dimensions unlike members of the family.

Discussion: Healthy families seem to possess skills that provide a quality of life with aging. Aging causes changes in the family who are not experienced in the same way by all family members (Horta, Ferreira e Zhao, 2010; Figueiredo et al., 2011).

Conclusion: The family functioning plays a major role in the quality of life of older people, so the new policies and projects should promote healthy families by promoting aging with quality of life, promoting health gains.

Key words: Aging; family; Quality of Life

INTRODUÇÃO

Para Azeredo (2011) o envelhecimento demográfico constitui-se um fenômeno marcante para a humanidade, iluminando o surgimento de novas necessidades de saúde dos idosos, famílias e comunidade. O envelhecimento é parte integrante do ciclo de vida do ser humano. Assim, cada vez mais será uma fase comum à grande maioria da população. Esta percepção é corroborada pelos dados estatísticos, entre 2001 e 2011, observou-se, na população portuguesa, uma diminuição da população jovem e um aumento de 19,4% da população idosa (Instituto Nacional de Estatística, 2011).

A primeira unidade social, na qual a pessoa se insere e que contribui para o seu desenvolvimento, ao longo do ciclo vital, é a família. Logo, a família é uma estrutura de apoio que assegura a satisfação e a realização de todas as necessidades, sentidas pela pessoa, aquando do envelhecimento (Araújo, Paúl e Martins, 2010). Nos tempos atuais, a família depara-se muitas vezes com a necessidade de ajuda da rede de apoio formal, recorrendo à utilização de instituições, para uma melhor resposta face às necessidades de cuidados sentidos pelos idosos (Pereira, 2012).

A utilização de uma instituição de acolhimento não anula a vivência do processo de envelhecimento para o idoso, família e comunidade. As transições que o envelhecimento origina, têm de ser superados de forma saudável, que só é possível se as pessoas estiverem preparadas para as várias transições que vão surgindo no decorrer do processo de envelhecimento, como afirmam Meleis et al. (2000).

A qualidade de vida foi definida pela Organização Mundial da Saúde (OMS), como a percepção do indivíduo da sua posição na vida, no seu contexto cultural e no seu sistema de valores, estando relacionando com os seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações. É um conceito

amplo que está dependente da saúde física do indivíduo, do seu estado psicológico, do nível de independência, das relações sociais, das crenças pessoais e da relação com os aspetos significativos do ambiente envolvente. (WHOQOL Group, 1994, 1995, citado por Canavarro et al., 2009).

Para Ribeiro et al. (2011), a qualidade de vida é um conceito dinâmico e de perceção individual, interligado com os domínios físico, psicológico, sócio - ambiental e ético - espiritual. O domínio sócio - ambiental, engloba entre outras condições, a família. Portanto, as relações familiares contribuem para promoção de um envelhecimento com qualidade de vida e para o envelhecimento ativo.

METODOLOGIA

Estudo quantitativo, descritivo, correlacional e transversal. A questão de investigação que norteou o presente estudo foi: qual a influência do funcionamento familiar na qualidade de vida dos idosos de uma instituição de acolhimento. Este estudo foi realizado numa instituição que acolhe essencialmente idosos que tiveram atividades laborais ligadas à pesca, representando uma comunidade com características específicas. Após o consentimento da instituição para realização do estudo, procedeu-se à identificação dos utentes inscritos na instituição, com idade igual ou superior a 65 anos e sem défices cognitivos. Seguidamente, contactados os idosos e as famílias, obteve-se o consentimento informado, aplicada a escala FAD (Family Assessment Device) para avaliação da funcionalidade familiar e a escala WHOQOL-Bref (World Health Organization Quality of Life-Bref) para avaliação da qualidade de vida dos idosos. A amostra foi de 39 idosos e 11 elementos da família de 11 idosos. Ao longo do estudo foram sempre respeitados os aspetos éticos. As escalas ambas estão traduzidas e validadas para a população portuguesa, pelos grupos

de trabalhos responsáveis pelas escalas. A escala FAD foi aplicada aos idosos e a um elemento do núcleo familiar de alguns idosos (n=11). A escala WHOQOL-Bref foi destinada apenas aos idosos, dado que um dos objetivos do estudo era somente a avaliação da qualidade de vida do idoso.

ANÁLISE DOS RESULTADOS

Os idosos (n=39) consideravam as suas famílias como saudáveis nas dimensões comunicação (59,0%), papéis (71,8%), responsabilidade afetiva (61,5%), envolvimento afetivo (76,9%) e funcionalidade geral (51,3%); as dimensões resolução de problemas (64,1%) e controlo de comportamento (100 %) foram percecionadas como não saudáveis pela maioria dos idosos.

Os elementos da família (n=11) percecionavam as suas famílias como saudáveis em todas as dimensões, com exceção da dimensão controlo de comportamento. Os idosos referentes aos elementos da família (n=11) percecionavam as suas famílias como não saudáveis nas dimensões: resolução de problemas (72,7%), papéis (54,4%), controlo de comportamento (100%) e funcionalidade geral (63,6%). As dimensões percecionadas pelos idosos como saudáveis eram comunicação (54,55), responsabilidade afetiva (54,5%) e envolvimento afetivo (72,7%).

Ao analisar as perceções dos elementos da família e dos idosos, verifica-se que, as dimensões envolvimento afetivo e controlo de comportamento apresentavam valores coincidentes, com 72,7% a percecionarem a sua família, como saudável, na dimensão envolvimento afetivo e 100% a percecionarem a sua família, como não saudável, na dimensão controlo de comportamento. De destacar, ainda, que a maioria percecionava, as suas famílias, como saudáveis nas dimensões comunicação e responsabilidade afetiva. Nas dimensões resolução de problemas, papéis e funcionalidade geral, as perceções

dos elementos da família e dos idosos eram distintas, sendo que maioritariamente, os elementos da família consideravam que a sua família era saudável e os idosos, na sua maioria, considerava o oposto.

No domínio geral da qualidade de vida os idosos apresentavam um valor médio de 58,3. Em relação ao domínio físico manifestavam um valor médio de 60,9, o domínio psicológico obteve 56,8 de valor médio, no domínio das relações sociais apresentavam um valor médio de 60, no último domínio, relacionando com o ambiente o valor médio foi 63,8. Todos os domínios apresentavam valores médios superiores a 50, o que indica que os idosos consideravam ter uma boa qualidade de vida, visto que os valores perto de 100 representam uma melhor qualidade de vida, enquanto os resultados próximos do zero representam uma pior qualidade de vida.

DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Para os idosos (n=39) as suas famílias conseguiam comunicar uns com os outros de forma eficaz, cada membro da família reconhecia a sua função dentro do seio familiar, os membros apresentavam respostas afetivas uns com os outros, demonstravam interesse e envolviam-se uns com os outros, afirmavam ainda que existia um funcionamento geral da família saudável.

As dimensões avaliadas, como não saudáveis, tal como Figueiredo et al. (2011) afirmam, pode ser devido aos desafios que o envelhecimento acarreta para a família, o emergir de novas necessidades de saúde e as alterações que o envelhecimento provoca nas estruturas e organizações da família.

A família, ao vivenciar a transição do envelhecimento dos seus membros, não estando preparada para a sua vivência, proporciona uma maior predisposição para a instabilidade nas funções familiares (Meleis, et al., 2000), gerando problemas no controlo de comportamento dos seus membros, o

que pode justificar que esta dimensão tenha sido percecionada pelos idosos como não saudável.

A desigualdade entre as perceções dos idosos e dos elementos da família parece atestar que, dentro do seio familiar os membros tem perceções diferentes da funcionalidade da sua família. As causas desta desigualdade poderão ser explicadas, como afirma Figueiredo (2009) pelas várias transições do ciclo vital, que implicam mudanças nos padrões familiares. O envelhecimento origina mudanças na organização familiar, às quais a família se vai adaptando. Todas as alterações e adaptações requerem aceitação e não são vivenciadas da mesma forma por todos os membros constituintes da família (Horta, Ferreira e Zhao, 2010; Figueiredo et al., 2011).

O domínio ambiente apresentou o valor médio mais alto, o que poderá estar relacionado com o ambiente da instituição, na maior oportunidade de aceder aos cuidados de saúde e sociais e de participar em atividade de recreação e lazer, que a instituição proporcionava. O facto de ser uma instituição que acolhia sobretudo idosos que tiveram a mesma atividade profissional, facilitava a criação de laços e predisponha à partilha de experiências comuns, segundo Ribeiro et al. (2011) a qualidade de vida refere-se a um bem-estar e a um equilíbrio pessoal ligado a vários domínios, entre eles o domínio socio - ambiental que reflete a inserção da pessoa no meio envolvente.

Os resultados da aplicação do teste de Kruskal-Wallis evidenciaram que os idosos que percecionavam as suas famílias como saudáveis num maior número de dimensões apresentavam níveis de qualidade de vida superiores e os maiores níveis de qualidade de vida correspondiam a melhores classificações do funcionamento geral da família. Estes resultados corroboram as conclusões dos estudos de Leite et al. (2008), Andrade e Martins (2011) e D'Alencar (2012). Alcançam

a resposta à questão de investigação que norteou o presente estudo, assim como a realização dos objetivos definidos no início do estudo.

A Enfermagem poderá desenvolver, no seu campo de ação, intervenções direcionadas para a funcionalidade da família, que facilitarão a capacitação dos idosos e das famílias, de tal forma que facultará um envelhecimento com qualidade de vida, com repercussões positivas nos gastos dos recursos de saúde. Com a intervenção de enfermagem, nesta área, as famílias estarão mais adaptadas para vivenciarem o envelhecimento de forma saudável, utilizando os recursos de suporte social de forma sustentável, levando a uma melhor gestão dos serviços e apoios existentes.

CONCLUSÃO

A realização deste estudo permitiu contribuir para o conhecimento da influência da funcionalidade familiar na qualidade de vida do idoso e demonstrar a importância da enfermagem comunitária nesta temática.

As novas políticas e projetos devem assentar numa enfermagem comunitária mais próxima das famílias e dos idosos, promovendo famílias mais saudáveis e conseqüentemente um envelhecimento com qualidade de vida. Famílias que consigam vivenciar o envelhecimento dos seus membros poderão fomentar um envelhecimento com qualidade de vida e promover ganhos em saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANDRADE, A. ; MARTINS, R. – Funcionalidade Familiar e Qualidade de Vida dos Idosos. *Millenium* [Em linha]. Vol. 40 (2011), p. 185-199. [Consult. Set.2012]. Disponível na Internet:<URL:http://www.ipv.pt/millenium/Millenium40/13.pdf>.

ARAÚJO, I. ; PAÚL, C.; MARTINS, M. – Cuidar no paradigma da desinstitucionalização: A sustentabilidade do idoso dependente na

família. *Revista de Enfermagem Referência*. [Em linha]. III Série, nº2 (Dez. 2010),p.45-53. [Consult. Set. 2012]. Disponível na Internet:<URL:http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=343b3f61-5478-4740-b3b7-2f586aa6d69a%40sessionmgr114&vid=28&hid=113>.

AZEREDO, Z. – Idoso como um todo. Viseu: Psicossoma, 2011.

CANAVARRO, M. [et al.] – Development and Psychometric Properties of the World Health Organization Quality of Life Assessment Instrument (WHOQOL- 100) in Portugal. Springer [Em linha]. Vol. 16 (2009), p. 116-124. [Consult. Set. 2012]. Disponível na Internet:<URL:<http://link.springer.com/article/10.1007%2Fs12529-008-9024-2#page-1>.

D'ALENCAR, R. – (Re) significando a solidariedade na velhice: para além de laços consanguíneos. *Acta Scientiarum: Human & Social Sciences*[Em linha].Vol.34,nº1(Jan.-Jun. 2012),p. 9-17. [Consult. Set. 2012]. Disponível na Internet:URL:<http://web.ebscohost.com/ehost/detail?vid=10&sid=f9dd2c34-a8a441708254cacad2e8e9674%40sessionmgr104&hid=108&bdata=Jmxhbm c9cHQ tYnlmc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#db=a9h &NA=79965867>.

FIGUEIREDO, M. [et al.] – Ciclo vital da família e envelhecimento: contextos e desafios. *Revista Tematica Kairós Gerontologia*. [Em linha]. Vol. 3 Nº 14 (Jun. 2011), p. 11-22. [Consult. Set. 2012]. Disponível na Internet:<URL:http://revistas.pucsp.br /index.php/kairos/article/download/6483/4700>.

HORTA, A. ; FERREIRA, D. ; ZHAO, L. – Envelhecimento, estratégias de enfrentamento do idoso e repercussões na família. *Revista Brasileira de Enfermagem* [Em linha]. Vol. 63, nº4 (Jul.-Agost. 2010),p. 523-528. [Consult. Set. 2012]. Disponível na Internet: URL:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003471672010000400004>.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA – Censos 2011- Resultados Provisórios. Lisboa, 2011. [Em linha]. 2011. [Consult. Out. 2012]. Disponível na Internet: <URL:http://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=3&ved=0CEEQFjAC&url=http%3A%2F%2Fwww.ine.pt%2Fngt_server%2Fattachfileu.jsp%3Flook_parentBoui%3D131011296%26att_display%3Dn%26att_download%3Dy&ei=zn7aUciRD6rC7AapzoCAAQ&usg=AFQjCNHbhfDNxILJQHbMo9fjDwCZQhSOw&sig2=UUVhMAIr0a22LBR03I5iA&bvm=bv.48705608,d.ZWU>.

LEITE, M. [et al.] – IDOSOS RESIDENTES NO MEIO URBANO E SUA REDE DE SUPORTE FAMILIAR E SOCIAL. Texto contexto – enfermagem [Em linha]. Vol.17, nº2 (Abr./Jun. 2008), p. 250-257. [Consult. Set. 2012]. Disponível na Internet:<URL:<<http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n2/05.pdf>>.

MELEIS, A. [et al.] – Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory. *Advances in Nursing Science* [Em linha]. Vol. 23. Nº 1 (Setembro, 2000), p. 12-26. [Consult. Abr. 2012]. Disponível na Internet:<URL:<http://web.ebscohost.com/ehost/pdf?vid=13&hid=8&sid=c34465bd-9597-466ca46dc177448ddac0%40sessionmgr9>>.

PEREIRA, F. – Os Idosos como Recurso. In PEREIRA, F. - Teoria e Prática da Gerontologia: Um Guia para Cuidadores de Idosos. Viseu: Psicossoma, 2012. Cap. 10 e 15.

RIBEIRO, T. [et al.] - Qualidade de Vida: do conceito à tomada de decisão ética. In saúde e qualidade de vida: uma meta a atingir. Escola Superior de Enfermagem do Porto: Núcleo de Investigação em Saúde e Qualidade de Vida, 2011.

ENTRADA DO ARTIGO EM MAIO 2013

PERTURBAÇÕES DO SONO EM ADULTOS/IDOSOS HOSPITALIZADOS

**ROSA MARTINS**

Professora Coordenadora da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viseu. Professora Doutora em Desenvolvimento e Intervenção Psicológica

ANA MARISA CORREIA

Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação do Hospital de Seia. Mestre em Enfermagem de Reabilitação

ANA ANDRADE

Professora Adjunta da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viseu. Doutoranda em Ciências de Educação pela Universidade de Salamanca

1-Introdução

O sono é uma necessidade fisiológica, que tem como funções biológicas a restauração do organismo e a conservação da energia, permitindo um equilíbrio físico e emocional, que é fundamental á vida (Martins. 2004).

Os estudos desenvolvidos na área do sono têm mostrado que a duração e os padrões do sono sofrem alterações significativas no decurso da ontogenia humana, havendo evidências de que a estrutura cíclica e a

distribuição das diferentes fases do sono variam com a idade. Os valores máximos normalmente, estão ligados à primeira infância, contudo a partir da puberdade inicia-se um ligeiro declínio que vai progredindo na vida adulta e se agrava na velhice. Na opinião de Manable et al., (2000) com o passar dos anos, a pessoa idosa sofre alterações no seu padrão de sono, tanto em latência e eficiência como na duração, constituindo este facto um dos maiores e

insolúveis problemas desta faixa etária. Os mecanismos do ritmo vigília/sono na opinião de Martins (cit. Por Mugeiro, 2011) são extremamente complexos e ainda não foram totalmente esclarecidos, contudo trata-se de um ritmo fundamental e estreitamente relacionado com os outros ritmos quotidianos que compreende vários aspectos: tem carácter reversível, podendo do sono passar-se à vigília e vice-versa; fenómeno cíclico, pois sono e vigília alternam-se ciclicamente de modo periódico e regular em ciclos de 24 horas; durante o sono há ausência quase total de movimento; o sono implica um aumento ao limiar para responder a estímulos ambientais/externos; produz uma atividade psicológica denominada por "sonho" e finalmente durante o sono, ocorrem várias modificações tanto na atividade cerebral como noutras actividades psicofisiológicas.

A descoberta do electroencefalograma (EEG), possibilitou a demonstração das alterações da atividade elétrica cerebral que ocorrem durante o sono, mostrando que não se trata de um estado homogéneo, mas sim de um fenómeno em que existem dois estados distintos: o sono REM e o sono não REM. A denominação de sono lento (NREM) provém do facto de o traçado electroencefalográfico mostrar uma lentificação progressiva, que aumenta à medida que o sono se torna mais profundo, ocorrendo uma atividade parassimpática dominante, com miose, diminuição da sudação, da frequência cardíaca, da tensão arterial, da temperatura, do consumo de O₂ e do tónus muscular (Rente & Pimentel, 2004).

O sono paradoxal (sono REM) é assim denominado devido ao fenómeno que contrasta movimentos rápidos oculares e atonia muscular generalizada, predominando a atividade simpática, com grande variabilidade autonómica nomeadamente da frequência cardíaca e respiratória. Nesta fase existe ainda um aumento da temperatura, da

sudação e do consumo de O₂ (Nércio, 2010).

Em termos funcionais, o sono REM tem sido relacionado com a restauração das funções cognitivas, (ideia que é reforçada pelo aumento do sono REM intra-uterino e durante a infância, em que há um grande desenvolvimento cerebral) enquanto que o sono NREM é considerado um restaurador das funções orgânicas, (durante o sono NREM ocorre um aumento de anabolismo proteico de algumas hormonas como a do crescimento e da testosterona). Esta teoria - da Restauração do Organismo - explica por que motivo os sintomas da privação de sono parcial, contínua e total são ao mesmo tempo de carácter físico e intelectual. As evidências científicas têm demonstrado que o sono desenvolve funções primordiais na preservação de energia e restauração de competências físicas e mentais do organismo, capacitando-o de forma saudável e competente para as tarefas que decorrem durante a vigília. Mas para que isto ocorra, é necessário dormir um número de horas considerado suficiente (Seixas, 2009).

