

sinais vitais

A ENFERMAGEM EM REVISTA



CIÊNCIA E TÉCNICA

MENTORSHIP:
SUPERVISÃO CLÍNICA
EM ENFERMAGEM NA
COMUNIDADE



CIÊNCIA E TÉCNICA

A ENFERMAGEM DE
REABILITAÇÃO E A
PESSOA COM LESÃO
VERTEBROMEDULAR
COM ALTERAÇÕES DA
SEXUALIDADE

SUMÁRIO

P04 EDITORIAL

P5 OPINIÃO

CARTA AO EDITOR RELATIVA AO EDITORIAL DO N.º 127 DA REVISTA SINAIS VITAIS

P7 CIÊNCIA & TÉCNICA

MENTORSHIP: SUPERVISÃO CLÍNICA EM ENFERMAGEM NA COMUNIDADE

P18 CIÊNCIA & TÉCNICA

CUIDADOS DOMICILIÁRIOS: INVASÃO DA PRIVACIDADE

P29 CIÊNCIA & TÉCNICA

OS REGISTOS DE ENFERMAGEM COMO UMA ESTRATEGIA INDISPENSÁVEL PARA ASSEGURAR A CONTINUIDADE DOS CUIDADOS

P42 CIÊNCIA & TÉCNICA

DE QUE FORMA A VISITA DOMICILIÁRIA ENQUANTO ESTRATÉGIA DE INTERVENÇÃO EM ENFERMAGEM CONTRIBUI PARA A MELHORIA DA QUALIDADE DE VIDA DA PESSOA EM FIM DE VIDA?

P50 CIÊNCIA & TÉCNICA

A ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO E A PESSOA COM LESÃO VERTEBROMEDULAR COM ALTERAÇÕES DA SEXUALIDADE

P55 CIÊNCIA & TÉCNICA

CARTA DE UM BEBÉ

P62 CIÊNCIA & TÉCNICA

ANÁLISE REFLEXIVA DO ARTIGO "ÉTICA NAS DECISÕES SOBRE O FIM DA VIDA - A IMPORTÂNCIA DOS CUIDADOS PALIATIVOS"

P70 CIÊNCIA & TÉCNICA

TOXICODEPENDÊNCIAS E PRISÕES OU O ECO DAS VOZES CALADAS

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 / Rui Manuel Jarró Margato 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 / Néilson 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

Os enfermeiros têm vivido, nos últimos tempos, um processo complexo de movimentos reivindicativos que se justificam e que urge serem resolvidos para que o ambiente se pacifique.

A teoria das organizações diz que a satisfação profissional está diretamente ligada à qualidade de vida dos trabalhadores e à qualidade do seu trabalho. Assim, enquanto houver enfermeiros descontentes com as condições do exercício e, sobretudo com o seu salário e expectativas de progresso e desenvolvimento, nunca se poderão almejar altos níveis na qualidade dos cuidados.

Do nosso ponto de vista é necessário recentrar a discussão sobre o efeito que, este descontentamento vigente, pode ter nos utentes dos serviços de enfermagem, ocorram eles no sistema público ou no sistema privado.

Os serviços onde trabalham os enfermeiros estão mal dotados. Por isso muitos dos cuidados a que os doentes deveriam ser submetidos, ficam omissos. As razões da omissão de cuidados pode depender de três questões fundamentais (negligência, não valorização e falta de recursos) das quais a mais importante é a falta de recursos que constribe o tempo disponível para cada utente. Quando um enfermeiro inicia um turno tem um número de horas para disponibilizar (em regra 8 h) para o conjunto das pessoas que tem que cuidar. À medida que o tempo passa a disponibilidade de tempo vai ficando cada vez menor e aí é necessário tomar decisões sobre que cuidados prestar. É aí que surge a omissão de cuidados privilegiando-se aqueles que sofrem o controlo de outros na equipa em detrimento dos que ficam na área específica da disciplina de enfermagem. Surgem depois as lesões por pressão, as infeções, a falta de informação aos doentes, enfim um conjunto efeitos que poderiam ser prevenidos se os recursos fossem os adequados. Por isso é nossa opinião que a dotação adequada de enfermeiros é um investimento. Se pensarmos que por cada lesão por pressão o tempo de internamento cresce em média 4 dias e se pelo exercício de mais um enfermeiro pudermos prevenir uma destas lesões, então poderemos dizer que o ganho compensou largamente o investimento realizado. Assim retomo a ideia da necessidade de recentrar a discussão e passar do ruído que, muitas vezes tem sido conotado com objetivos políticos estranhos à profissão, para um discurso que evidencie a indispensabilidade dos cuidados de enfermagem e o que podem acrescentar de valor aos cuidados de saúde.

Este ano comemora-se o 40º aniversário do SNS e a melhor forma de o defender é não o atacar. Claro que o SNS tem problemas, mas colocar sistematicamente a nota no que se passa de menos positivo sem verdadeiramente ir ao cerne das questões é penhorar um dos principais ganhos da nossa democracia.

Carta ao Editor relativa ao Editorial do N.º 127 da Revista Sinais Vitais

Foi com imenso agrado que li o editorial do N.º 127 da Revista Sinais Vitais - um texto que aborda questões de grande importância para a profissão, para a disciplina e para a qualidade dos cuidados de enfermagem, constituindo um desafio à reflexão e inerente posicionamento do leitor.

Uma das grandes dificuldades dos enfermeiros tem sido quantificar, no sentido de identificar indicadores executáveis, que demonstrem os resultados alcançados pelas intervenções de enfermagem, aspeto determinante para salvaguardar o valor da profissão. No entanto, considero que na atualidade muito se avançou nesse campo, na medida em que têm vindo a ser desenvolvidos estudos científicos que demonstram a relação positiva entre as variáveis estrutura e processo e o impacto nos resultados (outcomes) em saúde das populações (Amaral, 2014; Seabra, 2014).

O ambiente de prática de enfermagem, entendido como os atributos organizacionais que influenciam essa mesma prática, constitui um indicador de estrutura, que nos últimos anos tem vindo a ser valorizado, e que ganhou relevo num dos grandes estudos realizados a nível europeu, nomeadamente o Nurse Forecasting in Europe - RN4Cast (Sermeus et al., 2011). Os resultados obtidos (Aiken et al., 2013), baseados em dados científicos fundamentados e fidedignos, evidenciam a influência da prática de enfermagem nos resultados dos doentes, a nível qualitativo (Aiken et al., 2012), mas também a nível quantitativo, como por exemplo em termos de taxa de mortalidade (Aiken et al., 2012).

Na replicação do estudo RN4Cast no contexto português, relativamente a serviços médico cirúrgicos de adultos dos hospitais portugueses foram alcançados valores, que apontam para ambientes pouco favoráveis (Élvio, Roque, & Amaral, 2015), resultados congruentes com outro estudo anteriormente realizado (Amaral, A. & Ferreira, 2013), sendo que uma das dimensões que contribuiu para estes resultados foi o desempenho de gestão e liderança em enfermagem, o que indica a necessidade de analisar causas e implementar intervenções que visem a melhoria.

Também variáveis tais como: o skill mix das equipas de enfermagem (combinação de enfermeiros generalistas e de enfermeiros com formação especializada, ente outros aspetos contemplados) tem vindo a ser estudadas, demonstrando o seu

impacto na qualidade e segurança dos cuidados hospitalares prestados ao doente (Aiken et al., 2014).

O atual achatamento da carreira de enfermagem em Portugal, numa estrutura que deixou de contemplar os enfermeiros especialistas, mas também os enfermeiros chefes e os enfermeiros supervisores, é assim totalmente incongruente com as evidências científicas.

Em Portugal dispomos de documentos estruturantes para profissão, tais como o Perfil de Competências do enfermeiro especialista (tanto o tronco comum, como por área de especialidade) e o Perfil de Competências do enfermeiro gestor, e concordo plenamente

que existem critérios a serem salvaguardados no percurso do desenvolvimento dessas competências.

Após imensos anos, em que a Enfermagem tem vindo a lutar pelo reconhecimento da área científica no seio da academia, e sendo reconhecida a necessidade da implementação da prática baseada na evidencia, não se pode correr o risco de haver confusão entre o saber empírico e o saber formal, com o conseqüente enfraquecimento do reconhecimento científico da disciplina e da profissão e desvalorização dos profissionais.

Por fim, concretizo o objetivo final desta exposição, o de congratular V. Ex.^a por felicitar a Coragem dos enfermeiros em defender o Valor dos cuidados especializados, o que implica necessariamente colocar em questão o Poder instituído. Enquanto enfermeira especialista e enquanto enfermeira gestora, penso que devemos todos refletir sobre a Coragem versus o Poder (Lunardi, Silva, & Regina, 2007), dois aspetos presentes nos nossos contextos diários, que variam em direções opostas, o que significa dizer que o exercício do poder sobre a Enfermagem tende a diminuir, com a Coragem em defender as ações que reconhecemos como corretas. A Enfermagem já tem um campo científico próprio, que possibilita fundamentar, com base em dados científicos, as ações tomadas.

Com os melhores cumprimentos,

Enfermeira Isabel Maria Melgueira

Doutoranda XIII Curso Doutoramento em Enfermagem Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa

Referências bibliográficas

Aiken, L. H., Sermeus, W., Van den Heede, K., Sloane, D. M., Busse, R., McKee, M., ... Kutney-Lee, A. (2012). Patient safety, satisfaction, and quality of hospital care: cross sectional surveys of nurses and patients in 12 countries in Europe and the United States. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, 344(March), e1717.

Aiken, L. H., Sloane, D. M., Bruyneel, L., Van den Heede, K., Griffiths, P., Busse, R., ... RN4CAST consortium. (2014). Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study. *Lancet (London, England)*, 383(9931), 1824–30.

Aiken, L. H., Sloane, D. M., Bruyneel, L., Van Den Heede, K., Sermeus, W., & Aiken, L. H. (2013). Nurses' reports of working conditions and hospital quality of care in 12 countries in Europe for the RN4CAST Consortium. *International Journal of Nursing Studies*, 50, 143–153.

Amaral, A. & Ferreira, P. (2013). Influência do ambiente da prática nos resultados dos cuidados de enfermagem. *Revista Investigação Em Enfermagem*, 5(2), 66–74.

Amaral, F. (2014). Resultados dos cuidados de enfermagem - qualidade e efetividade. Tese de Doutoramento em Organização e Gestão de Empresas, apresentada à Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra, Coimbra, Portugal.

Elvio, J., Roque, S., & Amaral, A. (2015). Estudo RN4Cast em Portugal : ambientes de prática de

enfermagem. *Revista Investigação Em Enfermagem*, 13, 2a Sér(November), 26–44.

Lunardi, V. L., Silva, R., & Regina, M. (2007). A ética na enfermagem e sua relação com poder e organização do trabalho, *Rev Latino-am Enfermagem* 15(3).

Seabra, P. (2014). Indicadores de Resultados Sensíveis aos Cuidados de Enfermagem com Pessoas Consumidoras de Drogas. Tese de Doutoramento em Enfermagem, apresentada ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, Lisboa, Portugal.

Sermeus, W., Aiken, L. H., Van den Heede, K., Rafferty, A. M., Griffiths, P., Moreno-Casbas, M. T., ... Zikos, D. (2011).

Nurse forecasting in Europe (RN4CAST): Rationale, design and methodology. *BMC Nursing*, 10(1), 6.

MENTORSHIP: SUPERVISÃO CLÍNICA EM ENFERMAGEM NA COMUNIDADE



ANA FILOMENA SILVA DE FREITAS

Enfermeira no Serviço de Cardiologia do Centro Hospitalar do Porto- Hospital de Santo António; Mestre em Enfermagem Comunitária, Curso de Pós Graduação em Enfermagem Avançada e Curso de Pós Graduação em Cuidados Continuados Integrados; Licenciada em Enfermagem; ana.filomena.freitas@gmail.com

LÚCIA ALEXANDRA PINTO CARDOSO

Enfermeira no Serviço de Urgência do Centro Hospitalar do Porto- Hospital de Santo António; Enfermeira Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, Curso de Especialização em Saúde Pública e Curso de Pós-Graduação em Enfermagem Avançada

RESUMO

Neste artigo apresentamos uma análise reflexiva sobre o Mentorship: Supervisão Clínica em Enfermagem na Comunidade, justificada pelo fato dos profissionais de enfermagem serem frequentemente solicitados a colaborar na formação e na orientação das práticas clínicas dos alunos. Por definição a Supervisão Clínica em Enfermagem designa "um processo dinâmico, interpessoal e formal de suporte, acompanhamento e desenvolvimento de competências profissionais, através da reflexão, ajuda, orientação e monitorização, tendo em vista a qualidade dos cuidados de enfermagem, a proteção e segurança dos utentes e o aumento da satisfação profissional" (Maia e Abreu, 2003 citados por Abreu, 2007, p. 177). Para Wilson Abreu (2003), o Mentorship está associado ao profissional mais experiente, o qual terá a responsabilidade da aprendizagem dos tutorados.

Palavras-Chave: Mentorship, Enfermagem Comunitária

ABSTRACT

In this article we present a reflexive analysis about the Mentorship: Clinical Supervision in Nursing in the Community, justified by the fact that nursing professionals are frequently asked to collaborate in the formation and orientation of the clinical practices of the students. By definition Nursing Clinical Supervision designates "a dynamic, interpersonal and formal process of support, monitoring and development of professional competences, through reflection, help, guidance and monitoring, in view of the quality of nursing care, protection and safety of the users and the increase of professional satisfaction" (Maia and Abreu, 2003 cited by Abreu, 2007, 177). For Wilson Abreu (2003), Mentorship is associated with the most experienced professional, who will be responsible for the learning of mentors.

Keywords: Mentorship, Community Nursing

1. SUPERVISÃO CLÍNICA EM ENFERMAGEM

São diversas as definições do conceito de Supervisão Clínica em Enfermagem e apesar de se reportarem a universos conceptuais distintos, tiveram o benefício de contribuir paulatinamente, para o estabelecimento de uma base conceptual (Abreu, 2002, citado por Simões e Garrido, 2007). Apesar das diferentes abordagens de autor para autor, todas elas evidenciam de acordo com Abreu (2003), a articulação entre a prática clínica, o desenvolvimento profissional e a formação de uma inteligência emocional.

Segundo Maia e Abreu (2003 citados por Abreu, 2007, p. 177) “a supervisão clínica designa um processo dinâmico, interpessoal e formal de suporte, acompanhamento e desenvolvimento de competências profissionais, através da reflexão, ajuda, orientação e monitorização, tendo em vista a qualidade dos cuidados de enfermagem, a proteção e segurança dos utentes e o aumento da satisfação profissional”.

A visão de supervisão enunciada por estes autores remete-nos para uma perspetiva de orientação e de relação de partilha entre o supervisor e supervisionado, ao contrário da ótica de controlo, fiscalização e avaliação do supervisor sobre o supervisionado de que o conceito tradicional de supervisão se encontra impregnado. O termo supervisão encerra convencionalmente uma conotação negativa. Ao ouvi-lo as pessoas associam-no quase sempre a ações de controlo, inspeção ou avaliação. De igual forma o supervisor é visto como alguém que goza de um estatuto de soberania, tendo como principal objetivo a fiscalização e a avaliação do supervisionado.

No entanto o conceito de supervisão no contexto de formação está bem longe do

paradigma tradicional. Alarcão e Tavares (2003), investigadores pioneiros em Portugal na área da supervisão relacionada com a formação de professores, a supervisão é entendida como um processo em que o professor, em princípio mais experiente e mais informado, orienta um outro professor ou candidato a professor no seu desenvolvimento humano e profissional. Apesar de esta definição ter sido redigida no âmbito da formação de professores, faz, quanto a nós, todo o sentido aplicá-la no âmbito da formação de enfermagem.

O conceito de Supervisão Clínica em Enfermagem, utilizado no âmbito da formação graduada, formação pós-graduada e no decurso da experiência profissional dos enfermeiros, refere-se a uma relação profissional centrada na exigência, na formação, no trabalho e no desenvolvimento emocional, que envolve uma reflexão sobre o desenvolvimento das práticas orientadas por um profissional qualificado. Compreende um conjunto de estratégias, incluindo Mentorship, perceptorship, supervisão da qualidade das práticas, promoção e acompanhamento dos critérios de qualidade (Simões e Garrido, 2007).

De acordo com Abreu (2007), o acompanhamento do processo de aprendizagem pode ser extremamente importante e útil, permitindo identificar e prevenir a ocorrência de situações graves no decorrer da prática profissional, “quer por estarem presentes variáveis de ordem psicológica (que podem interferir negativamente), quer porque podem estar envolvidas práticas assistenciais menos corretas que importa corrigir” (Abreu, 2007, p. 180).

No âmbito da Enfermagem, como ciência prática que é, o ensino está intimamente ligado com o contexto de trabalho, assumindo a supervisão clínica de alunos da licenciatura de enfermagem um papel crucial que visa facilitar a integração dos mesmos nos serviços e supervisionar a sua aprendizagem, processo no qual o enfermeiro supervisor tem vindo a ter um papel de destaque (Pires, et al, 2004).

Franco (2000 cit. por Simões, Alarcão e Costa, 2008), refere que é durante o ensino clínico que o futuro profissional consolida os conhecimentos adquiridos na escola e se consciencializa acerca das exigências da profissão, nomeadamente ao nível das competências. Refere também que para além dessa aprendizagem, é nesta altura que o aluno constrói a sua identidade profissional. Ou seja, a qualidade da supervisão oferecida está diretamente relacionada com a construção dessa identidade, podendo funcionar como elemento facilitador ou inibidor nesse processo e determinando por isso o seu sucesso ou insucesso.

Fundamentalmente, o processo de supervisão deve orientar os “processos de aprendizagem e de desenvolvimento do formando e do supervisor” com base “num ambiente de confiança e de interajuda afetiva e cognitivamente estimulante” (Alarcão, 1991 cit. por Simões, Alarcão e Costa, 2008, p. 94).

Nesta aceção de Supervisão Clínica em Enfermagem, o processo inclui as capacidades assistenciais, o desenvolvimento de competências clínicas o suporte e uma reflexão sistemática de saberes (Abreu, 2002 cit. por Simões e Garrido, 2007).

2. MENTORSHIP

Ao abordar a supervisão clínica em enfermagem como uma estratégia que favorecerá o desenvolvimento pessoal e profissional dos enfermeiros e do aluno de enfermagem é inevitável não abordar os tipos de tutoria. Apesar de não existir um consenso quanto à terminologia a utilizar para designar os diferentes tipos de tutoria que se desenvolvem em contexto clínico, Abreu (2003), refere-se a quatro tipos de orientação das práticas clínicas: mentorship, perceptorship, multitutor e integrativo.

No presente artigo aprofundaremos o conceito de Mentorship, por ser uma das estratégias mais utilizadas no acompanhamento das práticas clínicas dos alunos, para as quais enquanto profissionais de saúde em contexto real, somos frequentemente solicitados a colaborar. No entanto para uma melhor clarificação de conceitos e do próprio conceito de Mentorship, apresentaremos de seguida breves definições dos quatro tipos de tutoria.

Segundo Abreu (2003), o conceito de Mentorship está associado ao profissional mais experiente, o qual terá a responsabilidade da aprendizagem do tutorado. Segundo o autor, Mentorship é no contexto da formação clínica, o profissional mais experiente, mais velho, que assume a responsabilidade pela aprendizagem do formando. O termo perceptor está associado ao profissional que tem a responsabilidade de ensinar e apoiar emocionalmente, durante um período de tempo limitado, com o objetivo de facilitar o processo de socialização e aproximação do aluno do seu novo papel. O conceito de multitutor envolve um conjunto de tutores que desenvolvem a

sua atividade de forma concertada. Dois ou mais alunos são apoiados por dois ou mais tutores. Por último, o modelo integrativo pressupõe uma interatividade entre o ensino teórico e o prático, entre os docentes e os enfermeiros, dos diversos contextos clínicos. É necessário que o supervisor clínico tenha experiência profissional. Torna-se difícil ajudar os alunos a conhecer as complexas realidades da profissão de enfermagem e a desenvolver o processo de cuidar, sem nunca ter exercido a profissão. De acordo com Henderson (1994, cit. por Garrido e Simões 2007, p.601); " os supervisores devem ser peritos na prática de enfermagem (...) capazes de analisar e avaliar as atividades em contexto de trabalho, experientes em orientação clínica e capazes de dar aos alunos a ajuda necessária para adquirirem a competência profissional".

O conceito de Mentorship, está bastante documentado na literatura. Mentor, na Odisseia de Homero, era o nome do amigo de Odisseus (Ulisses na versão latina) rei de Itaca que apoiava o filho Telemáco durante as ausências do pai. Mentor tinha como missão preparar Telemáco para os desafios da vida, bem como para o seu futuro papel de rei, enquanto Odisseus lutava na guerra de Tróia (Bell, 1996).

Para Clements, Mugavin e Capitano (2005), o conceito de Mentorship é um misto de ciência e arte, consistindo numa relação complexa de colaboração entre os autores envolvidos. Constitui-se como um método de promoção da geração seguinte de profissionais, contribuindo para a transmissão de conhecimentos e de valores inerentes à profissão entre gerações.

Para Daloz (1986, cit. por Cameron-Jones e

O'hara, 1999) os elementos: desafio e suporte, são cruciais para o sucesso do processo supervisivo. O Mentorship para estimular a aprendizagem do aluno deve colocar-lhe desafios. No entanto esses desafios devem ser exequíveis pelo aluno, sendo acompanhados de perto pelo Mentorship que lhe irá fornecendo o feedback sobre o seu desempenho ao longo do processo. O grau de dificuldade dos desafios deve ir aumentando progressivamente, acompanhando a aquisição de novas competências que o aluno adquire no decorrer da prática clínica. A qualidade da aprendizagem do aluno dependerá da combinação usada pelo Mentorship destes dois fatores. Assim, se os desafios colocados pelo Mentorship forem de elevado grau de dificuldade e este fornecer um fraco suporte, poder-se-á assistir a uma regressão na aprendizagem por parte do aluno. Se pelo contrário ao colocar desafios exigentes o Mentorship oferecer um suporte elevado, então a probabilidade é de o aluno crescer na sua aprendizagem. Se a componente suporte for elevada e os desafios de baixo grau de dificuldade, assistiremos a uma confirmação de conhecimentos sem grande crescimento. Se as duas componentes forem fracas estaremos provavelmente perante uma estagnação da aprendizagem. Idealmente espera-se que o Mentorship consiga colocar desafios cada vez mais exigentes aos alunos ao longo do ensino clínico, ao mesmo tempo que lhe oferece um nível de suporte consentâneo com as dificuldades, pois só assim, os alunos progredirão na sua aprendizagem

Para Simões e Garrido (2007, p.601), "só no respeito pelos diferentes saberes, pela

abertura à diversidade de concepções, se permite a todos participar sem constrangimentos nos debates, partilhar as suas experiências e colaborar na supervisão de alunos".

O Mentorship necessita de possuir determinadas características e competências para desempenhar com eficácia e eficiência o papel que lhe é atribuído, não descorando a competência relacional como fator determinante no desenvolvimento pessoal e profissional da díade Mentorship/aluno, fundamental no sucesso do processo supervisivo, que abordaremos seguidamente.

2.1. COMPETÊNCIAS DO MENTORSHIP

Dada a natureza teórico-prática da Enfermagem, o ensino clínico assume fulcral importância para a socialização com a profissão e o desenvolvimento pessoal e profissional do aluno. É importante que se analisem as competências que, idealmente, o enfermeiro supervisor deve ter ou desenvolver para que possa desempenhar a sua função de forma excelente e com benefício para as partes envolvidas.

Num estudo desenvolvido por Simões, Alarcão e Costa (2008) são identificadas as competências, que os enfermeiros supervisores destacam no processo formativo e que se dividem em quatro categorias:

Competências formativas: que implicam que o enfermeiro supervisor conheça a metodologia, estratégias e conteúdos em questão devendo ser capaz de mobilizar e gerir saberes, identificar necessidades, estimular e motivar para a aprendizagem;

Competências interpretativas: que se referem à capacidade de interpretar a realidade

humana e o contexto, contribuindo para isso o seu saber experiencial, responsabilidade e abertura para a aprendizagem contínua;

Competências analíticas e avaliativas: relativas à análise e avaliação do desempenho e desenvolvimento (incorpora a formação dos alunos, atenção e processo de avaliação dos mesmos) e das situações que ocorrem durante o processo supervisivo (tendo em conta o seu papel e a formação em enfermagem);

Competências comunicacionais: valorizada a capacidade de comunicação assertiva e de gestão de emoções.

Neste estudo não são referidas as competências técnicas como relevantes para o processo supervisivo.

Martins (2009), no seu estudo com uma amostra de dez alunos de enfermagem, identificou como competências do enfermeiro supervisor mais valorizadas pelos alunos, as seguintes: ser capaz de comunicar e relacionar-se com os outros, saber/querer empenhar-se na supervisão, saber/querer empenhar-se na profissão de enfermagem, ter conhecimentos e saber combinar e mobilizar perante uma situação, ser reflexivo, ser capaz de analisar e avaliar, ser capaz de dinamizar a formação/aprendizagem, saber/querer aprender e aprender a aprender.

Já para Cotrell (2000 cit. por Faria, 2010) o supervisor deve possuir como competências: **Perícia** – evidenciada de forma informal pela habilidade, experiência, status e formação e de forma formal pela confiança demonstrada pelo enfermeiro supervisor;

Experiência – o enfermeiro supervisor é reconhecido como uma pessoa com experiência vasta na sua área de atividade,

sendo atribuída grande relevância à prática clínica do mesmo;

Aceitabilidade – para que o processo de supervisão decorra com qualidade e sem conflitos é fulcral que o enfermeiro supervisor seja aceite pelo supervisionado;

Formação – o ideal será que o enfermeiro supervisor tenha formação em supervisão clínica previamente ao início de funções como supervisor e que se mantenha atualizado apostando em formação contínua nesta área, para assegurar um processo supervisivo de qualidade.

De acordo com os diversos autores, podemos afirmar que todas as competências descritas são importantes e delas depende o sucesso do processo supervisivo e conseqüentemente da aprendizagem do aluno.

2.2. RELAÇÃO MENTORSHIP/ALUNO EM ENSINO CLÍNICO

Supervisionar implica ter conhecimento dos elementos intervenientes no processo supervisivo, compreender o aluno nas suas diferentes fases de desenvolvimento, nas tarefas que tem de realizar e no clima afetivo, em contexto clínico. Pressupõe portanto, uma relação próxima Mentorship/aluno, de modo a transmitir segurança e responder ao pedido de ajuda solicitado pelo aluno, num clima de confiança, exigência e respeito, propício à aprendizagem.

Em relação a este assunto Alarcão e Tavares (2003), entendem também, que é necessário estabelecer um bom clima afetivo - relacional numa atmosfera de entreajuda recíproca, aberta, espontânea, autêntica cordial, empática, colaborativa, solidária, entre Mentorship e aluno. O clima

afetivo - relacional, terá de ser exigente e em simultâneo estimulante, sem ser intimidante.

