

sinais vitais

A ENFERMAGEM EM REVISTA



CIÊNCIA E TÉCNICA
AUTOCUIDADO:
UMA ANÁLISE DE
CONCEITO



CIÊNCIA E TÉCNICA
O ENFERMEIRO NO
DESPORTO

VI CONGRESSO INTERNACIONAL

GESTÃO DE FERIDAS COMPLEXAS: DA DÚVIDA NASCE O CONHECIMENTO

AUDITÓRIO DA FACULDADE DE FARMÁCIA

LISBOA

2 e 3 OUTUBRO

2015

31/7/2015

SUBMISSÃO DE
COMUNICAÇÕES



QUESTÕES EM DEBATE

- > Só a pele da pessoa idosa está envelhecida?
- > Perante uma ferida complexa estagnada: pensos antimicrobianos tópicos com surfactantes e bioativos?
- > Qual a diferença entre mel medicinal e mel caseiro? Os méis medicinais são todos iguais?
- > Pensos aderentes, não aderentes e atraumáticos: qual a sua diferença e aplicação?
- > Terapia de feridas por pressão negativa é substituível por vácuo fornecido por rampa?
- > Que práticas diárias são ainda utilizadas na prevenção e tratamento de feridas mas já não são recomendadas?
- > Posso recorrer à terapia compressiva em doentes com úlcera venosa com diabetes mellitus?
- > Há benefício com a massagem de drenagem linfática e exercícios miolinfocinéticos?
- > Posso usar concomitantemente diferentes formas de desbridamento?
- > Larvaterapia já comercializada em Portugal?
- > O que devo saber dos surfactantes?
- > Nem toda a lesão na região sagrada são úlceras por pressão. O caso das DAI. Que cremes e materiais de penso não são recomendados?
- > Quais as abordagens mais adequadas nas feridas com flictenas?

ORGANIZAÇÃO:



SECRETARIADO:
Parque Empresarial de Eiras, Lt 19
3020-265 Coimbra - Portugal

T. 239 801 020 F. 239 801 029
suporte@sinaisvitalis.pt

SUMÁRIO

P04 EDITORIAL

P05 OPINIÃO

O ESTIGMA E A DOENÇA MENTAL

P9 OPINIÃO

O ENFERMEIRO NO DESPORTO

P12 CIÊNCIA & TÉCNICA

AUTOCUIDADO: UMA ANÁLISE DE CONCEITO

P20 CIÊNCIA & TÉCNICA

O CUIDADOR E A PESSOA SUBMETIDA A ARTROPLASTIA TOTAL DO JOELHO:
RECUPERAR EM FAMÍLIA

P26 CIÊNCIA & TÉCNICA

FIM DE VIDA CONSIDERAÇÕES ÉTICA

P31 CIÊNCIA & TÉCNICA

USO DO PROTOCOLO SPIKES COMO GUIA GERAL NA TRANSMISSÃO DE MÁS NOTÍCIAS.

P36 CIÊNCIA & TÉCNICA

CAPACITAÇÃO FAMILIAR: PLANO DE INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA

P44 CIÊNCIA & TÉCNICA

PROMOÇÃO DE ESTILOS DE VIDA SAUDÁVEIS EM IDADE PRÉ-ESCOLAR: ALIMENTAÇÃO E EXERCÍCIO FÍSICO

P54 CIÊNCIA & TÉCNICA

AValiação DOS PÉS DOS UTENTE DIABÉTICOS VIGIADOS NA USF FAMILICÃO I

P59 CIÊNCIA & TÉCNICA

EMPODERAMENTO DA PESSOA COM DIABETES TIPO 2. ABORDAGEM REFLEXIVA NA ENFERMAGEM COMUNITÁRIA

P66 CIÊNCIA & TÉCNICA

SOROTERAPIA ENDOVENOSA EM ADULTOS VÍTIMAS DE TRAUMA: QUANDO, QUANTO, O QUÊ E COMO?

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 / Vítor Santos RECEPÇÃO DE ARTIGOS Célia Margarida Sousa Pratas CORRESPONDENTES PERMANENTES REGIÃO SUL Ana M. Loff Almeida / Maria José Almeida REGIÃO NORTE M. Céu Barbiéri Figueiredo MADEIRA Maria Mercês Gonçalves COLABORADORES PERMANENTES Maria Arminda Costa / Nélson César Fernandes / M. Conceição Bento / Manuel José Lopes / Marta Lima Basto / António Carlos INTERNET www.sinaisvitalis.pt E-MAIL suporte@sinaisvitalis.pt ASSINATURAS Célia Margarida Sousa Pratas INCLUI Revista de Investigação em Enfermagem (versão online) - Distribuição Gratuita PERIODICIDADE Trimestral FOTOGRAFIA 123rf© NÚMERO DE REGISTO 118 368 DEPÓSITO LEGAL 88306/95 ISSN 0872-8844

EDITORIAL

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

Nos últimos tempos tenho utilizado este espaço chamando a atenção para a falta de enfermeiros nos serviços, quer hospitalares quer comunitários. O primeiro teve origem no célebre discurso, do também célebre político, que incentivava a emigração. Nesse tempo como agora a questão continua a colocar-se, com graves repercussões na saúde das populações. Entretanto tem-se ouvido falar de que o problema do desemprego dos enfermeiros, que obriga à emigração, está no excesso de oferta ao mercado e muitos colegas sustentam a ideia acusando as escolas de serem as responsáveis por esse excesso.