A questão da durabilidade do sono não tem reunido consensos quanto à média diária necessária, contudo esta variabilidade existe, quer quanto ao número médio de horas necessárias de sono, quer quanto à estrutura do próprio sono ao longo da vida, facto que tem sido atribuído à diversidade das diferenças individuais e das características ontogénicas. Para o autor supracitado, o número total de horas de sono necessárias, a partir dos sessenta e cinco anos, situa-se entre seis e oito horas, contudo há que considerar que a passagem dos anos não afeta somente a quantidade, mas também a própria qualidade do sono.

Na verdade são vários os estudos epidemiológicos que têm posto a descoberto a elevada prevalência dos transtornos do sono em diferentes culturas e grupos de adultos/idosos. Estima-se que cerca de um terço da população apresentará algum

tipo de disfunção do sono durante a sua vida, e em Portugal, os distúrbios de sono afetam cerca de 30% da população, sendo os indivíduos mais afetados sobretudo idosos e mulheres (Paiva, 2011). Diz-nos Pinto (2007), que os idosos têm menos capacidade de dormir de forma contínua e, como tal, o seu sono é mais frequentemente interrompido por despertares nocturnos ou seja mais fragmentado e menos profundo. Em consequência aceita-se que os efeitos da idade sobre a capacidade de dormir tenha profundas implicações na manutenção do humor, da atenção e da eficiência cognitiva do idoso, bem como o aparecimento ou o agravar de outras ocorrências como sejam o aumento de utilização de hipnóticos e o cansaço fácil. Estas alterações objetivas no padrão do sono acompanham-se de uma sensação subjetiva de dormir menos profundamente, acontecendo variações em pessoas sem transtornos psíquicos ou físicos, o que nos indica que o sono tem naturalmente uma evolução temporal (Duarte, 2008). Um sono adequado é definido pela combinação de três factores: Latência; Eficiência e Duração. De acordo com a Academia Americana da Medicina do Sono, para um sono adequado, a pessoa deve levar 15 minutos para adormecer, estar adormecido pelo menos 85% do tempo total que passa na cama e dormir por um período de tempo não inferior a 7 horas. Um indivíduo apresenta privação, quando o seu padrão de sono sofre alterações na quantidade e na qualidade, ou seja, o sono é afetado, pelo menos, na sua eficiência e duração. Os sinais e sintomas que daí resultam, variam consoante a idade, ambiente, personalidade e motivação. Em consequência, as mudanças comportamentais que poderão ocorrer são a desorientação, desassossego, irritabilidade e uma atitude anti-social, podendo progredir para um comportamento mais agressivo e até psicótico se a privação permanecer (SILVA, 2006).

As perturbações do sono são como já referenciámos, frequentes nos adultos/idosos, contudo em situação de hospitalização estas perturbações agravam, podendo o indivíduo apresentar privação, fragmentação e até dessincronização. De facto durante a hospitalização, o utente está muitas vezes sujeito à privação do sono, por múltiplas circunstâncias, sendo acordado várias vezes e/ou mantido acordado por diferentes razões. O stress causado pelo processo de hospitalização, pode configurar-se como uma experiência potencialmente traumática que afasta o indivíduo de sua rotina diária e motiva em muitas situações um confronto com a dor e a limitação física, além de aflorar sentimentos indesejáveis. Os estudos realizados com o objetivo de avaliar as perturbações do sono em clientes hospitalizados, concluíram globalmente que o sono em contexto hospitalar é mais pobre comparativamente com o sono que os utentes desenvolviam em casa e que as perturbações que ocorrem estão ligadas essencialmente a factores ambientais e a situações stressantes.

2 - Material e Métodos

A metodologia consiste em descrever de forma sistemática a estrutura e as etapas de uma pesquisa. Trata-se portanto de um estudo quantitativo, do tipo não experimental, transversal e descritivo-correlacional.

As questões de investigação que este estudo pretende explorar são: (1) "será que o sono dos adultos/idosos internados apresentam boa qualidade/perturbações? (2) "Em que medida a qualidade do sono destes utentes se correlaciona com as variáveis sociodemográficas, fadiga e processos de reabilitação?". Os objectivos decorrentes das questões enunciadas, consistem em identificar a qualidade do sono que é percebida pelos Participantes e analisar factores influentes no sono avaliado.

Optámos por uma amostra do tipo não

probabilístico por conveniência, constituída por 60 utentes internados nos serviços de Medicina e Unidades de Convalescência dum hospital da zona Centro do País. A maioria dos utentes são do sexo masculino, casados, na faixa etária acima dos 75 anos, com idade média a variar entre um mínimo de 49 anos e um máximo de 94 anos, a viverem maioritariamente com a família em meio rural.

Os critérios de inclusão estabelecidos para o estudo foram: ser utentes internados em serviços de Medicina e Unidades de Convalescência; possuir capacidade de resposta verbal ou escrita; realizarem diariamente programas de reabilitação.

Todos os procedimentos devem ser efetuados segundo uma rigorosa conduta ética respeitando os princípios da beneficência, da justiça e de um respeito integral pela dignidade humana: assim foi dirigido ofício com pedido de autorização para a aplicação do instrumento de colheita de dados (ICD) ao Presidente do Conselho de Administração da U.L.S da Guarda, E.P.E, onde era referenciado o responsável pela pesquisa, explicitados os objetivos e finalidades do estudo. Para além, do pedido formal à instituição foi apresentado a todos os participantes o documento de consentimento informado, a garantia de anonimato e confidencialidade dos dados recolhidos e ainda a liberdade de em qualquer altura poderem desistir se assim o desejassem. Depois de ser dada a autorização procedeu-se à fase de recolha de dados que foi realizada entre os meses de Outubro de 2012, a Fevereiro de 2013.

A escolha dos métodos de colheita de dados depende das variáveis estudadas, da sua operacionalização, das questões de investigação/hipóteses e do desenho do estudo delineado. No nosso caso optámos pela utilização de um formulário por nós construído e pela aplicação de escalas elaboradas por outros investigadores e consequentemente, já traduzidas e testadas

na população portuguesa. O instrumento de colheita de dados (ICD) deste estudo, inclui questões de caracterização sociodemográfica, clínica, de percepção dos utentes sobre o seu sono, Escala de Fadiga Crónica (EFC) e o Índice de Qualidade do Sono de Pittsburgh (IQSP) que avalia a qualidade do sono das pessoas no último mês.

O tratamento estatístico da presente investigação foi efectuado através do programa Statistical Package Social Science versão 19.0 para o Windows e Word Microsoft.

3- Resultados

Verificámos que a idade dos elementos da amostra, oscila entre os 49 e os 94 anos, com uma média que ronda os 73,10 anos. O maior valor percentual dos utentes (43,30%) possui idades superiores a 75 anos, seguindo-se os que se situam na faixa etária entre 66 e 75 anos (35,00%). Verificámos ainda, que os sujeitos do sexo masculino, eram ligeiramente mais novos que as mulheres (71,03 e 75,31 anos). Estes dados estão em consonância com os publicitados pelo INE dos Censos 2011, uma vez "que a esperança média de vida para a população portuguesa se situa nos 79,20 anos, não se processando a longevidade de forma equitativa, uma vez que no século XXI vai persistir uma diferença de 6 anos, favorável à mulher podendo estas viverem em média 82,05 anos (superior á dos homens que é de 76,14). Verificamos ainda, que a relação entra a idade e a qualidade do sono só se verificou aos níveis da eficiência habitual do sono e das perturbações, uma vez que os participantes mais velhos apresentam padrões de sono com menor eficiência habitual e maiores perturbações. Existe homogeneidade no nosso estudo quanto ao género, uma vez que dos 60 indivíduos que compõem a amostra, 31 são do sexo masculino e 29 do sexo feminino. Estes últimos, (elementos do sexo feminino) foram aqueles que apresentaram maiores

alterações do sono sobretudo aos níveis da latência do sono, na eficiência habitual e ainda na qualidade total do sono, á semelhança dos resultados de Mugeiro (2011), em que as mulheres em geral expressam maior prevalência de distúrbios de sono quando comparadas com os homens.

O local de residência para 65% dos participantes no estudo é o meio rural, sendo estes essencialmente mulheres. Estes resultados não nos surpreenderam dado que a maioria dos utentes da região geográfica onde está inserida a nossa instituição provêm essencialmente do meio rural. A associação entre local de residência e perturbações do sono mostra que são independentes (sem associação significativa) apesar dos valores das ordenações médias apontarem para perturbações do sono mais graves nos participantes do meio urbano.

O estado civil, prevalente é o de "casado" (53,30%), seguindo-se os viúvos (41,70%), os divorciados/separados (1,70%) e apenas 3,30% solteiros. Verificámos ainda que os homens eram essencialmente casados (74,20%), enquanto a maioria das mulheres (62,10%) era viúva. Estes resultados reforçam as tendências demográficas publicitadas pelo INE (2011), onde a viuvez é essencialmente feminina devido aos efeitos da sobremortalidade masculina, aos efeitos dos fluxos migratórios e ainda ao facto dos homens depois de enviuvarem optarem pela reconstituição familiar (Mugeiro, 2011). Constatámos ainda, que os viúvos, solteiros e divorciados apresentavam mais distúrbios do sono do que os casados e/ou em união de facto, localizam-se estes fundamentalmente na eficiência habitual do sono. O estudo de Trindade-Filho et al. (2010) revelou dados similares uma vez que existia " uma maior prevalência de queixas do sono, como é o exemplo da insónia, nos indivíduos separados e viúvos. De facto há autores que demonstram existir uma grande associação entre solidão e insónia,

que segundo eles é um aspecto comum em indivíduos separados.

A composição do agregado familiar, é uma variável importante na medida em que é na família que se definem os padrões de atendimento e comportamento dos seus membros. O afeto entre os familiares, a constância dos mesmos e o senso de obrigação que permeia esses mesmos vínculos garantem ao indivíduo trocas constantes de suporte instrumental, psicológico e emocional. Assim, 60,0% dos participantes vive com a família, 20% vive sozinho e os restantes 20% encontram-se institucionalizados. A análise por género mostra que embora os utentes de ambos os sexos coabitem maioritariamente com a família, existe uma percentagem mais elevada de mulheres (27%) a morar sozinhas. Não encontrámos relações estatísticas significativas entre o agregado familiar e a qualidade do sono; contudo Gaillard (1996), aponta as diferenças de personalidade e as formas de convivência, como factores interferentes na duração do sono. Por exemplo, pessoas que habitualmente dormem pouco (menos de 6 horas) em sua opinião, são mais ativas, trabalhadoras, mais extrovertidas, mas com tendências hipomaniacas. Já as pessoas que dormem muito (10 horas ou mais) são frequentemente mais ansiosas, introvertidas, dadas á fantasia e depressivas.

Os baixos níveis de escolaridade observados na nossa amostra corroboram os estudos realizados por Martins (2004), Branco, Nogueira e Dias (2011) ao referirem que a maioria da população idosa portuguesa possui baixos níveis de instrução. Na verdade 43,30% dos nossos utentes não sabe ler nem escrever, 40% possuem apenas o 1º ciclo de estudos e 16,70% possuía o 2º Ciclo. Constatamos ainda que as mulheres possuem predominantemente menores habilitações literárias do que os homens, o que é igualmente compreensível se tivermos em

conta a moldura sócio-cultural que por largos anos prevaleceu na sociedade portuguesa. A única dimensão onde encontramos significância estatística ($p=0,011$) foi nas perturbações do sono, onde os participantes com o 1º ciclo de estudos apresentam maiores dificuldades. Constatamos ainda que os sujeitos analfabetos têm médias mais altas (ou seja pior sono) nas dimensões duração do sono; eficiência habitual do sono e disfunção diurna. Sabemos que a formação académica propicia aos indivíduos a aquisição de conhecimentos e consequentes comportamentos que podem favorecer estilos de vida saudáveis. A boa organização da higiene do sono, é um dos exemplos que poderia trazer, não só melhoria na qualidade de sono como na qualidade de vida e promoção da saúde desta faixa etária.

Os programas de reabilitação regulares têm-se revelado fundamentais na tipologia de doentes destas unidades e por isso os participantes do nosso estudo realizam na totalidade programas de reabilitação. O tempo gasto em cada sessão pode ser variável, sendo variável também os seus efeitos. No nosso estudo, constatamos que o tempo despendido no programa de reabilitação não interfere na qualidade do sono (sem significância estatística). Não obstante os sujeitos que apenas gastam entre 0 e 15mn no programa de reabilitação, são também aqueles que genericamente apresentam mais perturbações nas diferentes dimensões e qualidade total do sono. Já os Participantes que gastam entre 30 a 60 minutos no programa, possuem pior qualidade do sono apenas na dimensão duração. Relacionando estes dois constructos Oliveira (2008) realçam a pertinência de diferentes intervenções junto dos utentes/idosos, entre as quais a dos enfermeiros de reabilitação, no sentido de prevenir o envelhecimento patológico e promover condições pessoais e mudanças sócio-ambientais que permitam reequilibrar a harmonia entre o indivíduo as suas funções

biológicas e o ambiente que o rodeia. Poder-se-ia questionar se uma pior aptidão para realizar o programa de reabilitação corresponderia a uma pior qualidade de sono ou vice-versa, mas a falta de estudos que suportem este pressuposto não nos permitem formular teorias válidas sob o ponto de vista científico. O nosso estudo aponta para inexistência de relação entre a qualidade de sono e o programa de reabilitação, apesar dos valores das ordenações médias revelarem que os sujeitos que raramente se sentem aptos para realizar o programa de reabilitação, apresentam pior qualidade subjectiva do sono, pior latência do sono, mais perturbações, usam mais medicação, apresentam mais disfunção diurna e apresentam globalmente pior qualidade total do sono. Contrariamente os que referiram, sentir-se aptos frequentemente, apresentam mais distúrbios que os outros apenas nas dimensões duração do sono e eficiência habitual do sono. A explicação para estes factos, em nosso entender, poderão estar relacionados com o avanço da idade, onde ocorrem perdas na duração, manutenção e qualidade do sono e ainda com a hospitalização, onde tudo isto se agrava. As perturbações do sono afetam os indivíduos de modo significativo tanto a nível físico, psicológico, intelectual (no aproveitamento das capacidades cognitivas), nas manifestações comportamentais e na estabilidade emocional e mesmo nas perturbações de desenvolvimento como hiperactividade, défice de atenção, défice cognitivo e depressão). Assim sendo, os utentes que não obtêm o descanso e o sono necessários (e nós constámos que 36,70% dos inquiridos referem precisar de dormir muito mais tempo do que aquele que normalmente dormem) terão repercussões negativas no seu processo terapêutico. Segundo o levantamento norte americano efectuado por Zimmer & Lima, 2004, cit. por Junior (2007) a fadiga constitui o nono

sintoma mais comum em Atenção Primária à Saúde (APS): o presente estudo, robustece estes achados, uma vez que constatamos que 65,00% revela fadiga ligeira, 23,30% manifesta fadiga moderada e 3,30% apresenta fadiga acentuada. A análise por género mostra que a maioria (62,10%) das mulheres apresenta fadiga ligeira, paralelamente aos sujeitos do sexo masculino (67,70%), contudo a fadiga está mais presente nos elementos do sexo feminino. Verificámos ainda, que existe uma forte associação entre a fadiga e a qualidade do sono dos participantes, sendo esta altamente significativa na maioria das dimensões e qualidade total do sono. Os participantes com fadiga moderada são os que apresentam mais perturbações aos níveis das dimensões qualidade subjetiva do sono e uso de medicação hipnótica. Na verdade a privação do sono parcial tem como efeitos a diminuição do desempenho psicomotor, lapsos de atenção e dificuldades de concentração, redução da memória para acontecimentos recentes, tempos de reação prolongados, mau humor, sensação de fadiga, irritabilidade e até estados confusionais Paiva (2008), e Seixas (2009).

Por fim, e centrando a nossa atenção no objectivo fundamental deste estudo, verificámos que apenas 3,30% dos participantes percepciona ter sono com boa qualidade: contrariamente a grande maioria (96,70%), considera ter alguma perturbação de sono classificando-o como sendo de má qualidade, com maior relevância no caso das mulheres. São dados que reforçam o paradigma nacional, visto que em Portugal, os distúrbios de sono afetam 30% da população, sendo os idosos e as mulheres os mais afetados. Estudos conduzidos por Veras (2009) demonstram que o aumento nos despertares precoces e a dificuldade em manter o sono relacionados com o envelhecimento, podem derivar de uma incapacidade de manter o sono numa fase específica do ritmo circadiano. Como tal,

a privação dessa estabilidade dá origem à dessincronização interna e tem como consequência danos para a saúde do adulto/idoso. A dessincronização externa, (como sejam os factores ambientais ligados ao internamento) por sua vez, associa-se às mudanças no padrão de sono, o que se deve à diminuição progressiva dos estímulos sociais, que atuam como sincronizadores. Os factores que interferem nessa dessincronização são: a insuficiência qualitativa e quantitativa desses estímulos; a redução da acuidade dos órgãos dos sentidos, ou seja, dos recetores dos estímulos ambientais e a dificuldade do sistema de temporização circadiana em adequar os ritmos de acordo com os estímulos sociais. A par do que fica dito, as perturbações do sono são ainda mais frequentes aquando da hospitalização (devido a factores intrínsecos como a doença, dor e alterações de humor, e a factores extrínsecos, como a luminosidade, ruído, medicação e as rotinas e intervenções de enfermagem) que impedem um sono adequado, levando o indivíduo a apresentar privação, fragmentação e dessincronização (SILVA, 2006).

4-Conclusões/Implicações para a prática

Apertinênciadotemadonossoestudoperece-nos inegável, pelas razões amplamente apontadas nos capítulos anteriores, contudo este pressuposto sai reforçado se validarmos o paradigma actual de que a idade é um fator determinante na fisiologia do sono. Na verdade e independentemente das mudanças próprias do envelhecimento, são múltiplos os factores que contribuem para estas alterações do sono dos utentes o que explica a variedade de respostas as questões formuladas. Existem variadíssimos problemas, que embora não sejam específicos do adulto/idoso, têm especial relevância em pessoas com maior idade em situação de internamento, pelas suas repercussões no sono: inadaptação perante

situações emocionais perturbadoras, maus hábitos de sono, perturbações psiquiátricas afetivas, doenças orgânicas, consumo de medicamentos (psicotrópicos ou não), agitação noturna ou quedas. Os problemas descritos são cruciais nos resultados da reabilitação destes indivíduos, uma vez que concorrem para resultados menos eficientes do processo, prolongando-os no tempo e levando muitos deles a exaustão.