Em contexto de ensino clínico, desenvolvem-se relações interpessoais entre os diversos intervenientes (enfermeiro supervisor, aluno, docente, equipa de enfermagem, doente e família), intrapessoais e interinstitucionais (Escola/Instituição de Saúde) (Simões, Alarcão e Costa, 2008).

Segundo os mesmos autores (2008), no seu estudo verificaram que os enfermeiros supervisores valorizam essencialmente as relações interpessoais com os intervenientes. Eles sentem necessidade de prestar apoio aos alunos perante situações críticas e referem que a incompatibilidade entre os dois pode resultar em omissão de informação relevante, o que pode prejudicar o processo supervisivo. Reportam a agressividade do aluno perante as críticas mas revelam também que se descontrolam perante as atitudes imaturas dos mesmos. Salientam a importância de conhecer a personalidade do supervisionado de forma a evitar eventos críticos inibidores de uma aprendizagem eficaz. Da experiência que temos, verificamos que o estabelecimento de uma relação honesta e de confiança é fundamental e pode determinar o desempenho do aluno durante o ensino clínico.

Pensamos que o enfermeiro supervisor deveria ser mais envolvido e valorizado no processo de supervisão e que, embora como profissionais todos tenhamos o dever de colaborar no processo formativo dos futuros colegas, isso não deveria ser algo imposto pois poderá à partida condicionar insatisfação e pouca entrega do enfermeiro supervisor.

Realçamos também algumas das dificuldades

sentidas pelos enfermeiros supervisores e que podem, a nosso ver, interferir na relação enfermeiro supervisor/aluno: défice de conhecimento sobre processos supervisivos, exigências das escolas, défice de conhecimento relativo aos conteúdos teóricos lecionados, dificuldade em reter os objetivos definidos pelas diversas escolas e grupos de alunos, dificuldade na articulação com o docente, dificuldade na aplicação do instrumento de avaliação e falta de reconhecimento pelo trabalho desenvolvido, por parte da administração da entidade empregadora (Simões e Garrido, 2007).

Assim, a construção de uma relação de cooperação efetiva entre o enfermeiro supervisor e o supervisionado é afetada por inúmeros fatores sendo fundamental que o primeiro esteja consciencializado do seu papel, tenha conhecimentos na área da supervisão e se sinta envolvido e valorizado neste processo.

Pensamos ser de grande utilidade para a otimização da relação Mentorship/aluno, compreender quais os sentimentos vivenciados pelos alunos durante o ensino clínico e de que forma esses sentimentos os afetam.

O ensino clínico é o momento que permite ao aluno contactar diretamente com a realidade que é ser enfermeiro, bem como integrar na prática os conhecimentos adquiridos na escola.

Por este motivo, o ensino clínico é sempre um momento causador de stress para o aluno levando ao aparecimento de dúvidas. Deparamo-nos com angústia dos alunos que se questionam, após o primeiro contacto com a realidade, acerca da sua vontade para continuar o percurso iniciado, ou seja, se

realmente querem ser enfermeiros. Por vezes, estas incertezas derivam do facto dos alunos se sentirem com recursos insuficientes, para efetuar o percurso a que se propuseram, bem como de sentimentos vivenciados durante o próprio ensino clínico.

Martins (2009), no seu estudo categorizou os sentimentos experienciados pelos alunos em ensino clínico em: prazer/desprazer, motivação/desmotivação, agrado/deceção, capacidade/incapacidade de articular teoria e prática, stress, segurança/insegurança, sofrimento, certeza/incerteza, sentir-se à vontade. Destes, aqueles a que os alunos mais se referem são prazer/desprazer e capacidade/incapacidade de articular teórica e prática, sendo o último atribuído essencialmente à má preparação teórico-prática para o ensino clínico.

Associado ao sofrimento foram identificados alguns indicadores, como: descontrole, cansaço, sensação de inferioridade, preocupação com entrega de trabalhos, transposição de situações para a vida pessoal.

A relação supervisiva, como processo de mediação entre experiências de trabalho e as aprendizagens significativas prévias é preponderante e influenciará todo o processo de desenvolvimento pessoal e profissional das futuras gerações de enfermeiros. A mediação feita pelo Mentorship das experiências vividas pelos alunos no contexto clínico, ajuda a contextualizá-las e a relacioná-las com os conceitos teóricos apreendidos anteriormente (Abreu, 2007).

Os benefícios da supervisão não são exclusivos do supervisionado, também o supervisor colhe frutos do processo supervisivo, pois igualmente ele aprende com o supervisionado, que sendo diferente

de todos os outros, o obriga a reformular estratégias, a ter uma nova perspectiva das situações e a reconstruir conceitos teóricos e práticos adquiridos. Deste modo o supervisor também se desenvolve " pois a supervisão pode constituir-se como uma dupla mediação entre conhecimento e o formando, num processo facilitador do desenvolvimento dos participantes através da reconstrução continuada dos saberes pessoais e profissionais" (Sá - Chaves, 2000, p.193).

3. CONTEXTO CLÍNICO: COMUNIDADE

Na formação em enfermagem é indispensável a existência de uma formação prática (ensino clínico), vulgarmente designada de estágio, associada a formação teórica, pois o desenvolvimento de competências não compete só à escola mas também às instituições de saúde.

São diversos os contextos da prática clínica e os atores intervenientes (utentes, profissionais, alunos e familiares). Será abordada a comunidade como o contexto clínico de onde o Mentorship supervisiona a prática clínica do aluno.

Entende-se por comunidade o conjunto social estabelecido por limites geográficos, valores e interesses comuns. Os seus membros conhecem-se e relacionam-se uns com os outros. Funciona dentro de uma estrutura social particular que exhibe e cria normas, valores e instituições sociais (Stanhope e Lancaster, 1999).

O enfermeiro na comunidade adquire competências para participar na avaliação multi-causal e nos processos de tomada de decisão dos principais problemas de saúde intervindo na capacitação das comunidades

e no exercício da cidadania. Deste modo intervém em múltiplos contextos como por exemplo: Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC), Unidades de Saúde Familiar (USF), Unidades de Saúde Pública (USP) e as Unidades de Cuidados da Saúde Personalizados (UCSP); assegurando o acesso a cuidados de saúde eficazes, integrados, continuados e ajustados, nomeadamente a grupos sociais com necessidades específicas, decorrentes de contextos marcados por condições economicamente desfavoráveis ou por diferenças étnicas, linguística e culturais.

Por tudo o que foi referido a comunidade constitui-se como um mundo novo a ser explorado pelo aluno de enfermagem e caracteriza-se por ser complexo e intrincado. Perceber e lidar com esta realidade não é tarefa fácil para os alunos que iniciam o ensino clínico. Sendo assim é de extrema importância a relação entre o Mentorship e o aluno como já referimos anteriormente e a reflexão conjunta sobre os aspectos relacionado com o contexto clínico, a qual resultará numa melhor compreensão do mesmo pelo aluno, diminuindo os seus receios perante o imprevisto.

De acordo com Abreu (2007), é no espaço e no tempo que decorrem as aprendizagens clínicas que os alunos tornam inteligível a realidade social da profissão. A mediação feita pelo Mentorship das experiências vividas pelos alunos no contexto clínico, ajuda a contextualizá-las e a relacioná-las com os conceitos teóricos apreendidos anteriormente, bem como os conceitos filosóficos e éticos que estão na génese da profissão. Segundo o mesmo autor é no primeiro contato com a profissão, com as

culturas profissionais e com as identidades coletivas que o aluno inicia as suas interações e começa a construir representações que lhe permitem perceber o significado do trabalho. A aprendizagem em contexto clínico é um espaço insubstituível de transformação de conhecimento e de aquisição de saberes práticos e processuais. A aprendizagem em contexto clínico é mediada por fatores cognitivos, culturais, situacionais, psicológicos e mesmo biológicos, que implica mudanças a nível do comportamento observável, autoconhecimento e definição de uma estratégia pessoal de processar a informação (Abreu, 2003).

Em contexto clínico é na relação com os doentes que os alunos alimentam os seus maiores receios. O contexto clínico apresenta-se como um "meio complexo, muitas vezes agressivo ao olhar, ao olfato, ao sentir, que solicita ao aluno um agir que não interfira com o bem-estar do utente e não o coloque em perigo (Almeida, 2006, p.95).

A articulação entre escolas e as instituições de saúde é uma necessidade desde de sempre sentida na formação em enfermagem mas com maior acutilância nos dias de hoje. O contexto clínico é uma sala de aula clínica (Massarweh, 1999 cit. por Abreu 2007).

A interação entre teoria/prática, escola/ contexto clínico não está livre de alguns problemas e dificuldades, a referir e de acordo com Abreu (2011) complexidades: técnico-científicas; emocionais; poderes; formativas; económico-financeiras; organizativas e da prática e segurança dos cuidados. No nosso entender é necessária a análise recíproca das competências adquiridas nos diferentes contextos de formação, sensibilizando os diferentes intervenientes para os seus papéis

complementares.

A produção de competências não cabe só á escola mas também ao contexto da prática clínica. A supervisão de alunos em ensino clínico não pode ser apenas função do docente mas também dos enfermeiros que estão na prática clínica. É necessária, pois a colaboração/articulação entre os dois locais de formação de modo a que a teoria tenha repercussões na prática e a prática influencie e actualize o processo de ensino/aprendizagem.

CONCLUSÃO

Reconhecemos que a supervisão clínica em enfermagem, em particular na comunidade, desempenha hoje uma função muito importante no desenvolvimento pessoal e profissional dos alunos de enfermagem. Esta função tem vindo a consolidar-se e a diferenciar-se, graças aos supervisores em contexto real e ao esforço que têm feito em aprofundar conhecimentos na área e a desenvolverem competências supervisivas, através da adoção de estratégias que favorecem a relação Mentorship/aluno e consequentemente o processo ensino/aprendizagem em parceria com a escola, em contexto clínico complexo como a comunidade.

No entanto ainda existe um longo percurso a percorrer, e só através do entrosamento dos contributos supervisivos de todos os intervenientes em ensino clínico, poderemos ter cada vez mais sucesso na formação dos futuros profissionais de enfermagem.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABREU, W. & CALVÁRIO, T., - Learning in Clinical Settings: The Perspective Supervisão, Qualidade e Ensinos Clínicos: Que parcerias para a Excelência em Saúde. Coimbra: Formasau, 2003.
- ABREU, Wilson Correia – Apontamentos fielmente cedidos nas aulas teóricas. ESEP: Porto, 2011.
- ABREU, Wilson Correia – Formação e aprendizagem em contexto clínico. Fundamentos, teorias e considerações didáticas. Coimbra: Formasau, 2007.
- ABREU, Wilson Correia. - Supervisão, Qualidade e Ensinos Clínicos: Que parcerias para a Excelência em Saúde. Coimbra: Formasau, 2003.
- ALARCÃO, Isabel ; TAVARES, J. - Supervisão da Prática Pedagógica: Uma Perspectiva de Desenvolvimento e Aprendizagem. 2ª ed. Coimbra: Almedina, 2003.
- ALMEIDA, Teresa Maria Reis Teixeira – Contributo da Supervisão na Gestão do Stress dos Alunos em Ensino Clínico. Aveiro, 2006. Tese de Mestrado.
- BELL, C., - Managers as Mentors: Building Permanent Partnerships for Learning. Berrett-Koehler Publishers, Inc. San Francisco. 1996.
- BOTTI, S.; REGO, S. – Preceptor, Supervisor, Tutor e Mentorship: Quais são Seus Papéis?. Revista Brasileira de Educação Médica. Vol. 32, nº 3 (2008), p. 363-373.
- CAMERON-JONES, M. & O'HARA, P. – Student perceptions of the Way that are Supervised during the work Experience. Assessment & Evaluation in the Higher Education. (1999), p. 91-103.
- CLEMENTS, P., MUGAVIN, M. & CAPITANO, C. – Mentors in Forensic Nursing Research: Promoting the Next Generation of Forensic Nurse Scientists. Journal of Forensic Nursing. (2005), p. 129-132.
- CUNHA, M. [et al.] - Atitudes do enfermeiro em contexto de ensino clínico: uma revisão da literatura. RE. [Em linha] Nº 38 (Junho, 2010), p. 271-282. [Consult. 22 Dez. 2011]. Disponível em WWW:<URL:http://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/308/1/Atitudes%20do%20enfermeiro%20em%20contexto%20de%20ensino%20cl%C3%ADnico%20uma%20revis%C3%A3o%20da%20literatura.pdf>. ISSN: 1647-662X.
- FARIA, S. – Características de Um Bom Supervisor Clínico. In Supervisão Clínica na Enfermagem, no caminho da excelência. [Em linha] (2010). [Consult. 4 Jan. 2011]. Disponível em WWW:<URL: http://supervisaoclinicanaenfermagem.wikidot.com /caracteristicas-de-um-bom-supervisor-clinico>.
- INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES – Classificação Internacional para a Prática da Enfermagem Cipe: versão 2.0. Geneva: ICN, 2010 – ISBN: 978-92-95094-35-2.
- MARTINS, Cláudia. – Competências desejáveis dos supervisores de ensino clínico: representações de alunos de enfermagem. Lisboa, 2009. Dissertação de Mestrado em Ciências de Educação.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS - Modelo de Desenvolvimento Profissional. [Em linha]. (Outubro, 2007) [Consult. 18 Jan. 2011]. Disponível em WWW:<URL:http://www.ordemenfermeiros.pt/documentosoficiais/Documents/MDP_revista.pdf>.
- PIRES, Regina. [et al.] – Supervisão Clínica de alunos de Enfermagem. Revista Sinais Vitais. [Em linha] Nº 54 (Maio, 2004). [Consult. 22 Dez. 2011]. Disponível em WWW:<URL:http://www.sinaisvitais.pt/index.php?option=com_content&task=view&id=252&Itemid=78&limit=1&limitstart=4>.
- SÁ-CHAVES, I., – Formação, Conhecimento e Supervisão: Contributos nas Áreas da Formação de Professores e de outros Profissionais. Universidade de Aveiro: Aveiro.2000.
- SIMÕES, J.; ALARCÃO, I.; COSTA, N. – Supervisão em Ensino Clínico de Enfermagem: a perspectiva dos Enfermeiros Cooperantes. Revista Referência. [Em linha] IIª Série, nº 6 (2008), p. 91-108. [Consult. 17 Dez. 2011]. Disponível em WWW:<URL:http://www.index-f.com/referencia/2008pdf/0691108.pdf>.
- SIMÕES, João F.F.L. ; GARRIDO, António, F. S.; – Finalidades das Estratégias de Supervisão Utilizadas em Ensino Clínico de Enfermagem. Revista Texto & Contexto -Enfermagem [Em Linha], Vol.16 , Nº 4 (Oct./Dec.2007), p. 599-608. [Consult. 4 Jan. 2012]. Disponível na Internet:<URL: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sciarttext&pid

=S0104-07072007000400003>. ISSN: 0104-0707.

SOARES, C. – Supervisão e formação profissional: um estudo em contexto de trabalho. Aveiro, 2004. Dissertação de Mestrado em Supervisão apresentada à Universidade de Aveiro sob a orientação do Professor Doutor Wilson Correia de Abreu.

STANHOPE, Marcia; LANCASTER, Jeanette – Enfermagem Comunitária – Promoção da Saúde de Grupos, Famílias e Indivíduos. 4ª ed. Lusociência. Lisboa.1999. Cap.33.

CUIDADOS DOMICILIÁRIOS: INVASÃO DA PRIVACIDADE



ANA FILOMENA SILVA DE FREITAS

Enfermeira no Serviço de Cardiologia do Centro Hospitalar do Porto- Hospital de Santo António; Mestre em Enfermagem Comunitária, Curso de Pós Graduação em Enfermagem Avançada e Curso de Pós Graduação em Cuidados Continuados Integrados; Licenciada em Enfermagem; ana.filomena.freitas@gmail.com

RESUMO

Este artigo tem por objetivo a reflexão e análise sobre os cuidados domiciliares: invasão da privacidade. Os Cuidados Domiciliários são cuidados prestados de forma continuada orientados para a resolução dos problemas de saúde das pessoas e cuja complexidade não requer a sua institucionalização mas que, pela sua situação de dependência global, transitória ou crónica as impede de se deslocarem ao centro de saúde (Ministério da Saúde, 2007). Para Pupulim e Sawada (2002, p.435) "a privacidade é uma necessidade e um direito de todo o ser humano, sendo indispensável para a manutenção da sua individualidade".

Palavras-Chave: Cuidados Domiciliários, Enfermagem Comunitária

ANA FILOMENA SILVA DE FREITAS

Enfermeira no Serviço de Urgência do Centro Hospitalar do Porto- Hospital de Santo António; Enfermeira Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, Curso de Especialização em Saúde Pública e Curso de Pós-Graduação em Enfermagem Avançada

ABSTRACT

This article aims at reflection and analysis on home care: invasion of privacy. Home Care is a care provided on a continuous basis, aimed at solving people's health problems and whose complexity does not require their institutionalization but which, because of their global, transitory or chronic dependence, prevents them from going to the health center (Ministry of Health, 2007). For Pupulim and Sawada (2002, p.435) "privacy is a necessity and a right of every human being, indispensable to the maintenance of his individuality."

Keywords Home Care, Community Nursing

1. CUIDADOS DOMICILIÁRIOS

A prestação de cuidados no domicílio é uma atividade de longa data, indispensável, que tem sido aperfeiçoada nos últimos anos com o objetivo de assegurar respostas às necessidades dos indivíduos assim como da sua família. Intrínseco ao conceito de cuidados domiciliários estão os conceitos de cuidar em enfermagem e domicílio que importa esclarecer. De acordo com Collière (1999, p.235) "cuidar é um ato individual que prestamos a nós próprios, desde que adquirimos autonomia mas é, igualmente, um ato de reciprocidade que somos levados a prestar a toda a pessoa que temporária ou definitivamente, tem necessidade de ajuda para assumir necessidades vitais". Cuidar em enfermagem "dirige-se especificamente à protecção da saúde e bem-estar dos utentes na comunidade" (Stanhope e Lancaster, 2005, p. 107). Segundo os mesmos autores, o cuidar em enfermagem é um comportamento que indica um compromisso face à protecção da dignidade e preservação da saúde humana.

Previamente à conceptualização de cuidados domiciliários importa para uma melhor compreensão do mesmo fazer uma breve resenha histórica. Os cuidados de saúde domiciliários surgiram nos finais do século XVII, nas visitas realizadas a doentes indigentes por parte de membros de ordens religiosas (Rici, 2001). Para Collière (2001) as primeiras ofertas dos cuidados no domicílio viriam das ordens religiosas de mulheres, com a finalidade de prestar auxílio aos doentes das famílias pobres e deserdados, preparando-os para uma boa morte e também educando as meninas do povo.

Durante algum tempo os cuidados domiciliários eram habitualmente prestados

por religiosas "irmãs de caridade", às quais não era reconhecido um domínio específico do conhecimento, até porque, de acordo com Collière (1999), são elas de facto as grandes prestadoras de cuidados ao domicílio até ao aparecimento das primeiras enfermeiras liberais nos anos 50. As enfermeiras viriam a ser influenciadas pela Escola de Florence Nightingale, prestando cuidados de enfermagem com competência e capacidades desenvolvidas. As descobertas do fim do século XIX, no domínio da física e da química, permitiram proceder à aplicação desses conhecimentos, modificando totalmente a conceção de cuidados (Ibidem, 1999).

Segundo Martins (1995), citado por Morais (2001), em Portugal a atividade de enfermagem no domicílio tem também alguma tradição, sobretudo nas parteiras que prestavam assistência ao parto no domicílio e seguiam puérperas. Efetivamente, os cuidados domiciliários na nossa sociedade não podem apenas ser definidos como cuidados em casa (Stanhope e Lancaster, 1999). Para estes autores, este tipo de cuidados, são a componente de um continuado cuidado de saúde global em que os serviços de saúde são prestados aos indivíduos e famílias nos seus locais de residência com a finalidade de promover, manter ou recuperar a saúde, ou de maximizar os níveis de independência enquanto se minimiza os efeitos de deficiência e doença incluindo a doença terminal.

Para Garcia (1997, p.27), os cuidados domiciliários podem ser definidos como "um conjunto de atividades que resultam de uma planificação prévia, desenvolvida pelos profissionais que integram a equipa

multidisciplinar de cuidado de saúde, incluindo a promoção, proteção, tratamento e reabilitação, com a responsabilidade do utente e da sua família em colaboração com os profissionais de saúde, no domicílio dos utentes que, devido ao seu estado de saúde ou outros critérios previamente estabelecidos pela equipa não possam deslocar-se ao centro de saúde”.

O Ministério da Saúde (2007) a este respeito refere que cuidados domiciliários são cuidados prestados de forma continuada, orientados para a resolução dos problemas de saúde das pessoas e cuja complexidade não requer a sua institucionalização mas que, pela sua situação de dependência global, transitória ou crónica as impede de se deslocarem ao centro de saúde. A continuidade dos cuidados é fundamental ao utente, família e comunidade, sendo um desafio multifactorial acrescido de grande complexidade.

Em função das alterações que a sociedade portuguesa sofreu e está a sofrer, os cuidados domiciliários surgem como “um modelo para o desenvolvimento de mudanças sociais e no sistema de saúde” (Lacerda, et al., 2006, p.89).

Para Duarte e Diogo (2000) citados por Lacerda et al. (2006) dentre estas alterações alistam: a transição demográfica, que demonstra um envelhecimento populacional cada vez mais acentuado; a mudança no perfil epidemiológico da população. No qual se evidencia um aumento das doenças crónicas - não transmissíveis; o desenvolvimento de equipamentos tecnológicos, que têm possibilitado maior taxa de sobre vida das pessoas como por exemplo a hemodiálise; o aumento da procura de cuidados de saúde; o interesse dos profissionais de saúde em

novas áreas de atuação; a exigência por maior privacidade, individualização e humanização da assistência à saúde e a necessidade de uma maior proximidade e integração da equipa de saúde com o utente, família em contexto domiciliário.

Melies (1997, Cit. por Lacerda, 2006) sugere que o cuidado domiciliário “home care”, seja visto como um conceito relacionado ao fenómeno de “home care”, que pode ser entendido como as atividades que representam o todo das atividades de cuidado, desde as de prevenção primária até aos cuidados paliativos para o fim da vida.

Zurro e Perez (1994, Cit. por Lacerda, 2006) referem a assistência no domicílio como uma alternativa mais eficaz e eficiente de assistência do que a hospitalar em determinadas situações. Embora haja lacunas tanto na planificação, como na quantidade de recursos destinados ao apoio domiciliário. Para os mesmos autores, os cuidados domiciliários são prestados a indivíduos com um qualquer tipo de doença, independentemente do grupo etário, no entanto as prioridades dirigem-se aos grupos da população mais vulneráveis e necessitados, que têm de apresentar uma série de características comuns, como a idade avançada, doenças crónicas evolutivas, dependência física ou psíquica ou situações terminais.

Os cuidados domiciliários e partilhando da opinião dos autores supracitados, em muitas situações são uma alternativa á institucionalização em unidades de saúde, podendo reduzir o esforço do doente e da sua família em relação a deslocações, gastos com a mesma e hospitalização assim como a exposição a infeções nosocomiais.

Importa enquanto enfermeiros prestadores de cuidados domiciliários ter presente os objetivos dos mesmos.

Para Bordas et al. (1992, p. 26) existem dois tipos de objetivos, gerais e específicos:

Objetivos gerais: “Ajudar o indivíduo e a família a alcançar um maior nível de saúde e bem-estar, ou a controlar e aceitar a sua situação e conseguir maior independência, potenciando ao máximo as suas capacidades de autocuidado: Aumentar o nível de educação sanitária do indivíduo, da família e da comunidade; Conhecer o meio familiar, instruir na prevenção das doenças, realizar ações de proteção da saúde e participar na recuperação e na reabilitação dos utentes; Coordenar com os outros níveis de assistência sanitária (nível hospitalar, hospitalização ou domicílio) ”.

Relativamente aos objetivos específicos: “Abranger a máxima quantidade de utentes que precisam de controle de saúde e não podem deslocar-se ao centro de saúde; Controlar e seguir os utentes identificados, tratando ou prevenindo as complicações por doença crónica ou aguda; Aquisição por parte do membros da família de conhecimentos e habilidades sobre: laboração de uma dieta adequada; melhoria do nível de higiene do utente acamado, incluindo massagens, mudanças de posição, mobilização adequada com a finalidade de manter uma boa tonicidade muscular e flexibilidade articular. Nos utentes que deambulam, promover a atividade física (passeio, posturas adequadas); técnicas de autocuidado, tanto o utente como a sua família devem adquirir o máximo grau de independência e responsabilidade na manutenção e recuperação da saúde (...).”
No que se refere aos cuidados domiciliários a

ética envolve muito mais do que legislações e normas que permeiam o cuidar em contexto domiciliário. Exige reflexão por parte do enfermeiro, na tomada de decisões tendo em consideração os princípios éticos que norteiam os cuidados domiciliários.

1.1. RESPONSABILIDADE ÉTICA E DEONTOLÓGICA

Habitados a uma abordagem centrada nos deveres dos enfermeiros, verificamos que sempre que foram definidos ou enumerados deveres dos profissionais, eles decorriam da responsabilidade assumida, por esses profissionais, perante a sociedade e do que deles era esperado também nas organizações (OE, 2002). Pensar na Enfermagem em termos de deveres reporta a uma deontologia, em termos de Código, com força de documento legal (Ibidem).

Os princípios da ética profissional materializam-se sob a forma de compromisso, de onde decorrem obrigações e deveres. Os enfermeiros assumiram o compromisso de prestar cuidado às pessoas, ao longo do ciclo vital, na saúde, incapacidade e morte e aqui se encontra a ética da promessa e a responsabilidade de cumprir o prometido (Ibidem). Os enfermeiros atribuíram a si mesmos uma série de deveres – e esta é uma das mais elevadas expressões de autonomia e auto regulação: atribuir os seus próprios deveres. O corolário dessa expressão, na realidade portuguesa, é o Código Deontológico do Enfermeiro (CDE, 1998).

As alterações na saúde que hoje se preveem precisam de uma reflexão sustentada. O apelo às questões éticas extravasa o contexto individual, no sentido do reconhecimento dos princípios e valores profissionais.

O enunciado dos deveres para com a profissão clarifica a consciência de que a ação de cada enfermeiro repercute-se em toda a profissão, no sentido de que a fidelidade ao compromisso da profissão repousa sobre os ombros dos profissionais individuais. Afirma-se, no preâmbulo do Estatuto, que a criação da Ordem dos Enfermeiros responde a um imperativo da sociedade portuguesa de ver instituída uma associação profissional de direito público, que, em Portugal, promova a regulamentação e disciplina da prática dos enfermeiros, em termos de assegurar o cumprimento das normas deontológicas que devem orientar a profissão, garantindo a prossecução do inerente interesse público e a dignidade do exercício da enfermagem (art.90º, do CDE).