Vamos aos factos. As estatísticas da OCDE referem um número de 5.6 enfermeiros (registados na OE) por mil habitantes, mas quando se retiram os emigrados, que mantém o registo, e se retiram os reformados verifica-se que esse número cai para menos de 4 enfermeiros por mil habitantes. Quando se se fala em médicos por mil habitantes esse número é de cerca de 3.2 por cada mil habitantes. Estes números sugerem que para cada médico existem 1.3 enfermeiros, o que significa que existem médicos demais ou enfermeiros de menos. Quando olhamos para os números do norte da europa e comparamos o que é comparável verificamos que o número de enfermeiros por mil habitantes chega a 14 por mil e o número de médicos ronda os 3 por mil. Quando se compara agora o que se gasta, verifica-se que em Portugal cerca de 30% dos gastos do SNS são em medicamentos ao contrário dos países do norte onde esse valor não ultrapassa os 10%. Nota-se por isso o que se privilegia em cada um dos sistemas. Apesar de tudo isto, todos os dias ouvimos falar da falta de médicos e até se fala em contratar médicos reformados.

De uma vez por todas vamos afirmar que existem médicos demais no sistema. Não faz sentido que em certas USF existam mais médicos do que enfermeiros, ou que em serviços de internamento algumas equipas médicas tenham mais médicos do que doentes e do que enfermeiros. Poderão dizer, mas os médicos não atendem só os doentes internados. E isso é verdade, mas então significa que é toda a organização que está mal. Porque encontramos médicos que estão ao mesmo tempo de serviço à urgência e a operar cirurgia eletiva, porque se continuam a ocupar médicos hospitalares em consultas externas que mais não são do que momentos para renovar a prescrição em doentes crónicos. Será que isto não poderia ser realizado com vantagem por equipas pluriprofissionais de base local ou comunitária? Não teria esta dimensão do cuidado maior efetividade evitando as idas às urgências e às consultas muito mais caras no hospital?

Será então um problema de oferta ou antes um problema de má utilização de recursos disponíveis no mercado e que se utilizados e maximizadas as suas competências possibilitariam com certeza um sistema de saúde mais próximo dos cidadãos e mais eficiente.

O ESTIGMA E A DOENÇA MENTAL

ANA SOFIA MACHADO MARTINS

Licenciada em Enfermagem,

RESUMO

As recentes mudanças protagonizadas ao nível das políticas de saúde mental, visíveis nos diferentes relatórios nacionais e internacionais (OMS, 2001; CE, 2005; CNRSSM, 2007), reconhecem o estigma e discriminação associados às doenças mentais, perpetuadas em estereótipos como perigosidade, imprevisibilidade e incurabilidade (Loureiro, Dias e Aragão, 2008).

Um dos maiores desafios passa por diminuir o impacto do estigma da doença mental, tendo o enfermeiro um papel preponderante nesta área. Palavras-chave: estigma, loucura, doença mental.

INTRODUÇÃO

A área da saúde mental é talvez a mais complexa e enigmática de todas as intervenções em saúde (Silva, 1996 apud Silva et al., 1999). Passados séculos, a loucura, transformada paulatinamente em doença mental, é ainda hoje uma palavra tão perturbante quanto intrigante, dada a sua natureza polissêmica e idiossincrática, que continua a provocar reações que vão do fascínio ao temor, da atração ao repúdio (Loureiro, Dias e Aragão, 2008).

Na sociedade atual ainda é muito forte o estigma face à doença mental, o que acarreta graves consequências para o processo de recovery e inserção social das pessoas que padecem de doença mental, afetando ainda

ABSTRACT

The recent changes led to the level of mental health policies, visible in the various national and international reports (WHO, 2001; EC, 2005; CNRSSM, 2007), recognize the stigma and discrimination associated with mental illness, perpetuated in stereotypes as danger, unpredictability and incurability (Loureiro, Dias e Aragão, 2008). One of the biggest challenges is lessen the impact of the stigma of mental illness, having the nurse a preponderant role in this area.

Keywords: stigma, insanity, mental illness.

o seu bem-estar e qualidade de vida.

Estigmatizar é atribuir uma característica negativa ou colocar um efeito desonroso a uma pessoa. Esta estigmatização é provocada por todos nós, profissionais de saúde, políticas de saúde, familiares e população em geral (Freitas, 2002).

Em diferentes países, incluindo Portugal, têm sido nos últimos anos efetuados alguns estudos de caracterização do estigma produzido por diferentes grupos sociais, nos quais se incluem, para além da população em geral, os familiares, as próprias pessoas com doença mental e até os profissionais de saúde.