Estas e outras questões reforçam a necessidade em investigar esta temática e por isso construímos este capítulo no sentido de balizar uma reflexão global entre os resultados do estudo e conhecimentos anteriores, embora reconheçamos que continuam em aberto muitas questões a suscitar novos avanços e novas investigações. Assim da análise dos resultados obtidos e tendo em atenção os objetivos propostos inicialmente, concluímos que:

A amostra estudada é maioritariamente masculina (51,6%), situando-se a média de idades nos 73 anos; São predominantemente casados (51,30%), sem habilitações académicas (43,30%), a residir em meio rural (65,00%) e a viver com a família (60,00%). Os que vivem sozinhos e/ou estão institucionalizados são essencialmente mulheres.

Todos os inquiridos realizam programa de reabilitação no período da manhã, com um tempo médio de 16 a 30 minutos, sentem-se mais ativos no período da tarde e talvez por isso, somente algumas vezes se sentem aptos para realizar as sessões.

Constámos que 36,70% dos inquiridos precisa de dormir muito mais do que normalmente dorme e acorda muitas vezes mais cedo do que o pretendido. Em termos médios, dormem 6,8 horas por noite, referem ter sempre dificuldades em adormecer e o tempo que precisam para começar a funcionar bem depois de uma noite de sono, oscila entre 11 a 20 minutos (46,70%);

A fadiga crónica está muito presente neste

grupo (apenas 8,3% não a refere) uma vez 92,7% dos utentes apresenta fadiga que varia entre ligeira a acentuada.

A percepção de 96,70% dos participantes é que tem uma má qualidade de sono, sendo esta mais referida pelos elementos do sexo feminino.

As correlações encontradas mostram diferenças estatísticas significativas entre a idade e a qualidade do sono sobretudo nas dimensões eficiência habitual do sono e as perturbações do sono em que os mais velhos são os mais afetados; entre o sexo e a qualidade do sono nas dimensões latência do sono; eficiência habitual do sono e qualidade total, sendo neste caso mais afectadas as mulheres; os viúvos, solteiros e divorciados apresentam mais perturbações do sono do que os casados e/ou em união de facto, essencialmente na dimensão eficiência habitual do sono; as habilitações literárias interferem na qualidade do sono (perturbações do sono), sendo os participantes com o 1º ciclo os que apresentam pior qualidade do sono; por fim verificamos que existem diferenças estatísticas altamente significativas entre todas as dimensões e qualidade do sono total e a fadiga, inferindo-se que quanto maior for a fadiga pior é a qualidade do sono dos participantes.

Contrariamente, o local de residência, a coabitação, a aptidão e o tempo para os programas de reabilitação revelaram-se independentes da qualidade do sono nestes participantes, dado não existirem diferenças estatísticas significativas.

Temos consciência que este estudo constitui uma jornada de esforço, determinação mas também uma fonte de aprendizagem. Os desafios, as dificuldades e o poder aliciante e fascinante da investigação sobre o sono dos adultos/idosos internados falaram mais alto dando motivação para apontar novos caminhos a desenvolver em futuras investigações.

Referências bibliográficas

- Branco, M. J., Nogueira, A. P. J., & Dias, C. M. (2011). Mocecos: Uma observação dos cidadãos idosos no princípio do século XXI. Lisboa: ONSA.
- Duarte, J. C. (2008). Privação do sono, rendimento escolar e equilíbrio psicoafectivo na adolescência (Dissertação de doutoramento, Universidade do Porto). Acedido em <http://hdl.handle.net/10216/19371>.
- Trindade-Filho, E. M., Carvalho, L. N. A., & Gomes, E. O. (2010). Estudo da qualidade do sono na população adulta de Maceió. *Neurobiologia*, 73 (1), 93-97. Acedido em [http://www.neurobiologia.org/ex_2010/10_EUCLIDESqualidade_de_sono_pronto\(OK\).pdf](http://www.neurobiologia.org/ex_2010/10_EUCLIDESqualidade_de_sono_pronto(OK).pdf).
- Gaillard, J. M. (1996). Perturbações do sono: Clínica e terapêutica. Lisboa: Roche Farmacêutica Química. Lda, s.d.
- Junior, P. P. P. (2007). O sono normal. In P. L. M. Albernaz (Org.), *Durma bem, viva melhor* (pp. 23-26). São Paulo: MG Editores.
- Manable, K., Matsui, T., Yamaya, M., Sato-Nakagawa, T., Okamura, N., Arai, H., & Sasaki H. (2000). Sleep patterns and mortality among elderly patients in a geriatric hospital. *Gerontology*, 46(6), 318-322.
- Martins, R. (2004). Qualidade de vida dos idosos da Região de Viseu. Badajoz: [s.n.], (Dissertação de doutoramento não publicada). Universidade da Extremadura, Badajoz, Espanha.
- Mugeiro, M. J. C. (2011). Qualidade do sono nos Idosos. Viseu (Dissertação de mestrado, Instituto Politécnico de Viseu). Acedido em <http://repositorio.ipv.pt/handle/10400.19/1658>.
- Nércio, T. R. (2010). Qualidade do sono e hábitos de estudo em jovens institucionalizados. (Dissertação de mestrado, Universidade Fernando Pessoa, Porto). Acedido em <http://hdl.handle.net/10284/1462>.
- Oliveira, J. C., Rossini, S., & Reimão, R. (2008). O sono no idoso: Mudanças na arquitectura do sono e insónia. In R. Reimão, L. E. L. Ribeiro do Valle, & S. Rossini, *Segredos do sono* (pp.49-57). São Paulo: Tecmedd.
- Paiva, T., & Penzel, T. (2011). *Centro de medicina do sono: Manual prático*. Lisboa: Lidel.
- Portugal, Instituto Nacional de Estatística. (2011). *Censos: Resultados definitivos*. Acedido em http://censos.ine.pt/xportal/xmain?xpid=CENSOS&xpgid=censos2011_apresentacao
- Pinto, C. (2007). O Sono no idoso, quando dormir é um problema. Arquivo: Mais Saúde. Acedido em http://www.medicosdeportugal.saude.sapo.pt/utentes/senior/o_sono_no_idoso_quando_dormir_e_um_problema/3.
- Rente, P., & Pimentel, T. (2004). *A patologia do sono*. Lisboa: LIDEL.
- Seixas, M. P. (2009). Avaliação da qualidade do sono na adolescência: Implicações para a saúde física e mental. (Dissertação de mestrado, Universidade Fernando Pessoa, Porto). Acedido em <http://hdl.handle.net/10284/1256>.
- Silva, C. F. (2006). Fundamentos teóricos e aplicações da cronobiologia. *Psicologia, Teoria Investigação e Prática*, (5)2, 253-265.
- Veras, R. (2009). Population aging today: Demands, challenges and innovations. *Revista de Saúde Pública*, 43(3), 548-554. Acedido em http://www.scielo.br/pdf/rsp/v43n3/en_224.pdf

ENTRADA DO ARTIGO EM MAIO 2016

OS PERFIS DE AUTOCUIDADOS DOS CLIENTES DEPENDENTES: ESTUDO EXPLORATÓRIO NUMA UNIDADE DE SAÚDE FAMILIAR



FILIPE PEREIRA

Escola Superior de Enfermagem do Porto, Professor Doutor em Ciências de Enfermagem

EDUARDA SEQUEIRA

Residência per Gent Gran de Cambrils, Enfermeira Mestre em Enfermagem Avançada

ALICE BRITO

Escola Superior de Enfermagem do Porto, Professora Doutora em Ciências de Enfermagem

RESUMO

O autocuidado é uma área com grande relevância para a Enfermagem. Backman e colaboradores, desenvolveram um instrumento – SCHDE – capaz de caracterizar os clientes de acordo com o seu perfil de autocuidado.

Realizou-se um estudo quantitativo, descritivo e transversal cujo objetivo foi descrever os perfis de autocuidado de um grupo de clientes inscritos na USF de Valadares. Os resultados apurados permitem-nos afirmar que a grande maioria dos participantes evidenciam perfis de autocuidado marcados pela presença de um "mix" de características dos diferentes perfis.

Palavras chave: Autocuidado, Perfil de Autocuidado

ABSTRACT

Self-Care is an area with great relevance for nursing. Backman and associateds have developed an instrument - SCHDE – which is able to characterize the clients according with his self-care profile.

It has been realized a quantitative, descriptive and transversal study meant to describe the self-care profiles of a group of clients enrolled in Valadares' Family Health Units. The results obtained allow us to say that the majority of participants showed specific self-care profiles marked by the presence of a blend of characteristics from different (theoretical) profiles.

Keywords: Self Care, Self Care Profile

Base teórica, Instrumento original e versão inglesa

O Self-care of Home Dwelling Elderly (SCHDE) é um instrumento de origem finlandesa, que tem como suporte a teoria de perfis de autocuidado de Backman e Hentinem.

Segundo estes autores o autocuidado das pessoas idosas pode ser classificado em quatro categorias: o Autocuidado Responsável, o Autocuidado Formalmente guiado, o Autocuidado Independente e o Autocuidado de Abandono (Backman e Hentinem, 1999). Consideram, também, que o mesmo pode ser influenciado pela história de vida da pessoa, a sua autoestima e a sua capacidade física (Backman e Hentinem, 2001).

Assim, em 2007, Backman, Kyngas e Rasanem criaram o SCHDE com o objetivo de obter um instrumento que pudesse ser utilizado em contexto clínico de modo a avaliar o perfil de autocuidado de idosos em atendimento domiciliar e os seus fatores associados.

Este instrumento, para além de incluir uma parte preliminar de descrição de dados sociodemográficos, é formado por cinco subescalas: tipos de autocuidado, orientação para o autocuidado, satisfação com a vida, auto-estima e de capacidade funcional.

Cada uma das subescalas é formada por uma escala de Likert, possuindo 5 possibilidades de resposta: "Fully disagree", "Partly disagree", "Does not apply", "Partly agree", "Fully agree", para as subescalas tipos de autocuidado e orientação para o autocuidado e "Strongly disagree", "Slightly disagree", "Neither agree nor disagree", "Slightly agree" e "Strongly agree" para as subescalas de autoestimas e satisfação com a vida. A subescala "Capacidade Funcional" apresenta apenas três possibilidades de resposta: "I can manage independently without difficulties", "I can manage independently, but with difficulties" e "I cannot manage independently"

Todas as subescalas podem ser avaliadas independentemente, já que apresentam

valores independentes de fidelidade (Ver quadro I).

Nesse mesmo ano Zelzenick (2007), com a supervisão das autoras, validou e traduziu integralmente o SCHDE na Eslovénia. Do seu processo de tradução de finlandês para esloveno surgiu uma versão em inglês de todo o instrumento. Foi a partir dessa versão, por sugestão das autoras, que o nosso estudo foi desenvolvido.

Quadro I - Coeficientes de α de Cronbach da validação do instrumento (global) na Eslovénia (Adapt. de Zelznick, 2007)

| Categorias do instrumento | Número de itens | α de Cronbach |
|----------------------------------|------------------------|----------------------------------------|
| Tipos de Autocuidado | 42 | 0,75 |
| Orientação para o autocuidado | 14 | 0,60 |
| Satisfação com a vida | 5 | 0,84 |
| Auto-estima | 10 | 0,75 |
| Capacidade Funcional | 11 | 0,95 |

Processo de tradução

Como referido anteriormente, o processo de tradução realizou-se a partir da versão inglesa do SCHDE, por sugestão das autoras, num processo metodológico com quatro fases (Ribeiro, 1999).

Assim, depois de obtida a autorização dos autores da escala, a mesma foi traduzida para a língua portuguesa por dois tradutores oficiais. As duas versões foram comparadas entre si e com a versão original, com o objetivo de se obter uma única versão em português da escala. Durante este processo foi explicado aos tradutores o objetivo do instrumento, assim como o propósito de cada questão com o intuito que a tradução respeitasse a finalidade do mesmo.

Posteriormente, numa segunda fase, realizou-se a retroversão ("back translation") da versão portuguesa para o idioma original – o Inglês, por outro tradutor, que não tinha conhecimento da versão original.

Na terceira fase do processo de tradução, a escala foi traduzida de novo para inglês

e foi comparada com a escala original pela investigadora e orientadores, para verificar se existiam variações no significado das questões.

Finalmente, não existindo alterações significativas procedeu-se à realização do pré-teste do instrumento, a 7 pessoas internadas no Hospital Padre Américo.

O objetivo do pré-teste é de verificar se as questões são perceptíveis para a população alvo. Não se identificou a necessidade de realizar qualquer alteração ao instrumento pelo que iniciamos a recolha de dados.

Versão portuguesa

A inexistência de estudos sobre o tema de perfis de Autocuidado em Portugal levou ao desenvolvimento da presente investigação que procura identificar que perfis de autocuidado apresentam as pessoas dependentes numa Unidade de Saúde Familiar (USF) no Norte do país.

Foi realizado um estudo quantitativo, exploratório, descritivo e transversal. Neste estudo apenas foi utilizada a subescala de Tipos de Autocuidado do SCHDE.

A subescala referida (depois de convenientemente adaptada transculturalmente) foi aplicada a 112 pessoas, reunidas através de um processo de amostragem por conveniência e tendo por base os seguintes critérios:

- cliente inscrito na USF Valadares;
- idade superior a 18 anos;
- falar fluentemente e compreender Português;
- não apresentar nenhum défice cognitivo (atual);
- evidenciar algum grau ou nível de dependência (ainda que ligeiro) em um dos tipos de Autocuidado, conforme o "Instrumento de Avaliação da Dependência no Autocuidado" adoptado;
- clientes que aceitem participar no estudo, depois de devidamente informados da

natureza e objetivos do mesmo.

O presente estudo não possui como objectivo principal a validação do instrumento para a população portuguesa, faz parte de um projeto mais alargado de validação do instrumento, incluindo participantes oriundos de lares de idosos, centros de dia, serviços de internamento hospitalar e serviços de ambulatório a ser realizado por um grupo de docentes da Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP).

Rodrigues (2011) e Mota (2011) desenvolveram os seus estudos utilizando a versão portuguesa do SCHDE obtida no processo de tradução do instrumento no actual estudo, estudos também incluídos no projecto

Apesar do principal objetivo não ter sido a realização da validação do instrumento, para verificar se os resultados obtidos eram fidedignos, analisou-se a validade e fidelidade do instrumento nos três estudos desenvolvidos.

No nosso estudo, os resultados adquiridos permitiram concluir que o instrumento possui validade de conteúdo e uma base teórica sólida. Em relação à fidelidade, obteve-se um valor de Alfa (α) Cronbach de 0,63. Ainda que com alguma reserva, já que assumimos que os resultados obtidos poderão estar influenciados pela natureza e dimensão da amostra, foi possível assumir que o instrumento mede aquilo que é suposto medir.

Rodrigues (2011) desenvolveu o seu estudo numa unidade de medicina de um Hospital. O seu estudo, tal como o nosso, demonstrou que o instrumento é detentor de validade de conteúdo, de critério e de constructo e que apresenta uma base teórica sólida. O valor de Alfa (α) Cronbach calculado no seu estudo foi de 0.48 o que impõe cautela na leitura dos resultados.

O estudo de Mota (2011), realizado numa Unidade de transplantação Hepática e

Pancreática, demonstrou que o instrumento possui um “forte suporte conceptual” (p.57). A fidelidade do instrumento também foi calculada através do valor do Alfa Cronbach (α), obtendo-se um valor de 0,64.

Tal como no nosso estudo, Rodrigues (2011) e Mota (2011) assumem que o valor obtido poderá estar relacionado com a natureza e dimensão da amostra (amostra não probabilística de 161 casos e amostra não probabilística de 100 casos, respectivamente).

Os três estudos demonstram assim, que o instrumento possui uma base teórica sólida pelo que é válido e que mede aquilo que é suposto medir (IoBiondo-Wood & Haber, 2001, Hill & Hill, 2002, Polit, Beck & Hungler, 2004). Em relação a fidelidade, os valores obtidos sugerem-nos precaução nos resultados mas os mesmos podem estar relacionados/ influenciados pela própria amostra dos diferentes estudos.

Resultados obtidos

No nosso estudo entrevistaram-se 112 participantes, 63,4% eram do sexo feminino e 36,6% eram do sexo masculino.

Unicamente um dos participantes vivia numa área rural. 40,2% ainda vivia com o companheiro, 22,3% com os filhos, 19,6% sozinho e 15,2% com o cônjuge e filhos e não existia nenhum a viver com amigos.

A idade média obtida no nosso estudo foi de 76 anos e 92,8% dos clientes já se encontrava reformado. Mais de 50% dos participantes possuía 4 anos de escolaridade.

O nível de dependência dos participantes foi calculado, tendo por base o “Instrumento de Avaliação da Dependência no Autocuidado”, desenvolvido na ESEP e usado no estudo de Duque (2009). Este instrumento permite-nos caracterizar, por via da observação e questões colocadas aos participantes, o nível de dependência de cada cliente, face aos diferentes domínios ou tipos de autocuidado (tomar banho, vestir-se/despir-se, alimentar-

se...) Diversas investigações obtiveram os valores de fidelidade que rondam os 0,9 ou superiores, daí ter optado por este instrumento para avaliação da dependência. Os resultados obtidos revelaram-nos que o número de indivíduos com níveis significativos de dependência nos diferentes tipos de autocuidado é baixo.

Em domínios como “Posicionar-se”, “Transferir-se” e “Auto-elevar-se”, associados à capacidade de sair da cama, os valores percentuais de dependência foram baixos. Podemos concluir que muitos “acamados” ficaram de fora do nosso estudo mesmo porque, de acordo com os dados da USF, já possuíam compromissos das funções cerebrais.

Relativamente aos perfis de autocuidado, inicialmente procuramos identificá-los utilizando todas as questões do instrumento. Contudo, os scores médios obtidos não permitiam caracterizar/discriminar os indivíduos pelos diferentes perfis, revelando uma elevada quantidade de indefinidos, como aconteceu no estudo de Zeleznik em 2007.

Decidimos então calcular os scores médios de cada perfil de autocuidado, segundo as questões específicas que o determinam. Obtivemos assim os seguintes resultados:

“Puro Responsável”: 3 (2,7%)

“Predominante”: 9 (8,1%)

Responsável: 4 (3,6%)

Independente: 4 (3,6%)

De Abandono: 1 (0,9%)

“Indefinidos”: Altos – 10 (8,9%)

Restantes – 90 (80,4%)

Dado o elevado número de casos “indefinidos”, e uma vez mais como sucedeu nos estudos de Zeleznik (2007), realizamos uma análise mais profunda dos mesmos no sentido de identificar possíveis “mesclas” de perfis de autocuidado. Os critérios foram definidos sequencialmente, tal como apresentados no quadro II.

Examinando os resultados deste novo

processo de categorização verificamos que cerca de ¼ dos indefinidos corresponde a indivíduos com traços marcados dos perfis Responsável e Independente, o que é sustentado na natureza da associação que, teoricamente, existe entre os dois perfis.