1.2. PRINCÍPIOS ÉTICOS NORTEADORES DOS CUIDADOS DOMICILIÁRIOS

Os princípios éticos fundamentam as tomadas de decisões morais e são apresentados segundo a importância e a justificabilidade. Apesar de alicerçarem as tomadas de decisão e cada princípio ético ter sempre o seu valor moral, não possuem um carácter absoluto, ou seja podem em situações de conflito um princípio sobrepor-se a outro princípio. (Stanhope e Lancaster, 1999)

Os princípios éticos são: princípio da autonomia, o princípio da beneficência, o princípio não maleficência e o princípio da justiça (Beauchamp e Childress, 2002).

A autonomia deriva do grego "auto" (próprio) e "nomos" (lei, regra, norma), é a condição de ser o "autor da sua própria lei", a capacidade da Pessoa em orientar-se a si mesmo, de se assumir com as suas características enquanto agente social, fundamentando-

se nelas para se transformar na Pessoa que é. Assim, a autonomia constitui a base da responsabilidade ética (Queirós, 2001).

O princípio da autonomia representa o exercício da liberdade da pessoa, a escolha da pessoa, a Pessoa só pode ser autónoma se for capaz de escolher e agir em função dos seus planos. (Stanhope e Lancaster, 1999). Agir de forma autónoma corresponde ao agir com intencionalidade, compreensão e inexistência de influências (Queirós, 2001). Segundo Fry (2004, Cit.por Stanhope e Lancaster, 1999) O respeito da pessoa como ser autónomo é reconhecer os seus direitos pessoais de optar perante as escolhas e agir sobre isso.

Na prática clínica os enfermeiros comunitários para respeitarem o princípio da autonomia tem de promover comportamentos autónomos por parte dos doentes, e tal só é possível se estes estiverem informados de forma conveniente, ou seja os profissionais de saúde tem de garantir que a informação fornecida aos doentes foi explícita e permitiu uma correta compreensão da informação. Só assim é que a Pessoa pode tomar decisões de forma livre e autónoma (Queirós, 2001).

Assim, na saúde comunitária o princípio da autonomia passa pelo respeito pelas pessoas, pela proteção da privacidade, pela obtenção do consentimento informado, pela liberdade de escolha e a proteção da autonomia quando esta está diminuída. (Stanhope e Lancaster, 1999)

O respeito pela pessoa, passa pelo respeito de ser a pessoa a determinar o seu próprio plano de vida, os enfermeiros comunitários devem respeitar as escolhas dos doentes, respeitando as suas ações desde que essas não tenham implicações para si próprio ou

para os outros. A proteção da privacidade diz respeito a privacidade da informação pessoal do doente, que deve ser respeitada, quando necessária a utilização de informação o doente tem de ser informado antes da sua informação pessoal ser divulgada. A obtenção do consentimento informado deve assentar em três pontos fundamentais, deve ser um consentimento informado, compreensível e livre, para que a Pessoa através deste possa exercer a sua livre escolha. Capron (1978, Cit. por Stanhope e Lancaster, 1999) afirma que a liberdade individual de escolha está relacionada com a autodeterminação que engloba o respeito de uma decisão de recusar um tratamento, fatores que o enfermeiro tem de incluir na liberdade individual da pessoa são o perigo potencial para a pessoa e para os outros, as consequências da recusa e os valores da comunidade. Desde que a pessoa seja considerada competente para a tomada de uma decisão deste tipo, os enfermeiros não puderam violar esta decisão, a luz do princípio da autonomia. (Ibidem).

A proteção à autonomia diminuída, refere-se as pessoas incapazes de exercerem escolhas de forma autónoma, ou seja pessoas com incapacidades físicas ou psicológicas. Nestes casos há que intervir no sentido de proteger as pessoas devido a sua incapacidade, remetendo-nos para o princípio da beneficência que abordaremos em seguida. (Ibidem)

O princípio da beneficência consiste na promoção do bem, evitar e eliminar o mal; e na ponderação dos benefícios e danos na sua proporcionalidade. Implica ainda a noção de obrigação moral e legal, remete também para as obrigações gerais que são comuns a todas as pessoas e para as obrigações

específicas de alguns grupos profissionais, nomeadamente na área da saúde (Queirós, 2001).

O enfermeiro tem o dever moral e legal de beneficiar o doente com as intervenções, visto que a necessidade de cuidados de saúde é a base da relação terapêutica, no entanto a articulação do princípio da beneficência esta sujeito a implicações, o enfermeiro tem a obrigação de fazer o bem ao doente quando se reúnam as seguintes condições: a pessoa encontra-se em situação de perigo ou dano importante; a atuação do enfermeiro é necessária para evitar ou remediar tal perda; essa atuação não representa um risco para o enfermeiro; o benefício recebido pela ação do enfermeiro supera os danos que podem ocorrer no doente devido a essa intervenção. (Stanhope e Lancaster, 1999)

O enfermeiro comunitário no exercício da sua prática deve ter sempre em conta os princípios éticos, e atender a cada princípio em cada caso, apesar de como se pode constatar todos os princípios irem ao encontro do princípio da autonomia.

1.4. ÉTICA RELACIONAL NOS CUIDADOS DOMICILIÁRIOS

A enfermagem é uma profissão ético – moral, que ao longo dos tempos tem vindo a evoluir e a sofrer mudanças no seu significado e na sua estrutura, decorrentes dos modelos de enfermagem que foram destacando a autonomia da profissão e o conceito de cuidar, como conceito central da Enfermagem. O cuidar assenta na construção de uma relação terapêutica fundamentada na proteção da dignidade da pessoa/ doente. Nas decisões clínicas os enfermeiros guiam-se pelos princípios éticos e pelas noções do

que é correto, possuem um comportamento ético (Queirós, 2001).

Cuidar do outro, estabelecendo uma relação terapêutica é visto como uma diminuição da vulnerabilidade, ou seja consiste na promoção da dignidade da pessoa. Os enfermeiros comunitários constroem uma ética relacional, no estabelecimento das relações terapêuticas, que assentam no respeito e na confiança. Bergun (1998, Cit. por Queirós, 2001) afirma que a relação ética está na ação, na relação entre os profissionais, doentes e família, visto que todos estes são sujeitos ativos na relação, ou seja todos intervêm na relação.

A experiência humana é uma experiência partilhada na ética relacional, ou seja todos os intervenientes na relação tem um papel ativo na mesma, pois só assim somos verdadeiramente humanos, porque somos seres em relação. Além disso, para que se possa desenvolver uma ética relacional o enfermeiro tem de construir uma dinâmica interdisciplinar que assente na compreensão de significados ético moral e em compromissos ético - deontológicos (Queirós, 2001).

O enfermeiro quando realiza uma intervenção de enfermagem, não se centra só na execução da técnica dessa intervenção, mas também na relação terapêutica que estabelece, ou seja comunica com o doente mostrando respeito, demonstrando a forma como construímos a relação uns com os outros. Sorensen e Luckmann (1998, p. 494) afirmam que "a enfermagem no domicílio é de âmbito global, isto é, centrada holisticamente, tanto no indivíduo que requer o cuidado, como na família ou no sistema de suporte". Segundo Paskulim e Dias (2002 cit. por Lacerda, 2006),

os cuidados domiciliares propiciam um contacto mais estreito entre enfermeiros, utente e família no seu próprio meio, sendo um momento ideal para avaliar as condições envolventes, com grande importância para o sucesso do acompanhamento. Os cuidados domiciliários são uma realidade actual emergente face á actual situação socioeconómica do país e envolve vários sujeitos que estabelecem uma rede de relações entre si, a relação terapêutica não envolve só o doente, mas também a família e o meio envolvente.

A relação que o enfermeiro estabelece terá de envolver a família, permitindo assim á família um espaço de partilha de dúvidas, construindo uma relação de proximidade que possibilitará ao utente e família adquirir maior segurança e direcionar as suas tomadas de decisões.

2. PROBLEMAS ÉTICOS DO CUIDAR EM CONTEXTO DOMICILIÁRIO

Um problema ético é uma situação em que a contrariedade de escolha da opção a realizar é por distintas razões, difícil. (Queirós, 2001). A mesma autora citando Alfaro-Lefevre (1996) considera que um problema ético-moral envolve uma situação em que existem duas ou mais escolhas disponíveis, mas nenhuma delas parece aceitável, sendo necessário escolher a melhor de todas.

A identificação dos problemas éticos inerentes ao tema, a reflexão e análise sobre os mesmos muitas vezes em períodos de tempo limitado e em situações de interdisciplinaridade nem sempre identificadas adequadamente, requer do enfermeiro competência para confrontar os valores humanos universais face aos valores dos protagonistas da situação concreta,

contribuindo para a tomada de decisão inerente a todo o processo de cuidar, à luz da dimensão ética, deontológica e jurídica em enfermagem. A análise das situações tem por base uma tripla perspetiva – ética, deontológica e jurídica (OE, 2002).

De acordo com Queirós (2001, p.53), “a competência ética exige que o profissional de enfermagem confronte os valores humanos universais face aos valores dos atores em presença”. Para que as suas decisões sejam adequadas à situação concreta, no sentido da excelência do exercício profissional, o enfermeiro tem de considerar os valores profissionais e os princípios éticos, bem como os deveres prescritos no Código Deontológico e as normas legais aplicáveis.

Partindo destes pressupostos, apresenta-se como questão norteadora: estaremos a invadir a privacidade do utente e família ao prestar cuidados de enfermagem em contexto domiciliário?

As competências crítico reflexivas necessárias para a apreciação das questões éticas constituem-se de forma sintetizada pelos seguintes elementos: “Aprender cada situação nas suas particularidades, o que supõe que sejam conhecidos os aspetos médicos, sociofamiliares, os desejos e as reações do doente e da família face à doença e tratamento; Analisar em que aspetos certos textos legislativos se aplicam; Clarificar os valores pessoais e profissionais e confrontá-los com os dos outros elementos da equipa, implicados na decisão e na ação; a decisão ética é coletiva; Enquadrar as implicações práticas da decisão” (Queirós, 2001, p. 66). Neste sentido, continuamente abordamos as questões éticas relativas à invasão da privacidade.

2.1. INVASÃO DA PRIVACIDADE

Etimologicamente e de acordo com Miguéns (2001) a palavra privacidade deriva da palavra inglesa Privacy e Etas (etais igual a qualidade) ou seja ambiente de recato, sossego, intimidade e seio de família. Para Queirós (2001), o termo privacidade significa vida privada, vida íntima, intimidade.

De acordo com o Dicionário da Língua Portuguesa (2011) invasão significa ação de invadir, irrupção que por sua vez significa ataque, incursão (invasão hostil). O significado da palavra invasão possui em si uma conotação negativa e é enquanto modo de atuar hostil. Neste sentido coloca-se a questão ética exposta anteriormente: estaremos a invadir a privacidade do utente e família ao prestar cuidados de enfermagem em contexto domiciliário?

A invasão da privacidade enquanto questão ética é muito complexa e não pode ser abordada apenas sob a perspetiva de algumas definições. No entanto, o conceito de privacidade enquanto necessidade e direito está relacionado e é influenciado por diversas vertentes como a sua proteção e salvaguarda, a reserva da intimidade e o respeito pelo pudor individual, suscetíveis à influência de determinados fatores como a nudez, a idade, o sexo, a vivência pessoal, educação, etnia, religião e o contexto onde as partes envolvidas interagem. Como explica Queirós (2001 p.100) “do princípio da autonomia deriva o direito dos indivíduos à privacidade”. De acordo com a mesma autora importa salientar que autonomia não significa individualismo, é um princípio “prima facie” e não deve ser convertida em direito absoluto; os seus limites devem ser dados pelo respeito à dignidade e à liberdade

dos outros e da coletividade.

De acordo com Pupulim e Sawada (2002, p.435) "a privacidade é uma necessidade e um direito de todo o ser humano, sendo indispensável para a manutenção da sua individualidade". Tanto legalmente como eticamente a privacidade refere-se aos direitos de intimidade assim como ao limite de acesso de terceiros ao corpo e mente de alguém, quer através do contacto físico da revelação de pensamentos ou sentimentos Winslade, 1995 Cit. por Loch, 2007).

A intimidade está definida como sendo uma área exclusiva e reservada dos pensamentos, afetos ou assuntos privados de um indivíduo, família ou grupo (Espuela et al., 2010, p.2). Para Bolander (1998, p.533) "(...) todos temos um território individual (uma zona privada ou "bolha" á volta do nosso corpo, que sentimos como uma extensão de nós e nos pertence. (...) transportamos sempre este território conosco, para onde quer que nos deslocemos. Exceto a um número muito selecionado de pessoas, ás quais permitimos que entrem neste território em qualquer altura, temos tendência para nos sentir desconfortáveis se outras pessoas invadem esse espaço".

Enquanto enfermeiros e no exercício das nossas funções fazemos parte desse número muito selecionado de pessoas às quais é permitido entrarem no território individual ou somos invasores desse território?

Cuidar em contexto domiciliário requer uma aproximação da pessoa e da sua família, confinadas no seu território. Neste sentido, pode-se dizer que o cuidado exige condições de intimidade e privacidade que devem ser protegidas pelo enfermeiro (Rodriguez et al., 2005). O enfermeiro embasado no artigo 86.º

do CDE (1998, p.1755) assume o dever de:

- a) Respeitar a intimidade da pessoa e protege-la de ingerência na sua vida privada e da sua família.
- b) Salvar, no exercício das suas funções e na supervisão que delega, a privacidade e intimidade da pessoa.

No contexto da saúde a privacidade está diretamente vinculada na relação entre enfermeiro enquanto profissional de saúde, utente e família, e deve ser facilitadora do diálogo e da confiança mútua entre todas as partes, necessários ao desenvolvimento do exercício profissional (Queirós, 2001).

A competência relacional do enfermeiro, assume fulcral importância como foco da nossa atenção. A garantia da privacidade de uma pessoa requer o respeito pela confidencialidade das informações geradas na relação enfermeiro/utente (Ibidem, 2001). Stanhope e Lancaster (1999) apontam algumas vantagens da prestação de cuidados domiciliários: a convivência do utente; o controlo do utente sobre o meio; capacidade de individualizar serviços e de proporcionar um ambiente de menor tensão para a exposição de preocupações e de necessidades; e o contacto do enfermeiro com o utente e família no seu meio envolvente.

Outra questão se coloca: que informações podemos partilhar com a família, partindo do direito que esta tem á informação?

O compromisso de lealdade do enfermeiro é para com o utente e é este quem deve decidir quais as informações que podem ser dadas ou não, em pleno uso das suas faculdades mentais. Uma vez estabelecido o compromisso de celebrar qualquer segredo

sobre informações geradas na relação com o utente, o enfermeiro deve resistir a todas as pressões de familiares ou de outras pessoas, para manter a confidencialidade das informações, em todas as formas de comunicação orais ou escritas (Queirós, 2001).

Questionamo-nos quanto á possibilidade de rompimento desse segredo: e se essa informação põe em risco a vida de outras pessoas identificáveis?

Segundo Queirós (2001), a exceção à preservação das informações é denominada, legal e eticamente, de "justa causa". É justificável a quebra do segredo profissional quando a não revelação da informação pode pôr em risco a vida de outras pessoas identificáveis. São situações em que existem conflitos de interesses e de direitos, um deles, como o direito á privacidade é à confidencialidade, deve ser sacrificado em benefício de outro direito como a vida ou a saúde de pessoas identificáveis.

Por tudo o que foi exposto consideramos que os cuidados de enfermagem em contexto domiciliário constituem um desafio enquanto profissionais e enquanto pessoas. É vasta e complexa a teia de situações em que podemos estar envolvidos, sendo diversas as questões éticas que podem emergir. Muito fica por dizer no entanto cada caso é um caso e deve ser analisado como tal.

Enquanto enfermeiros é imprescindível que procuremos enfrentar estes complexos desafios que se colocam tanto a nível profissional, pessoal, social e institucional, cuja dimensão ética extrapole a dominante lógica do dever. Destacamos o cuidar, a responsabilidade face ao outro e a adoção de modos de realizar a profissão dando ênfase

à pessoa que necessita de cuidados sejam eles de natureza preventiva, de promoção da saúde, de manutenção ou de recuperação. Estas questões convidaram-nos para uma contínua reflexão e análise ética, moral jurídica e deontológica.

CONCLUSÃO

Com esta reflexão reconhecemos que enquanto enfermeiros é imprescindível que procuremos enfrentar estes complexos desafios que se colocam tanto a nível profissional, pessoal, social e institucional, cuja dimensão ética extrapola a dominante lógica do dever.

Destacamos o cuidar, a responsabilidade face ao outro e a adoção de modos de realizar a profissão dando ênfase à pessoa que necessita de cuidados sejam eles de natureza preventiva, de promoção da saúde, de manutenção ou de recuperação.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BEAUCHAMP, Tom L ; CHILDRESS, James F., co-aut - Princípios de ética biomédica. São Paulo : Edições Loyola, 2002.
- BOLANDER, V.R. – Enfermagem Fundamental. Lusociência. Lisboa. 1998.
- BORDAS, R. [et al.] – Intervención domiciliaria. Revista Rol de Enfermería. Nº 163 (1992), p. 25-38.
- CANOTILHO, J.; MOREIRA, V. – Constituição da República Portuguesa – Lei do Tribunal Constitucional. Coimbra: Coimbra Editora. 2002.
- COLLIÈRE, Marie-Françoise – Promover a Vida: Da Prática das Mulheres de Virtude aos Cuidados de Enfermagem. Lisboa: Indústrias Gráficas, 1999. p. 76-99.
- DECRETO – LEI nº. 48/90. D.R. I Série-A (90-08-24) [Em Linha]. [Consult. 20 Dez. 2011]. Disponível na Internet:<URL: http://www.ers.pt/legislacao_atualizada/saude-publica-servico-nacional-de-saude/lei-de-bases-da-saude-e-estatuto-do-servico/822864.pdf/view>.
- DECRETO-LEI nº93/98. D.R. I Série-A. (98-04-21), p. 1753-1956.

DICIONÁRIO DE LÍNGUA PORTUGUESA [Em Linha]. [Consult. 6 Jan. 2012]. Disponível na Internet:<URL: <http://www.dicio.com.br/invasao/>>.

ESPUELA [et al.]– La intimidad de los pacientes percibida por los profesionales de enfermería. Revista Nure Investigación, nº46 (Mai/Jun.2010), p. 1-14.

GARCIA, Elisa – Visita Domiciliária: Tratar ou Cuidar?“Servir”. Revista Nursing. Lisboa. Vol. nº 45, nº 1 (Janeiro – Fevereiro, 1997), p. 26-28.

LACERDA, M. [et al.] – Atenção à Saúde no Domicílio: Modalidades que Fundamentam sua prática. Saúde e Sociedade . Nº 2 (Mai. /Agos.2006), p.88-95.

LOCH, A. – Privacidade e confidencialidade em diferentes cenários clínicos: comportamentos e justificativas de um grupo de jovens universitários de Porto Alegre. Tese apresentada à Universidade Federal do rio Grande do sul. [Em Linha]. [Consult. 4 Jan. 2012]. Disponível na Internet:<URL:<http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/12626/000622900.pdf?sequence=1>>.

MIGUÉNS, C. – Intimidade, privacidade. Cadernos da bioética, nº26 (Agost.2001).

NUNES, L.; AMARAL, M.; GONÇALVES, R. ORDEM DOS ENFERMEIROS. – Código Deontológico do Enfermeiro: dos Comentários à Análise de Casos. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. 2002. ISBN 972-99646-0-2.

PUPULIM, L.; SAWADA, O. – O cuidado de Enfermagem e a Invasão da Privacidade do Doente: Uma Questão Ético Moral. Revista Latino-Americana de Enfermagem, 10 (3), p 433-438. 2002.

QUEIRÓS, A. – Ética e Enfermagem. Coimbra: Quarteto. 2001.

RODRIGUEZ [et al.] – La Intimidad Del cCuidado. [Em linha]. (2005) [Consult. 4 Jan. 2012]. Disponível na Internet:<URL:http://www.asociacionbioetica.com/documentos/Intimidad_cuidado.pdf>.

SERRÃO, Daniel; NUNES, Rui – Ética em Cuidados de Saúde. Porto: Porto Editora, 1999. Cap. 10.

SORENSEN; LUCKMANN – Enfermagem Fundamental: Abordagem Psicofisiológica. 1.ª ed. Lisboa: Lusociência, 1998.

STANHOPE, Marcia; LANCASTER, Jeanette – Enfermagem Comunitária – Promoção da Saúde de Grupos, Famílias e Indivíduos. 4ª ed. Lusociência. Lisboa.1999.

OS REGISTOS DE ENFERMAGEM COMO UMA ESTRATEGIA INDISPENSÁVEL PARA ASSEGURAR A CONTINUIDADE DOS CUIDADOS



MARLENE RUTÍLIA SERPA MORAIS RIBEIRO

*Enfermeira Especialista em Saúde Materna e Obstétrica,
Serviço Urgência da Unidade de Saúde da Ilha do Pico.*

RESUMO

O estudo objetivou compreender a importância dos registros de enfermagem como uma estratégia indispensável para assegurar a continuidade dos cuidados. Trata-se de um artigo de opinião / revisão de literatura, sobre os temas "Registros de Enfermagem"; "Comunicação" e "Continuidade dos Cuidados de Enfermagem" utilizando como referência os textos contemporâneos sobre Registros de Enfermagem e Continuidade dos Cuidados de periódicos sobre tais temas, disponíveis nas principais plataformas de bases de dados científicas.

Os resultados da revisão de literatura revelaram que nos atuais contextos de trabalho, os registros de enfermagem independentemente da sua forma de apresentação manual ou informatizada, são a estratégia válida documentada para garantir a continuidade dos cuidados. Os registros de enfermagem são um importante veículo de comunicação que reflete o atendimento e o tratamento prestado, num dado período, e pauteiam a sequência da continuidade da prestação de cuidados, não só pela equipa de enfermagem, mas também pela equipa multidisciplinar.

A enfermagem desempenha um papel importante dentro das organizações de saúde, prestando assistência direta e ininterrupta ao cliente, e os seus registos no plano de cuidados de enfermagem, são documentos ricos de informação, uma ferramenta essencial para assegurar a continuidade dos cuidados, ao mesmo tempo que promovem a comunicabilidade entre os profissionais de saúde, objetivando melhores cuidados e maiores ganhos em saúde.

Descritores: Registros de Enfermagem, Comunicação e Continuidade dos Cuidados de Enfermagem.

INTRODUÇÃO

O exponencial desenvolvimento do conhecimento e da tecnologia na sociedade contemporânea arrasta consigo a necessidade constante de evolução organizacional, com as ferramentas que existem disponíveis, para que dentro das organizações se obtenha o sucesso da garantia de continuidade de cuidados nos serviços. Esta é uma realidade transversal e espelha-se nas instituições de saúde, com repercussões contínuas na prática de todos os colaboradores, da qual não se podem excluir os profissionais de enfermagem.

ABSTRACT

It was our intention with this study to understand the importance of nursing records as an imperative strategy to ensure the continuity of nursing care. It is an opinion article/ a revision of some literature concerning the topics of "Nursing Records", "Communication", and "The Continuity of Nursing Care" using as reference some contemporary texts on Nursing Records and Continuity of Nursing published by some newspapers on such subjects, and other articles which are also available in the main platforms of scientific databases.

The results acquired during the revision of all the researched data, be it manual or digitally treated, have shown that in present working contexts, nursing records are a valid documented strategy to ensure the continuity of nursing care. Nursing records are an important asset of communication, which reflect the attendance and treatment given to patients, during a determined period, allowing the sequential provision of care, not only by the team of nurses but also by the multidisciplinary team.

The nursing service plays a determinant role inside the health institutions, providing direct and continuous assistance to patients, thus their records, as part of the nursing care plan, are precious sources of information, and a fundamental tool to ensure the continuity of care, while allowing the interactive communication among the different sectors within the health system, which in the end will allow the provision of better care as well as better revenues.

Keywords: Nursing Records; Communication; Continuity of Nursing Care.

Relativamente, à área assistencial de enfermagem esta é produtora de uma rica fonte de informação, que por sua vez, pode sofrer mutação constante. Logo, perante a panóplia de casos que desafiam o enfermeiro na sua prática diária de prestação de cuidados, é fácil entender que os seus cuidados de saúde carecem de ser registados. É importante que os enfermeiros, enquanto prestadores de cuidados, enriqueçam os dados dos seus registos no plano de cuidados do cliente adequadamente, de forma que estes visem servir como ferramenta que rentabilize a informação. Assim como, ser

a estratégia que premeia a continuidade dos cuidados ao cliente, objetivando mais ganhos em saúde.

É patente que os registos de enfermagem ocupam um lugar salutar, quando o seu valor e qualidade da informação têm uma relação intrínseca com o timing ou com a oportunidade a que ela sucede. Reitero, a informação não pode ser entendida apenas como um recurso, mas um recurso, por isso, é premente saber usá-la e aprender novas formas de decifrar este recurso que é a comunicação / informação.

O presente artigo de opinião / revisão da literatura escolheu recair sob o tema: Os registos de enfermagem como uma estratégia indispensável para assegurar a continuidade dos cuidados. Pretendo nesta explanação, atingir os seguintes objetivos: descrever, numa breve abordagem inicial, o significado das designações: "registos de enfermagem", "continuidade dos cuidados" e "sistemas de informação", para melhor suporte da estrutura do artigo; posteriormente, objetivo contextualizar a importância dos registos de enfermagem como uma estratégia que patenteia assegurar a continuidade dos cuidados, fazendo a revisão de literatura complementar. É minha aspiração, descortinar o contributo dos registos de enfermagem para a prossecução dos cuidados por toda a equipa pluriprofissional.

Início esta narrativa com a questão que norteou a pesquisa, a designar: "Os registos de enfermagem são uma estratégia indispensável para assegurar a continuidade dos cuidados?"

METODOLOGIA

Trata-se de um mix - artigo de opinião / revisão de literatura, artigo realizado segundo a metodologia crítico-reflexiva através de revisão de literatura, a pesquisa foi efetuada a partir das publicações disponíveis nas principais bases de dados: Google Scholar; EBSCO Host; Medline; Web of Science; CDR e Repositório da Universidade do Porto e Scielo, a recolha de dados foi realizada durante o mês de abril de 2018 e utilizando os descritores: "Registos de Enfermagem"; "Comunicação" e "Continuidade dos Cuidados de Enfermagem", e os operadores ("nursing records"[MeSH Terms] OR ("nursing"[All Fields] AND ("communication"[MeSH Terms] OR "communication"[All Fields])) AND "records"[All Fields]) OR "nursing records"[All Fields]) AND ("continuity of patient care").