Como referem Loureiro, Dias e Aragão (2008), "na sua maioria os doentes continuam a ser vistos como imprevisíveis, perigosos e incu-

ráveis". Assim, os problemas não resultam apenas das doenças em si, mas também dos preconceitos enraizados contra as enfermidades mentais e contra a psiquiatria. Juízos que são fruto da ignorância, de concepções ultrapassadas e dos medos ancestrais da loucura (Cunha, 2010).

Não devemos julgar com base na doença e pelo estigma a ela ligado, mas sim tendo em conta a personalidade da pessoa e os seus méritos. Tornando-nos mais sensíveis às doenças mentais, poderemos estar a contribuir para uma merecida oportunidade de uma pessoa retomar uma vida em sociedade como membros produtivos, autoconfiantes e capazes de desenvolverem todo o seu potencial.

O ESTIGMA DA DOENÇA MENTAL

O estigma é definido como uma diferença indesejada, um atributo pejorativo que implica a intolerância do grupo e é, atualmente, uma das prioridades da Organização Mundial da Saúde (OMS), porque as doenças mentais e contagiosas, ainda são doenças estigmatizadas em todo o mundo (Moreira, 2006).

Sabe-se que o estigma acarreta problemas para quem o vivencia, tais como, a exclusão do indivíduo com doença mental, ausência/dificuldade de relações sociais e problemas na dinâmica familiar.

Segundo Loureiro, Dias e Aragão (2008) no seu estudo das representações das doenças mentais e da loucura nas quais assentam de modo bipolarizado os conceitos de malevolência (esquizofrenia) e inocência (deficiência mental), projeção (alcoolismo) e introjeção (depressão): "de um lado a doença, do outro o desvio, o indivíduo doente, a sociedade que se defende, a compaixão para o inocen-

te, a defesa intransigente perante o malevolente, o que se fecha sobre si, o que "derrama" a sua fúria sobre os outros".

Basaglia apud Henriques (1998) diz-nos que a loucura é das poucas coisas democráticas no mundo já que se distribui uniformemente por todas as culturas, etnias, classes sociais e épocas, variando apenas a forma de se expressar e o modo como é encarada.

E vemos que, ainda hoje, a loucura continua a ser um fenómeno altamente perturbador para quem vive e convive com ela. Isto só pode significar uma coisa: temos de começar nós a mudar de mentalidade, a perceber que há sofrimento pessoal num indivíduo depressivo, num indivíduo com delírios. Claro que estas pessoas têm falta de adaptação ao meio, sendo os seus comportamentos geradores de uma relação interpessoal desequilibrada e que há também sofrimento dos que o rodeiam devido a comportamentos potencialmente violentos destes indivíduos, já que são conotados com a irracionalidade, incompreensibilidade e peculiaridade. É a perda do senso comum que tanto os caracteriza.

A doença mental compromete, entre outras, a autonomia, a competência, a autorrealização, a auto-atualização e o potencial intelectual e emocional. Aprisiona e limita o desenvolvimento do projeto pessoal fazendo perder o sentido de vida, por isso, responsável pelo elevado sofrimento e desconforto sentidos pelo doente mental (Apóstolo, 2010).

Para compreender um indivíduo com doença mental é primordial reconhecer efetivamente as doenças mentais como doenças e que o comportamento disfuncional pode ser mais doloroso para o próprio do que para os outros.

A sociedade deve encarar as doenças mentais do mesmo modo que as doenças físicas. Muitas doenças mentais têm causas definidas, necessitando de cuidados e tratamentos específicos. Aquando dos cuidados/tratamentos é necessário acreditar numa melhoria ou recuperação, possibilitando às pessoas retomarem à comunidade e às suas vidas normais.

A sociedade deve reconhecer e fazer respeitar os direitos do doente mental enquanto cidadão, prezando as diferenças e aceitando a sua dignidade. A mudança de visão do próprio doente em relação à sua patologia é fundamental para que a sociedade o encarre como indivíduo ativo. Também, a forma como se vêm as instituições de saúde mental e os profissionais de saúde que nela trabalham deve ser repensada, pois são frequentemente estigmatizados na nossa sociedade. Torna-se essencial integrar na prática os princípios da enfermagem psiquiátrica como, a pessoa como um ser holístico em que o seu todo é maior que a soma das partes; o foco nas qualidades e recursos da pessoa, sendo de realçar a valorização das qualidades e recursos e não as incapacidades e fraquezas; a aceitação da pessoa como um ser holístico; o potencial necessário para estabelecer um relacionamento com o outro; a exploração do comportamento para a descoberta do seu significado; ajuda para que o indivíduo aprenda a fazer adaptações efetivas, sendo que, o comportamento atual, provavelmente, representa a melhor adaptação possível que a pessoa é capaz de realizar no momento, e a qualidade da interação enfermeiro/cliente.

O PAPEL DO ENFERMEIRO

A enfermagem é a arte de cuidar e, como tal, constitui uma ciência potenciadora da promoção de estilos de vida saudáveis nas pessoas e comunidade.