Salienta-se, também, e como seria expectável, que o número de casos com scores elevados nos quatro perfis de autocuidado é muito baixo (apenas 1 caso).

os seus “problemas” sem a ajuda de ninguém. Também Zeleznik (2007) encontrou um valor percentual assinalável (cerca de 15% dos seus participantes - 46/302 casos) com scores elevados nos dois perfis de autocuidado, apresentados como “quase antagónicos”. O esclarecimento desta realidade justificaria a realização de um novo estudo, tomando como universo estes clientes.

Quadro II- Distribuição dos casos inicialmente categorizados como “Indefinidos”

| Categorias Específicas de “Indefinidos” | N | (%) no Total 112 casos Amostra |
|----------------------------------------------------------------------|----------|---------------------------------------|
| Responsável / Formalmente Guiado / Independente / de Abandono | 1 | 0,9 |
| Responsável / Formalmente Guiado / Independente | 4 | 3,6 |
| Responsável / Formalmente Guiado / de Abandono | 0 | 0 |
| Responsável / Independente / de Abandono | 0 | 0 |
| Formalmente Guiado / Independente / de Abandono | 1 | 0,9 |

Outros resultados a salientar são as associações Formalmente Guiado/ Independente (n= 10) e Formalmente Guiado/ Abandono (n= 9).

Segundo a perspectiva teórica em que se baseia o nosso estudo, a associação entre os perfis Formalmente Guiado e de Abandono é algo expectável, explicando por que razão, com frequência, clientes com posturas de autocuidado formalmente guiado, quando “perdem” a figura de “controlo” das suas actividades de autocuidado tendem a desenvolver um quadro de abandono, desinteresse e negligência do seu autocuidado.

Por outro lado, a associação formalmente guiado/ independente não era uma união previsível, uma vez que o primeiro se refere a pessoa que cumprem escrupulosamente todas as indicações fornecidas pelos profissionais de saúde, enquanto que o segundo se refere a clientes que solucionam

Por fim, na presente investigação, verificámos que 40 casos continuam a ser classificados como “Indefinidos finais”, o mesmo é dizer: casos com traços pouco definidos de cada um dos diferentes perfis, o que pode sugerir a existência de outros perfis ainda não identificados.

Os estudos de Rodrigues (2011) e Mota (2011), que se realizaram tendo por base os processos e procedimentos realizados no nosso estudo, também obtiveram resultados similares.

No estudo de Rodrigues (2011), cerca de 25% dos casos incluíam-se dentro do perfil de autocuidado “puro” e 16,2% dos casos pertenciam ao perfil “predominante”. No entanto, e tal como no nosso estudo, o maior valor percentual verificou-se no grupo dos “indefinidos” com 60% dos casos. Uma análise mais profunda destes casos, demonstrou que 55 dos mesmos continuam a ser considerados como “indefinidos

“finais”, o que corresponde a 34% do total da amostra.

Esta análise também demonstrou a existência de relação entre o perfil “responsável” e o perfil “formalmente guiado” ao apresentar mesclas de características destes dois perfis em cerca de 16% dos casos indefinidos. Como refere Rodrigues (2011) esta associação apenas demonstra a proximidades existente entre alguns aspectos destes dois perfis, tal como nos apresentaram Backman e Hentinen nos estudos iniciais.

Rodrigues (2011) também obteve um valor percentual significativo de casos com características dos perfis “formalmente guiado” e “de abandono”, quase 14%.

Os resultados obtidos no estudo de Mota (2011) demonstraram que 5% dos casos se distribuem pelo perfil de autocuidado “puro” e 8% pelo perfil “predominante”. Todavia, também neste estudo o valor percentual mais elevado corresponde ao perfil “indefinido” com 87% dos casos.

Seguindo a mesma linha de pensamento do nosso estudo e do estudo de Rodrigues (2011), procedeu-se a uma análise mais exaustiva dos casos indefinidos. Os resultados de Mota (2011) demonstraram, assim, que 56% corresponde a categoria de “indefinidos finais” e que 24% dos casos apresentam características dos perfis “responsável” e “formalmente guiado”.

Tendo em conta os resultados obtidos nos três estudos, o elevado número de casos “indefinidos” encontrados sugere-nos muita precaução em relação a capacidade de discriminação/categorização do instrumento para a nossa população.

Finalmente, depois de obtidos os perfis de autocuidado dos clientes, decidimos relaciona-los com as variáveis de atributo definidas, com o objectivo de identificar possíveis relações. Tendo em conta que a amostra do nosso estudo era de conveniência, utilizamos testes não paramétricos.

A única variável que apresentou resultados

com significado estatístico foi a “Formação”, demonstrando que níveis mais elevados de formação estão associados a scores mais altos no perfil de autocuidado Responsável. Em contrapartida, scores mais elevados no perfil de Abandono estão associados a pessoas com níveis de escolaridade mais baixa, o que é compatível com os pressupostos teóricos de Backman e Hentinen (1999; 2001). Os mesmos resultados foram obtidos nos estudos de Rodrigues (2011) e de Mota (2011).

No que se refere à relação existente entre os perfis de autocuidado e o “nível de dependência” (calculada por tipos de autocuidado), os perfis de autocuidado Responsável e Independente demonstraram possuir relações positivas e com significado em relação a vários domínios do autocuidado, o que nos permite concluir que scores elevados nestes dois perfis estão associados a maior independência no autocuidado.

Em contrapartida, o perfil de autocuidado de abandono revelou relações negativas e com significado com alguns domínios do autocuidado, o que nos indica que quanto mais elevado for o score médio deste perfil, mais dependentes serão os sujeitos nos referidos domínios.

Esta relação existente entre os perfis de autocuidado e o nível de dependência também foi obtida no estudo de Rodrigues (2011), o que nos permite afirmar que a capacidade funcional dos participantes é um factor condicionador dos perfis de autocuidado, tal como assumem Backman e Hentinen nos seus pressupostos teóricos.

Conclusões finais

No nosso estudo, verificamos que 35,7% dos casos permaneceram na categoria de “indefinidos” em relação ao seu perfil de autocuidado, o que nos faz questionar a capacidade de categorização do instrumento para a população portuguesa.

Os nossos achados, em linha com estudos

anteriores, evidenciam ainda que, o número de clientes com perfis de autocuidado “puros” é, na realidade, reduzido; o que apodera colocar em causa a utilidade da perspetiva teórica que colocamos nesta investigação. Com efeito, se formos capazes de perceber, em termos clínicos, quais os fatores que influenciam as posturas dos clientes face ao autocuidado, poderemos avançar com abordagens terapêuticas mais significativas.

Em relação às variáveis sociodemográficas, obtivemos que apenas a escolaridade apresentava relação com os perfis de autocuidado, sendo que níveis de formação escolar mais elevados estavam associados a scores mais elevados no perfil de Autocuidado Responsável, e pelo contrário, níveis de escolaridade mais baixa evidenciavam scores mais elevados no perfil de Abandono.

Na relação entre os perfis de autocuidado e o grau de dependência da pessoa, o presente estudo demonstrou que os participantes com scores mais elevados no perfil de Autocuidado Responsável eram aqueles com níveis de dependência no autocuidado menos marcados, enquanto os indivíduos com scores mais altos no perfil de Abandono, apresentavam níveis de dependência mais significativos.

Acreditamos que “o instrumento, em termos clínicos, poderá servir como um “guião” orientador do processo de colheita de dados acerca da “postura e atitude face ao autocuidado dos clientes”; muito mais do que um instrumento de “avaliação”, no sentido restrito do termo” (Sequeira, 2012, p.85).

Limitações

Durante a realização do nosso estudo deparamo-nos com algumas limitações que devem ser consideradas em futuros estudos sobre o tema.

Os valores da estatística Alfa de Cronbach do instrumento que obtivemos - 0,63 - recomendam grande precaução na

interpretação dos resultados, dados os limites de fidelidade do instrumento. Ao mesmo tempo, pensamos que os resultados obtidos poderão estar relacionados com a natureza (não probabilística) e a dimensão da amostra, mas também acreditamos que o instrumento possa necessitar de uma adaptação das questões para a população portuguesa.

Bibliografia

BACKMAN, Kaisa & HENTINEN, Maija – Model for the self-care of home-dwelling elderly. *Journal of Advanced Nursing*. 30, 3 (Set, 1999), p. 564-572. PMID:10499212

BACKMAN, K. & HENTINEN, Maija – Factors associated with the self-care of home-dwelling elderly. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 15, 3 (Set, 2001), p. 195-202. PMID:11564226

RASANEN, Paivi.; BACKMAN, Kaisa & KYNGAS, Henry – Development of an instrument to test the middle-range theory for the self-care of home-dwelling elderly. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 21, 3 (Set, 2007), p. 397-405. PMID: 17727553

DUQUE, Hernâni José Leandro Teotónio – O doente dependente no Autocuidado – Estudo sobre a avaliação e a ação profissional dos enfermeiros: Porto: Universidade Católica Portuguesa. 2009. Tese de Mestrado em Ciências de Enfermagem.

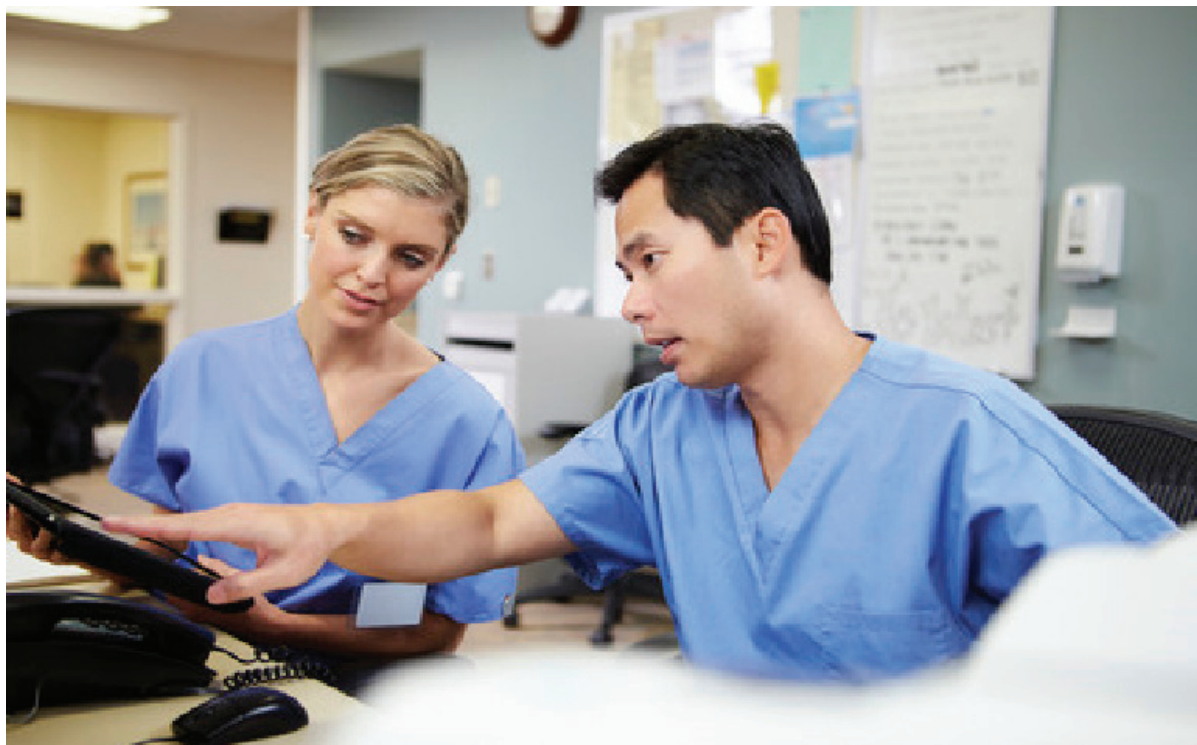
MOTA, Liliana Andreia Neves – O perfil de autocuidado dos clientes: exploração da sua influência no sucesso após transplante hepático: Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto. 2011. Tese de Mestrado em Enfermagem Médico- Cirúrgica.

RIBEIRO, Jose Luis Pais – Investigação e avaliação em Psicologia e saúde. Lisboa: Climepsi Editores, 1999. ISBN: 9789728449445

RODRIGUES, Lídia Filomena Soares Vieira – O perfil de autocuidado como factor potencialmente condicionador das transições dos clientes: um estudo exploratório: Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto. 2011. Tese de Mestrado em Enfermagem Médico- Cirúrgica.

Zeleznik, Danika – Self-care of the Home Dwelling Elderly People Living in Slovenia [Em linha]. (2007), [Consultado em 22 de Maio de 2008]. Disponível na: <URL: <http://herkules.oulu.fi/isbn9789514286377/isbn9789514286377.pdf>>.

A INFLUÊNCIA HIPOCRÁTICA NA AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO DOS ENFERMEIROS



ANTÓNIO JAIME DA SILVA MOURA NETO

Enfermeiro Chefe, Hospital de Braga, Licenciado em Enfermagem Médico Cirúrgica, Mestre em Bioética

HELENA DE JESUS VIEIRA DOS SANTOS NETO

ACES Cávado I - Braga, Enfermeira Especialista, Licenciada em Enfermagem Saúde Infantil e Pediátrica

RESUMO

- Sendo enfermeiro, terá o meu desempenho um imperativo moral com tradições hipocráticas?
- Evoluiu a ética hipocrática de tal forma de modo a influenciar o meu desempenho profissional no momento?
- Será o código deontológico do enfermeiro, uma ética aplicada sob influência hipocrática?
- Haverá influência hipocrática na minha ação e consequentemente na avaliação do meu desempenho?

As respostas para estas questões serão encontradas ao longo deste artigo no qual se conclui que o Código Deontológico do Enfermeiro constitui um sextante para a sua ação quotidiana de Enfermagem com consequências diretas na avaliação de desempenho dos enfermeiros.

PALAVRAS CHAVE: Hipócrates; desempenho; enfermagem

ABSTRACT

- Being a nurse, will my performance a moral imperative with Hippocratic traditions?
- Evolved Hippocratic ethical so to influence my work performance when ?
- Does the code of conduct of the nurse, ethics applied under Hippocratic influence?
- There will be Hippocratic influence on my action and consequently the evaluation of my performance ?

The answers to these questions will be found throughout this article which concludes that the Nurse's Code of Ethics is a sextant for their daily action of Nursing with direct consequences on performance evaluation of nurses.

KEYWORDS : Hippocrates ; performance; nursing

A NECESSIDADE DE UMA ÉTICA EVOLUTIVA

Neves refere-nos que «é do conhecimento comum que a Ética Médica nunca esteve tão sujeita a debate nem sofreu tão significativas alterações como se tem verificado nas últimas décadas». Esta realidade pode induzir em erro todo e qualquer leigo nesta matéria fazendo-o pensar que a reflexão ética sobre a prática médica, surge agora como uma necessidade de resposta às questões emergentes da evolução tecnológica, catalogado por Walter Osswald como um “vertiginoso progresso biotecnológico”, ou então que se manteve inalterável ao longo da sua existência.

Refere-nos ainda Neves que, «é indubitável reconhecer que a Ética, enquanto reflexão sobre a acção humana, esteve sempre associada ao exercício de Medicina, enquanto acção que visa promover um “bem”, especificamente, um bem-estar físico e/ou psicológico do homem». Também Renaud refere que “enquanto avaliação espontânea do agir, a ética existe desde os tempos mais remotos». No entanto, apesar da existência de textos médicos chineses datados de 2900 anos a.C., os mais antigos de que há conhecimento, só mais tarde, segundo Aguiar, se faz referência à necessidade do cumprimento das leis morais, mas, como factor facilitador da cura de doenças então atribuídas à ira divina. É com Hipócrates que viveu de 450 a 370 a.C., que surgem as bases éticas da profissão.

A prática médica não deixou de evoluir ao longo dos tempos e o pensamento ético não se manteve invariável, pelo que, para Neves, «será legítimo assumir que também a relação entre ambos os saberes se possa ter alterado». A reflexão ética não é uma necessidade actual mas existe há séculos, e as características evolutivas dessa reflexão encontram-se na consonância com a prática médica. Perante este cenário, a ética médica, tradicionalmente hipocrática e a mais antiga

normativa de ética médica ocidental, na perspectiva de Neves, não se pode mostrar intemporal nem ahistórica.

EVOLUÇÃO DA ÉTICA HIPOCRÁTICA

Josen, citado por Nunes (2003), refere que a ética hipocrática «foi sobrevivendo ao longo de dois milénios e meio, tendo-se sucessivamente consagrado em diversos códigos de ética profissional e os juramentos que os pretendem honrar». A ética hipocrática está concentrada e ganha visibilidade no juramento de Hipócrates:

Juro por Apolo médico, por Esculápio, Hígie e Panaceia, e tomo como testemunhas todos os deuses e deusas, que hei-de observar o seguinte juramento, que me obrigo a cumprir com todas as minhas forças e inteligência.

Tributarei ao meu Mestre de Medicina o mesmo respeito que ao meu pai, repartindo com ele a minha fortuna e socorrendo-o quando necessitar; tratarei os seus filhos como meus irmãos e, se quiserem aprender a ciência, ensiná-la-ei desinteressadamente e sem qualquer género de recompensa. Instruirei com preceitos, lições orais e outros métodos de ensino aos meus filhos e os do meu Mestre e os discípulos que se me juntem sob compromisso e juramento, como determina a lei médica, e a mais ninguém.

Estabelecerei o regime dos doentes da maneira que lhes seja mais proveitosa, segundo as minhas possibilidades e juízo, evitando todo o mal e injustiça.

Não cederei a pretensões que tenham como finalidade a administração de venenos, nem darei a ninguém sugestões nesse sentido; abster-me-ei igualmente de aplicar às mulheres pessários abortivos.

Passarei a minha vida e exercitarei a minha profissão com inocência e pureza.

Não matarei, deixando tal acção aos que se dediquem a praticá-la.

Em qualquer casa que entre, não levarei outra intenção que não seja o bem dos doentes, abstendo-me de cometer voluntariamente

faltas injuriosas ou acções corruptas, e evitando sobretudo a sedução de mulheres e de jovens, livres e escravos.

Guardarei segredo sobre o que oiça ou veja na sociedade e não seja necessário que se divulgue, quer seja do domínio da minha profissão quer não, considerando o segredo como dever sagrado.

Se observar fielmente o meu juramento, seja-me concedido gozar felizmente da minha vida e profissão, sempre honrado entre os homens; se faltar ao juramento, caia sobre mim a adversidade.

Na antiga Grécia este código de ética médica era importante para os médicos, ao ponto de prestar este juramento perante os deuses, pretendendo deste modo demonstrar as obrigações que assumiam. Mas terá sido Hipócrates o seu autor?