Os critérios de seleção foram artigos de caráter público e de livre acesso (disponíveis gratuitamente), incluindo estudos disponíveis na íntegra (com resumos e textos completos), escritos em português ou inglês, referentes ao período de janeiro de 2010 a dezembro de 2017, dirigidos a profissionais de enfermagem, artigos contendo nos seus títulos ou nos seus resumos os descritores supramencionados. A origem dos artigos é: 1 Argentina; 2 Brasil; 2 Portugal; 1 Tailândia e 1 Turquia (num total de sete selecionados). Foram critérios de exclusão, os artigos dirigidos a outros grupos profissionais; artigos que só fazem uma breve descrição dos registos de enfermagem e artigos que após a leitura do texto, não referem conceções teóricas sobre os registos de enfermagem como uma estratégia indispensável à continuidade dos cuidados.

Além dos artigos da revisão de literatura, foi

também usada bibliografia complementar. A revisão sistemática dos estudos científicos, foi realizada durante o mês de abril de 2018. A figura 1 representa o fluxograma da revisão sistemática, das buscas dos estudos primários, que foram a base para a realização desta narrativa.

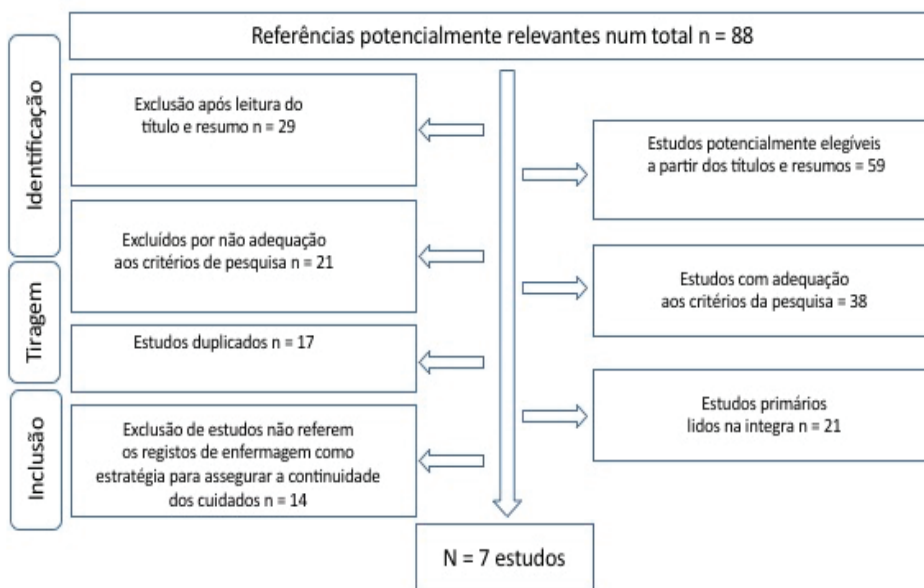


Figura 1 – Fluxo da informação das diferentes fases da revisão, adaptado de Moher et al., 2015. Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

A descrição das evidências encontradas, está representada na tabela seguinte, com uma síntese de cada um dos estudos.

Autor; Ano do estudo; Publicação	Tipo de estudo / Origem do estudo	Título	Objetivo geral do estudo	Principais conclusões
DUTRA, H. [et al.], 2013, Online Brazilian Journal of Nursing	Estudo Quase-Experimental Brasil	<i>Nursing records at a teaching hospital: a quasi-experimental study.</i>	Avaliar os registos de enfermagem de um dado período, para o cumprimento da legislação específica num hospital de ensino.	Os registos de enfermagem representam parte integrante do sistema de informação em instituições de saúde e são considerados uma importante ferramenta de comunicação.
GENCTURK, N. [et al.], 2012, International Journal of Caring Sciences	Estudo Retrospectivo. Turquia	<i>An examination of the nursing of cerebrovascular disease patients in intensive care.</i>	Determinar as necessidades de cuidados de enfermagem de pacientes com doença cerebrovascular aguda na unidade de terapia intensiva e as intervenções de enfermagem providenciadas.	Os registos de enfermagem devem ser organizados e cheios para garantir a continuidade dos cuidados prestados e aumentar a qualidade dos cuidados de enfermagem.
MOTA, L. [et al.], 2012, Revista de Enfermagem Referência	Estudo qualitativo e exploratório. Portugal	<i>Sistemas de Informação de Enfermagem: Exploração da informação partilhada com os médicos.</i>	Identificar e descrever a informação recolhida, processada e documentada pelos enfermeiros que é mais relevante para atividade profissional dos médicos.	A informação de enfermagem assume valor para os médicos independentemente do fluxo de dados, pelo que é fundamental o desenvolvimento de um sistema de informação interoperáveis para garantir a qualidade e continuidade dos cuidados.
MOTA, L. [et al.], 2013, Revista de enfermagem Referência	Estudo Qualitativo. Portugal	<i>Gestão do regime terapêutico – construção do fluxograma de apoio à tomada de decisão: Estudo Qualitativo.</i>	Desenvolver um fluxograma de apoio à decisão clínica de enfermagem no âmbito da gestão do regime terapêutico da pessoa submetida a transplante hepático.	A sistematização da informação de enfermagem num fluxograma permite o melhor reconhecimento das necessidades dos doentes tendo em vista a preparação do regresso a casa e a continuidade e qualidade dos cuidados.

SCHACHNER, M. [et al.], 2016, Nursing Informatics	Estudo Descritivo. Argentina	<i>Computerization of nursing chart according to the nursing process.</i>	Descrever o desenvolvimento e implementação do registo informatizado de enfermagem no Hospital Italiano de Buenos Aires.	Os benefícios associados à informatização dos registos clínicos são conhecidos desde há muito tempo. A evolução da documentação de enfermagem do papel para o formato eletrónico visa melhorar sempre a comunicação, reduzir os erros e facilitar sempre a continuidade dos cuidados.
VALERA, I. [et al.], 2015, Online Brazilian Journal of Nursing	Estudo descritivo e Quantitativo. Brasil	<i>Nursing records in pediatric intensive care units: a descriptive study.</i>	Verificar se os registos de enfermagem nos registos clínicos dos pacientes hospitalizados em terapia intensiva pediátrica correspondem às necessidades de segurança recomendadas na literatura.	A continuidade do atendimento ao paciente no ambiente hospitalar depende da partilha adequada de informações clínicas entre os enfermeiros e outros profissionais de saúde.
WHITTENBURG, L. [et al.], 2014, Nursing informations	Revisão retrospectiva. Tailândia	<i>Electronic nursing documentation: Patient care continuity using the clinical care classification system (CCC).</i>	O projeto pretende criar a próxima geração de planos de cuidados interativos e individualizados para oferecer cuidados de enfermagem mais personalizados e melhor continuidade do atendimento ao paciente.	Demonstrou-se que um padrão de terminologia de enfermagem claro e robusto, que identifique cada uma das etapas do Processo de Enfermagem suporta a continuidade do atendimento ao paciente.

Tabela I - Síntese das evidências encontradas nos estudos.

OS REGISTOS DE ENFERMAGEM E A CONTINUIDADE DOS CUIDADOS

Numa breve retrospectiva histórica, recordando a pioneira da enfermagem, Florence Nightingale e a sua conduta, esta assumia a importância dos registos de enfermagem, assim como a necessidade de os preservar, no sentido de que essa documentação espelhasse as repercussões

quer positivas, quer negativas dos cuidados de enfermagem sobre o estado de saúde do indivíduo. Hoje, a importância da documentação dos registos de enfermagem reflete a mesma realidade, são o sinónimo de um requisito nas organizações de saúde. Os registos promovem a comunicação dentro da organização de saúde e são um recurso de importância ímpar, cuja sua gestão com

o aproveitamento da informação produzida, representa o fio condutor para o sucesso organizacional.

Contemporaneamente, as organizações de saúde vivenciam um contexto complexo de mutações rápidas, que têm franca influência no seu sucesso, especialmente as pressões sobre os custos, pelo que a informação produzida alusiva aos cuidados de enfermagem ganha um valor cada vez mais significativo.

Neste contexto, a continuidade de cuidados garante a melhoria da qualidade dos cuidados prestados, contribui para a diminuição dos custos e apresenta-se como uma estratégia adequada e uma política a seguir pelos serviços de saúde (Mendes et al., 2017). Demandam a existência de “continuidade de cuidados” quando estes são prestados de forma a complementarem-se num tempo adequados e referem a continuidade como a implementação de cuidados por diferentes prestadores, de uma forma coerente, lógica e oportuna (Duarte S., 2007, citado por Mendes et al., 2017).

Ao falar de continuidade de cuidados, o termo “continuidade” pressupõe uma sequência de procedimentos de “cuidados”, num determinado espaço temporal, ou seja, de imediato à admissão do cliente.

É na organização de saúde que se enceta o preparo de toda a continuidade de cuidados inerentes a cada cliente, tal propósito exige a necessidade de se efetivarem os registos de enfermagem de cada situação singular e operacionalizar o diário clínico assistencial. A posterior partilha da informação clínica, pelos diferentes prestadores de cuidados, representa e dá suporte à continuidade dos cuidados de forma oportuna.

Numa fase inicial, o “documento em papel” foi o formato usado para suportar a maioria dos registos de saúde, mas logo se começaram a manifestar algumas dificuldades, nomeadamente, no seu armazenamento, na disponibilidade, na acessibilidade de informação, resultando por vezes em perdas, confusão e ilegibilidade. Valera et al. (2017) enfatizam que a informação contida nos registos de enfermagem, além de ser coerente, completa, organizada e real, também deve ser legível e não conter rasuras, uma vez que conseguem indicar alterações nos dados gravados e, naturalmente, invalidar a legalidade dos registos; podem ainda dificultar a possível necessidade de análise devido a procedimentos legais; bem como um planeamento desadequado dos cuidados.

Perante tais questões, o aumento de volume, a complexidade, a diversidade e especificidade da informação, foi determinante a necessidade de pensar numa forma de “armazenar” esta informação sob uma configuração eficaz e eficiente, sendo tal procedimento executável através dos Sistemas de Informação.

Em pleno século XXI, tem-se observado que os Sistemas de Informação ganharam uma posição fulcral no campo da assistência em saúde, e particularmente na assistência em enfermagem, tornaram-se parte integrante do atendimento ao cliente, com contributos para a comunicação eficiente entre os pares, de forma a transmitir a informação consistente e conseqüentemente garantir a segurança dos cuidados ao cliente. Recordo que em Portugal, esta é uma área relativamente recente e impulsionada pelos mentores sobejamente conhecidos, nomeadamente:

Abel Silva, Filipe Pereira, Paulino Sousa e seus colaboradores, são figuras que foram um marco de referência com a sua cooperação na construção do desenho, implementação e reformulação dos Sistemas de Informação, em uso nas instituições de saúde do nosso país.

Primeiramente, os registos de saúde eletrónicos são implementados, para minorar os erros associados à medicação e seguidamente, para contribuir com uma comunicação mais eficaz dentro da equipa de saúde. Além de que também facilitam a disponibilidade de informação para fins educacionais e de pesquisa, mas o mais importante é que os registos objetivem assegurar a continuidade dos cuidados (Schachner et al. 2016).

Estes investigadores acrescentam, que quando os registos são informatizados, e surge a necessidade de partilhar ou reutilizar informações, esta é imbuída de variabilidade, complexidade e riqueza nos diferentes domínios da enfermagem (Schachner et al., 2016).

Nesta linha de pensamento, Pereira (2006) relata que “os sistemas de informação em gestão são uma ferramenta fundamental para apoiar e dar sustentação às operações das Instituições da Saúde, com a sua utilização suportada pelas práticas organizacionais de gestão”. O mesmo investigador postula “os sistemas de informação também devem ser entendidos como potentes repositórios de matéria-prima a utilizar no desenvolvimento da base empírica do conhecimento formal utilizado nos cuidados”.

Pereira (2009) citado por Mota et al. (2014) corroboram que atualmente, ocorre o aumento da sensibilização

e consciencialização da necessidade de encontrar soluções de Sistemas de Informação que sejam promotores da comunicação e continuidade dos cuidados, da gestão, da investigação e da formação.

Eis chegados, à “era” dos registos de enfermagem informatizados, estes ao serem adotados nos atuais contextos profissionais vem proporcionar maior segurança, não comprometem a qualidade de informação entre os utilizadores, nem provocam perniciosidades aos clientes, salvaguardando os enfermeiros e a própria organização de saúde.

Pereira (2006) preconiza a enfermagem como uma atividade com base na interação humana, que se caracteriza por uma riqueza informativa insigne; acrescenta, que tal fundamento, “justifica que se reflita sobre a essência da informação que lhe está associada, o valor que dela pode ser extraído e nos recursos e sistemas utilizados no seu processamento, gestão e armazenamento”.

Mota et al. (2016) reiteram que “os sistemas de informação podem ser vistos como uma oportunidade para repensar e redefinir os processos de trabalho atuais, a fim de tirar partido de novas capacidades de informação da gestão para reduzir custos, aumentar a produtividade e melhorar os níveis de serviço”. Suplementam com o exemplo, de um registo de enfermagem em fluxograma que permite o melhor reconhecimento das necessidades dos doentes tendo em vista a preparação do regresso a casa, a continuidade e a qualidade dos cuidados.

Facilmente se depreende que cabe aos enfermeiros darem o seu contributo na continuidade dos cuidados ao cliente através da anotação das suas intervenções, sendo

este facto praticável pelos seus registos, quer estes sejam manuais ou informatizados. O enfermeiro deve experienciar o compromisso que tem para com a profissão, ao garantir a continuidade dos cuidados, através dos seus registos clínicos que revelam o cunho de tal conformidade profissional. Nesta ótica, os registos de enfermagem devem ser os mais precisos e completos possíveis, de forma a garantir a consistência e a qualidade dos dados relatados.

Considerando que a enfermagem é uma profissão com um desempenho assistencial durante as vinte e quatro horas diárias, de forma continuada, implica a exigência de uma prática assistencial rotativa por diferentes profissionais de enfermagem, ou seja, uma prestação de cuidados sequencial e de forma linear. Por conseguinte, esta é uma condição válida e um indicador unívoco, revelador que a informação contida nos registos de enfermagem enriquece a comunicação existente entre os pares e entre os outros profissionais da equipa de saúde. Os registos são uma componente indissociável da sua atividade, não podemos esquecer que a enfermagem é uma profissão marcadamente técnica, contudo a sua atuação implica fazer uso de um conjunto de conhecimentos e competências (científicas, técnicas, relacionais e comunicacionais). A partir deste princípio, é primordial que os enfermeiros documentem a sua prática, sequencialmente desde o diagnóstico, intervenções e resultados, direcionando a sua prática em prol da continuidade de cuidados.

Mota et al. (2014) reforçam que a continuidade dos cuidados é um dos aspetos permanentemente presentes nos processos de avaliação da qualidade dos serviços de

saúde, o que comprova a importância que esta dimensão da assistência tem em toda a dinâmica dos cuidados.

A Ordem dos Enfermeiros (2012) adverte, "O enfermeiro estabelece relações terapêuticas com o cliente e/ou cuidadores, através da utilização de comunicação apropriada a capacidades interpessoais". Mais acrescenta, que o enfermeiro também assume "(...) papel de interlocutor privilegiado da equipa pluriprofissional estando no centro dos cuidados com o cliente/cuidadores, com estratégias de articulação assentes numa comunicação."

Porém, a comunicação é uma ferramenta vital a todos os profissionais de saúde, é através dela que se produz a informação, se estabelecem os diagnósticos, e se constroem os planos de cuidados com vista à promoção da saúde.

Gencturk et al. (2017) neste prisma, relativamente aos cuidados de enfermagem e estratégias comunicacionais, reforçam que os registos de atendimento fornecem uma forma de comunicação entre todos os pares da equipa de saúde, ou seja, os cuidados registados são providos de acordo com as necessidades de um indivíduo e facilitam a obtenção de conhecimento sobre os resultados do tratamento, além de que fornecem uma avaliação contínua dos cuidados prestados.

Outros autores reforçam que apesar de estar correlacionado o papel da informação contida nos registos de enfermagem relativos à promoção da continuidade dos cuidados, acarreta esclarecer que esta problemática pode ser colocada na perspetiva da partilha de informação multiprofissional, entre profissionais da mesma disciplina, no âmbito

do mesmo serviço ou na lógica de articulação de diferentes serviços ou instituições (Sousa, 2006, citado por Mota et al., 2014).

Dutra et al. (2016) paralelamente a esta linha de pensamento, afirmam que os registos de enfermagem são criados pela equipa de enfermagem de forma a fornecer informações sobre o estado geral do cliente, facilitando a comunicação não só entre a equipa de enfermagem, mas também entre a equipa multidisciplinar. Enaltece que os registos de enfermagem revelam a continuidade dos cuidados, apoiando legalmente o trabalho do profissional, além de servirem como instrumento de auditoria para validar a prática profissional.

Estes investigadores engrandecem que a informação registada pelos enfermeiros é sinónimo de uma fonte de dados rica para a tomada de decisões, pelo que os dados devem ser os mais completos possíveis e confiáveis. Os registos de enfermagem acabam por ser parte do registo médico do cliente e servem de documentação para apoio das atividades desenvolvidas pelos profissionais de enfermagem. Salientam também, que estes registos são usados para outros fins, como fonte de pesquisa científica auxiliando, assim, na pesquisa e no ensino; gestão de recursos humanos, físicos e materiais; auditorias de custo e assistência; e reembolso de seguros de saúde (Dutra et al., 2016).

Está patente que as finalidades dos registos de enfermagem referidas nas diferentes dimensões, concedem também o seu contributo diretamente na continuidade dos cuidados, com o progresso da articulação entre os diferentes níveis de cuidados. Nesta premissa, os benefícios atribuídos

à continuidade dos cuidados, não passam apenas pelas diferentes áreas da promoção do bem-estar do cliente nas dimensões físicas, psicológicas, sociais e económicas; mas também se repercute na forma que os registos de enfermagem se difundem para que a continuidade de cuidados se efetive, mesmo nas situações de redução do uso incorreto dos serviços de saúde, resultante na diminuição dos custos nestas organizações.

Whittenburg et al. (2016) apontam através do seu estudo retrospectivo que os layouts usados demonstraram a continuidade dos dados, entre as avaliações de enfermagem de sinais e sintomas do paciente e planos de cuidados individualizados. Os novos planos de enfermagem possibilitaram a reutilização dos dados do cliente, para oferecer novos conhecimentos sobre a complexidade dos cuidados prestados pelas enfermeiras. O método integrado referido no estudo mostra que os registos de enfermagem contribuem para a continuidade do atendimento ao cliente, nomeadamente, entre a avaliação de enfermagem e a documentação de sinais e sintomas do cliente no plano de cuidados de enfermagem.

Corroboro com Valera et al. (2017) quando desmistificam que a continuidade dos cuidados depende da partilha de informação entre os profissionais o que sucede através dos registos de enfermagem. Quanto há falta ou falha destes registos podem resultar riscos para a segurança do cliente e com repercussão negativa sobre a qualidade dos cuidados. É evidente que a informação registada nos planos de cuidados dos clientes pelos enfermeiros, significa que a comunicação é vital, no processo de atuação e é essencial para a tomada de decisão

estratégica da forma mais assertiva.

Estas autoras clarificam no seu estudo que a ausência de relatórios, ou mesmo relatórios inadequados e incompletos, podem resultar em duplicação ou não execução de determinados procedimentos, e na impossibilidade de avaliar o tratamento escolhido, comprometendo desta forma a segurança do cliente. Os registos de enfermagem são indispensáveis no cenário da assistência da prestação de cuidados e têm de ser documentos que preservem a veracidade dos eventos, isto é, serem “imbuídos de autenticidade” (Valera et al., 2017).

O fracionamento dos registos dos cuidados, também pode reverter em orientações de tratamento desordenadas para o cliente, com uma forte possibilidade de erros e duplicações, num acompanhamento ineficaz face às necessidades dos mesmos. É importante, estimular a harmonia dos registos de enfermagem para que a partilha de informação entre prestadores de cuidados, seja o mais consistente possível e assim fomentar a salvaguarda da continuidade dos cuidados com a qualidade que lhe é exigida. Nesta perspetiva, podemos afirmar que os registos de enfermagem precisos contribuem simultaneamente para a melhoria da tomada de decisão em enfermagem e para a qualidade e segurança dos cuidados prestados ao cliente. A qualidade dos cuidados prestados está diretamente relacionada com a qualidade da informação disponível aos profissionais de saúde e a gestão da informação clínica é uma parte fundamental da sua atividade diária (Currell e Urquhart, 2003, citado por Mota et al., 2014).

Partindo da missão peculiar do setor da

saúde, relativa à promoção da qualidade e da continuidade dos cuidados, qualquer ferramenta que ajude ou facilite a partilha de comunicação / informação é uma mais-valia nas organizações de saúde, os registos de enfermagem são uma estratégia, um ótimo contributo para este modelo organizacional. É relevante que a enfermagem esteja sensibilizada para esta realidade, esforçando-se por honrar o valor dos seus registos, pois frequentemente os enfermeiros são chamados a tomar decisões estratégicas muito complexas, que envolvem reunir muita informação, e por sua vez, a partilha desta informação requer permear a comunicação eficaz, eficiente e segura.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

É inegável que, desde longa data, os registos de enfermagem são uma estratégia essencial para assegurar não só a continuidade dos cuidados, mas também a qualidade dos cuidados ao cliente, conduzindo com maior segurança a prática assistencial da enfermagem. No entanto, nos últimos anos, tem-se verificado a ascensão do uso dos registos de enfermagem informatizados com os Sistemas de Informação, representados por fluxogramas, layouts, plataformas padronizadas de registos de planos de cuidados de enfermagem, assim como outras formas de registo eletrónico, que surgem como contributos para os novos modelos organizacionais, sendo uma exigência contemporânea para rentabilizar as organizações de saúde, na obtenção de uma melhoria reveladora de ganhos na segurança dos cuidados de enfermagem. Todavia, independentemente de os registos de enfermagem serem manuais ou

informatizados, ambas as formas de registo têm o princípio de garantir a continuidade dos cuidados ao cliente.

A partilha de informação contida nos registos de enfermagem assume valor inquestionável não só para a enfermagem, mas também para os outros grupos profissionais e independentemente do fluxo de dados existente é fundamental o desenvolvimento de sistemas de informação interoperáveis para garantir a qualidade e continuidade dos cuidados (Mota et al., 2014).

Nesta explanação, executada em estudos científicos contemporâneos, correspondentes aos períodos dos anos, entre 2012 e 2016, e efetuados em áreas geográficas distintas, depreendo que está patente a transversalidade da convicção de que o uso da comunicação / informação dos registos de enfermagem, é um recurso singular e que norteia assegurar a continuidade dos cuidados.

A similaridade das conclusões dos investigadores, dos diferentes artigos, desta revisão de literatura, espelha-se na concordância de que os registos de enfermagem, independentemente da forma de designação, quer sejam manuais ou informatizados, são um contributo insubstituível à continuidade dos cuidados de enfermagem e toda a equipa multidisciplinar. O registo da enfermagem no processo clínico do cliente deve ser o mais completo e adequado, para não comprometer a assistência prestada, assim como não travar a continuidade dos cuidados pondo em causa a identidade da enfermagem e da própria organização de saúde.

O enfermeiro perante a sua profissão arroga o compromisso de assegurar e perspetivar

cuidados de saúde com segurança. Reitero, que o papel da enfermagem é fundamental dentro das organizações de saúde, visto que presta assistência direta e ininterrupta ao cliente, e os seus registos no plano de cuidados são documentos de uma preciosa informação e de uma indiscutível riqueza, desenham a estratégia indispensável e exequível para assegurar a continuidade dos cuidados.

Um problema que subsiste, ainda, em alguns serviços de saúde do nosso país, é a escassez de padrões de registos de enfermagem, onde haja anotação dos registos da evolução dos cuidados, sendo esta uma estratégia essencial, para que os registos possam ser os mais precisos e fiáveis, e revelem linguagem formal de identificação e terminologia técnica, ao mesmo tempo que promovem a comunicabilidade entre os profissionais de saúde difundindo a continuidade de melhores cuidados e maiores ganhos em saúde.

A gestão da informação facultada pelos registos, nunca pode ser menosprezada, diria que a mesma é uma arte, que fortalece a competência profissional e dá visibilidade ao enfermeiro, através da avaliação, monitorização e planeamento da sua ação, ao mesmo tempo que proporciona uma cultura pautada na avaliação dos dados colhidos, processados e disponibilizados através dos registos de enfermagem e que subsidiam a tomada de decisão estratégica e a continuidade dos cuidados.

No término e como perspetivas futuras, deixo o desafio às organizações de saúde, no sentido estarem vigilantes para a importância de desenvolver habilidades que propagem, constantemente, o papel dos registos

de enfermagem, como uma estratégia indispensável para assegurar a continuidade de cuidados, através de mecanismos organizacionais, nas diferentes dimensões: formativa; planeamento e tomada de decisão estratégica; avaliação clínica interdisciplinar; criação de protocolos e acompanhamento do feedback profissional. Não obstante, é fundamental, a implementação de projetos de interoperabilidade entre sistemas de informação, estando estes numa mesma organização ou interorganizações, promovendo a comunicabilidade, de forma a projetar a informação dos registos de enfermagem para a equipa pluridisciplinar.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

DUTRA, V. [et al.] - Nursing records at a teaching hospital: a quasi-experimental study. *Online Brazilian Journal of Nursing, Federal Fluminense University*, 2016, N.º 15, pp. 351 – 360, [consultado a 04/04/2018]. Disponível em: <https://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/5470/html>

GENCTRURK, N. [et al.] - An examination of the nursing records of cerebrovascular disease patients in Intensive care. *International Journal of Caring Sciences*, 2017, Vol. 10, pp. 413 – 420, [consultado a 04/04/2018]. Disponível em: http://www.academia.edu/33453055/An_Examination_of_the_Nursing_Records_of_Cerebrovascular_Disease_Patients_in_Intensive_Care

MENDES, F. [et al.] - A continuidade de cuidados de saúde na perspetiva dos utentes. *Ciência e Saúde Coletiva*, 2017, N.º 2, pp. 841 – 853, [consultado a 04/04/2018]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v22n3/1413-8123-csc-22-03-0841.pdf>

MOHER, D. [et al.] - Principais itens para relatar revisões sistemáticas e meta-análises: a recomendação PRISMA. *Epidemiol Serv Saúde*, 2015, N.º 24, Vol. 2, pp. 335 – 342. Galvão TF, Pansani TSA, Harrad D, tradutores. [consultado a 04/04/2018]. Disponível em:

<http://www.scielo.br/pdf/ress/v24n2/2237-9622-ress-24-02-00335.pdf>

MOTA, L. [et al.] - Sistemas de Informação de Enfermagem: exploração da informação partilhada com os médicos. *Revista de enfermagem de*

Referência, 2014, Serie IV, N.º 1, pp. 85 – 91, [consultado a 04/04/2018]. Disponível em: <http://www.redalyc.org/pdf/3882/388239971014.pdf>

MOTA, L. [et al.] - Gestão do regime terapêutico – Construção de fluxograma de apoio à tomada de decisão: estudo qualitativo. *Revista de enfermagem de Referência*, 2016, N.º 11, pp. 71 – 79, [consultado a 04/04/2018]. Disponível em: <http://www.redalyc.org/pdf/3882/388249570009.pdf>

ORDEM DOS ENFERMEIROS – Regulamento do perfil de competências do enfermeiro de cuidados gerais.