A pessoa com doença mental constitui, assim, um foco onde o enfermeiro pode e deve atuar. O enfermeiro deve usar os conhecimentos científicos e humanos para cuidar da pessoa de forma holística, sobretudo quando esta atinge elevados níveis de vulnerabilidade e fragilidade como acontece na doença mental, visando a sua reabilitação, de forma a facilitar o processo de reintegração na sociedade (Freitas, 2002).

Para Manteigas (2001), atuar em saúde mental nunca foi uma área com certezas bem definidas, nem com ausências de sofrimento, nem com grandes gratificações. Isto não significa que cuidar em saúde mental seja sinónimo de frustração e desmotivação ou razão para uma diminuição da qualidade dos cuidados prestados, ou não a evolução dos mesmos.

Segundo Freitas (2002), os cuidados de enfermagem em saúde mental devem ser prestados ao mais alto nível com objetivos bem definidos. Em primeiro lugar, melhorar a qualidade de vida das pessoas com doença mental e suas famílias, em segundo lugar promover a satisfação profissional, pois se não nos sentimos bem com aquilo que fazemos, de certeza que a ação não será a melhor.

CONCLUSÃO

Diminuir o impacto do estigma da doença mental é certamente um dos maiores desafios para a melhoria das condições da saúde

mental na nossa sociedade.

Atualmente, o conhecimento sobre a doença mental é maior. Sabe-se que se poderão melhorar as condições do doente na comunidade, podendo mesmo afirmar-se que a sociedade sabe aquilo que se pode fazer médica, psicológica e socialmente por estes doentes, no entanto, mantêm-se, simultaneamente, os mesmos tipos de medos e receios daquele que é um dos paradigmas do ser humano, o medo da perda de controlo das emoções e dos impulsos (Loureiro, Dias e Aragão, 2008).

Assim, são fundamentais medidas com intuito de promoção da saúde mental se assentarem, também, no modo como a sociedade interage com os doentes mentais, e isso passará, entre outros por: a) estratégias de protest (denúncia) conducentes à redução do estigma e discriminação; b) aumento da frequência de contacto com os doentes e que desafiam as representações socialmente construídas; c) planos educativos que não façam da doença mental o parente adormecido das doenças físicas, acordado só quando os doentes se transfiguram em "lobisomens" (Milheiro, 2003).

Um outro campo de intervenção, passará pelos mass media, responsáveis pela propagação de informação errada, ofensiva e lesiva, tanto das doenças como da dignidade dos doentes (Wahl, 1995).

Para desestigmatizar a pessoa com doença mental é necessário atendê-la de forma holística. Todos os aspetos da pessoa devem ser considerados. As vertentes biológica, psíquica, social, cultural e espiritual têm de ser levadas em conta por toda a equipa multidisciplinar e interdisciplinar. Deve ser dada a esta pessoa uma melhor qualidade de vida, com maior autonomia, dando ênfase às po-

tencialidades de cada um, em que a humanização e a solidariedade devem estar sempre presentes. Tudo isto implicará, certamente, mudanças de atitudes a todos os níveis, em primeiro lugar dos profissionais de saúde, das políticas de saúde, familiares e população em geral (Freitas, 2002).

O enfermeiro tem um papel preponderante nesta área, ajudando a desestigmatizar a doença mental. Ele torna-se, por excelência, o profissional responsável pela manutenção de um ambiente seguro e terapêutico, capaz de estabelecer uma relação terapêutica eficaz, avaliando e controlando os riscos, de modo a reabilitar e preparar o indivíduo para uma possível reinserção na sociedade ausente de estigmas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

APÓSTOLO, J. - O Conforto pelas Imagens Mentais na Depressão, Ansiedade e Stress. Coimbra: Universidade de Coimbra, 2010. ISBN 978-989-26-0036-9.

CUNHA, M. - Comunicação Terapêutica com o Doente com Perturbações Psiquiátricas. Nursing ISSN 0871-6796. N.º 262 (Out. 2010), p. 8-14.

FREITAS, L. - Desestigmatizando a Doença Mental. Servir. ISSN 0842-3377 Vol. 50, nº 5 (Set. /Dez. 2002), p. 250-253.

HENRIQUES, F. - O Louco e os Outros. Açafa. ISSN 0874-5692. Nº 2 (1998), 227 p.

LOUREIRO, L.; DIAS, C.; ARAGÃO, R. - Representações sociais da loucura: uma abordagem qualitativa. Revista Investigação em Enfermagem. ISSN 0874-7695. Nº 18 (2008), p.15-28.

MANTEIGAS, A. - Integração Psicossocial de Pessoas com Problemas de Saúde Mental e Psiquiatria. Enfermagem. ISSN 0871-0775. Nº 21, 2º Série (2001), p.5 - 8.

MILHEIRO, J. - Adão e Eva no deserto... um olhar psicanalítico. 1ª ed. Lisboa: Climepsi Editores, 2003. ISBN 972-796-085-5.