Apesar de Hipócrates ter vivido no século V a.C., tudo indica que o “seu” juramento é posterior – séculos IV a I a.C. O Juramento de Hipócrates não é pois necessariamente nem mesmo provavelmente de Hipócrates, nem do século V a.C., mas é certamente de uma escola médica [escola de Cós], denominada hipercrítica que floresceu nos últimos cinco séculos da era pré-cristã». Neste Juramento é assumido um compromisso com deuses e deusas gregas e ainda com o Mestre a quem é prometida lealdade. Observa-se também a presença do princípio da confidencialidade que obriga a manter em segredo perante os leigos todos os conhecimentos adquiridos. No que respeita à conduta, estamos perante imperativos morais que constituem um “código de ética”, sendo por exemplo, proibida a administração de drogas letais. Ainda segundo Patrão Neves, encontra-se patente neste Juramento, o denominado «princípio hipocrático fundamental de beneficiar o paciente de acordo com a habilidade e o juízo». É o princípio da beneficência que atinge o seu auge nas frases: “Estabelecerei o regime dos doentes da maneira que

lhes seja mais proveitosa” e “Em qualquer casa que entre, não levarei outra intenção que não seja o bem dos doentes”. Os dois princípios – confidencialidade e beneficência -, complementam-se para o estreitamento de uma relação individualizada entre o médico e o doente, estruturada a partir do princípio fundamental da beneficência e da obrigatoriedade da confidencialidade. Trata-se de uma normativa essencialmente deontológica na medida em que visa regulamentar a prática da arte médica. A hegemonia da ética hipocrática manteve-se até à contemporaneidade, ao longo de um processo que não foi isento de transformações sobretudo no realçar e no esbater, respectivamente os aspectos próximos ou distantes do cristianismo. Neste contexto, a convergência entre o pensamento hipocrático e os princípios cristãos vai aumentando ao longo dos séculos tornando menos visíveis os pontos divergentes como o secretismo e a relação entre mestre e estudante. Em simultâneo, são reforçados os aspectos que estreitam a proximidade entre ambos, nomeadamente a proibição do aborto. É assim que, ainda segundo Neves, a ética hipocrática «vai prevalecendo ao longo dos séculos, mas não sem que a interpretação dos seus enunciados se fosse alterando, ou sem que, sobretudo, se fosse deslocando a ênfase colocada nas diferentes proibições ou obrigações».

Chegados a meados do século XX, surge a tal necessidade de resposta às questões éticas emergentes não só do vertiginoso progresso biotecnológico referido por Walter Osswald, mas também dos horrores cometidos contra prisioneiros em nome do desenvolvimento técnico-científico e tornados públicos após a segunda guerra mundial. É dentro deste contexto que se desenvolvem alguns acontecimentos, nomeadamente o Código de Nuremberga de 1947, que vão culminar no aparecimento da bioética em 1970 com a publicação do artigo de Van Rensselaer Potter

intitulado: "Bioethics: The Science of survival" e posteriormente, em 1978, na divulgação dos princípios éticos fundamentais do Relatório Belmont: o princípio do respeito pela pessoa, o princípio da beneficência e o princípio da justiça. Foi a partir deste relatório que teve origem a concepção principalista da bioética defendida por Beauchamp e Childress, que em 1979 publicam a sua teoria no livro *Principles of Biomedical Ethics*. Estes autores redefinem os três princípios e partindo do princípio da beneficência, criam um quarto de certa forma já implícito e com influência do hipocrático «nil nocere»: o princípio da não-maleficência. Efectivamente, são vários os fragmentos do juramento de Hipócrates que poderão encaixar perfeitamente neste quarto princípio, tais como evitar todo o mal, não administrar drogas nocivas, não aplicar abortivos, exercer a profissão com inocência e pureza e não matar.

Da ética hipocrática e da sua evolução, pode concluir-se que, face ao juramento de Hipócrates o médico e o doente estavam numa situação muito desigual: o médico dispunha do seu melhor saber para o utilizar sobre o "seu" doente indefeso, sem direito de opção ou esclarecimento. Já em pleno século XX, e principalmente com a introdução do princípio do respeito pelas pessoas, e consequentemente o reconhecimento do direito às próprias concepções do doente, às suas escolhas, aos seus valores, às suas crenças, numa palavra: à sua autonomia, o doente é colocado numa situação de igualdade com o seu médico. O doente passa a ter direito à verdade, ao consentimento informado, ao respeito pela sua intimidade, à confidencialidade dos seus dados. Hoje, o bem médico não necessita necessariamente de coincidir com o bem do doente. O princípio da confidencialidade absoluta, tão marcado no juramento de Hipócrates, foi um dos últimos pilares do paternalismo hipocrático a cair por terra.

Uma outra realidade do exercício da

medicina de hoje é que não é praticada de forma isolada e independente como na época hipocrática. Hoje, o médico faz parte de uma equipa de cuidados de saúde pluridisciplinares, trabalhando lado a lado com outros profissionais de saúde em que se destaca o enfermeiro também ele com uma formação científica e técnica cada vez mais avançada. A enfermagem de hoje constitui um corpo profissional autónomo, uma comunidade profissional e científica da maior relevância no funcionamento do sistema de saúde. Esta autonomia profissional concedeu o direito à Criação da Ordem dos Enfermeiros. Em anexo ao Decreto-lei nº 104/98 de 21 de Abril, referente ao estatuto da referida Ordem, foi publicado o Código Deontológico do Enfermeiro, um código fortemente influenciado pela ética hipocrática como veremos.

O CÓDIGO DEONTOLÓGICO DO ENFERMEIRO À LUZ DA ÉTICA MATRICIAL HIPOCRÁTICA E DA SUA EVOLUÇÃO

O termo "deontologia" ou "ciência do dever" remonta a 1834 e deve-se ao filósofo inglês Jeremy Bentham que utilizou o termo na obra "Deontology or the science of morality". Pretendia criar uma nova área da filosofia que deveria tratar da ciência ou teoria (logos) o que é necessário ser feito (deon). O termo deixou de ter as suas características filosóficas ao ser aplicado, extensivamente, durante o século XIX, para significar os códigos de ética profissional, que não são produto de uma reflexão ético-filosófica.

A deontologia, uma disciplina da ética especial adaptada ao exercício duma profissão, é desde há muito codificada. Para Nunes (2005), «Quanto mais uma profissão se organiza, mais tende a dotar-se de um estatuto codificado em que estejam bem definidos os deveres profissionais emanados dos órgãos oficiais da profissão». Os códigos deontológicos são da responsabilidade das associações ou ordens respectivas e

traduzem o sentimento ético expresso nas grandes declarações universais, adaptando-se às realidades profissionais de cada corpo profissional. A deontologia surge na reflexão ético-filosófica sobre o agir humano, que no entender de Paul Ricouer deve enveredar pela procura de «uma vida boa, com e para os outros, em instituições justas». Para encontrar esta “vida boa” no seu agir humano, cujo foco de atenção é a pessoa em toda a sua plenitude desde o início até ao fim da vida, cada enfermeiro como membro de uma classe profissional é orientado por um conjunto de normas que regem o seu comportamento humano, o seu agir. Este conjunto de normas, que constitui a moral da profissão tem a designação de código deontológico do enfermeiro. Ao tratar-se de uma moral do grupo profissional torna-se apropriado e conveniente o seu cumprimento pelos seus membros. Apesar de alguns códigos deontológicos servirem apenas como instrumento consultivo, o código deontológico do enfermeiro tem função normativa e vinculativa, dizendo respeito a todos os enfermeiros que têm de assumir perante a sociedade o compromisso do seu cumprimento, sob pena de ser sancionado pela sociedade. Trata-se de um instrumento legal e vinculativo para todos os enfermeiros, encontrando-se na sua redacção um conjunto de normas baseadas em princípios morais e do direito, relativas ao exercício da profissão. Está oficializado desde 1998 através do decreto-lei 104/98, tendo sofrido a segunda alteração pelo decreto-lei 156/2015 de 16 de Setembro. No entanto, a existência de um compromisso por parte dos enfermeiros tem já um passado considerável. No final do século XIX, numa clara demonstração de ligação indelével entre a ética de enfermagem e a ética médica, surge o juramento de Florence Nightingale, cujo teor resulta de uma apropriação do normativo contido no código de Hipócrates: *Comprometo-me solenemente, perante Deus*

e em presença desta assembleia, viver com dignidade e a exercer dedicadamente a minha profissão;

Abster-me-ei de tudo quanto for desmoralizador e malévolos. Nunca usarei ou administrarei, com pleno conhecimento, qualquer droga nociva;

Tudo farei para manter e elevar o nível da minha profissão, usando de sigilo em todas as questões pessoais que sejam confiadas à minha guarda ou nos assuntos familiares do meu conhecimento, durante o desempenho do meu trabalho;

Serei uma fiel assistente dos médicos e dedicarei a minha vida ao bem-estar das pessoas confiadas ao meu cuidado.

Desde 1893 que, na linha do juramento de Hipócrates, o juramento de Florence Nightingale vem sendo tradicionalmente assumido pelos enfermeiros recém-formados. E tal como o juramento de Hipócrates não terá em Hipócrates o seu autor, também o juramento de Florence Nightingale não terá seguramente Florence como sua autora. A autoria deste juramento está atribuída a uma comissão nomeada pelo Colégio Farrand do Hospital Harper de Detroit em 1893.

É evidente a presença da ética hipocrática, neste juramento do século XIX, designadamente em termos de beneficência e de não maleficência. Mas a enfermagem também acompanhou a evolução da ética, nomeadamente o principalismo de Beauchamp e Childress, de tal modo que Nunes (2005) nos afirma que «a ética profissional dos enfermeiros mudou de paradigma ao longo das últimas décadas». A atenção do enfermeiro volta-se agora para o doente. «Enquanto nos códigos de ética tradicionais se referiam à obrigação da enfermeira em cumprir com diligência as instruções do médico, - “Serei uma fiel assistente dos médicos”, no juramento de Nightingale, - na atualidade o dever principal é para com o doente: “As

intervenções de enfermagem são realizadas com a preocupação da defesa, da liberdade e da dignidade da pessoa humana e do enfermeiro”, conforme o nº 1 do artigo 99º do código deontológico do enfermeiro. É o princípio do direito à autonomia em toda a sua força, a relegar o estatuto paternalista do médico hipocrático para segundo plano. O respeito pela vontade expressa da “*pessoa doente*” sobrepõe-se ao que o médico pensa ser o melhor para o “*doente*”. E mais: hoje o enfermeiro desempenha muitas vezes o papel de mediador, o «Advocacy» que Patrícia Benner tão bem retrata na sua obra “De iniciado a perito”.

Mas dada a importância atribuída ao artigo 99º, o Artigo Ético do articulado deontológico, convirá referir que dele emerge o valor fundamental da Enfermagem, o respeito pela pessoa e o respeito pelos seus direitos de personalidade. A alínea b) do número 2 deste artigo, consagra como valor universal da profissão a «liberdade responsável com a capacidade de escolha, tendo em atenção o bem comum”. A pessoa escolhe o que é melhor para si, caminhando no sentido da felicidade Aristotélica, ou, conforme Ricouer «à procura da vida boa com e pelos outros», tendo em consideração o bem comum que engloba e é mais abrangente que o bem de cada um.

Torna-se assim mais que evidente, a presença de Beauchamp e Childress através do princípio do respeito pela pessoa (princípio da autonomia, da autodeterminação), no código deontológico do enfermeiro. Mas não é apenas no artigo 99º. Ao fazer uma leitura pormenorizada do código observa-se a presença transversal deste princípio em quase todos os artigos. Senão vejamos: o artigo 97º [Dos deveres em geral] obriga o enfermeiro a respeitar a vida e a dignidade humana; o 99º como já referi, apela à defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana; o 102º [Dos valores humanos] conduz o enfermeiro ao respeito pelos valores humanos, orientando

para a não discriminação nas alíneas a) e f), para a atenção aos grupos mais vulneráveis nas alíneas b), c) e d) e para a abstenção de juízos de valor na alínea e); no artigo 103º [Dos direitos à vida e à qualidade de vida], o enfermeiro, no respeito do direito da pessoa à vida durante todo o ciclo vital deverá defender a vida humana em todas as circunstâncias; a liberdade de opção pelo enfermeiro cuidador, confere ao doente o direito ao exercício da autonomia no artigo 104º [Do direito ao cuidado]; a autodeterminação, a informação e o consentimento informado estão consignados no artigo 105º [Do dever de informação]; no artigo 107º [Do respeito pela intimidade] é a vez da intimidade e da privacidade dos doentes ser respeitada; o 108º [Do respeito pelo doente terminal] ao promover o direito do doente à escolha do local e das pessoas que deseja que o acompanhem na fase terminal da vida está a legitimar a autonomia do doente; no artigo 110º [Da humanização de cuidados] refere-se a humanização de cuidados, aconselhando-se o enfermeiro a dar atenção à pessoa como uma totalidade única no seio da família e da comunidade.

Fazendo agora uma analogia entre os conteúdos do juramento de Hipócrates e do código deontológico do enfermeiro e antes de entrar nos princípios da beneficência e da não maleficência, umas palavras para o princípio da justiça. Refere o juramento de Hipócrates que o médico estabelecerá o «regime dos doentes (...) evitando todo o mal e injustiça». Se é referida a injustiça presume-se a existência do contrário – da justiça. Então a que justiça se referirá este juramento? Não poderá ser contemplada por exemplo uma justiça equitativa com igual tratamento entre iguais? Em caso afirmativo podemos compagnar no código deontológico do enfermeiro, os artigos 99º em que a justiça é tida como um valor universal e o 102º em que é referida a equidade em que situações idênticas devem ser tratadas igualmente,

e a vulnerabilidade em que é enfatizada a necessidade de tratar de forma diferente grupos de pessoas mais vulneráveis como crianças, idosos e pessoas com deficiência. O princípio da beneficência, princípio fundamental da ética hipocrática, chegou incólume, aos nossos dias. A própria declaração de Genebra, refere-nos Neves, «mantém a sua filiação hipocrática bem vinculada no característico individualismo e paternalismo que decorrem da adopção do princípio da beneficência como hegemónico ou absolutista». No entanto, apesar de manter este princípio fundamental, a declaração revela-nos também uma notável sensibilidade ao espírito dos Direitos do Homem, o que virá subtrair o paternalismo da prática clínica, acentuando igualmente a importância do espírito associativo, que romperá com o individualismo do médico». Esta evolução da beneficência hipocrática, encontra-se bem patente ao longo do texto do código deontológico do enfermeiro, lado a lado com o hipocrático «nil nocere», a não maleficência, sendo mesmo quase impossível desarticular do texto os artigos que se referem a um ou outro princípio, ao contrário do juramento hipocrático, onde facilmente se distinguem. Do código deontológico do enfermeiro e relacionadas com estes dois princípios emergem vários deveres dos profissionais de enfermagem: no artigo 98º [incompatibilidades], refere-se a necessidade de proteger o doente de uma intervenção inadequada do enfermeiro, se este exercer uma actividade paralela incompatível; o artigo 99º [Artigo ético] já amplamente referenciado, apela para a visão unitária da pessoa, uma pessoa como um fim último, segundo a qual tudo se deve reger. Tudo deve ser feito para o bem da pessoa; a alínea c) do artigo 100º [Deveres deontológicos em geral], refere que o enfermeiro tem o dever de «defender a pessoa humana das práticas que contrariem a lei, a ética ou o bem comum, sobretudo quando carecidas

da indispensável competência profissional”. Estamos aqui perante o dever de protecção e defesa do doente perante práticas ilegais e competências profissionais desajustadas. Na alínea d) estão bem patentes os princípios da beneficência, e da solidariedade apelando ao dever dos enfermeiros de “ser solidário com a comunidade, de modo especial em caso de crise ou catástrofe, actuando sempre de acordo com a sua área de competência”; sendo a vida o valor supremo, o valor de todos os valores, na alínea a) do artigo 103º [Dos direitos à vida e à qualidade de vida] é referido que o enfermeiro no respeito do direito à vida durante todo o ciclo vital assume o dever de “atribuir à vida de qualquer pessoa igual valor, pelo que protege e defende a vida humana em todas as circunstâncias”. Perante a alínea d) deste artigo o enfermeiro deve “recusar a participação em qualquer forma de tortura, tratamento cruel, desumano ou degradante”. Para lá da não maleficência presente nesta alínea, emerge também o direito do doente à integridade pessoal; Mas a influência hipocrática no código deontológico do enfermeiro não se fica pelo princípio da beneficência e do «nil nocere». O sigilo também está presente, mas com uma importante diferença: se no juramento de Hipócrates o sigilo é sagrado, no artigo 106º do código deontológico [Do dever do sigilo], o enfermeiro pode “divulgar informação confidencial acerca do indivíduo e família só nas situações previstas na lei, devendo, para tal efeito, recorrer a aconselhamento deontológico e jurídico”. Neste contexto, a confidencialidade é a regra, mas tem limites, nomeadamente a salvaguarda do bem comum. Pode ser estabelecido um outro paralelismo entre o juramento de Hipócrates e o código deontológico do enfermeiro: No juramento é referido que “Se observar fielmente o meu juramento, seja-me concedido gozar felizmente da minha vida e profissão, sempre

honrado entre os homens; se faltar ao juramento, caia sobre mim a adversidade". Esta adversidade, por incumprimento também se encontra, embora de forma indirecta, no código. O enfermeiro que cometa infracções ao código fica sujeito à jurisdição disciplinar da Ordem dos Enfermeiros prevista no capítulo V do seu Estatuto.

O dever do enfermeiro de "abster-se de exercer funções sob influência de substâncias susceptíveis de produzir perturbação das faculdades físicas ou mentais" consignado no artigo 109º [Da excelência do exercício], e as incompatibilidades referidas no artigo 98º, podem correlacionar-se com o extracto do juramento que refere que o médico tem de se abster de "cometer voluntariamente faltas injuriosas ou acções corruptas". Poder-se-á também incluir neste paralelismo o facto do médico do juramento de Hipócrates "exercer a sua profissão "com inocência e pureza".

O artigo 105º [Do dever de informação], demonstra a evolução dos princípios éticos subjacentes à elaboração do código deontológico do enfermeiro. Neste artigo consagra-se a informação como um dever. Ao iniciar a sua redacção com a frase: "No respeito pelo direito à autodeterminação", estão a ser consignados os princípios da autonomia, da dignidade e da liberdade de cada indivíduo. Na alínea a), o enfermeiro tem o dever de informar o doente no que respeita aos cuidados de enfermagem de acordo com a vontade expressa quer por ele próprio quer pela sua família. Deve no entanto ser ponderado o princípio da beneficência na partilha de informação. O consentimento informado é o cerne da alínea b), onde o enfermeiro tem o dever de "respeitar, defender e promover o direito da pessoa ao consentimento informado". Cada doente deve ser respeitado como pessoa, e como tal tem o direito à sua própria autodeterminação, ou seja o direito a decidir sobre si. Há um total afastamento

entre o paternalismo da ética hipocrática e o princípio da autodeterminação previsto no código.