Lisboa. *Ordem dos Enfermeiros*, 2011, [s.n.], pp. 3 – 24. [consultado a 04/04/2018]. Disponível em https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/divulgar%20-%20regulamento%20do%20perfil_VF.pdf

PEREIRA, Filipe MS. - Informação e Qualidade do exercício profissional dos enfermeiros Estudo empírico sobre um Resumo Mínimo de Dados de Enfermagem. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto, 2006. Tese de Doutoramento. [consultado a 04/04/2018]. Disponível em

<https://repositorioaberto.up.pt/bitstream/10216/7182/2/Informao%20e%20Qualidade%20do%20exercicio%20profissional%20dos%20Enfermeiros.pdf>

SCHACHNER, M. [et al.] - Computerization of a nursing chart according to the nursing process. *Nursing Informatics*, 2016, [s.n.], pp. 133 – 137, [consultado a 04/04/2018]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27332177>

VALERA, I. [et al.] - Nursing records in pediatric intensive care units: a descriptive study. *Online Brazilian Journal of Nursing, Federal Fluminense University*, 2017, N.º 16, pp. 152 – 158, [consultado a 04/04/2018]. Disponível em: <https://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/5602>

WHITTENBURG, L. [et al.] - Electronic nursing documentation: Patient care continuity using the clinical care classification system (CCC). *Nursing Informatics*, 2016, [s.n.], pp. 13 – 17, [consultado a 04/04/2018]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27332153>

DE QUE FORMA A VISITA DOMICILIÁRIA ENQUANTO ESTRATÉGIA DE INTERVENÇÃO EM ENFERMAGEM CONTRIBUI PARA A MELHORIA DA QUALIDADE DE VIDA DA PESSOA EM FIM DE VIDA?



ANA ISABEL CARVALHO DA SEVERINA

Enfermeira Especialista em Enfermagem Comunitária; Mestre em Enfermagem à Pessoa em Processo de Doença na Comunidade; Pós-Graduação em Gestão em Saúde; Enfermeira Cooperante na Área de Cooperação Formação Inicial

RESUMO

A Visita Domiciliar é um dos instrumentos mais indicados na prestação directa de cuidados à pessoa, família e comunidade. Deve ser realizada mediante um processo racional, com objetivos definidos e pautados.

Assim, a Visita Domiciliar traz resultados inovadores, uma vez que possibilita conhecer a realidade da pessoa e família in loco, contribuir para a redução de gastos hospitalares, além de fortalecer os vínculos pessoa – terapêutica – profissional.

Deve ser considerada no contexto de educação para a saúde por contribuir para a mudança de padrões de comportamento e, consequentemente, promover a qualidade de vida através da prevenção de doenças, promoção da saúde, educação para a saúde e controlo sintomático.

As pessoas perspectivam a ajuda dos enfermeiros, essencialmente, no apoio emocional e afectivo, através da presença e da humanização do serviço, salientando o facto de lhes ser possível partilhar os últimos momentos da sua vida.

Com o objectivo de conhecer as intervenções e estratégias utilizadas pelo Enfermeiro durante visita domiciliar para a melhoria da qualidade de vida das pessoas em fim de vida, foi realizado um estudo de acordo com a metodologia PICO, recorrendo à prática baseada na evidência.

Finalizando com a análise crítica dos artigos seleccionados, percecionando a importância efetiva da visita domiciliar e a sua contribuição na melhoria da qualidade de vida da pessoa em fim de vida.

Palavras chave: fim de vida; visita domiciliar; qualidade de vida

INTRODUÇÃO

Ao longo dos tempos, o cuidar das pessoas em fim de vida foi sobretudo uma preocupação individual, comunitária.

O aumento da longevidade e o incremento das doenças crónicas e progressivas condicionam de forma relevante a organização dos serviços de saúde e a distribuição dos recursos disponíveis. Mais especificamente, a inversão da pirâmide demográfica e a necessidade cada vez maior de cuidados em fim de vida, que se observam em toda a Europa (DGS, 2004), têm conduzido a uma importância crescente dos Cuidados Paliativos.

ABSTRACT

The Home Visit is one of the instruments of choice in providing direct care to the person, family and community. Should be performed by a rational process, with defined objectives and guided.

Thus, the Home Visit brings innovative results, as it allows to know the reality of the person and family spot, contributing to the reduction of hospital costs, and strengthen the bonds person - therapy - professional.

Should be considered in the context of health education by contributing to changing patterns of behavior and thus enhance the quality of life through disease prevention, health promotion, health education and symptomatic control.

People give good perspectives for help from nurses, primarily in affective and emotional support through the presence and humanization service, stressing the fact of being able to share the last moments of his life.

In order to meet the interventions and strategies used by the nurse during home visits to improve the quality of life for people in end of life, a study was conducted according to the PICO methodology, drawing on evidence-based practice.

Finishing with a critical analysis of the selected articles, perceiving the importance of effective home visiting and their contribution in improving the quality of life of the person at the end of life.

Para se concretizar o objetivo de oferecer a todos os que necessitem, Cuidados Paliativos de qualidade, é necessário uma estratégia pública que disponibilize a melhor abordagem com base no mais elevado conhecimento científico e perícias suportadas em cuidados de saúde baseados na evidência, com um elevado grau de efetividade. A efetiva implementação de um programa nacional de Cuidados Paliativos, de forma a obter ganhos na qualidade de vida das pessoas e suas famílias, deverá assentar em quatro pilares fundamentais: adequação, disponibilização de fármacos, formação dos profissionais e da população

e, implementação diversificada e equitativa dos recursos.

Neste sentido, os cuidados domiciliários representam a componente do cuidado de saúde global continuado. Desta forma, os cuidados prestados aos indivíduos e às famílias, nos seus locais de residência, têm por finalidade promover, manter ou recuperar a saúde, maximizando o nível de independência ou minimizando os efeitos da deficiência ou da doença terminal (STANHOPE, 1999).

A Visita Domiciliar é a ação que permite ao profissional de saúde, estar mais próximo do quotidiano das famílias permitindo-lhes conhecer, interpretar e vivenciar o meio onde elas vivem, identificando assim, os vários problemas que afetam a sua realização (TÚLIO et al., 2000).

Na procura de compreender a dinâmica enfermeiro/pessoa/família/comunidade Betty Neuman, supera o modelo médico e introduz o conceito holístico que orienta as conceções sobre como cuidar da pessoa. Uma proposição desta Teoria é a de que um sistema é composto de partes e subpartes organizado num todo inter-relacionado e estável. NEUMAN (1995) traz uma visão multidimensional de indivíduos que se encontram em constante interação com stressores ambientais.

Assim, foi realizada uma revisão sistemática da literatura, tendo como objetivos:

- Compreender os princípios e valores dos cuidados paliativos, nomeadamente, da pessoa em fim de vida, no sistema de saúde;
- Identificar as intervenções de Enfermagem inerentes à visita domiciliária na pessoa em fim de vida na melhoria da qualidade de vida, tendo a família como contexto e recorrendo

à prática baseada na evidência;

- Refletir o contributo da visita domiciliária como contributo para a melhoria da qualidade de vida na pessoa em fim de vida.

1. CONCEPTUALIZAÇÃO DA PROBLEMÁTICA

1.1 CUIDADOS PALIATIVOS E A PESSOA EM FIM DE VIDA

A OMS, estima que, até o ano de 2020, as doenças crónicas representarão cerca de 80% das doenças nos países em desenvolvimento e 388 milhões de pessoas, em todo o mundo, morrerão de uma doença crónica nos próximos 10 anos (WHO, 2005).

Os Cuidados Paliativos procuram melhorar a qualidade de vida das pessoas com doenças incuráveis, tanto para a pessoa em fim de vida como para os seus familiares, através da prevenção e alívio do sofrimento. Este tipo de cuidados são prestados por um equipa interdisciplinar com formação específica e treino adequado, envolvendo médicos, enfermeiros, assistentes sociais, cuidadores espirituais, fisioterapeutas, entre outros. Os Cuidados Paliativos devem ser prestados em qualquer estágio da doença, desde o diagnóstico até à fase terminal, incluindo o apoio no luto, tendo o grau de sofrimento associado (APCP, 2006).

Assim, os Cuidados Paliativos domiciliários têm como função manter a pessoa no domicílio, junto dos seus familiares e amigos e no seu meio ambiente o mais tempo possível a sua existência, justificando-se maioritariamente com o respeito pelo desejo do doente querer morrer em casa. Cuidar no domicílio permite ainda ao doente manter o seu papel social e familiar, dispor do seu tempo, não necessitando de mudar

os seus hábitos na última etapa da vida (o que pode produzir dor e sofrimento), manter a sua intimidade e actividades bem como permanecer junto dos seus objetos e recordações MOREIRA (2001), NETO (2003) LOPES et tal. (2005).

1.2 ESTRATÉGIAS DE INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM NA VISITA DOMICILIÁRIA

MELIES (1997) sugere que o cuidado domiciliar – “home care” – seja visto como um conceito relacionado ao fenómeno de “home care”, que pode ser compreendido como as actividades que representam o todo das actividades de cuidado, desde as de prevenção primária até os cuidados paliativos para o fim da vida. Assim, representam um extenso campo de actividades de cuidado.

As equipas de cuidados paliativos têm como principal função ajudar a pessoa/família em todos os aspetos em que este é dependente, controlar sintomas, prevenir situações de urgência, ensinar e apoiar a família na prestação de cuidados à pessoa.

Os cuidados prestados no domicílio são uma das respostas que, neste âmbito de atuação se tem vindo a privilegiar cada vez mais, uma vez que promovem a permanência das pessoas no seu meio habitual de vida. Segundo PEREIRA E COELHO (2002) “a visita domiciliária é, e tem sido, o instrumento fulcral do trabalho do enfermeiro comunitário (...)” pois é “(...) nesse ambiente conhecido, protetor e poderoso, que o cliente e a família melhor compreendem o caminho a seguir para a promoção da saúde, a prevenção da doença, a prestação e a manutenção de cuidados secundários e terciários”.

As estratégias implementadas pelo enfermeiro, em associação com a equipa

multidisciplinar / pessoa e família/cuidador principal, devem ter em conta que não se pode unicamente manter o estado atual da pessoa/família, mas também promover a sua melhoria e prevenir a existência de complicações se possível.

Em contexto domiciliário podemos afirmar, segundo MOREIRA (2001) que a Enfermagem de família deve ser praticada em três níveis de sistemas:

- Ao nível dos membros individuais da família, em que esta é vista como o contexto dos cuidados ao indivíduo; ao nível interpessoal em que se dedica a díades, isto é, dirige-se aos processos familiares de tomada de decisão e definição de papéis familiares; e ao nível do sistema familiar em que todo o sistema se torna cliente.

A intervenção de enfermagem deve atender ao ser humano na sua globalidade, em todas as suas dimensões e ter em vista ajudar os indivíduos a satisfazer as suas necessidades fundamentais quando estes são incapazes de o fazer por si mesmo, porque estão vulneráveis, ou porque têm défice de conhecimentos, habilidades ou motivações.

1.3 QUALIDADE DE VIDA

Na mensuração da Qualidade de Vida a escolha do instrumento a ser utilizado é fundamental, para a viabilização do estudo.

Inicialmente esta escolha deve estar baseada no propósito da pesquisa e em seguida garantir que o instrumento contenha domínios necessários para que sejam medidos na população em questão. Importante ainda é saber se o instrumento escolhido tem sido testado numa mesma população ou numa similar à de interesse, se

foram divulgados os resultados estatísticos da sua propriedade de medida e se o mesmo foi traduzido e adaptado culturalmente e como foi conduzido esse processo.

Outro fator relevante na escolha do instrumento é quanto a sua aplicabilidade; ou seja, tempo gasto para a sua aplicação além de ser de fácil compreensão aos indivíduos que farão parte deste estudo, garantindo assim a fidedignidade dos resultados.

Segundo a WHO (1994, adaptado por WHO, 2001),

“Qualidade de vida é uma percepção individual da posição na vida, no contexto do sistema cultural e de valores em que as pessoas vivem e relacionada com os seus objectivos, expectativas, normas e preocupações.

É um conceito amplo, subjectivo, que inclui de forma complexa a saúde física da pessoa, o seu estado psicológico, o nível de independência, as relações sociais, as crenças e convicções pessoais e a sua relação com os aspectos importantes do meio ambiente”.

1.4 TEORIA DOS SISTEMAS DE BETTY NEUMAN

De acordo com os pressupostos do modelo teórico de NEUMAN (1995, p. 46) a Enfermagem “(...) é a única profissão interessada no modo como as diferentes variáveis afetam os clientes no seu ambiente”. Considerando que o sistema cliente é constituído pelas variáveis: fisiológica, psicológica, desenvolvimento, sócio cultural e espiritual. Os stressores podem afetar o sistema de diferentes modos, “(...) por excesso, privação, mudança e intolerância” (NEUMAN, 1982). Estes podem atingir em

maior ou menor profundidade o sistema que é construído por vários níveis, as linhas de resistência e as linhas de defesa, podendo as intervenções de Enfermagem orientar-se no sentido de fortalecer a pessoa, de reduzir os efeitos dos stressores ou de restaurar a estabilidade do sistema.

Este modelo conceptual é adequado à prática da Enfermagem comunitária pois “(...) enfatiza uma abordagem da prática holística na qual qualquer parte do sistema ou sub sistema pode organizar-se como um todo interrelacionado que idealmente funciona como um sistema total” (Neuman, 1995).

O enfermeiro que trabalha com e para a comunidade é um mediador entre o saber baseado na evidência científica e a passagem dessa sabedoria para a inserção no quotidiano da vida das pessoas de diferentes culturas. É necessário, passar para uma intervenção centrada na relação do cliente com os cenários e atores relevantes do seu quotidiano, e investir na competência das pessoas para se tornarem agentes ativos dessa interação, capazes de identificar necessidades de mudança e de as produzir a nível pessoal, interpessoal e comunitário.

Importa referir que esta conceptualização tornou-se essencial para o estudo numa perspectiva de clarificação e fundamentação dos conceitos que eram necessários para, na etapa seguinte, delimitar a problemática que se pretende compreender através da pergunta PI(C)O.

2. METODOLOGIA

Como ponto de partida para a revisão sistemática da literatura foi formulada a pergunta de investigação em formato PI[C] O (MELNYK e FINEOUT-OVERHOLT, 2005):

De que forma a visita domiciliária enquanto estratégia de intervenção de Enfermagem (I) contribui para a melhoria da qualidade de

vida (O) da pessoa em fim de vida (P)?

Quadro n.º1 – Critérios para a formulação da pergunta PI[C]O

P	Participantes	Quem foi estudado?	Pessoa em fim de vida	<i>Palavras-chave:</i>
I	Intervenções	O que foi feito?	Visita Domiciliária	End of life
C	Comparações	Podem existir ou não?		Home Care
O	Outcomes	Resultados/efeitos ou consequências.	Qualidade de Vida	Quality of life

A base de dados eletrónica observada, pela plataforma EBSCO foi a ACADEMIC SEARCH COMPLETE with Full Text; foram procurados artigos científicos publicados em texto integral (em 16/10/2012), publicados entre 2008 e 2012, usando as seguintes palavras-chave, na sequência apresentada: End of life AND Home Care AND Quality of life¹.

Como critérios de inclusão privilegiaram-se os artigos com cerne na problemática da visita domiciliária, que clarificassem o seu contributo para a melhoria da qualidade de vida, da pessoa em fim de vida, segundo a relevância em contexto domiciliário. Nos critérios de exclusão inseriram-se todos os artigos em que as pessoas têm menos de 18 anos de idade, sem metodologia científica ou pouco clara, com data anterior a 2008 e sem correlação com o objeto de estudo.

3. A VISITA DOMICILIÁRIA COMO INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM NA MELHORIA DA QUALIDADE DE VIDA NA PESSOA EM FIM DE VIDA: UMA APRECIACÃO CRÍTICA E SÍNTESE DO CONHECIMENTO

A qualidade dos cuidados prestados pode ser fator contributivo ou impeditivo da humanização dos mesmos. Se pretendermos que o cuidador informal participe vivamente, é necessário informá-lo/formá-lo do modo como pode colaborar para melhorar a sua Qualidade de Vida.

“A intenção da visita domiciliar é minimizar o sofrimento do paciente e família, oferecendo uma eficaz e individualizada prestação de cuidados paliativos, para apoiar o desejo do paciente de permanecer em casa o maior tempo possível e para manter um aceitável nível de qualidade de vida” (MELIN-JOHANSSON et al., 2010).

O domicílio como espaço de relação entre a enfermeira e a pessoa/família implica

formas de agir e de interagir que serão determinantes para as estratégias adotadas pelos intervenientes no processo de cuidados. “Estudos recentes sobre fatores que influenciam a morte em casa têm sugerido que um dos mais fatores importantes é o bem-estar psicológico dos cuidadores” (AKIKO et al., 2008).

Ao recrear o seu próprio papel como cuidadora, a enfermeira vai tornar-se uma parceira ativa do cuidado que decorre no domicílio, o qual envolve a pessoa e a sua família, principalmente o cuidador principal. Dessa forma, a enfermeira participa na continuidade dos cuidados com a família, reduzindo as necessidades de cuidados institucionais e as agudizações da doença. A continuidade dos cuidados enquanto forma de alcançar a independência da pessoa e da família é resultado de um processo de co-construção assente na parceria que a enfermeira e família vão estabelecer e manter. Assim, as “intervenções em visitas domiciliárias podem incluir líquido intravenoso terapia, transfusões de sangue, quimioterapia e outras formas de apoio técnico. A equipa também usa métodos específicos para o controle de sintomas (por exemplo, para a dor) e fornece apoio psicológico, social e emocional” (MELIN-JOHANSSON et al., 2010).

Num estudo realizado sobre a visita domiciliária em Cuidados Paliativos (CP), verificou-se que o serviço de atenção domiciliar, na maioria das cidades pesquisadas, teve como principal meta evitar ou abreviar o internamento hospitalar e, também, de ampliar a autonomia dos

usuários e das famílias. No entanto, destacou-se que, apesar de ser uma alternativa ao internamento hospitalar, a demanda de pacientes que precisa de apoio domiciliar ainda é maior que a oferta desses serviços (FEUERWERKER e MERHY, 2008).

Por fim, o cenário domiciliar pode apresentar-se como o melhor local para a pessoa em fim de vida, mas com algumas implicações para quem cuida. Além disso, um estudo realizado por VEDOIN (2009) revela que os familiares entendem que o cenário domiciliar é melhor para o paciente e, em alguns aspetos, para a família, pois essa pode estar mais próxima do ente doente. No entanto, alguns sujeitos da pesquisa revelaram que o hospital proporciona mais segurança e sentimento de que se está fazendo algo a mais pelo doente, pela disponibilidade do aparato tecnológico para o cuidado.

Desta forma, num dos artigos selecionados é referido que “a equipa tomou medidas apropriadas quando o paciente ficava deprimido. A equipa tentou cumprir as esperanças do paciente. Foram tidos em consideração a saúde da família.

Consideração foi dada para que a família pudesse ter seu próprio tempo e continuar a trabalhar. Os Enfermeiros ajudaram o paciente para desfrutar a vida diária” (AKIKO et al., 2008).

4. CONCLUSÃO

Nos últimos anos, tem-se vindo a assistir, em Portugal, a uma progressiva diminuição da taxa de mortalidade e de natalidade, o que, inevitavelmente, conduz a um envelhecimento progressivo da população.

O aumento da esperança média de vida, que se tem verificado em paralelo, espelha a melhoria do nível de Saúde dos Portugueses nos últimos 40 anos. Todavia, e apesar destes sucessos, persistem ainda algumas carências ao nível dos cuidados de longa duração e paliativos, às quais o Programa de Cuidados Continuados tem como finalidade dar uma resposta eficaz.

A nível da comunidade, é necessário o envolvimento dos Enfermeiros durante as visitas domiciliárias, o empenho em organizar as intervenções de acordo com as possibilidades da família, a disposição interna para articular a comunidade, o serviço de saúde a as lideranças locais, o conhecimento para tomar decisões adequadas e factíveis, a sensibilidade para partilhar problemas e propostas de solução ao alcance dos envolvidos, ou seja, os pré-requisitos do cuidar que caracterizam o cuidado de enfermagem. Para os enfermeiros, são assumidos como um desafio, num tempo eivado de complexidade, dificuldades, e, se assim o desejar, encarados como um momento de viragem na representação social da profissão, caso se decida aceitar aquele desafio com a consequente responsabilização pelos cuidados de saúde a uma população. Tal aceitação implica autonomia profissional, autoconhecimento, formação contínua, competências estratégicas e a mobilização de habilidades e atributos pessoais.

A visita domiciliar, sistematizada pelo enfermeiro, quando inserida no processo de trabalho de cuidar apresenta-se como uma ferramenta viável para expor o relacionamento interpessoal subjacente à prática de cuidar. A colheita de dados durante as visitas, por exemplo, além dos

seus objetivos tradicionais é o espaço para exploração do ambiente em busca daquilo que o qualifica como um ambiente terapêutico ou do que lhe falta para que se torne terapêutico. O ambiente terapêutico pode ser entendido como um espaço físico e virtual que oferece condições para que a pessoa cuidada e seu cuidador possam se relacionar e propiciar bem-estar para ambos (RAMOS e tal., 2008).

Os cuidados no domicílio são alicerçados na inter-relação que se estabelece entre a enfermeira, a pessoa e o seu ambiente familiar e social. A visita domiciliária é uma forma de promover a proximidade entre os intervenientes, sendo muitas vezes a única forma de receber e manifestar afetividade, o carinho e o contacto, para além dos benefícios ao estado de saúde dos utentes. É o momento de trocar confidências, de escutar, de aliviar a solidão, dividir o esforço de cuidar de alguém, que também pode ser objeto de cuidados, de iniciar e consolidar vínculos que permitem a concretização dos objetivos dos cuidados, comuns à enfermeira e à pessoa/família.

Neste sentido, existe evidência do contributo da visita domiciliária como estratégia de intervenção de Enfermagem à pessoa em fim de vida e família, como forma de maximizar o bem-estar e a qualidade de vida da mesma; contudo, é essencial, por parte, das equipas uma mobilização no sentido de potenciar os Cuidados Paliativos para todos os que necessitam, equitativamente e respeitando a dignidade daqueles que cuidamos.

A ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO E A PESSOA COM LESÃO VERTEBROMEDULAR COM ALTERAÇÕES DA SEXUALIDADE



JOÃO VÍTOR VIEIRA

Professor Adjunto Convidado da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Beja; Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação; Mestre em Enfermagem, joao.vieira@ipbeja.pt

RICARDO HONRADO SUSANO

Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo.

RAQUEL GUERREIRO PACHECO

Enfermeira na Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo.

JOANA CARRASCO CARAPETO

Enfermeira na Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo.

RESUMO

A sexualidade assume uma importância fundamental na qualidade de vida do ser humano e qualquer alteração à atividade sexual deve ser motivo de preocupação¹. A evidência sugere que o número de pessoas sexualmente ativas que vivencia problemas sexuais é considerável.

O traumatismo vertebromedular e as consequentes perturbações nervosas podem resultar em alterações estruturais ou fisiológicas que comprometam a sexualidade e a saúde sexual².

O enfermeiro de reabilitação deve assumir um papel preponderante no cuidado à pessoa com alterações da sexualidade.

Palavras-Chave: Sexualidade, Enfermagem de Reabilitação, Traumatismo Vertebromedular.

Introdução

A sexualidade é um elemento integrante, fundamental e natural da vida. É fonte de prazer, de manifestação de amor pelo outro, envolve partilha de sentimentos e influencia as relações interpessoais, contribuindo diretamente para o bem-estar e para a autoestima do indivíduo e do casal³.

O Estudo Global de Atitudes e Comportamentos Sexuais, um dos mais proeminentes estudos realizados sobre sexualidade humana, concluiu que 83% dos participantes do sexo masculino e 63% dos participantes do sexo feminino atribuíram uma sublime importância à sexualidade para a sua qualidade de vida⁴. Este estudo permitiu ainda constatar que aproximadamente metade das pessoas sexualmente ativas já vivenciaram pelo menos um problema sexual, e destas apenas 19% procuraram ajuda junto de profissionais de saúde e 39% partilharam o seu problema com o seu parceiro sexual. Evidencia-se ainda que apenas 9% dos participantes no estudo confirmou que foi

ABSTRACT

Sexuality has a fundamental importance in the quality of life of the human being and any change in sexual activity should be a cause of concern¹. Evidence suggests that the number of sexually active people experiencing sexual problems is considerable. Spinal cord injury and consequential nerve disorders may result in structural or physiological changes that compromise sexuality and sexual health².

The rehabilitation nurse must assume a preponderant role in the care of the patient with changes in sexuality.

Keywords: Sexuality, Rehabilitation Nursing, Spinal Cord Injury.

questionado sobre a sua sexualidade por parte do seu médico de família⁴.

Estes dados demonstram a precariedade dos cuidados de saúde na temática da sexualidade e justificam uma melhoria da qualidade dos cuidados de saúde neste âmbito.

Sexualidade e Saúde Sexual

A sexualidade está presente em tudo o que somos, fazemos ou sentimos e é um aspeto fundamental da qualidade de vida do ser humano¹, pelo que restringir a sexualidade à sua função reprodutiva é manifestamente redutor. A mais recente definição de saúde sexual da Organização Mundial de Saúde, refere-se à sexualidade como um estado de bem-estar físico, emocional, mental e social, que requer uma abordagem positiva e respeitadora, assim como a possibilidade de ter experiências e práticas sexuais prazerosas e seguras⁵. No entanto, a concetualização de saúde sexual surge como algo de extrema dificuldade, em virtude da necessidade da combinação de sentimentos, atitudes e

valores do ser humano em determinados momentos e situações da sua vida, para além do autoconceito sexual⁶.

Metodologia

Metodologicamente, o presente artigo enquadra-se como um artigo de opinião, descritivo e fundamentado nas competências do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação no cuidado à pessoa com lesão vertebromedular com alterações da sexualidade.

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação e a Pessoa com Lesão Vertebromedular com Alterações da Sexualidade

A sexualidade, enquanto aspeto integrante e essencial da vida, deve ser foco de atenção da enfermagem e de todos os enfermeiros na sua prática profissional diária, nomeadamente quando situações de doença crónica ou incapacitante alteram e limitam a resposta sexual da pessoa⁷. O enfermeiro de reabilitação deve cuidar da pessoa assistindo-a a alcançar a plenitude da sua saúde sexual, de forma a atingir uma função sexual adequada e satisfatória⁸.

Um aconselhamento sexual eficaz e eficiente deve ter início e desenvolver-se num ambiente calmo, privado e de confiança mútua. No momento em que se procede ao aconselhamento sexual e se promove a saúde sexual é imperativo que o enfermeiro detenha de uma elevada capacidade de comunicação, que englobe a capacidade de utilizar uma linguagem que a pessoa perceba e técnicas que a levem demonstrar sentimentos, para que se consigam estabelecer objetivos e metas a alcançar^{8,8}.