MOREIRA, V. - Estigma: minha doença é invisível. Trabalho apresentado no II Congresso Internacional de Psicopatologia Fundamental e VIII Congresso Brasileiro de Psicopatologia Fundamental. Belém, Pará, 2006.

SILVA, A.L. [et al] - Comunicação em Enfermagem em Saúde Mental. 1999.

WAHL, O. F. - Media madness: public images of mental illness. New Jersey: Rutgers University Press, 1995.

O ENFERMEIRO NO DESPORTO

NUNO MIGUEL BARREIRA ANTUNES

Licenciada em Enfermagem,



9

RESUMO

.A figura do enfermeiro no desporto é atualmente pouco frequente e a sociedade não conhece a totalidade das suas potencialidades. Este artigo pretende esclarecer, a partir de uma opinião pessoal, algumas das competências e mais-valias deste profissional de saúde na atividade física desportiva, permitindo concluir que a presença do mesmo no desporto trará benefícios para os atletas.

Palavras-chave: desporto, saúde, enfermagem, enfermeiro no desporto

ABSTRACT

The image of the nurse in sport is currently seldom and society still doesn't grasp the whole of its potentialities. This article aims to clarify, from a personal opinion, some of the skills and strengths of this health professional in sport physical activity, thus concluding that its presence in sports will benefit athletes.

Keyword: sport, health, nursing, nurse in sport

INTRODUÇÃO

Com a prática generalizada de atividade física pela população e as exigências competitivas cada vez mais elevadas existe uma necessidade de um acompanhamento de saúde mais alargado e presente. Neste sentido, o enfermeiro do desporto surge como o profissional com competências que o permitam fixar-se na área desportiva de forma a aumentar o rendimento do atleta, não descuidando o seu bem-estar físico e o seu conforto emocional, espiritual e cultural.

ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NO DESPORTO

Atualmente, a figura do enfermeiro no desporto é pouco frequente, sendo apenas um “luxo” possível em clubes e seleções com maiores possibilidades económicas, salvo pontuais exceções. No entanto, se aprofundarmos a atuação do enfermeiro no desporto podemos chegar facilmente à conclusão de que é o profissional de saúde com uma intervenção mais abrangente. É certo que o ideal seria que um departamento de saúde fosse constituído por uma equipa multidisciplinar constituída por vários profissionais como enfermeiros, fisioterapeutas, médicos, psicólogos, nutricionistas, podologistas, entre outros. Porém, os custos que acarretariam uma equipa de saúde desta dimensão estariam ao alcance de poucas instituições desportivas, embora a aposta num plantel mais reduzido, mas com um bom departamento de saúde a tempo inteiro possa trazer mais benefícios que um plantel com mais atletas, mas com departamento de saúde deficitário ou mesmo inexistente. Neste sentido, não porque os enfermeiros possam substituir as funções dos demais profissionais, mas por reconhecerem competências

que atravessam longitudinalmente algumas destas áreas de formação, poderão ser elementos com grande benefício para uma instituição desportiva. Quando inserido nas equipas multidisciplinares, também no desporto, “o enfermeiro assume o seu papel de interlocutor privilegiado [...] estando no centro dos cuidados com o cliente/cuidadores, com estratégias de articulação assentes numa comunicação eficaz e que permitem a elaboração e execução de planos de cuidados nos quais participa de forma contínua e sistemática”(1).

Segundo o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros, “o exercício da atividade profissional dos enfermeiros tem como objetivos fundamentais a promoção de saúde, a prevenção da doença, o tratamento, a reabilitação e reinserção social”(2), pelo que serão também estes os pilares fundamentais da atuação do enfermeiro no desporto.

O ambiente desportivo por estar associado a um momento prazeroso, que poderá originar maior disponibilidade por parte dos atletas e familiares, é ideal para informar para a saúde, uma vez que será também do interesse dos atletas/famílias tirar maior partido de todas as suas potencialidades. Sendo assim, a promoção de saúde nas áreas do trinómio do treino desportivo (treino, alimentação e repouso) assumem-se como fundamentais, tal como outras necessidades que sejam identificadas consoante as populações, e nas quais o enfermeiro no desporto se posiciona como o profissional melhor qualificado para o fazer.

Ao nível da prevenção da doença, que na área do desporto estará mais direcionada para a lesão, mas também agrupando outros tipos de situações, o enfermeiro pode ter um

grande contributo por ser o profissional de saúde que mais tempo passa com o atleta. A análise do gesto técnico, da postura, da utilização do equipamento desportivo adequado ou mesmo a própria gestão do ambiente seguro, como condições dos espaços físicos da prática desportiva são alguns dos muitos fatores de risco que, identificados a priori, poderão limitar tempos de pausa da atividade desportiva e reduzir os gastos em tratamentos/reabilitações. Também no sentido de melhorar o rendimento dos atletas, o enfermeiro tem uma importante função na recuperação do esforço.