O CÓDIGO DEONTOLÓGICO DO ENFERMEIRO – O SEXTANTE DA AÇÃO, UM INSTRUMENTO AO SERVIÇO DA AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO

Qualquer sistema de avaliação de desempenho é regido por uma apreciação sistemática do exercício profissional que avalia a capacidade, os conhecimentos, as atitudes, de cada avaliado. Deve essa apreciação ser determinada por normas e critérios previamente conhecidos por ambas as partes: avaliador e avaliado. Neste contexto o Código Deontológico do Enfermeiro surge como um conjunto de princípios e deveres conhecidos e mutuamente aceites para o exercício profissional de cada um: avaliador e avaliado. Conforme refere a nota introdutória ao Cap. VI do Decreto Lei nº 104/98 (Código Deontológico do Enfermeiro), mais do que um instrumento normativo que vincula todos os enfermeiros, este Código é um sólido alicerce da qualidade relacional na prestação de cuidados de enfermagem, que exige a integração de todos os saberes e competências próprias da enfermagem numa atenção pessoal única a quem necessita de cuidados de saúde. Refere ainda que constitui um referencial para o exercício profissional diário, envolvendo todas as dimensões relacionais mantidas no decurso da atividade profissional: com a comunidade, com cada doente em particular e com a profissão em si mesma. E, acrescento, um excelente instrumento de avaliação de desempenho. Tratando-se o código deontológico de um instrumento que rege o meu agir, devo-o seguir, não me devo deixando limitar. No meu desempenho profissional de cada momento devo seguir a minha consciência, a qual sendo bem formada, deve caminhar em direcção ao outro - um ser de relação -, com o qual temos de ser justos, próximos,

responsáveis e disponíveis. Na sua essência, a labuta de um enfermeiro centra-se no cuidado a prestar ao outro que necessita de nós naquele momento. Um cuidado humano que respeita os valores culturais e o estilo de vida das pessoas e é alicerçado em conhecimentos transculturais apreendidos pela observação da estrutura social, da visão do mundo, dos valores, da língua e dos contextos ambientais de diferentes culturas. Por tudo isto não me posso deixar limitar pelo código deontológico do enfermeiro, a ética Aplicada que rege o meu desempenho, mas devo servir-me dele como o sextante do meu exercício profissional. E é através do cumprimento dos princípios nele enunciados que vou melhorar o meu desempenho profissional. Um desempenho com influência hipocrática confirmada pelo Código Deontológico do Enfermeiro.

CONCLUSÃO:

O código deontológico do enfermeiro é, sem sombra de dúvida, uma ética aplicada sob forte influência hipocrática que rege o meu agir sem no entanto me limitar. No meu desempenho profissional de cada momento devo seguir a minha consciência, a qual sendo bem formada, deve caminhar em direção ao outro - um ser de relação -, com o qual temos de ser justos, próximos, responsáveis e disponíveis. Na sua essência, a labuta de um enfermeiro centra-se no cuidado a prestar ao outro que necessita de nós naquele momento. Um cuidado humano que respeita os valores culturais e o estilo de vida das pessoas e é alicerçado em conhecimentos transculturais apreendidos pela observação da estrutura social, da visão do mundo, dos valores, da língua e dos contextos ambientais de diferentes culturas. Por tudo isto não me posso deixar limitar pelo código deontológico do enfermeiro, a ética aplicada que rege o meu desempenho, mas devo servir-me dele como o sextante do meu exercício profissional como já foi

anteriormente referido. E é através do cumprimento dos princípios nele enunciados que vou melhorar o meu desempenho profissional, o qual deve procurar o maior grau de eticidade. E eu, devendo saber onde quero chegar, tenho de ser prudente em cada acto que realizo. Se sei o que quero, se fui prudente, então só tenho de escolher o caminho que a minha consciência moral me ditar.

BIBLIOGRAFIA

- AGUIAR, Eurico - A história das ciências da saúde, *Revista Brasília Médica - reflexões sobre a vida médica*, 38, 2001: 47-51.
- NEVES M. Patrão, "Repensar a Ética Hipocrática: A evolução da Ética Médica e o surgimento da Bioética", *Cadernos de Bioética*, Coimbra,. ISBN: 1646-8082. 26, 2001, 5-21.
- NUNES, Lucília; AMARAL, Manuela; GONÇALVES, Rogério - *Código Deontológico do Enfermeiro*. Lisboa, Ordem dos Enfermeiros, 2005. ISBN: 972-99646-0-2
- NUNES, Rui - "Artigo 4º - Obrigações profissionais e regras de conduta", *Direitos do Homem e Biomedicina*., Lisboa, Universidade Católica Editora, 2003. ISBN: 9789725400487
- RENAUD, Michel - "Ética de hoje, ética de amanhã", ARCHER, Luís; BISCAIA Jorge; OS-SWALD, Walter; RENAUD, Michel (Coordenadores) , *Novos Desafios em Bioética*, Porto, Porto Editora, 2001,13-19. ISBN: 9789720060365
- Decreto-Lei nº 156, de 16 de Setembro de 2015. Estatuto da Ordem dos Enfermeiros. Diário da República Portuguesa, 16 de Setembro de 2015, 1ª Série (181): 8059-8105.

ÚLCERAS DE PRESSÃO ASSOCIADAS A DISPOSITIVOS MÉDICOS



FILOMENA MOTA

Mestre em Ciências de Enfermagem, Pós graduada em Supervisão clínica em Enfermagem, Pós graduada em Cuidados avançados em feridas, ostomias e incontinência, Membro direção Aptferidas, Coordenadora Grupo de trabalho para as úlceras de pressão, Formadora aptferidas e Stª Casa Misericórdia Porto (Hospital da Prelada), Enfermeira serviço Ortopedia Hospital da Prelada

co-autores

PAULO ALVES

Doutor em Enfermagem, Mestre em Administração e gestão da Educação, Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária, Vice presidente aptferidas e

membro do grupo UP, coordenador pedagógico, Professor UCP Porto, Membro do painel Educação EWMA, Membro Board EPUAP

PAULO RAMOS

Mestre em Feridas e viabilidade tecidual, Membro direção aptferidas e grupo UP, Formador aptferidas, Enfermeiro USF S. Bento

PATRÍCIA CARNEIRO

Pós graduada em supervisão clínica, Membro grupo UP da aptferidas, Formadora aptferidas, Enfermeira Unidade Neurocríticos HGS João.

RESUMO

As úlceras de pressão (UP) constituem um importante problema associado aos cuidados de saúde. Apesar da evolução técnica constante ainda não é possível evitar o desenvolvimento da totalidade das UP. Especificamente as UP associadas aos dispositivos médicos constituem um desafio dado que em muitas situações a remoção ou mobilização do dispositivo poderá por em causa o tratamento da pessoa. É reconhecido que, com boas práticas e medidas preventivas adequadas a grande maioria das UP poderá ser evitável. Assim, pretende-se com este trabalho fazer uma revisão da mais recente evidência que suporta a prevenção das UP

associadas a dispositivos médicos. Foi efetuada uma revisão da literatura conduzida entre 01/12/2014 e 31/03/2016. A presença de um dispositivo médico é por si só um fator de risco para o desenvolvimento de uma UP. Salienta-se, a inspeção da pele, a mobilização do dispositivo médico (se clinicamente possível) e os cuidados da pele são pontos-chave da prevenção. Conclui-se no entanto que, são necessários mais estudos que possa fundamentar a abordagem preventiva da pessoa em risco de desenvolvimento de uma UP associada a dispositivo

Palavras-chave: Úlceras de pressão, dispositivos médicos, prevenção

INTRODUÇÃO

As úlceras de pressão são lesões “localizadas na pele e/ou tecido subjacente, normalmente sobre proeminências ósseas, em resultado da pressão ou da combinação desta com forças de torção e deslizamento. Existem diversos fatores contribuintes ou de confusão cujo papel ainda está por determinar” (EPUAP, 2014). Esta definição salvaguarda as úlceras de pressão que, estando associadas a dispositivos médicos, se localizam fora de proeminências ósseas tais como asa do nariz, lóbulo da orelha, lábios... Os dispositivos médicos são um recurso na monitorização e ou tratamento da condição clínica do indivíduo.

As úlceras de pressão por dispositivos médicos são lesões localizadas na pele e ou tecido subjacente, em resultado de forças de pressão exercidas no local, de forma sustentada, por um dispositivo médico. Estas lesões apresentam usualmente a forma do dispositivo responsável pelo dano (Makic, 2015). Um estudo referido por Goodell (2012) afirma que 34,5% das úlceras de pressão adquiridas em contexto hospitalar são relacionadas com dispositivos médicos. Os encargos financeiros que acarreta o tratamento das UP, assim como o sofrimento físico, social, familiar e emocional são um estímulo para o investimento na prevenção. Estudos referenciados por Dealey et al (2015) afirmam que a prevalência de UP tem diminuído ao longo dos anos mas de forma pouco significativa apesar de todo o investimento financeiro, científico e formativo assim como de tempo (Dealey C, Brindle CT, Black J, Alves P, Santamaria N, Call E, Clark M., 2015).

Estima-se que o dispêndio económico no Reino Unido com este tipo de lesão se situa entre 1.4 a 2.1 biliões de libras. (Glasgow, Millan, & Varadarajan, Device-related atypical pressure ulcer after cardiac surgery, 2014). A mobilidade diminuída, alterações da pele, diminuição da sensibilidade, deficits

circulatórios, desnutrição e humidade da pele são fatores que habitualmente potenciam o risco de UP. (Dealey C, Brindle CT, Black J, Alves P, Santamaria N, Call E, Clark M., 2015). Estas só recentemente foram alvo de atenção. Este facto deve-se em parte à redução do número de lesões por pressão usuais como as sacrais, trocântéricas e do calcâneo que evidenciou então as lesões relacionadas por dispositivos médicos. J. Blacket et al (2013) referem um estudo com 104266 indivíduos, os resultados demonstraram que os dispositivos médicos foram responsáveis por 19,9% de úlceras de pressão nas orelhas, 14,3% de lesões no cóccix e sacro, 10,2% nos calcâneos e 8,8% nas nádegas. (Black J, 2015).

A mera presença do dispositivo ou o local de inserção do mesmo constituem por si só risco acrescido de lesão. O período de tempo em que o dispositivo permanece no indivíduo é também um fator de risco tendo sido demonstrado por um estudo referido por (Black J, 2015) que o risco de ulceração por colares cervicais em cuidados intensivos aumenta em 66% por cada dia adicional com a colocação do referido equipamento, conclusão semelhante obteve um estudo de Powerset et al (2011).

Davis e colegas concluíram que em indivíduos com colar cervical em que este esteve colocado num período de tempo inferior a 5 dias, 33% apresentavam lesão por pressão, quando este período se estendia para além desses 5 dias a prevalência era de 44%, sendo que 52% dessas úlceras eram de categoria IV (Black JM, 2010). “Medical devices can cause pressure ulcers. This study reported that one third of all pressure ulcers in patients were from medical devices” (Black JM, 2010, p. 365).

Os locais anatómicos onde surgem mais frequentemente são respetivamente cabeça/face/pescoço, calcâneo/tornozelo/pé, cóccix/nádegas, abdómen e extremidades (Makic, 2015). As orelhas são o local mais comum,

e habitualmente são devidas a dispositivos como oxímetro auricular e cânulas nasais. 17% Das lesões localizadas na face e asa do nariz devem-se a sistemas de ventilação não invasiva que são frequentemente difíceis de adaptar à face do indivíduo (Black J, 2015).

Glasgow e colegas baseiam-se num estudo americano que conclui que os indivíduos com dispositivos médicos têm 2,4 mais probabilidade de desenvolverem UP de qualquer tipo e que também é mais frequente essas lesões surgirem em locais atípicos. Adicionalmente o mesmo estudo demonstrou que estas lesões tendem a aparecer mais tardiamente e que um quarto delas são inclassificáveis (Glasgow, Millan, & Varadarajan, 2014) e (Black J, 2015). Cerca de 29% (um terço) das lesões causadas por pressão estão relacionadas com a presença de dispositivos médicos (Makic, 2015). A presença de um dispositivo é descrito como um fator de risco para desenvolvimento de lesões por pressão em crianças, com índices superiores a 50% (Black J, 2015).

A prevenção das úlceras de pressão é um processo exigente, desafiante e frequentemente frustrante. Quando associadas a dispositivos médicos, este pode ser um desafio ainda maior, uma vez que a maioria das vezes não é possível remover a causa e a condição clínica do indivíduo é por si só um fator de risco. Meias anti trombóticas ou elásticas, colares cervicais, cânulas nasais, aparelhos gessados, tubos endotraqueais, máscaras de venturi, sondas vesicais e aparelhos para controlo da incontinência fecal, oxímetros, aparelhos de compressão sequencial, sonda nasogástricas, braçadeiras e cateteres venosos e arteriais são exemplos de dispositivos médicos associados a lesões por pressão (Black JM, 2010).

Este é um trabalho de revisão da literatura da evidência existente sobre esta temática. Foi efetuada pesquisa em bases de dados científicas (integrantes da EBSCO e

ScienceDirect) sendo utilizados os seguintes termos, "pressureulcers"; "Medical device e "prevention". Pretende reunir a evidência na área e ser um meio de consulta rápido para a prática clínica.

METODOLOGIA

Optou-se por uma revisão da literatura. Esta teve lugar entre 01/12/2014 e 31/03/2016. A pesquisa foi efetuada nas bases de dados da EBSCO, ScienceDirecte B-On. Foram usados os termos "prevention", "medical devices" e ""pressure ulcers*"". Da pesquisa resultaram 35 artigos pesquisados nas bases de dados CINHAI, MEDLINE, ERIC, ACADEMIC SHERCH, WEB OF SCIENCE e 15 estavam relacionados, indirectamente com a temática em estudo.

As Guidelines internacionais de prevenção e tratamento, foram integradas no estudo por conterem um subcapítulo referente às UP relacionadas com dispositivos médico. Pesquisou-se no Sítio informático da WoundsUk tendo resultado num artigo. Na Wounds não foi encontrado nenhum resultado, enquanto na OWM foram selecionados dois artigos.

Efectuou-se uma leitura integral dos artigos tendo em conta a origem da informação fornecida. Os estudos de Blacket al e de Murrayet al são os únicos especificamente relacionados com úlceras de pressão associadas a dispositivos médicos, sendo que o último é uma revisão integrativa.

Pode verificar-se que os estudos desenvolveram-se essencialmente em contexto de cuidados intensivos e cuidados pediátricos talvez por estes apresentarem uma grande percentagem de indivíduos com pelo menos um dispositivo médico incluído no seu tratamento.

REVISÃO

O dispositivo médico é responsável pela alteração do microclima da pele. Pode haver necessidade de mante-lo fortemente preso ao indivíduo e o próprio material para fixa-

lo contribuiu para que haja pressão excessiva na pele ou mucosas e que dificulta a . (Black, Cuddigan, Walko, Didier, Lander, & Kelp, 2010). As alterações do microclima, como a humidade e o calor predispõem à lesão da

pele e a uma diminuição da sua resistência a forças externas. A humidade agrava o efeito de forças como a fricção, enquanto o edema aumenta o efeito de forças de pressão (Glasgow, Millen, & Varadarajan, 2014)

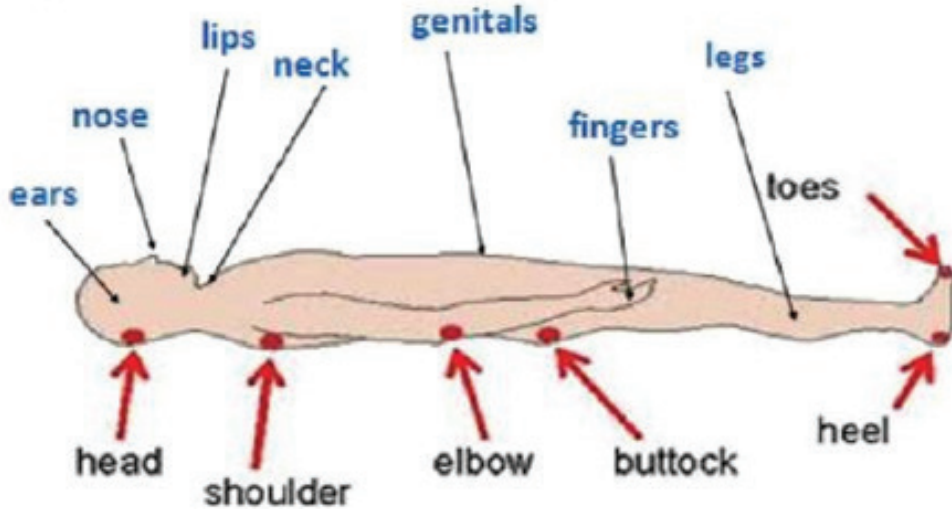


Figura 1: locais usuais de UP a vermelho e associados a dispositivos médico a azul (retirado de (Dyer, 2015))

A população pediátrica possui anatomia e fisiologia distintas assim como fatores de desenvolvimento próprios. Distúrbios fisiopatológicos e hidroeletrólitos evoluem com maior rapidez nas crianças conduzindo ao dano. A fragilidade dos tecidos, nomeadamente da epiderme, é maior por

não estarem ainda totalmente desenvolvidas (em especial nos recém-nascidos)(2013, p. Murray). Atualmente é mais comum a sobrevivência em casos clínicos críticos o que aumenta por sua vez a probabilidade de situações de risco (Dyer, 2015)

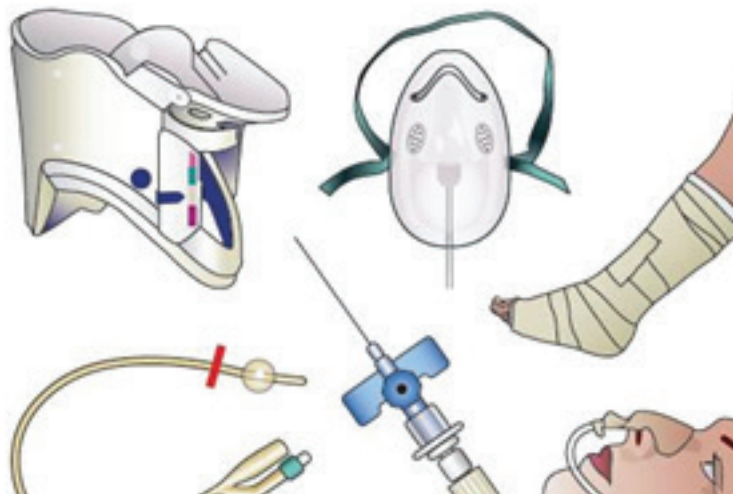


Figura 2: dispositivos médicos associados a UP (retirado de (Dyer, 2015))