Durante o aconselhamento do parceiro sexual da pessoa com alteração da função

sexual, o enfermeiro deve mostrar abertura para responder a quaisquer questões e deve informar o parceiro de todas as modificações da imagem corporal da pessoa, preparando-o para qualquer alteração que possa ocorrer durante o momento da relação sexual propriamente dita e elucidando-o, não só para as incapacidades a nível sexual e para os efeitos adversos da medicação, como também para as suas potencialidades e para novas forma de redescobrir e reinventar o prazer⁸.

A pessoa com lesão vertebromedular mantém a sua sexualidade após a instalação da incapacidade física e em momento algum se torna assexuada⁸. No sexo masculino é frequente a incapacidade do homem em atingir a ereção pela via psicogénica, ficando limitado à ereção reflexogénica, que muitas vezes não tem qualidade para relação sexual com coito, enquanto no sexo feminino se verificam alterações da lubrificação vaginal e da sensibilidade do clítoris e da vagina, e em ambos se verifica um considerável comprometimento do orgasmo⁹.

Após lesão vertebromedular grande parte das pessoas menciona uma diminuição da sua satisfação sexual e correlacionam esse sentimento com algumas variáveis que foram modificadas após a lesão, tais como a ereção suficiente para se conseguir a penetração, o alcance do orgasmo, a obtenção da penetração e as possibilidades de relação sexual sem necessidade de penetração¹⁰.

Numa fase inicial, a intervenção do enfermeiro de reabilitação junto da pessoa com lesão vertebromedular com alterações da sexualidade deve ter por objetivo promover a autonomia da pessoa, utilizando as suas capacidades de forma a proporcionar o fortalecimento da ligação íntima do casal,

da permuta de prazer, e da diminuição da ansiedade e da tensão entre o casal, com reforço efetivo da autoestima. Para isso, o enfermeiro aconselha e ensina estratégias compensadoras para a disfunção sexual da pessoa, nomeadamente em situações em que a relação sexual é incompleta. Uma das competências do enfermeiro de reabilitação deve ser o ensino e o incentivo para a procura e redescoberta das zonas erógenas. Num estudo onde se identificaram, após auto e hetero-exploração, diferentes níveis de zonas erógenas, constatou-se um primeiro patamar que evidencia a componente física, áreas de excitabilidade e de função sexual, onde foram identificados a boca, o pescoço, as orelhas, os mamilos e a área genital, e um segundo patamar que focaliza a componente psicológica, ou seja, zonas que remetem para a identificação da sexualidade, dos sentidos, da intimidade, onde se reconheceram a nuca, o couro cabeludo, os ombros, o ventre e os braços. No entanto o orgasmo, que quando é possível de alcançar, é igualmente importante, uma vez que é tido como a uma atividade que dá prazer, e a masturbação surge como uma estratégia compensadora, uma vez que, para os indivíduos que preservam a sua sensibilidade a nível dos genitais, surge como uma forma de obter prazer e de alívio da tensão¹¹.

A intervenção do enfermeiro de reabilitação tem início logo no momento em que começa a reeducação vesical e intestinal, pois em situação de incontinência existe sempre preocupação relativamente a odores e a sons que lhes são característicos⁸. Assim, uma vez que a incontinência pode por si só ser inibidora da atividade sexual, o enfermeiro de reabilitação deve instruir a pessoa a preparar a bexiga e o intestino

para evitar situações embaraçosas, através da redução de líquidos antes do ato sexual e do esvaziamento vesical e intestinal⁸. Para além destas medidas, a proteção da cama e a procura da aromatização do ambiente e do próprio parceiro sexual podem ser fundamentais na manutenção do ambiente íntimo e acolhedor. Em situações em que o parceiro sexual é o responsável pela gestão da incontinência, muitas vezes surge a inibição do desejo sexual, pelo que se sugere que o prestador seja outra pessoa⁸.

Outro problema destas pessoas na sua prática sexual tem a ver com o compromisso da mobilidade, que pode ter impacto nas posições que a pessoa pode adotar, podendo o movimento condicionar e limitar o afeto. Assim, pela incapacidade física e pelas alterações que podem ser de hipertonia, dor ou espasticidade, o parceiro sexual deve ser estimulado a adotar posições e estratégias de estimulação para a prática sexual propriamente dita, que visem uma melhor estimulação do seu parceiro, ao mesmo tempo que lhe conferem um papel mais ativo na relação sexual e promovem a sua autoestima⁸. A estimulação sexual manual e a estimulação orogenital podem ser opções para a prática sexual da pessoa com lesão vértebro-medular⁷.

Em casos de espasticidade podem realizar-se técnicas que visem o relaxamento da pessoa, e em casos de dor pode criar-se um plano de administração de terapêutica analgésica, para que o ato sexual ocorra durante o momento de maior ação terapêutica.

Para pessoas do sexo masculino com lesão vertebromedular, existem outras alternativas terapêuticas, cujos benefícios devem ser avaliados durante o processo de reabilitação sexual, com vista a melhorar a sua

qualidade de vida, uma vez que as mesmas maximizam as suas potencialidades, como a administração de medicação via sistémica ou por via tópica, a utilização da bomba de vácuo, ou da correção cirúrgica através da implantação de dois cones de cilindro no espaço ocupado pelos corpos cavernosos do pênis ¹².

Conclusão

Observa-se frequentemente, numa fase inicial do processo de reabilitação da pessoa com doença crónica ou com incapacidade física, que a sexualidade não é uma prioridade. No entanto, numa fase posterior, a sexualidade pode tornar-se na maior preocupação da pessoa e do seu parceiro sexual⁸.

A incapacidade resultante da lesão vertebromedular pode provocar diversas alterações da sexualidade, a nível de desempenho físico ou a nível psicológico e cognitivo. A dificuldade que a maioria dos profissionais de saúde manifesta, relativamente à obtenção de informações e à realização de ensinamentos sobre sexualidade, consiste num verdadeiro obstáculo ao cuidado das pessoas com alterações da sexualidade⁶. Não obstante, o enfermeiro de reabilitação tem o dever de conhecer e compreender as alterações a nível da sexualidade, com o objetivo de as despistar precocemente e de intervir diretamente junto da pessoa e junto do seu parceiro sexual. É imperativo que quem cuida de pessoas com alterações da sexualidade reconheça que a sexualidade é mais do que o mero ato sexual ou reprodutivo e atenda à sexualidade da pessoa como um conjunto de atitudes e sensações inerentes à vida humana, em particular o enfermeiro de reabilitação, uma vez que é da sua responsabilidade avaliar a função sexual da

pessoa com incapacidade, compreender as disfunções que a afetam, ou podem vir a afetar, para posteriormente aconselhar e recomendar estratégias que ajudem a pessoa a atingir a sua plenitude sexual.

Referências

- ¹Organização Mundial de Saúde (2010). Developing Sexual Health Programmes: A Framework for Action. Geneve: Organização Mundial de Saúde, 1-55.
- ²Ordem dos Enfermeiros (2009). Guia de Boa Prática de Cuidados de Enfermagem à Pessoa com Traumatismo Vértebro-Medular. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 144-147, 237-257.
- ³Magalhães, S., Batista, G., Martin, M. & Pereira, E. (2013). Disfunção Sexual Neurogénica em Paraplégicos – Estudo Retrospectivo. Revista da Sociedade Portuguesa de Medicina Física e de Reabilitação, 24(2), 31-35.
- ⁴Moreira, E., Brook, G., Glasser, D., Nicolosi, A., Laumann, E., Paik, A., Wang, T. & Gingell, C. (2005). Help-seeking behaviour for sexual problems: the Global Study of Sexual Attitudes and Behaviors. Int J Clin Pract, 59(1), 6-16.
- ⁵Organização Mundial de Saúde (2006). Defining Sexual Health: Report of a Technical Consultation on Sexual Health. Geneve: Organização Mundial de Saúde, 1-30.
- ⁶Woods, N. (1999). Alterações na Sexualidade e na Reprodução in Phipps, W., Long, B., Woods, N. & Cassmeyer, V. Enfermagem Médico-Cirúrgica: Conceitos e Prática Clínica. Lisboa: Lusodidacta, 1549-1581.
- ⁷Melo, A. (2004). Validação de Diagnósticos de Enfermagem, Disfunção Sexual e Padrões de Sexualidade Ineficazes. São Paulo: Biblioteca Digital de Teses e Dissertações da Universidade de São Paulo: Tese de Doutoramento.
- ⁸Greco, S. (2000). Educação e Aconselhamento Sexual in Hoeman, S. Enfermagem de Reabilitação. Loures: Lusociência, 647-683.
- ⁹Garrett, A., Martins, F. & Teixeira, Z. (2010). O Modelo Plissit como Primeira Abordagem à Reabilitação da Sexualidade do Lesionado Vértebro-Medular. Universidade do Minho: Actas do VII Simpósio Nacional de Investigação em Psicologia, 1363-1372.
- ¹⁰Mendes, A., Cardoso, F. & Savall, A. (2008). Sexual Satisfaction in People with Spinal Cord Injury. Sex Disabil, 26(3): 137-147.
- ¹¹Garrett, A., Martins, F. & Teixeira, Z. (2009). Da Actividade Sexual à Sexualidade Após Lesão Medular Adquirida. Revista da Faculdade de Ciências da Saúde 6, 152-161.
- ¹²Garrett, A., Martins, F. & Teixeira, Z. (2009b). A Actividade Sexual Após Lesão Medular-Meios Terapêuticos. Acta Médica Portuguesa, 22, 821-826.



CARTA DE UM BEBÊ

MARIA FILOMENA MARTINS LUCAS

Enfermeira Especialista/Mestre em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

RESUMO

A maternidade é um período rico de sentimentos e emoções.

Através de uma linguagem clara e acessível pretende-se abordar alguns dos problemas mais comuns nesta fase de vida, bem como alguns dos cuidados a ter com o Recém-nascido.

O papel do Enfermeiro surge, aparentemente, de uma forma muito discreta e supérflua, mas revela-se essencial para o desenvolvimento harmonioso da criança.

Palavras-chave: Recém-Nascido; Cuidados ao Recém-nascido; Enfermagem; Família

ABSTRACT

Motherhood is a period rich in feelings and emotions.

Through clear and accessible language is intended to address some of the most common problems in this stage of life, as well as some of the care to take with the Newborn.

The role of the nurse appears, apparently, in a very discreet and superfluous way, but it proves essential for the harmonious development of the child.

Keywords: Newborn; Care of the newborn; Nursing; Family

Olá. Sou o “teu bebé”.

Sim... aquele que te provocou enjoos, vômitos, sono... uma fome desmedida.

Desejos...desconfortos a diversos níveis.

Aquele que cresceu dentro de ti... que te deu pontapés...

Que sentiu as tuas alegrias, as tuas lágrimas... o riso...o desânimo... Que ouviu os teus planos, os teus desejos...as tuas ânsias...

Nem sempre sou o que planeaste, mas...a genética, a hereditariedade, o ambiente, a Família e tantos outros fatores fizeram-me assim.

Precisamos de tempo para nos conhecermos melhor. Estamos todos em adaptação... a uma nova fase de Vida... a um novo membro... aos mais diversos estímulos que, diariamente, nos primeiros dias, me atingem. Preciso de calma... tranquilidade...

Sei que é um período difícil para ti. Nessa dança hormonal em que te encontras, ora choras, ora ris. Sentes-te frágil, por vezes, impotente para satisfazer as minhas necessidades.

Tens medo de não conseguir cuidar de mim, de não conseguir perceber aquilo de que preciso, de não ter leite suficiente... “de este não ser bom”...de não saber se sou saudável.

...São tantas as questões que te envolvem emocionalmente e que podem fazer nascer em ti o pesadelo de te sentires “uma má mãe”!..

Eu não nasci com instruções. Vais ter de aprender a conhecer-me, assim como eu vou ter de te conhecer a ti (e ao Pai). Será neste jogo de afetos que a nossa ligação se irá enraizando, estreitando e aprofundando. A vinculação já iniciada será cada vez mais forte e acompanhar-nos-á ao longo de toda a nossa vida.

Sei que com o nascimento surgem inúmeras

mudanças...emoções. Vais ter de aprender a prestar--me alguns cuidados e irás defrontar-te com inúmeras sensações novas. Poderás pensar, segundo Brazelton e Cramer, que

•O afastamento da nossa “ligação (mãe/feto)” foi rápido e inesperado. É como se, apesar de esperares este momento, não te sentisses preparada para ele. É possível, por isso, que te sintas “vazia” e experimentes um sentimento de solidão;

•Existe uma sensação de “estranheza” perante o novo Ser, que saiu de ti, mas que não conheces. É um processo de adaptação que precisas de iniciar;

•Terás de deixar de pensar no bebé perfeito que tu idealizaste, ao longo da gestação, e de estabelecer relação com “ este bebé ” e com as suas características e particularidades;

•Tens medo e que não és capaz de cuidar de mim. Vais ter de ultrapassar esse receio de me poderes magoar. “Eu não sou feito de cristal”.

•eu sou “muito exigente” nos meus cuidados. Durante algum tempo, vais sentir-te esgotada, “esquecida”, como se a tua vida se centrasse exclusivamente nas minhas “necessidades”. (1989, p.44)

É um processo de adaptação que terás de realizar de modo a aprender a gerir e a desfrutar das exigências do teu bebé. Vais necessitar de conhecer as características daquele ser, as suas capacidades e apreciar cada momento de interação. Provavelmente, vais ter de delegar algumas tarefas domésticas...

Tudo isto é muito complicado do ponto de vista emocional, fisiológico e psicológico. É muita informação para gerires simultaneamente. São muitas ansiedades, dúvidas, interrogações, medos. A angústia

de não te sentires capaz de fazer face às constantes transformações... às mudanças que parecem não ter fim... tornam os primeiros tempos muito conturbados e problemáticos. É necessário que estejas calma e haja uma comunicação clara e objetiva entre ti e o pai. Cada um deve poder falar abertamente dos seus sentimentos e das suas dificuldades. O silêncio... o pensar que o outro tem o dever de perceber as necessidades do companheiro(a), o medo e a vergonha que os "outros" vos julguem "incapazes", fracos, egoístas ... nada disto é benéfico para ninguém. Só origina discussões, afastamentos, conflitos familiares e...sofrimento para todos, incluindo "EU".

Só o conhecimento do que cada um precisa permite chegar a uma negociação, causar uma mudança de atitude que poderá ser benéfica para todos.

Compreendo que, em termos globais e familiares, seja um enorme esforço, mas "eu sou uma nova realidade com a qual terãode aprender a lidar."

Tem calma e confia em ti. Com o tempo vais aprender a saber do que preciso, a reconhecer os diferentes tipos de choro, a desconfiar que "algo não está bem". Isto é uma aprendizagem mútua, lembreste? Além disso, eu não sou tão indefeso como se pensava antigamente... Tenho já alguns reflexos que possibilitam a minha sobrevivência e que me protegem. Sabes que eu acabei de nascer, mas já reconheço o teu cheiro...a tua voz?!

Sei que, inicialmente, choro muito, mas é a única forma de demonstrar o desconforto que sinto...

Desde que nasci, é estímulo atrás de estímulo. De um ambiente tranquilo e acolhedor (ambiente intrauterino), sou transportado para um ambiente ameaçador (ao princípio!).

São luzes fortes que me ferem os olhos, são barulhos ruidosos. É o frio. Tocam-me. Picam-me. Manuseiam-me uma... e outra vez. Só me apetece fugir!!!

Finalmente, oiço um som conhecido, a tua voz. Aninham-me junto de ti e então volto a sentir-me seguro. Colocas-me na mama e eu tento mamar. Nem sempre é fácil. Não é inato como se pensava antigamente. É mais uma aprendizagem que tu e eu temos de fazer... E é preciso paciência...calma e, por vezes, a ajuda de uma enfermeira que nos ensine revela-se essencial.

Amamentar traz-me inúmeras vantagens e estimula/reforça a vinculação. Sabes que "as crianças amamentadas têm mais facilidade na aceitação de novos alimentos devido às constantes alterações do sabor do leite materno e à técnica de sucção da mama, que promove um desenvolvimento mais saudável de toda a mandíbula e arcada dentária?!."(Ordem dos Enfermeiros, 2010, p.79)

Sabias também que outras vantagens da amamentação podem ser transmitidas sob a forma de mensagens simples através da Sigla AEIOU? Quem o disse foi um ilustre Pediatra que assim traduziu as siglas: A- Aleitamento completa; E- Espaça nascimentos; I – Imuniza; O – Organiza a vinculação; U – Útil e barato. (Gomes-Pedro, 1999, p.51)

Ah!... É tão bom estar ali, junto de ti, sentir o bater do teu coração, como antigamente, o calor, o aconchego... Ver o teu olhar, ouvir a tua voz, quando falas comigo, quando cantas...Sentir o toque dos teus dedos, quando me tocas, me afagas, me acaricias...

Ah!Como me sinto bem, como me sinto Feliz por estar neste Mundo...acolhido, protegido...

Sei que o ato de amamentar ainda está

sujeito a muitas pressões familiares, sociais, emocionais... e que este, apesar das boas intenções e desejos, nem sempre é possível. Não te culpes... Não deixas de ser a melhor mãe do mundo por isso. As coisas nem sempre correm como nós esperamos...É a Vida... E nós temos de vivê-la da melhor forma possível.

O leite materno é o melhor leite que me podes dar e, se possível, até aos 6 meses, mas, quando, pelas mais diversas razões isso, não acontece, não deixarei de crescer saudável e ser feliz. Apenas são necessários, mais, alguns cuidados com a minha alimentação. O Amor, o afecto, o cuidado...estão lá. O "instrumento" é que é diferente. Eu sinto-te calma, tranquila, disponível para mim e isso é suficiente.

Se tiveres que me alimentar artificialmente, continuas a dar-me a segurança, a confiança... o Afetode que eu necessito para me desenvolver harmoniosamente.

Quero lembrar-te que nem sempre o meu choro significa "fome". Às vezes, choro porque tenho cólicas. A "imaturidade" do intestino provoca-me um desconforto abdominal imenso. Às vezes, o ar que ingiro a mamar ou os alimentos que compõem a tua alimentação, e que também podem provocar gases,agravam esta situação. Como podes ajudar-me? Em primeiro lugar, evita as bebidas gaseificadas, os alimentos flatulentos e/ou que provoquem obstipação. Bebe muita água. Posteriormente, pega-me ao colo e faz-me massagens abdominais (no sentido dos ponteiros do relógio). Faz ginástica com as minhas pernas, suavemente (estica e encolhe). Deita-me sobre o teu braço em ventral, comprimindo levemente o abdómen. Por último, se nada resultar, faz-me aquilo que eu mais detesto - uma

estimulação intestinal. Cuidadosamente, introduz a ponta da cânula lubrificada e roda cuidadosamente. Vais ver os gases e as fezes a saírem.

Há bebés que sofrem mais desta situação do que outros. Há aqueles que têm frequentemente gases, abdómen duro. Estão constantemente desconfortáveis, com choro permanente. Se se pensar que é a "fome" que os faz chorar, ao dar-se mais leite, inconscientemente, aumentar-se o desconforto. Porquê? O estômago está cheio... seja de leite ou ar. A digestão não se faz e o ar não consegue sair... as fezes também não. Acrescenta-se mais leite e imaginem o incómodo que isso causa!...

Eu sei que o choro se torna irritante, incomodativo, cansativo, mas é uma fase... Vai passar e acreditem... virá o dia em que, ao não me ouvirem chorar, irão a correr aflitos, a ver se está tudo bem.

Como te disse inicialmente, este é um processo de aquisição de competências mútuo. Com o tempo vais aprender a distinguir os diferentes tipos de choro. Ninguém me conhecerá melhor do que tu... e tu serás a primeira a saber e a reconhecer quando "algo não está bem".

Falemos agora de um outro ponto, muito importante. Sei que tens medo de te afastar de mim, de me deixar sozinho, mas peço-te que não me coloques na tua cama, por hábito, durante a noite.

Todos temos direito ao nosso espaço, ao nosso conforto e à nossa privacidade.

Pode parecer-te que é mais seguro eu dormir contigo. Achas que é melhor ficares a vigiar-me, mas... tu estás cansada e precisas de dormir. Na tua cama, eu posso cair, escorregar para baixo dos lençóis e sufocar. Tu podes adormecer e, inconscientemente, rolar para

cima de mim... Acidentes acontecem e convém preveni-los.

Desde sempre, coloca-me no berço ou alcofa de forma a que os meus pés toquem no fundo. Eleva um pouco a cabeceira e entala os lençóis por baixo das axilas. Deita-me de barriga para cima, com a cabeça de lado e vai alternando. Nunca, mas nunca, me coloques de barriga para baixo...posso bolsar, vomitar e asfixiar-me...

Compreendo que seja difícil para ti afastares-te de mim, tens medo ... mas é melhor para todos. Eu sei que tu virás quando eu precisar... que estarás sempre lá...

Nesta aventura, que é a maternidade, precisas de cuidar de ti, de repousar, de repor energias... O teu bem-estar é importante e vital não só para mim, mas para toda a nossa família.

Desde cedo que é importante que eu comece a perceber a diferença entre o dia a noite. Por isso, à noite, começa a ter determinadas rotinas: diminui a iluminação e o ruído. Dá-me banho, se possível, sempre à mesma hora e coloca-me na cama, como meu brinquedo preferido. Implementa as normas e as rotinas desde cedo: ela transmite-me calma e segurança. Tornam o ambiente previsível e issodá-me confiança.

Sou o teu bebé e, ao princípio, posso parecer um pouco monótono: alimento-me...durmo... elimino,mas não te enganes com esta aparente inatividade... já gosto e necessito de interação, de companhia, de contacto físico... de afeto...

Fala comigo docemente, quando me alimentas, me dás banho, me trocas a fralda. Canta-me ou põe-me música suave. Coloca-me cores suaves no quarto. Isso acalma-me e proporciona-me bem-estar. Anda comigo ao colo, embala-me. Ajuda-me a interagir com

o ambiente. Brinca comigo. Usa brinquedos de materiais suaves, cores fortes, que façam barulho, que tenham texturas. Há medida que eu for crescendo, os brinquedos também se irão alterando, para melhor estimular a minha curiosidade, a minha locomoção, a minha inteligência, a minha criatividade. Gradualmente, irás perceber, de acordo com as minhas características e necessidades, aquilo que for mais adequado para mim.

Nunca de esqueças: no meio dessa tua vida agitada, guarda algum tempo para brincares comigo, leres histórias, inventares aventuras... Está comigo a 100%, nem que seja por 10 minutos. Tenta não pensar na roupa...no jantar...no trabalho e em tantas outras tarefas que o teu mundo de adulto controla. Muitas vezes, futuramente,durante essas brincadeiras, eu posso contar-te os meus medos...os meus problemas...as minhas alegrias... as minhas dúvidas...Está atenta e desfruta.

A ausência de estímulos pode interferir no meudesenvolvimento normal e, conseqüentemente, na forma como eu lido e interajocomoMundo,comomerelacionocom os Outros e como desenvolvo determinadas características,nomeadamente, a confiança, o respeito, a autoestima e a identidade...

Voltemos ao AGORA...

Paralelamente a todos estes cuidados, leva-me regularmente às consultas de vigilância, preconizadas pela Direcção Geral da Saúde, mesmo que eu não esteja doente...Só para veres se está tudo bem e se estou a crescer favoravelmente.

O Médico e a Enfermeira que compõem esta Equipa de Saúde fazem muitas perguntas, mas...não é por curiosidade. É para perceberem como cuidas de mim, questionarem se tens dúvidas e/ou para

detetarem algo que tu, inconscientemente, (quer porque não tenhas conhecimento, te tenham dito para fazer assim ou porque crês que é o melhor para mim...) não estás a fazer da forma mais adequada.

Esta equipa ensina e procura recomendar aquilo que for mais benéfico para nós, de acordo com o que a nossa Família pode ou não proporcionar-nos. Eles escutam-nos, ouvem os nossos problemas...as nossas ansiedades. Determinam os recursos que temos disponíveis e com eles ajudam-nos a encontrar e/ou a procurar outras respostas. Eles ajudam-nos a lidar com situações mais problemáticas. Eles apoiam-nos... Se tiveres dúvidas, não hesites...pergunta-lhes. Recorre a eles. Não te envergonhes. Não há julgamentos. Apenas um único objetivo - tornar o meu crescimento harmonioso.

Se esta Equipa detetar necessidades, através de ações e atitudes individualizadas vão ajudar a nossa família a resolver os problemas existentes e/ou a lidar com eles.

Nestas consultas, é também habitual pesarem-me, medirem-me e verificar o tamanho do meu perímetro cefálico. São os chamados dados antropométricos e permitem verificar se estou a crescer dentro do que é considerado "normal".

Também costumam fazer "ginástica" comigo: Deitam-me em dorsal, colocam-me em pé, fazem-me abdominais, mostram-me brinquedos coloridos e sonoros, fazem-me cócegas...enfim uma canseira...Dizem que estão a testar os meus reflexos, para ver se está tudo bem ou se existe alguma área do desenvolvimento que necessite de outro tipo de vigilância ou de acompanhamento.

Ao longo de todo este processo, costumo ficar um pouco rabugento e choroso, porque estou despido, estou preso, sou esticado e,

finalmente,sinto-me cansado. São muitas manipulações para quem "só" está habituado a comer e dormir... A alteração da minha rotina diária também não ajuda... Nenhum destes procedimentos dói fisicamente. Apenas existe stress emocional.

Doer...doer doem as vacinas...aquelas injeções para administração de determinados líquidos e que nos protegem de certas doenças. São maldades necessárias, mas que custam...custam. Mesmo que a Enfermeira seja cuidadosa, carinhosa...uma picada é sempre uma picada. Mas eu compreendo que "Isto" é muito importante para a minha saúde e é o melhor que me podes fazer para me proteger.

Quando são três ou mais no mesmo dia... (Imaginem só !!!)... fico um pouco rabugento, inquieto, por vezes, inconsolável...Posso até fazer febre, mas não é nada que o mimo da família e os medicamentos receitados pelo Doutor (se necessário!) não resolvam...

Toma nota: Ao longo do 1º ano, eu vou crescer muito rapidamente. Sem que te dê conta, "Eu"vou ficar grande. Vãocomeçar a surgir-me os primeiros dentes (por volta dos 6 meses)...Vou começar a gatinhar... a palrar...a querer comer sozinho... a fazer birras...a querer ser independente... a manifestar a minha personalidade.

Por muitas que sejam as crianças que tu conheças, nunca faças comparações. Cada criança é única e tem o seu próprio desenvolvimento, ritmo de crescimento proveniente dos estímulos a que está sujeita, do ambiente em que é criada e até mesmo da própria herança familiar...