Uma das principais áreas onde o enfermeiro se distingue dos restantes profissionais de saúde no desporto é no tratamento, mais precisamente na atuação em situações de emergência, urgência e fase aguda, sendo uma das grandes vantagens da presença do enfermeiro do desporto nas equipas técnicas “a prestação dos primeiros cuidados nos locais da prática”(3).

Relativamente à área da reabilitação, será aquela em que existem mais controvérsias em relação à atuação do enfermeiro no desporto, uma vez que existem outros profissionais de saúde capacitados para intervir. No entanto, o enfermeiro dotado de formação específica na área do desporto é também um elemento essencial na reabilitação de lesões desportivas, principalmente pela visão mais generalizada da pessoa e não apenas da lesão.

Quanto à reinserção social, ou por vezes somente inserção social, tal como foi referido anteriormente, o enfermeiro pelo acompanhamento contínuo do atleta, conhece-o melhor em todos os seus contextos, pelo que será um elemento importante na tran-

sição da vida desportiva para a vida social e vice-versa.

Inerente ao facto de o enfermeiro ter uma intervenção ao longo das prevenções primária, secundária e terciária, é também o responsável pelo planeamento e gestão de materiais. Para todas estas competências, a formação inicial em Enfermagem permite que um enfermeiro de cuidados gerais intervenha na área do desporto, sendo no entanto muito aconselhada a formação específica na área para poder mobilizar outros conhecimentos e ter uma intervenção mais alargada e personalizada, como é o exemplo do campo da reabilitação, já referido anteriormente. É, portanto, da maior importância a constante atualização de conhecimentos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em suma, reunindo todas estas condições, o enfermeiro no desporto poderá ter muitas intervenções, nem todas mencionadas neste artigo, mas sempre indo de encontro aos objetivos formulados pelo(a) atleta/equipa, tendo como principal preocupação o bem-estar físico e o conforto emocional, espiritual e cultural de cada indivíduo. De realçar também a necessidade de investigação neste campo, pois a literatura atual ainda é bastante reduzida carecendo de estudos que possam levar à prática baseada na evidência. Assume-se assim que esta área de atuação do enfermeiro ainda é, de certo modo, empíricas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ORDEM DOS ENFERMEIROS. (2012). Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais. Lisboa: OE.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS. (2012). REPE e Estatuto da Ordem dos Enfermeiros. Lisboa: OE.
- MARQUES, Alfredo Silva [et al.] – Saúde, Desporto e Enfermagem. 1ª ed. Coimbra: Formasau – Formação e Saúde, Lda, 2005. ISBN 972-8485-48-4.

AUTOCUIDADO

UMA ANÁLISE DE CONCEITO

OLGA MARIA PIMENTA RIBEIRO

Enfermeira no Estabelecimento Prisional de Alcoentre. Mestre em Ciências de Enfermagem. Especialista em Enfermagem de Reabilitação. Pós-Graduada em Enfermagem Avançada, Supervisão Clínica e Enfermagem de Emergência, Enfermeira no Centro Hospitalar de São João, na Unidade de Cuidados Intermédios de Medicina. Assistente na Escola Superior de Enfermagem de Santa Maria.

RESUMO

O conceito Autocuidado é, frequentemente, referido na teoria, na investigação e prática clínica de Enfermagem, assumindo particular importância no corpo de conhecimentos da nossa disciplina. Pelo facto de o Autocuidado ser um conceito central na Enfermagem, consideramos pertinente a opção em analisar esse conceito, utilizando a metodologia tradicional proposta por Walker e Avant. Para tal, percorreremos as oito etapas preconizadas por essa metodologia. Como resultado da análise de conceito, é apresentada a definição operacional de Autocuidado.

Descritores: Enfermagem; Autocuidado; Formação de conceito

ABSTRACT

The term Self-care is often used in theory, research and clinical practice of Nursing and it plays an important role in the contents of this discipline. As self-care is a central concept in Nursing, it is useful to analyse this concept, using the traditional method proposed by Walker and Avant. In order to achieve the objective, we will cover the eight steps recommended by this method. As a result of concept analysis, it is shown the operational definition of Self-care.

Descriptors: Nursing; Self-Care; Concept formation

INTRODUÇÃO

"Um conceito não pode ser aceite como relevante para a prática de Enfermagem só porque é muito utilizado, é recente ou expressa valores e crenças em que acreditamos. Em primeiro lugar, há que o tornar claro e significativo, só isso o tornará aplicável quer nas nossas práticas quer no nosso campo de conhecimento" (Marçal, 1998, p.4). Na verdade, sem compreendermos um conceito somos incapazes de realizar, ou mesmo de nos envolver, nas atividades intelectuais e de conversação com ele relacionadas. Já Collière nos alertava para o facto de ser frequente no meio cultural dos Enfermeiros a pouca atenção à clarificação dos conceitos, o que conduz não só à perda do significado dos conceitos utilizados, mas a um considerável empobrecimento da construção de um pensamento verdadeiramente estruturante dos saberes presentes nos focos de Enferma-