As populações de indivíduos mais frequentemente associadas a úlceras de pressão por dispositivos médicos são os indivíduos em estado crítico. "Sedating medications, encephalopathy, neurologic disease/injury and severe neuropathy prevent awareness of pressure and movement in response to tissue ischemia." (Black, Cuddigan, Walko, Didier, Lander, & Kelpé, 2010, p. 359) Entre os dispositivos médicos associados ao desenvolvimento de úlcera de pressão encontram-se as meias anti-trombóticas ou elásticas, colares cervicais, cânulas nasais, aparelhos gessados, tubos endotraqueais, máscaras de Venturi, oxímetro, dispositivos para incontinência fecal, cateteres venosos e, dispositivos de compressão sequencial, cateteres urinários, braçadeiras, sondas naso-gástricas. (Black, Cuddigan, Walko, Didier, Lander, & Kelpé, 2010)

O aparecimento de lesão é facilitado por fatores de risco e pela natureza dos materiais que compõem o dispositivo médico, quanto à sua rigidez, capacidade de gestão do microclima, facilidade de fixação, o próprio material e método de fixação (Fletcher, 2012). O edema, muito frequente em situações críticas agudas, enfraquece a pele tornando-a menos resistente à pressão facilitando o desenvolvimento da. O próprio dispositivo pode conduzir ao edema quando se encontra de tal forma colocado que funcione como garrote (Black, Cuddigan, Walko, Didier, Lander, & Kelpé, 2010). Outro fator para esta lesão é a relutância dos profissionais em posicionar o dispositivo devido à sua natureza ou ao receio de que este se desloque e deixe de surtir o efeito terapêutico pretendido. (Dyer, 2015)

Tabela 1: úlceras de pressão associadas a dispositivos médicos (dados publicados)

| Dispositivo | Frequência de UP associada |
|---------------------------------------|------------------------------------------------------|
| Colar cervical (1995) | 33% até 5 dias de colocação 44% a cima dos 5 dias |
| Máscaras de ventilação (1994) | 17% 55% referem desconforto |
| Oxímetro (2000) | 5% |
| Traqueostomia (2012) | 8,1%(pré- |
| Vários (2011) | 6/26 das UP hospitalares |
| Ventilação não invasiva (2008) | 96,7% grupo de controlo 53,3% grupo experimental |
| Não específico (2009) | 10% |
| Vários (2012) | 29% |
| Não especificado (2010) | 34,5% |

Adaptado de (Fletcher, 2012)

Um indivíduo que apresente um dispositivo médico, tem uma probabilidade 2 a 4 vezes maior de desenvolver uma úlcera de pressão, quer seja em locais habituais ou não e por impedimento de visualização da pele (Black, Cuddigan, Walko, Didier, Lander, & Kelpé, 2010). As figuras 1 e 3 refletem as áreas mais

comuns onde surgem úlceras de pressão por dispositivos médicos. De salientar que essas localizações são fora de proeminências ósseas. As lesões ocorridas em mucosas não se categorizam, (EPUAP, 2014).

Muitas úlceras de pressão ocorrem por má escolha do equipamento (nomeadamente

quanto ao seu tamanho, formato e material de que é constituído) ou deficiente fixação ou aplicação ou simplesmente por falta de vigilância da pele e do dispositivo (Fletcher, 2012). É frequente haver grande limitação na escolha dos mesmos, habitualmente por indisponibilidade e porque a indústria ainda não se encontra sensibilizada para construir equipamentos funcionais, fáceis de aplicar, adaptáveis a várias situações, que possuam capacidade de controlo do microclima. Cabe aos profissionais informarem para a necessidade de se investir na criação de

dispositivos que facilitem a prevenção de lesões.

A lesão causada por este tipo de equipamento pode assumir a forma do mesmo e pode deteriorar-se rapidamente, em especial se localizada em áreas com uma fina camada de tecido celular subcutâneo. A classificação da sua gravidade faz-se através da atribuição de categorias, à semelhança das úlceras de pressão usuais. Deve ter-se em conta que as lesões em áreas com pouco tecido celular subcutâneo, como a orelha ou asa do nariz, assumem uma gravidade maior.

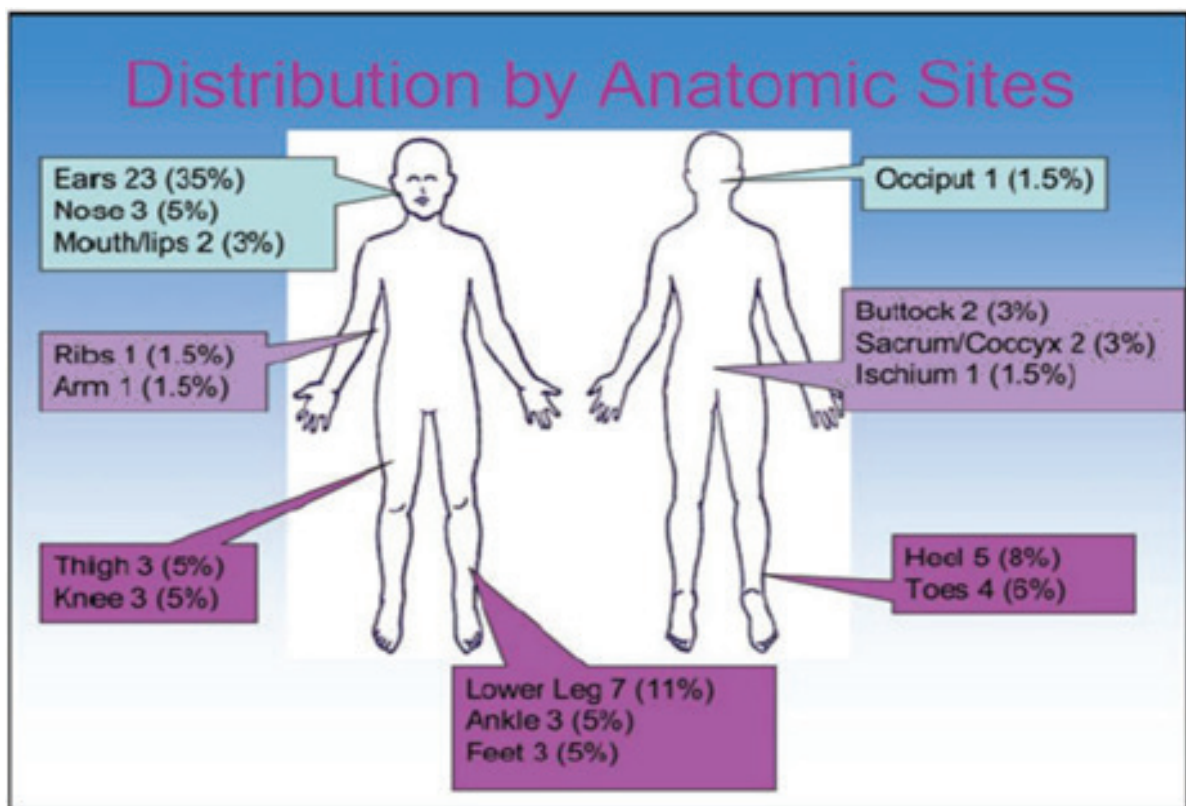


Figura 3: Retirado de (Black, Cuddigan, Walko, Didier, Lander, & Kelpel, 2010)

PREVENÇÃO

Apesar do grande investimento na prevenção das úlceras de pressão, este flagelo mantém-se, tornando-se um verdadeiro desafio para os profissionais de saúde. As normas da qualidade integram as úlceras de pressão como um indicador para a qualidade dos cuidados prestados e o seu aparecimento é tido como uma falha. Em muitos sistemas de

saúde, em que há lugar ao reembolso das despesas, as úlceras de pressão figuram na lista dos custos não reembolsáveis. Assim, cada vez mais se deve investir na prevenção, tendo o fim último a melhor qualidade de vida do indivíduo.

O Plano Nacional de Segurança do Doente para 2015/2020, estabelece como meta a redução em 50% da prevalência de lesões

por pressão em todas as instituições de saúde do SNS ou com este convencionado (PORTUGAL, 2015). Sendo as úlceras de pressão considerado um evento que atenta contra a segurança do doente, cabe aos órgãos decisores e aos profissionais de saúde desenvolverem estratégias de forma a evitar a morbidade e mortalidade a elas associadas. Prevenir traz como benefício a redução dos custos financeiros, nomeadamente pela diminuição do número de dias de internamento, e do sofrimento associado. Como medidas de prevenção os profissionais devem seguir uma conduta de boas práticas balizada pela evidência científica. Implementar medidas de prevenção que visem o controlo dos fatores de risco associados, a vigilância minuciosa da pele quer sob, quer em, redor do dispositivo médico ((EPUAP, 2014).

Os fatores de risco mais comumente associados a úlceras de pressão por dispositivos médicos são o uso de vários dispositivos em simultâneo, a dependência do dispositivo para a sobrevivência do indivíduo, o seu uso por um prolongado período de tempo, edema localizado no local onde se encontra o dispositivo médico, deficit circulatório com pobre oxigenação dos tecidos, limitada reação a estímulos, alterações metabólicas e deficit nutricional (Dyer, 2015)

O posicionamento do indivíduo deve ser de tal forma que este não permaneça sobre o dispositivo. Posicionar o próprio dispositivo, se possível dentro da condição clínica do indivíduo, fazendo alternância e uso correto dos equipamentos e o seu cuidado, nomeadamente no que à sua fixação e estabilização diz respeito (Fletcher, 2012).

Fletcher, 2012, refere alguns estudos em que se atribui ao uso de material de penso a diminuição da incidência e ou da severidade de úlceras de pressão. Deve no entanto ter-se em atenção alguns princípios como o facto de se manter uma vigilância apertada

da pele, o penso seleccionado deve ser de fácil aplicação e remoção, e deve ter-se em atenção que a sua aplicação não vá contribuir para um aumento da pressão (por ser muito espesso para o local pretendido, por exemplo) (EPUAP, 2014).

Existem apósitos que, pelas suas características, permitem a inspecção regular da pele e só necessitam de substituição quando deteriorados. Para além destes aspetos também há a considerar a dor e o desconforto causado pela aplicação e remoção do apósito. Devem ser seleccionados equipamentos compostos por material suave e flexível, que seja fácil de fixar e manusear e recorrer a produtos barreira para proteger a pele. (EPUAP, 2014). A pele deve ser bem cuidada, deve estar limpa, seca e hidratada para se aumentar a tolerância dos tecidos à pressão. O dispositivo deve, dentro do possível ser rotineiramente posicionado e nunca colocado sobre uma área com eritema (Goodell, 2012).

Os indivíduos em risco de edema devem ser especialmente monitorizados e a avaliação sistemática da pele, pelo menos duas vezes por dia, deve ser uma política a cumprir. "To help prevent damage, the device should be loosened at least once per shift (if compatible with the medical condition) to allow for a thorough skin assessment." (Fletcher, 2012).

Uma das causas de úlcera de pressão relacionada com dispositivo médico é a fixação do mesmo. Assim deve ser dada especial atenção a indivíduos com edema uma vez que, no caso de indivíduos com patologia aguda ou pós cirúrgicos podem desenvolver edema e conseqüentemente um aumento de pressão pois o meio de fixação ficou mais justo à pele. Deve considerar-se a sua substituição caso se encontre sujo ou molhado e deve ser alargado se estiver muito justo. (Glasgow, Millen, & Varadarajan, 2014)

CONCLUSÃO

As úlceras de pressão associadas a dispositivos médicos, surgem, de forma sumária, devido à rigidez do dispositivo, à dificuldade na sua fixação ou ajuste e a existência de pressão por um prolongado período de tempo. Também contribuem para o dano a dificuldade de visualização da pele e no controlo do microclima, o edema, o desajuste em termos de tamanho e as forças de fricção e torção.

Os indivíduos em risco de desenvolver este tipo de lesão são os que possuem limitações da sensibilidade e mobilidade, incapacidade de comunicação, que lhes impede de alertar para o desconforto, indivíduos com déficits circulatórios, com edema, com alterações da integridade da pele e cujo tratamento clínico inclua a presença de, pelo menos, um dispositivo médico.

A avaliação de risco com identificação dos fatores de risco é o primeiro passo dado para prevenir estas lesões. A sua prevenção passa necessariamente pela minimização desses mesmos fatores, pela inspeção regular da pele sob e em torno do dispositivo médico e os cuidados à mesma para aumentar a sua tolerância a efeitos da pressão e torção. Considerar o aumento da dor como sendo um sinal indicativo e precoce de lesão por pressão.

A escolha do dispositivo médico assume um papel importante na prevenção. As instituições devem ponderar se o aumento dos custos associado a uma seleção de material mais suave e flexível compensa nos custos que estão associados ao tratamento das lesões em discussão. Devem também considerar a qualidade de vida do indivíduo com o dispositivo médico e a facilidade de aplicação do mesmo por um prestador de cuidados para uma possível preparação do regresso a casa. A capacitação do indivíduo e seu prestador de cuidados deve ser parte integrante das políticas de cuidados aos indivíduos. Esse empoderamento só é

possível com um acompanhamento contínuo e com treino de competências.

O recurso a material de pensos para prevenir este tipo de lesão é também uma estratégia válida mas deve ser balizada pelo juízo clínico para que a seleção deste tipo de material seja de tal forma que elimine ou reduza as forças de pressão, torção e fricção, controlo o microclima e seja de fácil aplicação e remoção. Deve também estar adequado à área anatómica onde se vai aplicar.

Lavar e reposicionar o dispositivo com regularidade é também uma estratégia de prevenção a ser seguida. A fixação deste tipo de equipamento deve ser de tal forma que reduza ao máximo as forças de pressão e torção criadas pelo material de fixação e pelo dispositivo. Também deve considerar-se a dificuldade na remoção do meio de fixação para não causar dano e para prevenir que o dispositivo de exteriorize ou desloque causando lesão no indivíduo. Considerar a remoção do dispositivo o mais precocemente possível tendo em conta a situação clínica do indivíduo.

De grande utilidade é o estabelecimento de uma parceria entre os profissionais e o indivíduo e seu cuidador. Para tal deve investir-se na formação de ambas as partes devem estar alerta não só para o funcionamento do dispositivo, mas também para os problemas que podem causar para que possam prevenir. Conhecer sinais de alerta como o desconforto ou dor e saber inspecionar a pele e reposicionar o dispositivo são armas importantes em especial no contexto domiciliário

“Na prevenção está a solução” pelo que as instituições devem possuir políticas de avaliação de risco, prevenção e documentação. O trabalho de uma equipa multiprofissional é vital para o sucesso na prevenção. Os profissionais utilizadores dos dispositivos devem integrar as Comissões de escolha e informar quais as características que melhor servem os interesses do indivíduo

e instituição. A indústria deve receber um feedback quanto à funcionalidade, facilidade de aplicação, controlo do microclima, inspeção da pele, facilidade de fixação, durabilidade, fatores de deterioração e conforto do indivíduo.

Esta busca teve como fim último a melhoria na prestação de cuidados. Recorremos às bases de dados científicas e revimos a bibliografia disponível. A falta de evidência científica ainda é uma realidade pelo que são necessários estudos randomizados aleatórios.

BIBLIOGRAFIA

Black J, A. P. (2015). Use of wound dressings to enhance prevention of pressure ulcers caused by medical devices. *International Wound Journal* , pp. 322–327.

Black JM, C. J. (2010). Medical device related pressure ulcers in hospitalised patients. *International Wound Journal* , pp. 358–365.

Black, J., Clark, M., Alves, P., Brindle, T., Call, E., Dealey, C., et al. (Agosto de 2012). Consensus statement: Global evidence based practice recommendations for the use of wound dressings to augment pressure ulcer prevention protocols.

Black, j., Cuddigan, J., Walko, M., Didier, L., Lander, M., & Kelpel, M. (2010). Medical device related pressure ulcers in hospitalized patients. *International Wound Journal* , 358–365.

Bouten, C., Oomens, C., Baaijens, F., & Bader, D. (2003). The etiology of pressure ulcers: skin deep or muscle bound? *Archives of Physical Medicine & Rehabilitation* , 616–619.

Brindle, C. T., Creehan, S., Black, J., & Zimmermann, D. (2015). The VCU Pressure Ulcer Summit Collaboration to Operationalize Hospital-Acquired Pressure Ulcer Prevention Best Practice Recommendations. *Journal of Wound Ostomy Continence Nursing* , 1–7.

Clark, M., Black, J., Alves, P., Brindle, C., Call, E., Dealey, C., et al. (2014). Systematic review

of the use of prophylactic dressings in the prevention of pressure ulcers. *International Wound Journal* , 460–471.

Coleman, S., Gorecki, C., Nelson, E. A., Closs, S. J., Defloor, T., Halfens, R., et al. (2013). Patient risk factors for pressure ulcer development: Systematic review. *International Journal of Nursing Studies* , 974–1003.

Coleman, S., Nixon, J., Keen, J., Wilson, L., McGinnis, E., Dealey, C., et al. (2014). A new pressure ulcer conceptual framework. *Journal of Advanced Nursing Published* , 2222–2234.

Cooper, D., Jones, S., & Currie, L. . (2015). Against All Odds: Preventing Pressure Ulcers in High-Risk Cardiac Surgery Patients. *Critical care Nurse* .

Cooper, K. (2013). Evidence-Based prevention of pressure ulcers in intensive care units. *American Association of Critical-Care Nurses*

Dealey C, Brindle CT, Black J, Alves P, Santamaria N, Call E, Clark M. (2015). Challenges in pressure ulcer prevention. *International wound journal* , pp. 309 - 312.

Dyer, A. (2015). Ten top tips: Preventing device-related pressure ulcers. *Wounds International* , pp. 9 - 13.

Fletcher, J. (2012). Made easy - Device related pressure ulcers. *Wounds UK* , 1 - 4. Gillespie, B., Chaboyer, W., McInnes, E., Kent, B., Whitty, J., & Thalib, L. (2014).

Repositioning for pressure ulcer prevention in adults (Review). *The Cochrane Library*.

Glasgow, D., Millan, S., & Varadarajan, B. (2014). Device-related atypical pressure ulcer after cardiac surgery. *Journal of wound care* , pp. 383 - 388.

HEALTH, M. D. (2011). ADVERSE HEALTH EVENTS IN MINNESOTA: SEVENTH ANNUAL PUBLIC REPORT.

Jaul, E. (2014). Cohort study of atypical pressure ulcers development. *international wound journal* , pp. 696 - 700.

Loerakker, S. (2011). The relative contributions of muscle deformation and ischaemia to pressure ulcer development. Eindhoven: Eindhoven University.