Não é por uma criança começar a andar mais tarde ou a falar depois do que está estipulado nos livros que significa que esta tenha problemas. As crianças não são

estandardizadas, padronizadas. Cada caso é um caso e cada situação tem que ser analisada com base num determinado contexto. Percebes agora porque é que a Enfermeira e o Doutor fazem tantas perguntas?

Eu vou desenvolver-me, num instante, e o bebé, que hoje sou, logo, logo se tornará numa criança cada vez mais autónoma e curiosa, procurando descobrir o caminho nesta Vida. Até já tenho Direitos! Sabes quais são? Não? Pois Eles aqui estão.

Todas as crianças têm:

- Direitos iguais, seja qual for o sexo, a língua ou a religião;
- Direito a uma família e a uma casa;
- Direito a ser tratadas, quando estão doentes, e a ser alimentadas;
- Direito de brincar, a ter amigos e a ir à escola;
- Direito a não serem maltratadas. Têm direito ao Amor, à ternura e à proteção;
- Direito a escolher... a protestar... a dizer sim e a dizer não. Têm direito a mostrar aquilo que pensam e sentem;
- Direito a ser protegidas de todas as situações de perigo;
- Direito a conhecer e a compreender os seus direitos. (Instituto Apoio à Criança, 2009, p.4 -p.12)

Sei que estarás sempre para me apoiar, ajudar, incentivar... mesmo que eu nem sempre corresponda aos teus desejos... às tuas expectativas...aos teus sonhos. Por mais que os queiras ver realizados, são os teus sonhos e nem sempre coincidem com os meus... Tens de aceitar...

Tu e eu, apesar de interdependentes, somos dois seres distintos, com vidas diferentes. Prepara-te para este pensamento... para esta postura perante a Vida.

Desde sempre, estimula-me, elogia-me, reforça as minhas qualidades, ensina-me a

ultrapassar as minhas dificuldades... a ver nas "derrotas" e nos "erros" oportunidades de ir mais longe... de aprender... de me desenvolver. Contribui para que eu me torne confiante, seguro de mim, compassivo, tolerante.

Por agora, eu sou só um bebé, mas tenho a certeza que, ao longo da minha vida, serei sempre "O TEU BEBÉ"

Referências Bibliográficas

- Brazelton. T. Berry; Cramer. Bertrand G. - A Relação mais precoce – os pais, os bebés e a interação precoce. Lisboa: Terramar, 1989. ISBN – 972-710-083-X
- Gomes Pedro, João - A Criança e a Nova Pediatria. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 1999. ISBN – 972-31-0827-5
- Instituto de Apoio à Criança - Direitos da Criança e deveres...1º ed. Lisboa: Instituto Apoio à Criança, 2009. ISBN – 978-972-8003-33-3
- Ordem dos Enfermeiros - Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Cadernos OE. ISBN – 978-989-8444-00-4. Vol.1, nº3 (2010) p.79.

ANÁLISE REFLEXIVA DO ARTIGO "ÉTICA NAS DECISÕES SOBRE O FIM DA VIDA - A IMPORTÂNCIA DOS CUIDADOS PALIATIVOS"

**MÁRCIA LÚCIA SOUSA DIAS ALVES**

*PEnfermeira nível I no Serviço de Otorrinolaringologia/
Hemato-Oncologia do Hospital Dr. Nélio Mendonça,
Doutoranda em Ciências de Enfermagem no Instituto
Ciências Biomédicas Abel Salazar, marcialves96@
hotmail.com*

CARLA SOFIA SANTOS VIEIRA

Estudante de saúde

RESUMO

Este artigo aborda sobre a importância dos cuidados paliativos e o impacto que estes contêm na sociedade, esclarecendo a importância das decisões em fim de vida, assim como quais os direitos que os doentes têm, principalmente, em fim de vida. Deste modo, o mesmo também demonstra que por mais que a medicina curativa evolua, há determinados aspetos a ter em consideração tal como a mortalidade humana. Este evidencia a maneira como a morte é vista nos nossos dias e qual a evolução deste ponto de vista ao longo dos anos, revelando, assim, que no século XXI a morte já não é considerada um fenómeno natural, tendo em consideração a evolução da ciência e medicina, bem como a sua capacidade de prolongar a vida humana. Do mesmo modo, há o esclarecimento do que são os cuidados paliativos e para o que estes estão destinados. Revelam que estes cuidados são uma resposta ética, médica e psicológica com o intuito de dar resposta às necessidades dos doentes em fase agónica. Porém, é necessário ter em consideração quais os limites da vida humana e nunca colocar em primeiro lugar as capacidades da medicina.

Encontramos uma ligação com o Testamento Vital, que assume um papel importante nesta fase de vida, tendo em conta que este contém todas as vontades do doente, revelando assim quais os tratamentos/cuidados que este está disposto a submeter-se.

Também encontramos a referência a como estão enquadrados os cuidados paliativos em Portugal e como as suas infraestruturas correspondem a um número inferior ao que é esperado. Complementando, aborda a Carta da Praga, demonstrando, deste modo, a relevância que esta conteve para a evolução dos direitos humanos tal como dos cuidados

paliativos no nosso país. Por fim, expõe os princípios bioéticos correspondentes essencialmente aos cuidados paliativos, o da Autonomia, da Beneficência, da Não-Maleficência e o da Justiça, a que cada doente tem o direito de aceder aos cuidados dignos para maximizar os benefícios do tratamento e minimizar os danos.

Palavras chave: Ética; paliativos

INTRODUÇÃO

Através da leitura do artigo, *Ética nas decisões sobre o fim da vida - a importância dos cuidados paliativos* (Neto, 2013), tenho como finalidade a de desenvolver a minha habilidade reflexiva na leitura do mesmo e de conseguir alcançar uma reflexão oportuna.

O artigo consiste na abordagem sobre os cuidados paliativos, assim como a

ABSTRACT

This article discusses the importance of palliative care and its impact on society, clarifying the importance of end-of-life decisions, as well as the rights patients have, especially at the end of life. In this way, it also demonstrates that as much as curative medicine evolves, there are certain aspects to take into consideration such as human mortality. This shows how death is seen in our day and what evolution from this point of view over the years, thus revealing that in the twenty-first century death is no longer considered a natural phenomenon, taking into account the evolution of science and medicine, as well as their ability to prolong human life.

Likewise, there is clarification of what palliative care is and what it is intended for. They reveal that this care is an ethical, medical and psychological response in order to meet the needs of patients in the agonizing phase. However, it is necessary to take into account the limits of human life and never put the capacities of medicine first.

We find a connection with the Living Will which plays an important role in this stage of life, bearing in mind that it contains all the wills of the patient, thus revealing what treatments / care he is willing to undergo.

We also find the reference to how palliative care is framed in Portugal and how its infrastructures correspond to a lower number than what is expected. In addition, it addresses the Prague Charter, thus demonstrating the relevance it has had to the evolution of human rights such as palliative care in our country.

Finally, it exposes the bioethical principles corresponding essentially to palliative care, Autonomy, Beneficence, Non-Maleficence and Justice, to which each patient has the right to have access to decent care in order to maximize the benefits of treatment and minimize damage.

Keywords: Ethic; palliative

importância das decisões em fim de vida, de modo a fazer-nos refletir sobre o tema e adquirirmos mais conhecimento sobre o mesmo.

Deste modo, a reflexão do tema será realizada de acordo com os subsídios provenientes da bibliografia pesquisada de maneira a fundamentar a análise do artigo. Sendo assim, a reflexão estará subdividida em três

partes: o resumo do artigo, a análise reflexiva, assim como o meu desenvolvimento a nível pessoal e profissional.

O autor aborda-nos a importância das decisões em fim de vida, assim como a relevância da ética nas mesmas. Deste modo, remete-nos a refletir sobre esta fase, quais os sintomas relacionados com a mesma, assim como a evolução destes cuidados ao longo dos tempos.

Segundo Kovács (2003), a morte é vista no século XXI como um tabu, mas em contrapartida defende que o desenvolvimento da medicina tem vindo a permitir a cura de diversas doenças, assim como o prolongamento de vida. Mas no entanto, este progresso poderá ser uma incógnita quando se trata de buscar a cura e salvar uma vida, que apesar de todo o empenho dos profissionais, num contexto de missão impossível: manter uma vida na qual a morte já está presente.

De acordo com Neto (2013), o sofrimento humano, assim como a dor e a morte, nos nossos dias, tem uma maior relevância devido à evolução da medicina, pois após os progressos da mesma, a morte já não é considerada um fenómeno natural, tendo em consideração que na atualidade esta ocorre maioritariamente em hospitais com acompanhamento.

Nos dias que correm, a morte deixou de acontecer de forma natural, em casa, com os mais próximos e sem muito sofrimento por parte da pessoa em fase agónica. Em contrapartida, esta, correntemente, ocorre de forma mais complexa, em que a pessoa é acompanhada por profissionais e em que estes procuram a cura, sendo que quando a mesma não existe, optam pelo prolongamento de vida, pelo qual o utente

passa a encontrar-se em cuidados paliativos. Todavia, todos aqueles que se encontram sem cura, necessitam de acompanhamento, sendo que esse volta-se para os cuidados paliativos, onde estes usufruem de assistência espiritual e psicológica, assim como o acompanhamento de todos os profissionais, sendo que todos esses unem-se tendo como objetivo comum contribuir para dar um fim de vida ao doente da forma mais digna possível. Deste modo, promove-se a melhoria da qualidade de vida e o alívio do sofrimento, quer seja para o doente como para os seus familiares (Capelas, s/ d).

Não obstante, o acompanhamento em fim de vida é considerado fundamental quer seja para a defesa e proteção do doente, como para a proteção dos seus direitos básicos. Nos nossos tempos, os cuidados paliativos são considerados um direito humano.

A prática de tentar manter a vida a todo o custo, é responsável por um dos “maiores tumores” do ser humano atualmente, que consiste em manter a vida com muito sofrimento, solidão ou até mesmo num quarto de hospital, tendo por companhia tubos e máquinas (Kovács, 2003).

São nestas circunstâncias que surge a questão: Será possível escolher a forma de morrer?

Ao longo dos tempos, podemos observar a busca da dignidade no processo de morrer, que não se trata no adiamento da morte, a eutanásia, nem no prolongamento no processo de morrer com intenso sofrimento, a distanásia (Kovács, 2003).

De acordo com Moura citado por Neto, a ciência e a tecnologia encontram-se numa luta contínua e crescente contra a morte, procurando todos os meios disponíveis para a conservação da vida. Todos estes esforços

muitas das vezes não nos fazem pensar quais são os limites e até onde devemos ir. A autora, remete-nos a refletir sobre o assunto, pois, maioritariamente, queremos encontrar soluções para conseguirmos prolongar a vida e afastarmos a morte, porque, geralmente, não impomos os limites da ciência, mas principalmente os do organismo humano. Há um aspeto muito importante a considerar em fim de vida, “a dignidade da morte começa com a dignidade da vida”. (Kovács, 2003).

As decisões em fim de vida, levam-nos a enfrentar o problema da morte e atuar com precaução, proporcionalidade e humanidade na cura da doença. No entanto, também não nos podemos esquecer que “os cuidados de saúde devem aceitar também o declínio, o envelhecimento e a morte que, quer se queira quer não, fazem parte da condição humana: todos somos mortais por mais que a ciência evolua”. Para isso, é necessário ponderar em relação às situações que colocam os utentes num estado considerado “vegetativo persistente” e os cuidados que estão à disposição na sua vivência ou sobrevivência diária e até que ponto a pessoa está disposta a recebê-los (Brito e Rijo, 2000).

E como estão enquadrados os cuidados paliativos em Portugal?

Em Portugal, os cuidados paliativos só apareceram nos anos 90, (Marques et al, 2009), talvez pelos insuficientes recursos económicos ou até mesmo pelo apedutismo por parte dos políticos voltados para este setor da saúde, tendo em conta que a sociedade encontra-se mais envelhecida.

Ainda assim, o desenvolvimento e a implementação destes cuidados no país tem vindo a ser moroso e pouco eficaz, tendo em conta que só cerca de 10% dos doentes

terminais têm acesso efetivo à prestação destes cuidados (SOL, 2013).

Após a publicação da Lei de Bases dos Cuidados Paliativos, a Lei N.º 52/2012, que na sua Base II definiu os cuidados paliativos como sendo “cuidados ativos, coordenados e globais, prestados por unidades e equipas específicas, em internamento ou no domicílio, a doentes em situações de sofrimento decorrente de doença incurável ou grave, em fase avançada e progressiva, assim como às suas famílias, com o principal objetivo de promover o seu bem-estar e a sua qualidade de vida, através da prevenção e alívio do sofrimento físico, psicológico, social e espiritual, com base na identificação precoce e do tratamento rigoroso da dor e outros problemas físicos, mas também psicossociais e espirituais”, estes cuidados passaram a ser levados mais em consideração assim com a criação de infraestruturas que tenham capacidade de assegurar o cuidado e bem-estar do número acrescido de doentes crónicos. (SNS, 2012)

Porém, foi criada a Carta da Praga, que consiste em melhorar os cuidados de saúde e ao seu alargamento para que estes possam abranger um número maior de pessoas. Esta carta traduz-se numa aliança entre a Associação Europeia de Cuidados Paliativos (EAPC), a Associação Internacional de Cuidados Paliativos (IAHPC), a Aliança Mundial de Cuidados Paliativos (WPCA) e o Observatório dos Direitos Humanos (HRW), que juntas, têm como finalidade promover o acesso aos cuidados paliativos como um direito humano (EAPC, s/ d).

Em contrapartida, segundo o Professor Rui Nunes citado por Neto, quando a morte é “inevitável” ou “iminente” e desde que seja respeitada a opinião do doente ou

do seu respetivo representante legal, de que o recurso aos cuidados paliativos com o propósito de diminuir o sofrimento, mesmo com o risco de diminuir o tempo de vida, e a resignação a procedimentos desproporcionais ou prescindíveis, esta será a forma de assegurar a dignidade no morrer. Podemos observar que os cuidados paliativos, não passam somente pela parte técnica, mas envolve muito mais do que isso, inclui promover o máximo de conforto e qualidade de vida, mas também o respeito por todos os direitos do doente, assim como a proteção dos mesmos, nunca deixando de parte a sua opinião ou do seu representante. Apesar dos cuidados paliativos estarem adaptados para proporcionar as melhores condições de saúde possíveis, que não englobam um máximo nem um mínimo de suporte de vida, somente o que é eticamente aceite. Mas muitas das vezes refletimos pelo que será eticamente correto, será ficar ligado a uma máquina como forma de prolongar a vida? Esta questão fica a critério do doente e do seu representante, que muitas das vezes, por não quererem partir tão cedo, preferem viver em sofrimento e agonia, assim como das possíveis recomendações do médico. Aos profissionais, fica a responsabilidade de contribuir para que essa fase agónica, não passe só de momentos de solidão, dor e tristeza, ou na utilização de processos terapêuticos, que por vezes os seus efeitos são mais nocivos, ou até mesmo inúteis, quando a cura é impossível.

É importante, neste contexto, estabelecer uma ligação com o Testamento Vital, por este ser um direito que nos assiste, onde fica declarada a vontade do doente, tendo em principal consideração quais os cuidados clínicos que pretende receber, ou não, numa

situação de urgência (SNS, 2017).

Para os que optam pela sua utilização, no sentido da predileção pela sua autonomia nas suas escolhas, estando direcionado normalmente para a manutenção da vida, mas também para a qualidade e dignidade da mesma. Portanto, será neste documento que estarão descritos os tratamentos pelos quais, estando numa situação de prognóstico de doença irreversível ou terminal, estará disposto a receber. Sendo desde então, respeitada a sua liberdade de escolha e a sua autonomia consciente e informada (Mattes e Zembatty, s/ d).

Papa João Paulo II, escreveu uma carta em 1991, que evidenciava: "quando a morte inevitável é iminente, apesar dos meios usados, é permitido, em consciência, tomar a decisão de recusar formas de tratamento que apenas asseguram um precário e doloroso prolongamento da vida", deste modo, confirma o que os autores, anteriormente referidos, mencionaram. No entanto, alguns dos cuidados a serem prestados pelos profissionais serão rejeitados pelos pacientes, tais como os métodos invasivos e os de eficácia duvidosa, e caso seja essa a vontade do doente, essas terão de ser evitadas, como por exemplo a hidratação artificial, a ventilação assistida, a utilização de sondas e até mesmo ordens de não-reanimação, tornando todas estas ordens inúmeras questões na atuação médica e ética (Barbosa, 2006).

A propósito, é importante esclarecer o Relatório de Belmont de 1974 (Jonsen, 1998), tendo em consideração os princípios que estão subjacentes a este. Este relatório, serviu de resposta política a uma série de personalidades desde a Medicina, à Ética e à Ciência, como forma de proteger os seres

humanos da investigação científica, pois estes eram alvos de várias experiências, sendo utilizados como cobaias, de forma involuntária. No mesmo, os princípios que se destacam por serem fundamentais no que diz respeito à Bioética Clínica são nomeadamente: o da autonomia, da beneficência, da não maleficência e da justiça (Beauchamp e Childress, 2002).

O princípio da autonomia está centrado na capacidade de uma pessoa definir o que julga mais adequado para si mesma, ou seja, esta determina quais os cuidados/tratamentos que está disposta a escolher. Este princípio, designa-se pelo respeito ao indivíduo, assim como a sua capacidade de decisão e a sua dignidade. O autor, define que são necessárias duas condições fundamentais para esta autodeterminação: "capacidade para agir intencionalmente, o que pressupõe compreensão, razão e deliberação para decidir coerentemente entre as alternativas que lhe são apresentadas" e a "liberdade, no sentido de estar livre de qualquer influência controladora para esta tomada de posição". Isto é, o respeito da autonomia, contém um grande impacto no consentimento informado, na compreensão, na informação prestada, na voluntariedade, assim como na avaliação de riscos e dos benefícios, sendo que estes englobam o saber da sua natureza e os objetivos. Este princípio está relacionado com o Testamento Vital, na medida em que nestes estão constatados os intentos do paciente caso este já não se encontre autónomo nem consciente para tomar uma decisão, sendo este recorrido pelos profissionais. Deste modo, serão evitados conflitos/abusos, tanto com os familiares como com os profissionais, caso estes queiram tomar uma decisão contra a

vontade do doente (Beauchamp e Childress, 2002).

O princípio da beneficência, está relacionado com o ato de fazer o bem e que como profissionais, como humanos, temos o compromisso de fazer o bem em prol do outro, independentemente de quem seja. Segundo o autor, a beneficência, é a utilização de todos os conhecimentos assim como das habilidades profissionais a serviço do paciente com efeito de minimizar os riscos e maximizar os benefícios dos procedimentos a suceder. Para a utilização deste princípio, é necessário desenvolver competências profissionais, dado que, apenas desse modo será possível haver decisão a nível dos riscos e benefícios a que o doente estará exposto, assim como de determinadas atitudes, práticas e procedimentos (Koerich, Machado e Costa, 2005). Os mesmos autores, também defendem que para conseguirmos adaptar o que é "bom" para cada um dos doentes, é importante haver um relacionamento interpessoal que contenha confiança mútua, assim como exige a atenção do cuidador nos limites da sua atuação, uma vez que este poderá estar a afetar o princípio da autonomia.

O princípio da não-maleficência consiste no dever de se abster de atuar, em momento algum, de forma prejudicial para com o utente. Este princípio não abrange somente a boa intenção do profissional mas sim evitar todos os riscos a que o doente esteja exposto e ter precaução antes de agir, procurando alternativas para diminuir a probabilidade deste sair prejudicado (Koerich et al, 2005). É denominado pelo dever de não causar danos nem colocar o doente em risco, independentemente de quem quer que seja, tendo em consideração que os utentes têm

direito à dignidade (Atlas da Saúde, 2016) e nós como profissionais temos de colocar de parte a nossa vida pessoal.

Por último e não menos importante, encontramos o princípio da justiça que está alusivo à distribuição coerente e conveniente dos benefícios e deveres sociais. Todos os cidadãos, independentemente das suas condições quer sejam pessoais, sociais ou económicas, têm direito ao acesso e à oportunidade de aceder a todos os recursos de saúde da área da saúde (Beauchamp e Childress, 2002). O mesmo autor, também evidencia que esta questão tem uma grande importância na prestação de cuidados de saúde, na medida em que o número de instituições corresponde a um número inferior ao necessário.

Todos estes princípios deverão ser respeitados por mais que haja evolução da ciência tecnicista e medicalizada, considerando que o respeito pelo outro e pelos seus direitos apresentam uma maior relevância em comparação à parte técnica e esse é um aspeto a considerar. A ética remete-nos a reconhecer o valor de todos os seres vivos.

Koerich et al (2005), descrevem a ética como sendo uma teia, onde todos os fios são imprescindíveis e co-reprodutores uns dos outros. Assim como ao estar-nos a dedicar a agir de forma ética, estamos em busca da saúde e vida, tal como ao processo contínuo de crescimento e desenvolvimento humano.

CONCLUSÃO

As decisões em fim de vida, tornam-se decisões difíceis, tendo em conta que o doente e os seus familiares pretendem sempre prolongar o tempo de vida, assim como os profissionais de saúde. Existe uma grande importância em relação ao

Testamento Vital, tendo em consideração que este revela todas as vontades do doente, quando este se encontra autónomo e tem consciência daquilo que pretende para si.

Em suma, estes são cuidados com o intuito de aliviar os sintomas, prestar apoio psicológico, espiritual e emocional ao doente e dar apoio à família quer seja na fase agónica do doente como durante o luto da família.

Estes cuidados são importantes, devido a não se estarem unicamente direcionados à parte técnica, mas sim envolver muito a parte afetiva, nunca "olhando" para o doente como mais um, mas sim como um ser humano, que necessita de apoio, força, afeto e atenção por se encontrar, particularmente, em fim de vida.

Posso concluir que os cuidados paliativos são uma resposta ativa aos problemas decorrentes da doença prolongada, progressiva e incurável. Deste modo, também tem como finalidade o de prevenir o sofrimento que ela gera, quer seja para o doente como para a família.

Como futura profissional, considero estes cuidados muito importantes, não obstante, pressuponho que toda esta atenção dada ao doente, não deverá ser somente prestada nestes cuidados, mas sim em todas as outras áreas da saúde, porque todos merecem ser tratados da forma mais digna possível e ter os mesmos direitos que todos os outros humanos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BARBOSA, A. (2006). Bioética e Cuidados Paliativos. Manual de Cuidados Paliativos. Retrieved 9 December 2017, p.44
- BEAUCHAMP, T., & CHILDRESS, J. (2002). Princípios de Ética Biomédica. Retrieved 5 December 2017

- BRITO, A., & RIJO, J. (2000). Estudo Jurídico da eutanásia em Portugal: direito sobre a vida ou direito de viver?. Retrieved 6 December 2017, p. 11, 13, 34, 54, 78
- CAPELAS, M. Cuidados Paliativos: Uma Proposta para Portugal. APCP. Retrieved 5 December 2017, from http://apcp.com.pt/uploads/manuel_luis_capelas_1.pdf; p.52
- Cuidados Paliativos não chegam a 10% dos pacientes necessitados. (2013). SOL. Retrieved 7 December 2017, from http://sol.sapo.pt/inicio/Sociedade/Interior.aspx?content_id=72488
- Dia Mundial do Doente. (2016). ATLAS DA SAÚDE. Retrieved 10 December 2017, from <http://www.atlasdasaude.pt/publico/content/conheca-os-seus-direitos-e-deveres>
- Diário da República, 1.^a série — N.º 172. (2012). Diário da República. Retrieved 4 December 2017, from <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/09/Lei-n-52-2012-%E2%80%93-Assembleia-da-Rep%C3%BAblica-%E2%80%93-Lei-de-Bases-dos-Cuidados-Paliativos.pdf>; p. 5119
- JONSEN, A. (1998). The Belmont Report: Ethical Principles and Guidelines for the Protection of Human Subjects of Research. A Documentary History. Retrieved 6 December 2017, p.22
- KOERICH, M., MACHADO, R., & COSTA, E. (2005). Ética e Bioética: para dar início à reflexão. Scielo. Retrieved 8 December 2017, from <http://www.scielo.br/pdf/tce/v14n1/a14v14n1>; p. 107-109
- KOVÁCS, M. (2003). Bioética nas Questões da Vida e da Morte. Scielo. Retrieved 1 December 2017, from <http://www.scielo.br/pdf/%0D/pusp/v14n2/a08v14n2>; p.115
- MAPPES, T., & ZEMBATY, J. Biomedical Ethics. 3th Ed. MacGraw -Hill. Retrieved 10 December 2017, P. 338
- MARQUES, A., GONÇALVES, E., SALAZAR, H., NETO, I., CAPELAS, M., TAVARES, M., & SAPETA, P. (2009). O desenvolvimento dos Cuidados Paliativos em Portugal. APCP. Retrieved 6 December 2017, from <http://www.apcp.com.pt/uploads/cp.pdf>
- MOURA, C. (2011). A inevitabilidade da morte e o cuidar em fim de vida: entre a Filosofia e a Bioética. Coisas de Ler. Retrieved 6 December 2017; p.142
- NETO, A. (2013). Ética nas decisões sobre o fim da vida- a importância dos cuidados paliativos. Scielo. Retrieved 4 December 2017, from <http://www.scielo.mec.pt/pdf/nas/v22n4/v22n4a11.pdf>
- NUNES, R. (2009). Eutanásia e outras questões éticas no fim da vida. Retrieved 9 December 2017, p.86 e 92
- Palliative Care - A Human Right, Carta de Praga. APCP. Retrieved 7 December 2017, from <http://www.apcp.com.pt/uploads/cartadepraga.pdf>
- Testamento Vital. (2017). Serviço Nacional de Saúde. Retrieved 10 December 2017, from <https://www.sns.gov.pt/noticias/2017/01/03/testamento-vital/>

TOXICODEPENDÊNCIAS E PRISÕES OU O ECO DAS VOZES CALADAS



LEONEL JÚLIO ALVES

Enfermeiro Chefe do CRI, (Centro de Respostas Integradas) de Vila Real - ARSN, IP.
Especialista em Saúde Mental e Psiquiatria
Responsável pela ETE (Equipa Terapêutica Especializada) de Chaves, leoneljalves@sapo.pt

“Quando se está preso, o pior é não poder fechar-se a porta” (Stendhal)

RESUMO

Este artigo tem como finalidade clarificar ideias e dar a conhecer melhor um meio que continua quase que tabu na nossa sociedade: os toxicodependentes em meio prisional. Vingar o conceito que o papel da Enfermagem é cada vez mais fundamental nos Estabelecimentos Prisionais. É nossa convicção que na falta de um debate público com a participação de técnicos da área dos comportamentos aditivos e dependências e de outras disciplinas, com a repetição de ideias falseadas, com laivos de autoritarismo e preconceituosas, se tem operado uma desqualificação e demonização do consumidor recluso. O reducionismo desta visão estereotipada, ao encobrir alguns dos reais problemas estruturais das cadeias portuguesas criando um inimigo imaginário (as drogas), que até pode ser útil na manutenção do status quo, acaba por aumentar a marginalização dos consumidores assim como leva à cristalização de um "submundo da droga", pouco permeável aos técnicos de saúde e à sociedade em geral. Palavras-Chave- Meio Prisional, Dependências, Enfermagem e Redução de Danos

INTRODUÇÃO

O delinquente como cidadão em situação difícil tem direito à sua ressocialização. Este princípio legal, humanista e aparentemente aceite por toda a sociedade tem por condão exigir a cooperação de todos os atores das ciências sociais, para a concretização de um objetivo profundamente humano, mas tendo sempre presente, que na aplicação dos instrumentos necessários a esse fim (incluindo a pena), deve estar presente o respeito pela dignidade da pessoa humana. Laboramos num erro ao encarar os dependentes em geral como um grupo homogêneo; um erro mais grave praticamos ao ter essa visão relativamente aos reclusos dependentes. Sabemos que os sistemas sociais, em particular os sistemas prisionais, se constituem como articulação, interfaces e distinções, de múltiplas determinações culturais significativas, representantes, cada uma delas de diferentes configurações sócio culturais, definidas a partir de distintas determinações históricas, económicas, étnicas, regionais, etc., que incidem influentemente sobre o processo de

ABSTRACT

This article aims to clarify ideas and give a better understanding of a mean that remains almost taboo in our society: drug addicts in prisons. To line the concept that the role of Nursing is increasingly fundamental in Prison Establishments. It is our conviction that in the absence of a public debate with the participation of technicians in the area of additive behaviour and dependencies and other disciplines, with the repetition of false ideas, filled of authoritarianism and prejudices, has occurred a disqualification and demonization of the consumer inmate. The reductionism of this stereotyped view, by covering up some of the real structural problems of Portuguese Prisons, is creating an imaginary enemy (drugs), which may even be useful in maintaining the status quo, but ends up increasing the marginalization of consumers as well as leading to the crystallization of a "Drug Underworld", not much permeable to the technicians of health and the society in general.