gem (Collière, 1999). Na nossa disciplina, temos conceitos tradicionais (de que é exemplo o Autocuidado), que formam a base das construções teóricas da Enfermagem (McEwen e Wills, 2009). Todavia, algumas vezes, "esses conceitos são mal utilizados e mal compreendidos (...), o que suscita a necessidade

de estratégias para que sejam claramente expostos quanto à sua representação da realidade" (Enders, Brito e Monteiro, 2004, p.298). Nesta perspectiva, ao longo do artigo, propomo-nos apresentar a análise de um conceito central na Enfermagem: o Autocuidado, seguindo as 8 etapas da Metodologia Tradicional de Walker e Avant: seleção do conceito; clarificação dos objetivos da análise; identificação da utilização do conceito; determinação dos atributos que definem o conceito; construção de um caso modelo; construção dos casos: limítrofe, relacionado, contrário e ilegí-

gítimo; identificação dos antecedentes e consequentes do conceito; e definição dos referenciais empíricos (Walker e Avant, 2005). Apesar de algumas etapas sugeridas pelas autoras, ocorrerem simultaneamente, na análise realizada, elas serão descritas sequencialmente.

SELEÇÃO DO CONCEITO

Atendendo à evidência do Autocuidado como conceito central da Enfermagem (Petronilho, 2012), consideramos fundamental analisá-lo segundo uma metodologia científica, pois julgamos que todo o processo de análise nos permitirá obter uma compreensão mais abrangente e aprofundada deste conceito, bem como alcançar uma definição mais adequada a uma prática de qualidade. Na verdade, apesar de a Enfermagem utilizar, sistematicamente, o fenômeno Autocuidado, quer no domínio da prática, quer no domínio da investigação, parece-nos existir relativamente a ele, um certo descuro, no que concerne à sua análise e clarificação.

CLARIFICAÇÃO DOS OBJETIVOS DA ANÁLISE

Ao utilizarmos a metodologia tradicional de Walker e Avant, para analisar o conceito Autocuidado, assumimos como principais objetivos: clarificar o significado do conceito; determinar os atributos, os antecedentes e os consequentes do conceito; identificar os referenciais empíricos e desenvolver uma definição operacional do conceito. Para além disso, esperamos acrescentar mais conhecimento na descrição do fenômeno Autocuidado.

IDENTIFICAÇÃO DA UTILIZAÇÃO DO CONCEITO

O conceito Autocuidado é utilizado correntemente, quer em situações informais no nosso quotidiano, quer em termos científicos, em diversas disciplinas do conhecimento. Com especial destaque na área de Enfermagem, o autocuidado foi mencionado pela primeira vez, em 1959, pela Enfermeira Dorothea Orem que o definiu como sendo a prática das ações que os indivíduos iniciam e executam por si mesmos, para manter, promover, recuperar e/ou conviver com os efeitos e limitações das alterações de saúde, contribuindo assim para a sua integridade, funcionamento e desenvolvimento (Orem, 2001). Mais recentemente, na Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem, o autocuidado é a actividade executada pelo próprio com as características específicas: “tratar do que é necessário para se manter, manter-se operacional e lidar com as ne-

cessidades individuais básicas e íntimas e as actividades da vida diária” (International Council of Nurses, 2011, p.41).

De forma a identificarmos os diferentes usos do conceito autocuidado, recorreremos à pesquisa em 3 bases de dados eletrónicas: CINAHL Plus With Full Text; MEDLINE With Full Text e SCIELO (via EBSCO e B-ON). Apenas incluímos artigos apresentados em texto integral, no espaço temporal de 2000 a 2012 e com o conceito Autocuidado/Self-care no título. Atendendo à impossibilidade de analisar todos os artigos encontrados nas bases de dados eletrónicas e à predominância da utilização do conceito Autocuidado na disciplina de Enfermagem, realizámos um levantamento bibliográfico, com corte histórico aos trabalhos publicados de 2000 a 2012, em revistas, nacionais e internacionais, previamente selecionadas. De acordo com a pesquisa efetuada, identificaram-se, para análise posterior, 34 artigos, com o conceito Autocuidado, Auto-cuidado, Selfcare ou Self-care no título. Uma vez selecionados os artigos, submeteu-se cada um deles a uma leitura exploratória que permitiu refinar a nossa sensibilidade no reconhecimento do conceito Autocuidado. Posteriormente, numa segunda leitura, foi realizada uma análise descritiva e criteriosa dos artigos, com apresentação das contribuições consubstanciadas, para a análise do conceito Autocuidado. Nesta fase, para melhor organização da análise identificaram-se e transcreveram-se frases, palavras e, em algumas situações, parágrafos que correspondiam aos elementos de interesse, ou seja, que se referiam a atributos, antecedentes, consequentes ou referentes empíricos do Autocuidado.