- Makic, M. B. (Agosto de 2015). Medical Device–Related Pressure Ulcers and Intensive Care Patients. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, , pp. 336, 337.
- Michael Clark, B. J. (2014). Systematic review of the use of prophylactic dressings in the prevention of pressure ulcers. *International Wound Journal* , pp. 460- 671.
- Minisota, D. o. (Janeiro de 2011). ADVERSE HEALTH EVENTSIN MINNESOTA - SEVENTH ANNUAL PUBLIC REPORT.
- Ministério da Saúde . (10 de fevereiro de 2015). Despacho n.º 1400-A/2015. Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020 . *Diário da República*.
- Moore, Z., & Cowman, S. (2014). Risk assessment tools for the prevention of pressure ulcers (Review). *The Cochrane Library*.
- Moore, Z., & Webster, J. (2013). Dressings and topical agents for preventing pressure ulcers (Review). *The Cochrane Library*.
- National Pressure Ulcer Advisory Panel, European Pressure Ulcer Advisory Panel and Pan Pacific Pressure Injury Alliance. (2014). *Prevention and Treatment of Pressure Ulcers: Clinical Practice guideline*. Perth, Australia: Emily Haesler (Ed.). Cambridge Media.
- Padula, W. V., Mishra, M. K., Makic, M. B., & Valuck, R. J. (2014). A Framework of Quality Improvement Interventions to Implement Evidence-Based Practices for Pressure Ulcer Prevention. *ADVANCES IN SKIN & WOUND CARE* , 280-284.
- Yusuf S, O. M. (2013). . Microclimate and development of pressure. *International Wound Journal* , 40 - 46.

VISITA DE REFERÊNCIA CUIDADOS EM PARCERIA

**CRISTINA MARIA OLIVEIRA SANTOS**

Enfermeira-Chefe, Especialista em Enfermagem de Reabilitação, Pós Graduada em Gestão e Administração de Serviços de Saúde

RUI FILIPE DIAS GARCIA

Assistente Hospitalar de Medicina Interna Serviço de Medicina Interna do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Coordenador da Equipa Intrahospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos

RESUMO

O aumento de doentes crónicos constitui um foco importante da equipa de saúde. É essencial motivar a família para a participação nos cuidados, identificando pessoa significativa para o doente, a ser informada e formada sobre o quadro clínico e cuidados necessários. Desenhou-se um estudo quantitativo descritivo, tendencialmente analítico. Confirma-se a importância da presença do cuidador, pretendendo-se que adquira competências que lhes permita uma melhor reflexão e tomada de decisão relativamente ao processo de cuidados.

Palavras chave: visita de referência, cuidador, doentes crónicos

ABSTRACT

The increase in chronic patients is a major focus of the health team. It is essential to motivate the family to participate in care by identifying a significant person for the patient, to be informed and trained about the clinical picture and necessary care. A descriptive, analytically quantitative study was designed. The importance of the presence of the caregiver is confirmed, aiming to acquire competencies that allow them to better reflect and make decisions regarding the care process.

Key words: referral visit, caregiver, chronic patients

INTRODUÇÃO

A maioria dos doentes oncológicos internados encontram-se em estadios avançados de doença, com necessidades de cuidados paliativos ajustados à sua doença. Segundo a definição da OMS (2003) de cuidados paliativos são uma abordagem que visa melhorar a qualidade de vida dos doentes que enfrentam problemas decorrentes de uma doença incurável com prognóstico limitado, e/ou doença grave (que ameaça a vida), e suas famílias, através da prevenção e alívio do sofrimento, com recurso à identificação precoce, avaliação adequada e tratamento rigoroso dos problemas não só físicos, como a dor, mas também dos psicossociais e espirituais.

A ocorrência de doença e conseqüentemente, a hospitalização por parte de um elemento da família, desencadeia alterações no estilo de vida, sendo mais ou menos graves consoante o papel que este desempenha na família, podendo existir ruptura no equilíbrio da mesma que este terá de gerir.

Face a uma situação de doença crónica a família sofre ruturas no seu equilíbrio anterior que terá de gerir e superar.

Considerando a família como unidade básica da organização social, esta apresenta-se com um papel preponderante no apoio de qualquer dos seus membros. Santos (2007, p.75) citando Gameiro (1992), define a família como "uma rede complexa de relações e emoções na qual se passam sentimentos e comportamentos que não são possíveis de ser pensados com os instrumentos criados pelos estudos dos indivíduos isolados". Partilhando a mesma linha de pensamento, Sampaio (1994) citado por Santos (2007) refere que a família é considerada um sistema, um conjunto de elementos ligados por um conjunto de relações, em contínua relação com o exterior, mantendo o seu equilíbrio ao longo de um processo de desenvolvimento, percorrido através de estádios de evolução diversificado.

As visitas hospitalares têm um papel importante no apoio psicológico e afetivo aos doentes internados sendo que o acompanhamento por parte de uma Visita de Referência será um contributo valioso para o doente, essencialmente quando se trata de doentes com patologia crónica. A inclusão dos familiares ou pessoa significativa no cuidar do doente durante o internamento, traduz-se em cuidados mais consistentes favorecendo o regresso a casa.

Os cuidadores têm um papel importante nos cuidados ao doente, pois o constante acompanhamento diário é efetuado por eles. Assim, estes devem estar capacitados para dar resposta às necessidades dos doentes, ou para estabelecer a ligação com a equipa de saúde.

Nesta sequência de ideias, e mencionando Dopieralda et al (2007), é necessário habilitar os cuidadores para o cuidar, apoiando-os na escolha e implementação de estratégias adequadas às necessidades da pessoa alvo dos cuidados.

Assim, torna-se necessário compreender de que forma se pode contribuir para a clarificação do fenómeno cuidar de um doente com doença crónica, conhecendo quais as percepções, pensamentos, sentimentos e a forma de intervir junto do cuidador informal ou pessoa significativa.

Foi partindo destes pressupostos que se surge a elaboração deste trabalho.

METODOLOGIA

Para a realização deste trabalho optamos pela metodologia quantitativa através de um estudo descritivo, tendencialmente analítico. Pretende-se motivar a família para o acompanhamento e participação na prestação de cuidados. Assim, procedia-se à identificação da pessoa significativa para o doente que era indicada pelo mesmo. Posteriormente era entregue um panfleto, com as informações relevantes sobre o funcionamento da enfermaria, contactos

deveres e direitos do acompanhante, e um cartão de identificação, que permitia a circulação da pessoa dentro da instituição.

A população deste estudo foi constituída pela visita de referência ou pessoa significativa dos doentes internados no Serviço de Oncologia do Centro Hospitalar de Coimbra. Sendo uma amostra obtida por conveniência.

O instrumento utilizado para a colheita de dados foi um questionário construído para o efeito, constituído por questões abertas (uma) e fechadas (onze) e entregue no último dia de internamento, sendo colocado após preenchimento numa caixa para o efeito. Foi assim, salvaguardado o anonimato da pessoa. Consideram-se garantidos os direitos à recusa de participação e de consentimento informado, uma vez que ao receberem o questionário os participantes podiam preencher ou não. Para além disso, entendia-se que quem preencheu e devolveu estava informado e que consentia participar voluntariamente.

RESULTADOS

No decurso do estudo foram indicados pelo doente, enquanto visita de referência, 2 homens e 30 mulheres com idade média de 52,6 anos (entre 28 e 71 anos).

A análise dos dados permitiu determinar que a visita de referência provem sempre do núcleo familiar próximo, sendo o cônjuge o mais escolhido, em 18 situações. Nos restantes casos foram escolhidas filhas (6 casos), irmã (2 casos) e a Mãe (em 6 casos). Relativamente ao grau de escolaridade observou-se uma grande variabilidade da mesma não sendo possível estabelecer uma predominância ou padrão. Os indivíduos escolhidos tinham o 1º ciclo em 9 ocorrências, o secundário e licenciatura em 8 casos, o 2º e 3º ciclos com 3 e 2 situações respetivamente e em 2 casos a visita tinha a posgraduação.

A principal dificuldade sentida pelos prestadores foi a falta de conhecimento sobre o que fazer, registada por 12

indivíduos. O receio em participar também foi um obstáculo à participação ativa nos cuidados (em 10 casos), mas a maioria, com 26 respostas, não manifestou dificuldades na prestação dos cuidados.

Os cuidadores sentiram mais dificuldades no apoio à alimentação (com 15 respostas no nível 3,4 ou 5) e à deambulação, com 18 respostas entre 3 e 5. Mais fácil seria o apoio na higiene e enquanto presença mais constante junto do doente, com 19 e 26 respostas entre 1 e 2 respetivamente.

Consideraram que houve um acompanhamento permanente do seu familiar quer por médicos quer por enfermeiros, assegurando ajuda e orientação profissional, com 26 respostas de quase sempre e sempre para os médicos e 30 para os enfermeiros.

As condições de internamento foram consideradas as necessárias e suficientes, sendo classificadas como razoáveis ou boas em 14 casos; num caso consideraram serem muito boas e em 2 casos como muito más. Avaliações extremas podem dever-se a cenários pontuais por constrangimentos diversos (falta de fornecimentos, falhas de limpeza atempada, impedimentos de acesso pontuais,...) do serviço.

Consideraram não ter dificuldades na compreensão e cumprimento dos seus deveres enquanto acompanhantes privilegiados no internamento. Aceitaram esta missão positivamente como um direito (com 22 respostas positivas) que conferia responsabilidades acrescidas (em 23 situações).

Enquanto regalia, com 15 respostas positivas, registou-se um equilíbrio de opiniões, compreendido por se entender ser este um apoio diferente ao que habitualmente é proposto. Foi opinião unânime que a possibilidade de usufruir desta visita trouxe tranquilidade aos cuidadores, com 17 respostas avaliadas com muita ou muitíssima tranquilidade obtida e zero respostas com

sentimento de nenhuma, pouca ou algum tranqüilidade.

DISCUSSÃO

A prestação de cuidados é uma tarefa inerente ao ser humano e à sua vida social. O ato de tomar conta surge quando alguém que nos é próximo precisa de ajuda na realização dos autocuidados no domicílio devido a uma situação de doença, aguda ou crónica ou pela debilidade associada ao prolongamento de uma doença oncológica (Pereira, 2009). Estas situações podem conduzir a momentos de dúvidas e de insegurança por parte do prestador de cuidados, situação vivenciada pelos participantes do estudo, podendo induzir stress e levar à exaustão da família, refletindo-se em alterações no seu bem estar e saúde, na rede social a que pertence, bem como na própria dinâmica familiar impedindo uma adequada transição para o papel de prestador de cuidados (Meleis, 2007).

Quando partimos para este trabalho estávamos conscientes que cada doente e sua família tinha a sua peculiaridade e singularidade. No entanto, dos participantes verificou-se que a maioria dos cuidadores são mulheres e vindos de famílias nucleares, caracterizada por marido e mulher casados e com filhos.

Verificou-se que as questões relacionadas com os autocuidados foram onde os prestadores/pessoa significativa sentiram maiores dificuldades. Segundo Meleis, (2007) o autocuidado inclui os cuidados oferecidos por outros a favor da pessoa. Sendo que, quando o doente regressa a casa, a dependência do doente pode ter um grande impacto nas famílias (Aguirre,2010), ideia corroborada ainda por Caldas (2006) ao referir que é exatamente o grau de dependência que determina os cuidados que serão necessários.

Neste sentido, a necessidade de cuidados não se circunscreve à pessoa dependente, mas é

extensível à unidade familiar. De facto, para além de transição saúde/doença da pessoa, que passa de um estado de saúde para um estado de doença, da independência para a dependência de outros ou equipamentos, importa também considerar a transição situacional dos membros da família para o exercício do papel de prestador de cuidados no domicílio e a importância de os capacitar para a assunção desse papel.

Assim, devem-se implementar estratégias centradas no aspecto educativo que desenvolvam a formação de opiniões sobre a importância do cuidar da pessoa, visando a implementação de cuidados de qualidade (Freitas *et al* (2008). Foi baseado neste pressuposto que se instruíram e treinaram os cuidadores, porque tem de tentar mudar de uma educação mecanicista e tecnológica, de carácter informativo e formador de indivíduos passivos para uma educação reflexiva, libertadora e consciente, situação vivenciada pelos participantes do estudo.

O processo de ensino-aprendizagem experienciado por estes participantes foi envolto de interesse, felicidade, satisfação, segurança e gratidão. Ainda atrelado a esta teia de sentimentos positivos, todo o processo de construção de conhecimento foi entrelaçado pelo carinho, respeito, acolhimento e cuidado.

Neste estudo os participantes consideraram que se sentiram apoiados e com a informação necessária fornecida pela equipa multidisciplinar, salientando o facto de a presença do enfermeiro ser tida como mais permanente, neste âmbito, sendo o enfermeiro, enquanto profissional de saúde que mais tempo passa junto do doente e cuidador, assume um papel fundamental e privilegiado na promoção da independência do doente e na transmissão de confiança no prestador de cuidados.

CONCLUSÃO

A existência de pessoas com grau de dependência variáveis nas atividades de autocuidado é hoje uma realidade inquestionável nas sociedades ditas desenvolvidas.

A construção do saber neste estudo foi alcançada pela nutriz e pela pessoa significativa do doente, desenvolvida por meio do diálogo, baseada na escuta e no reconhecimento da identidade da pessoa, muitas vezes com recurso a técnicas de demonstração e de recursos instrumentais.

Neste contexto, desenvolver e aprofundar terapêuticas consistentes com as necessidades específicas das pessoas dependentes e com os prestadores de cuidados pode ser um elemento decisivo na qualidade do exercício profissional dos profissionais de saúde constituindo uma oportunidade única de serem mais significativos para as pessoas.

No entanto, este estudo apresenta como limitação o reduzido número de participantes, o que não lhe retira importância em face dos resultados obtidos que devem contudo, ser lidos com alguma ponderação.

BIBLIOGRAFIA

AGUIRRE, Eric (2010) – Delirium and hospitalized older adults: a review of nonpharmacologic treatment. *Jornal of Continuing Education in Nursing*. Vol. 41, nº 4. P.151-152

CALDAS, C.,P. (2006) – O autocuidado na velhice. in Elisabete Viana Freitas, Anita Ligerlesso Neri, tratado de geriatria e gerontologia (2ªed., p1117-1121). Rio de Janeiro, Brasil: Guanabara Koogan.

DOPIERALA, L., et al (2007) – Level of preparation for preventive procedures and pressure ulcer treatment in health care unists from the Kujawsko-Pomorski region. *Advances in Medical Sciences*. Vol. 52, suppl.1,p. 81-84

FREITAS, Giselle Lima et al (2008) – Avaliação do conhecimento de gestantes acerca

da amamentação. *Revista Mineira de Enfermagem*. Vol.12, nº 4, p.461-468

MELEIS, Afaf (2007) – *Theoretical nursing: development and progresso*. 4ed. Philadelphia: Lippincott Williams e Wilkins.

PORTUGAL, Ministério da Saúde.– Programa nacional de cuidados paliativos. Lisboa: Direcção – Geral da Saúde, 2004. 19 p.

Santos P. O familiar Cuidador em ambiente domiciliário: Sobrecarga física, emocional e social. Tese de Mestrado em saúde pública. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública/ Universidade Nova de Lisboa; 2005

NORMAS DE PUBLICAÇÃO

A Revista Sinais Vitais publica artigos sobre a área disciplinar de enfermagem, de gestão, educação, e outras disciplinas afins. Publica também cartas ao director, artigos de opinião, sínteses de investigação, desde que originais, estejam de acordo com as normas de publicação e cuja pertinência e rigor técnico e científico sejam reconhecidas pelo Conselho Científico. A Revista Sinais Vitais publica ainda entrevistas, reportagem, notícias sobre a saúde e a educação em geral.

A Publicação de artigos na Revista SINAIS VITAIS dependerá das seguintes condições:

1. Serem originais e versarem temas de saúde no seu mais variado âmbito;
2. Ter título e identificação do (s) autor (es) com referência à categoria profissional, instituição onde trabalha, formação académica e profissional, eventualmente pequeno esboço curricular e forma de contacto;
 - 2.1. Os autores deverão apresentar uma declaração assumindo a cedência de direitos à Revista Sinais Vitais;
3. Ocupar no máximo 6 a 8 páginas A4, em coluna única, tipo de letra Arial 11, versão Microsoft Word 2003, ou OpenDocument Format (ODF).
4. Serem acompanhadas de fotografia do (s) autor (es), podendo ser do tipo passe ou mesmo outra;
5. Terão prioridade os trabalhos gravados em CD ou submetidos por e-mail acompanhados de fotografias, ilustrações e expressões a destacar do texto adequadas à temática. As fotografias de pessoas e instituições são da responsabilidade do autor do artigo. Os quadros, tabelas, figuras, fotografias e esquemas devem ser numerados e a sua legenda deve ser escrita numa folha e de fácil identificação;
6. Os trabalhos podem ou não ser estruturados em capítulos, sessões, introdução, etc.; preferindo formas adequadas mas originais.
 - 6.1. Devem obrigatoriamente ter lista bibliográfica utilizando normas aceites pela comunidade científica nomeadamente a Norma Portuguesa, NP405-1(1994);
 - 6.2. Todos os trabalhos deverão ter resumo com o máximo de 80 palavras e palavra-chave, que permitam a caracterização do texto;
 - 6.3. Os artigos devem ter título, resumo e palavras-chaves em língua inglesa.
7. São ainda aceites cartas enviadas à direcção, artigos de opinião, sugestões para entrevistas e para artigos de vivências, notícias, assuntos de agenda e propostas para a folha técnica, que serão atendidas conforme decisão da Direcção da Revista.
8. A Direcção da revista poderá propor modificações, nomeadamente ao nível do tamanho de artigos;
9. As opiniões veiculadas nos artigos são da inteira responsabilidade dos autores e não do Conselho Editorial e da Formasau, Formação e Saúde Lda, editora da Revista Sinais Vitais, entidades que declinam qualquer responsabilidade sobre o referido material.
 - 9.1. Os artigos publicados ficarão propriedade da revista e só poderão ser reproduzidos com autorização desta;
10. A selecção dos artigos a publicar por número depende de critérios da exclusiva responsabilidade da Revista Sinais Vitais e bem assim, a decisão de inclusão do artigo em diferentes locais da revista;
11. Somente se um autor pedir a não publicação do seu artigo antes de este estar já no processo de maquetização, é que fica suspensa a sua publicação, não sendo este devolvido;
12. Terão prioridade na publicação os artigos provenientes de autores assinantes da Revista Sinais Vitais.
 13. Os trabalhos não publicados não serão devolvidos, podendo ser levantados na sede da Revista.
 14. Os trabalhos devem ser enviados para suporte@sinaisvitalis.pt