Keywords: Inmates, prisional, dependency, nursing, damage reduction

formação e de desenvolvimento da pessoa.

O presente trabalho versa sobre os comportamentos aditivos e dependências em meio prisional e a tentativa de compreender esta problemática num meio que parte do desenho de um modelo punitivo. A inexistência de um processo sério de construção de projetos a nível nacional de inclusão social direcionados para a população prisional, vem, apenas, confirmar que o atual modelo tem como pano de fundo "a vingança institucional".

Colhendo a lição de Foucault (1979), diremos que, ao fazer uma análise sobre os sistemas prisionais, podemos constatar que na sua génese, a pena sempre foi mediada de uma sensação de vingança em fases constituídas de diferentes contornos: a vingança divina, a vingança pública, a vingança privada e para finalizar a fase da reação humanitária. Ao longo da história do Direito Penal encontramos em cada período, a elaboração de leis penais, que estabelecem os mais diversos procedimentos punitivos.

Com o aparecimento dos ideais humanistas, maxime com a obra *Dei delitti e delle penne*

de Beccaria, passa a haver, paulatinamente, uma evolução nos códigos penais. Um novo conhecimento, uma nova ciência são gerados para formar aliança com a praxis do poder de punir, interpretados por psiquiatras, psicólogos, peritos, assistentes sociais, que no dizer de Foucault (1979) ... *“são juízes anexos, juízes auxiliares”*. Compete a estes técnicos dizer se o indivíduo é ou não perigoso, como se proteger dele, se deve ir para a prisão ou se deve fazer qualquer terapia, se está capaz de regressar ao contato social, sendo a partir daí designados os puníveis. Esta evolução teve na sua base dois esteios, a saber:

- A teoria da prevenção geral, propugnada pelo penalista alemão Feuerbach, que entendia que a lei penal visava intimidar os cidadãos, de modo a que estes respeitassem as leis;

- A teoria da prevenção especial, defendida, atualmente, pelo alemão Günther Jakobs, que entende que a pena tem como fito alcançar a reintegração do delinquente. Trata-se de algo de que não andar muito longe de Cândido da Agra, quando defende uma ideia de “Direito Penal Comunicacional”. Mau grado a existência destas louváveis teorizações doutrinárias, e mau grado a maioria dos esforços da organização penal apontar para o controlo da população detida e para a repressão de manifestações que coloquem em causa a sua ordem estabelecida, o discurso formal por ela defendido é estoutro: o de que a sua atuação está voltada para a metamorfose do delinquente num cidadão consciente, mediante o cumprimento da pena.

Do somatório destes discursos derivou o nascimento de uma nova ciência: a Criminologia, responsável basilar pela elaboração do conceito moderno de

criminalidade, que justapõe ao ato transgressor, logo criminoso, o impulso delitivo, de tal forma que passa a debruçar-se sobre o indivíduo, agora circundado numa série de exames e testes que vão até-lo perpetuamente à sua conduta penalizada.

O meio prisional português, “ou o manto diáfano do cuidar”

O meio prisional vive num ambiente de forte ansiedade, violência e sofrimento físico e psíquico, tanto para os detidos como para o pessoal que lá exerce funções, com especial ênfase para os guardas prisionais. Com estas especificidades, configura-se como um ambiente verdadeiramente psicogénico – causador de perturbações emocionais e mentais, que podem ir desde as neuroses às psicoses depressivas. No dizer da OMS (2014) *“as prisões não são lugares saudáveis”* Configurando-se o sistema prisional como um microsistema psiquiátrico relativamente à Saúde Mental e Psiquiatria, podemos afirmar que enferma das vicissitudes deste, às quais acrescem as geradas por ele próprio. O papel de preso em personalidades vulneráveis, pode ser por si só catalisador de graves problemas mentais, o que inevitavelmente se reflete em comportamentos desadequados. Partindo deste prisma, dir-se-ia que os estabelecimentos prisionais deviam possuir a vocação de desenvolverem e implementarem serviços de saúde mental e psiquiatria. Paradoxalmente não é essa a realidade. Na opinião de Teixeira (2004), *“... Não podemos dizer que existe um sistema de saúde psiquiátrico instalado na rede de estabelecimentos prisionais. Na nossa opinião o principal impedimento para a criação da necessária rede desse tipo de serviços é o seu custo. Na verdade, propiciar cuidados*

psiquiátricos é caro. Segundos estudos noutros países, o acréscimo financeiro resultante do fato de um recluso necessitar de tratamentos psiquiátricos é praticamente o dobro do que é gasto, diariamente, com um recluso sem esse tipo de problemas.” Parece-nos correto poder afirmar que a instituição prisional fracassou rotundamente no que respeita aos objetivos de punir e reintegrar os delinquentes.

Conforme já referimos supra, comungamos da opinião de Teixeira que propõe algumas medidas para implementar um plano de Saúde Mental e Psiquiátrica nas prisões, designadamente:

É necessário dotar os serviços com um número suficientemente grande de técnicos especialistas em psiquiatria e saúde mental para prestar os cuidados psiquiátricos que os reclusos necessitam. Na verdade, não é possível assegurar a qualidade dos cuidados de saúde mental e de psiquiatria sem um número suficiente de técnicos qualificados em diferentes áreas especializadas (desde enfermeiros, psicólogos, terapeutas ocupacionais e psiquiatras). Os doentes mentais graves não podem deixar de ser tratados por falta de vagas nas enfermarias ou terem altas só para dar vaga a outros reclusos. É necessário dotar as sanções disciplinares com as informações e as adaptações decorrentes das alterações de comportamento inerentes à patologia psiquiátrica, nomeadamente no que se refere ao ajustamento dessas medidas face à alteração de comportamento que se pretende. Senão correremos o risco de dar razão a Cesare Cantú: *a autoridade que não é equilibrada é tirania*. É necessário desenvolver e alargar protocolos entre as prisões e a comunidade de modo a garantir a continuidade dos tratamentos prestados,

de modo a quebrar o ciclo libertação-reincidência-reclusão.

A realidade em que vivemos obriga-nos a refletir sobre os nossos compromissos técnico-científicos, éticos sociais e políticos e a procurar soluções viáveis para enfrentar as dificuldades que há tanto nos desafiam. O som metálico das grades prisionais, ainda carrega consigo um eco que pode induzir o público a pensar que prender provoca uma perceção de segurança. Existe uma confusão a respeito do ponto no qual uma prisão deve ser um lugar de castigo ou de reabilitação. Não temos dúvidas que promover o bem-estar físico e mental dos detidos através de acompanhamento, de um cuidar holístico para além de todas as normas éticas e deontológicas constitui um dever de cidadania em que a Enfermagem não deve nem pode estar alheada.

Comportamentos Aditivos e Dependências nas prisões, ou o mundo das vozes perdidas

A avaliação e o modo de intervenção no campo das toxicodependências, requer uma apreciação contextualizada para que não se produzam apenas informações que tenham apenas como objetivo de reafirmar o problema, perpetuando tal situação. Nesta perspetiva, a avaliação assume um carácter multicontextual, tendo em consideração a personalidade do paciente, aspetos familiares, sociais, etc., de modo a possibilitar o desencadeamento de ações que efetivamente produzam um questionamento sobre o problema, colaborando com o projeto de mudança. Um dos direitos basilares do cidadão (preso ou não), é o direito ao tratamento. Mas deve ser ponderado se algumas vezes existe uma

abordagem técnico-científica e ética quando o doente vive num ambiente insalubre e deteriorante para a sua personalidade e saúde mental, substituindo-se à existência de um verdadeiro setting terapêutico.

A Enfermagem em meio prisional

Em 2012 a Ordem dos Enfermeiros publicou o relatório "Condições do exercício profissional de Enfermagem em estabelecimentos prisionais". Nesse documento, entre outras questões afirma-se:

A responsabilidade primordial dos enfermeiros é para aquelas pessoas que necessitam de cuidados de enfermagem. Ao cuidar de detidos e prisioneiros os enfermeiros devem aderir aos seguintes princípios éticos: os enfermeiros a exercer funções nos serviços de saúde prisionais não devem assumir funções do pessoal de segurança prisional, tais como revistas corporais para fins de segurança prisional.... Os enfermeiros devem colaborar com outros profissionais de saúde e autoridades prisionais para reduzir o impacto dos ambientes prisionais lotados e insalubres na transmissão de doenças infecciosas como SIDA e tuberculose. Os enfermeiros devem abster-se de usar os seus conhecimentos de enfermagem e as habilidades de qualquer maneira, o que viola os direitos dos detidos e presos. Os enfermeiros defendem o tratamento humano seguro dos detidos e presos, incluindo água potável, alimentação adequada e outras necessidades básicas da vida. Mais à frente no mesmo relatório diz-se:

Trinta e cinco estabelecimentos prisionais não possuem enfermaria própria para prestar cuidados de saúde e de enfermagem continuados a doentes internos, sendo que ainda há um EP sem enfermeiros para atos isolados de enfermagem e urgentes.

No que concerne a registos, estes não são sistematizados, sendo realizados manualmente (exceto Alcoentre e Aveiro), sem qualquer linguagem comum que os suporte, como por exemplo, a CIPE. As aplicações existentes foram idealizadas por iniciativa de alguns profissionais. Os registos manuais consistem na avaliação inicial existente no processo clínico.

Para não nos alongar mais, concluímos com a seguinte afirmação do já citado relatório: *"Relativamente aos EP's regionais constata-se que o regime de trabalho a tempo parcial é dominante, sendo que 4 destes EP's apresentam enfermeiros com tempo completo (35h semanais). Quanto ao número de horas de cuidados/dia pode-se verificar que a média é de 4h; no entanto o número de horas mais referido é de 3h"*. Estamos em condições de afirmar que desde essa data até hoje, a situação não melhorou e em alguns casos piorou.

Não pode a Enfermagem alhear-se da realidade das dependências em meio prisional; por essa razão afirmamos que o profissional de enfermagem no sistema prisional tem de contribuir para a recuperação da condição da vida humana, quer do ponto de vista biológico, psicológico, espiritual e social, oferecendo conforto e bem-estar, mesmo enfrentando a discriminação e o preconceito. Tem de valorizar o ser humano na sua individualidade, subjetividade e singularidade, construindo assim uma verdadeira relação de ajuda.

O cuidar obriga-nos a caminhar para encontrar um objetivo, um caminho para mergulhar em nós próprios; incentiva-nos a lutar com labirintos institucionais e a adequar opções. Exige um aprofundamento, na vida profissional e no inconsciente para descobrir

a responsabilidade profissional, colocando o doente no centro das dificuldades, das responsabilidades e das decisões ético-legais.

Cuidar em comportamentos aditivos é cuidar de quem “aderiu à aventura” de se anestesiarem da vida e ficou ancorado, como simples objeto, na sua relação com as drogas. Oferecer ao toxicodependente um bem-estar sentido deve ser a nossa finalidade. O cuidar encontra o seu significado autêntico na encruzilhada da interação enfermeiro/toxicodependente, num processo de constante mudança, ajudando-o na (re) conquista da sua independência. É importante salientar a conceptualização de saúde de Peplau (1950): “... a saúde é uma luta incessante com vista a atingir um equilíbrio...”.

Redução de riscos em Meio Prisional – vemos, ouvimos e lemos. Não podemos ignorar.

Perfilhamos a opinião de (MARLATT; WITKIEWITZ, 2009; HENDERSHOT, 2011) que a redução de danos procura uma auto-reorganização do doente, constituindo-se assim como o primeiro passo para a recuperação. Esta recuperação é caracterizada pelo controlo voluntário do consumo da substância, por uma melhoria geral dos cuidados com a saúde e por um envolvimento social.

Neste âmbito também a Enfermagem nos EP's tem um papel relevante a desempenhar: Ser um prestador de cuidados que concerta a promoção da saúde e a prevenção com a redução de riscos numa atuação ética e responsabilidades clínicas dirigidas ao detido, inserido na Equipa que se deseja multidisciplinar. Constituir-se para cada detido/doente a referência e o suporte

habilitado na resposta às suas necessidades; ser gestor e planificador dos cuidados de Enfermagem tendo como objetivo máximo a autonomia daqueles a quem dirige a sua intervenção;

Pelo que já foi exposto parece-nos lícito concluir que o campo prisional é particularmente opaco à racionalidade técnica e científica. Os detidos nos estabelecimentos prisionais portugueses relativamente no que diz respeito à assistência na doença ficam a depender do Ministério da Justiça, que por sua vez na grande maioria dos casos procede à elaboração de protocolos com o Ministério da Saúde para poder colmatar as suas insuficiências. Na área das Toxicodependências as prisões portuguesas desenvolvem as seguintes modalidades de tratamento, em colaboração com os CRI's (Centros de Respostas Integradas), através das ETE's (Equipas Terapêuticas Especializadas).

Unidades Livres de Droga – Estabelecimento Prisional de Leiria, Lisboa (que possui 2 Unidades), Porto, Tires e Santa Cruz do Bispo. Programa com Antagonistas, Programas de Substituição e Programa de motivação para o tratamento.

A abordagem repressiva ou a “pedagogia do terror” não tem surtido qualquer efeito; por isso é importante que a educação “reinvente” o seu lado humanístico, não isolado da vida social, no qual as reflexões éticas sejam retomadas para que as informações sobre o uso de drogas não se tornem meros atavismos científicos, mas que possibilitem a escolha por uma qualidade de vida melhor. Não é por acaso que a reinserção social dos toxicodependentes é entendida como prevenção terciária. É que a ressocialização previne de fato, o consumo de drogas, na

medida em que contribui para evitar uma “recaída”, quando não mesmo para minimizar a conjuntura social que determinou o início ou o agravamento dos consumos. Na verdade, não há tratamento sem reinserção social, de tal forma o êxito do processo de reabilitação/tratamento está intimamente condicionado pela ressocialização, familiar e profissional do toxicodependente. Não pode, pois, tomar-se a ressocialização como uma etapa posterior ao tratamento, como se fosse possível curar primeiro e só depois reinserir. Bem pelo contrário, a reinserção faz parte do tratamento e este nunca está completo sem ela.

Ao abordar o tema de redução de riscos e danos nas prisões está sempre inerente o conceito de exclusão social. A convocação de novos atores no cenário destes projetos, como as organizações não-governamentais ou a chamada sociedade civil, cuja parceria com o poder público vem sendo apontada como um dos caminhos de solução para o estabelecimento de novas regulações sociais, mostra-se como um novo fenómeno a ser analisado de forma bastante cuidadosa. Após uma análise criteriosa defende-se para os Estabelecimentos Prisionais

A importância da implementação de visitas regulares das autoridades de saúde aos estabelecimentos prisionais; a existência de programas de troca de agulhas e seringas; a instalação de não-toxicodependentes em alas de prisão exclusivas. Combate à toxicodependência ao VIH, tuberculose, hepatite C nas prisões. Necessidade de uma política pró-ativa de “contenção de riscos” em meio prisional, dada a especificidade deste. Importância de distinguir o combate administrativo à entrada e circulação de drogas ilícitas nos estabelecimentos

prisionais, por um lado, do cuidar dos reclusos

afetados pelas dependências.

Existiam em 2015 238 presos com HIV nas prisões portuguesas; no ano de 2013 existiam 1759 presos com tuberculose pulmonar. (Dados do Portal Pordata em janeiro de 2017). Em setembro de 2015 havia 2086 detidos diagnosticados com hepatite C a necessitarem de tratamento. Estavam a efetuar o tratamento quarenta reclusos. Dados do GAT - Grupo de Ativistas em Tratamentos, fundado em 2001.

De entre as diversas e importantes Atividades de Enfermagem defende-se a existência de uma Consulta de Enfermagem programada para os detidos no Estabelecimento Prisional; neste contexto, destaca-se o potencial desta consulta, que apresenta inúmeras vantagens na assistência prestada, promovendo a promoção da saúde, o diagnóstico e o tratamento precoces, além da prevenção de situações evitáveis. Nesta consulta de Enfermagem devem ser abordadas para além de outras, as seguintes problemáticas: Consciencializar para os riscos e danos que resultam da adoção de comportamentos de risco. (Sexo não seguro, sexo forçado, riscos das tatuagens, piercing, etc.). Reduzir os riscos e danos decorrentes do consumo de drogas junto da população-alvo.

Promover a confiança e a proximidade da população alvo ao profissional de Enfermagem através da relação de ajuda, envolvidos, numa perspetiva de paridade entre as partes, privilegiando o diálogo e escuta. Reforçar permanentemente a informação relativa a comportamentos de riscos. Sensibilizar a população-alvo para a importância de serem agentes de mudança de comportamentos junto dos seus pares.

Condições a que deve obedecer a consulta de Enfermagem

Relação individualizada e humanizada. Facultar um espaço físico que garanta condições de proximidade e segurança. Favorecer a empatia e respeitar incondicionalmente os direitos do detido/doente. Constituir uma relação harmoniosa, disponível e focalizada no detido/doente. Respeitar a privacidade do detido/doente. Escutar atentamente, deixando ou incentivando-o a expor totalmente a opinião e as suas dúvidas. Prestar atenção visual, olhar o detido/doente. Valorizar a peculiaridade - cada Pessoa é única. Dialogar utilizando linguagem acessível, clara e precisa. Promover um ambiente físico e emocional acolhedor, isento de ruídos.

Será que ao falar de reclusos estamos a falar de exclusão social? É nosso entendimento sobre este conceito, a dificuldade de acesso aos direitos da cidadania, como a igualdade perante a lei e as instituições públicas e o acesso às oportunidades sociais - escola, trabalho e cultura. Socorremo-nos de Boaventura Santos (1995), que vai mais longe ao ampliar o significado, advertindo para as diferenças entre desigualdade e exclusão: *“Se a desigualdade é um fenómeno socioeconómico, a exclusão é, sobretudo, um fenómeno cultural e social, um fenómeno de civilização. Trata-se de um processo histórico através do qual uma cultura, por meio de um discurso de verdade, cria a interdição e a rejeita... O sistema de desigualdade assenta, paradoxalmente, no carácter essencial da igualdade; o sistema de exclusão assenta no carácter essencial da diferença... O grau máximo da exclusão é o extermínio; o grau extremo da desigualdade é a escravidão”*.

Também Robert Castel (1997), afirma que este

termo vem sendo utilizado por diferentes forças políticas, o que nos alerta para o uso impreciso, “sintomático”, que pode encobrir a especificidade de cada situação.

O autor lembra também que falar em termos de exclusão *“é rotular com uma qualificação puramente negativa que designa a falta, sem dizer no que ela consiste nem de onde provém”*.

Neste contexto e perante esta realidade não temos dúvidas ao defender a redução de danos em meio prisional. Estas medidas devem ser pragmáticas e contemplarem entre outros os seguintes aspetos:

Informação - Implementar programas de informação com o objetivo de fornecer aos reclusos informações básicas sobre substâncias psicoativas, doenças infecciosas e cuidados de higiene. **Educação** – Desenvolvimento de programas de educação para a Saúde, motivando os reclusos para estilos de vida saudáveis. **Organização** de programas de apoio às dependências dentro dos estabelecimentos prisionais nomeadamente Programas de Substituição Opiácea com a supervisão das ETE's. Que os estabelecimentos prisionais disponibilizem a todos os reclusos kits contendo preservativos, e um folheto informativo sobre os riscos de transmissão das doenças infecciosas, procedendo à sua renovação periodicamente. Que seja possibilitada a entrega, de um kit inicial a todos os reclusos entrados, contendo alguns produtos de higiene de primeira necessidade, com renovação periódica aos reclusos com menos possibilidades económicas ou sem visita de familiares. Vacinação da hepatite B aos reclusos que possuam indicação clínica para tal. Despiste de doenças Infeto contagiosas à entrada no Estabelecimento Prisional.

Vacinação antigripal a todos os reclusos que tenham indicação clínica. Introdução de troca de seringas nos Estabelecimentos Prisionais onde se justifique à semelhança do Programa fora do meio prisional. Manutenção e incrementação de todos os programas terapêuticos atualmente existentes nas prisões portuguesas. Muito rapidamente passam-se a expor alguns princípios básicos relativos à estratégia de redução de danos (MARLATT, 1999).

A redução de danos reconhece a abstinência como resultado ideal, mas aceita alternativas que reduzam os danos. A redução de danos é uma alternativa de saúde pública para os modelos moral/criminal e de doença do uso e da dependência de drogas.

CONCLUSÃO

Temos consciência que ao elaborar estas propostas de um cuidar humanista, é necessário conhecer o contexto sociocultural prisional e essencialmente desmistificar alguns corporativismos procurando entender a sua lógica interna. Quando se aborda o tema de redução de danos em meio prisional muitas vezes encontra-se resistência tanto a nível individual como em esferas institucionais, pois ao implementar este tipo de cuidar pode parecer estar-se a “compactuar com o uso de drogas”. Debatermos então, com questões sociais de ordem estrutural, pois a estigmatização das drogas ilícitas e dos seus consumidores desempenha ainda um importante papel na atual ordenação da sociedade com todas as suas desigualdades. A Enfermagem não pode, nem deve ficar alheia a um problema “dentro de muros”, até, porque, é nosso dever não ver as prisões como onde o ser humano termina e a maldição começa.

BIBLIOGRAFIA

- Administração Regional de Saúde do Norte, I. P. [ARSN]. (2007, setembro). O VIH/Sida em meio prisional. Departamento de Saúde Pública. Região Norte de 2013, em http://portal.arsnorte.minsaude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Conte%C3%BAados/Sa%C3%BAde%20P%C3%BAblica%20Conteudos/VIH_meio_prisional.pdf.
- Basaglia, Franco - A instituição negada. 2ª edição, Rio de Janeiro: Graal, 1985.
- Castel, Robert - As armadilhas da exclusão. In: vários. Desigualdade e a questão social. São Paulo, Educa. 1977.
- Beccaria, Cesare - Dos delitos e das Penas. Lisboa, Fundação Calouste Gulbenkian, 1998, ISBN 972-31-0816-X.
- Fernandes, L - Sabedoria translúcida e saber-poder das drogas, *Jornal a “Página”*, ano 11, nº 118, Porto, Dezembro, p.33, 2002.
- Foucault, Michel - Vigiar e Punir – Nascimento da Prisão. Petrópolis: Vozes, 2004.
- Foucault, Michel - *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1993.
- GAT Portugal - Presos discriminados no acesso a medicação da hepatite C, em http://www.gatportugal.org/noticias/presos-discriminados-no-acesso-a-medicacao-da-hepatite-c_20.
- Goffman, Erving - *Manicómios, prisões e conventos*. Rio de Janeiro: Perspectiva, 1974.
- Grupo de Trabalho Justiça/Saúde, Relatório do Despacho conjunto n.º 72/2006- Plano de Acção Nacional para Combate à Propagação de Doenças Infecciosas em Meio Prisional em http://www.dgpj.mj.pt/sections/politica-legislativa/anexos/legislacao-avulsa/plano-de-accao-nacional/downloadFile/attachedFile_f0/Relat_Plano_Combate_Doencas_Infecciosas_Prisoes.

- pdf?nocache=1205856345.98.
- Marllat, G. Alan - Redução de danos: estratégias práticas para lidar com comportamentos de alto risco. Porto Alegre, Armed. P. 45-58
- Morel, Alain [et Alia] - Cuidados ao toxicod dependente, Lisboa, Climepsi Editores, 1998
- Ordem dos Enfermeiros [OE] (2012). Grupo de Estudo das Condições do Exercício Profissional de Enfermagem em Estabelecimentos Prisionais [GECEPEEP]. Condições do Exercício Profissional de Enfermagem em Estabelecimentos Prisionais. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Peplau Hidelgard. E. (1990). Relaciones interpersonales en enfermeria. Barcelona: Salvat Editores.
- Portal Pordata, consultas efetuadas em <http://www.pordata.pt/Portugal>
- Relatório da Comissão de Estudos e Debate do Sistema Prisional 2004 – <http://www.primeiro-ministro.gov.pt/NR/rdonlyres/C12EF301-FA5B-46BD-A16A20289CE7236/0Relatorio Sistema Prisional.pdf>. A16A20289CE7236/0Relatorio Sistema Prisional.pdf.
- Relatório sobre o Sistema Prisional, 2003 – <http://www.provedor-jus.pt/restrito/publicacoes/uploads/RelPrisoos2003.pdf>.
- Roxin, Claus - Derecho Penal Parte General Tomo I. Fundamentos. La Estructura de la Teoria del Delito. Madrid. Edición Civitas. 1997-ISBN:84-470-0960-2
- Santos, Boaventura - Pela Mão de Alice: O Social e o Político na Pós-Modernidade, 8ª edição, Porto, Afrontamento, 1994.
- Souza, M.; Passos, J. (2008). A prática de enfermagem no sistema penal: limites e possibilidades. Revista de Enfermagem da Escola Anna Nery, 12(3), 417-23., em <http://www.scielo.br/pdf/ean/v12n3/v12n3a04.pdf>.
- Teixeira, João Marques - Saúde Mental-Mental Health. Saúde Mental nas prisões. Volume VI nº 2, março / abril 2004.

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 SIN AIS VIT AIS 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@sinaisvitais.pt



sinais vitais

A ENFERMAGEM EM REVISTA