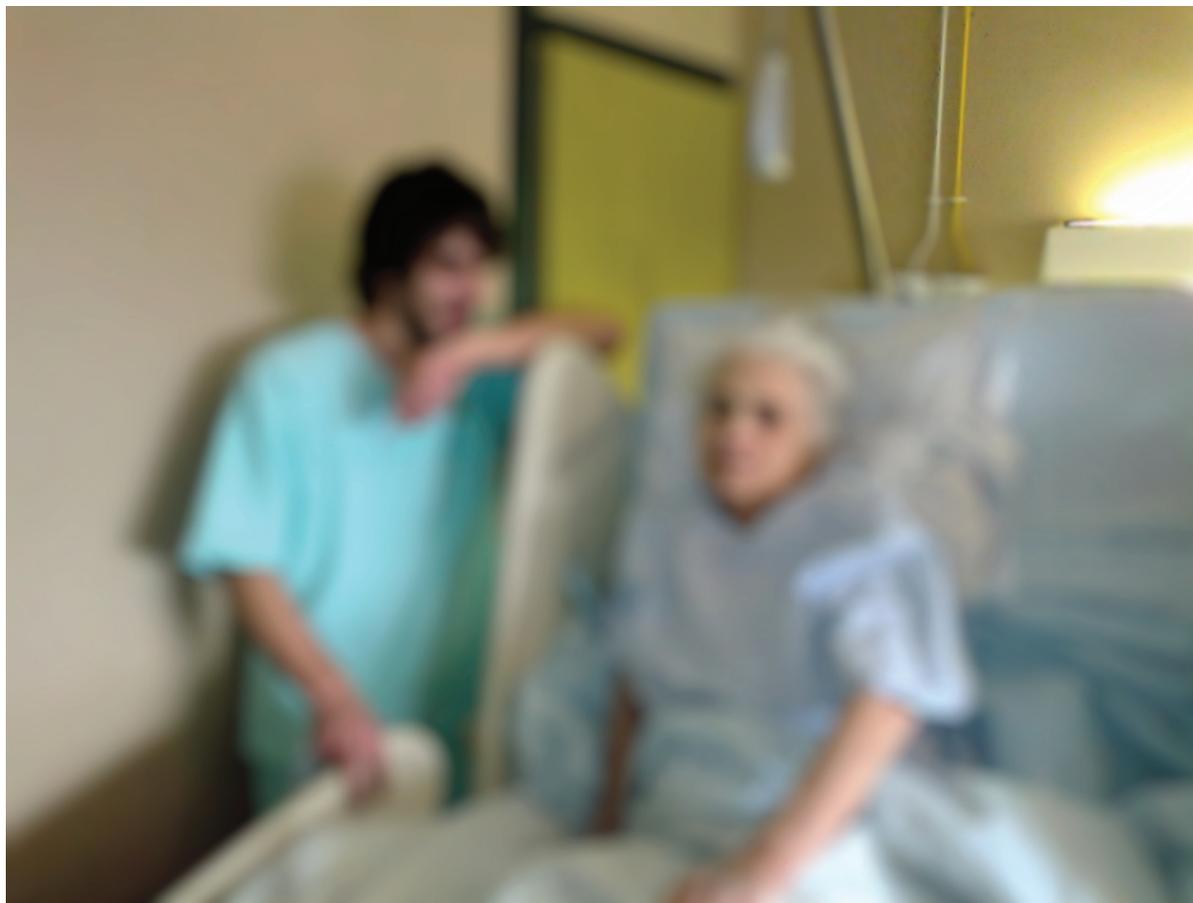
DETERMINAÇÃO DOS ATRIBUTOS DO CONCEITO

A determinação dos atributos críticos refere-se à identificação das características recorrentes do conceito, o que nos permite identificar os seus elementos constituintes. Esses atributos terão de estar presentes na sua definição, permitindo distingui-lo de qualquer outro conceito.

Na tabela 1, apresentamos os atributos do conceito, bem como os autores que os referem.

CONSTRUÇÃO DE UM CASO MODELO

Para Walker e Avant (2005), o caso modelo deve ser um caso puro do conceito; um exemplo da utilização do conceito que contém todos os atributos críticos do mesmo.



Caso Modelo: O Sr. João tem 50 anos. Foi-lhe diagnosticado Diabetes tipo II e Hipertensão Arterial há 5 e 3 anos, respetivamente. Desde que lhe foi diagnosticado cada um dos problemas referidos, o Sr. João comprometeu-se consigo mesmo (Compromisso consigo mesmo) e um dos seus primeiros objectivos foi manter-se informado sobre as doenças e, principalmente, sobre os cuidados a ter. Acorda todos os dias, entre as 7 e 8 horas, toma banho, desfaz a barba, abre a janela do quarto e adapta a roupa a vestir, de acordo com a temperatura exterior (Atividades da vida diária). Já na cozinha, faz a pesquisa de glicemia capilar e, dependendo do valor, prepara e administra a dose de insulina (Ações executadas pelo próprio). Para além da insulina, toma os comprimidos, de acordo com a indicação do médico. Depois de tomar o pequeno-almoço vai para a sapataria de que é proprietário. Por iniciativa própria, de dois em dois dias, desloca-se até à farmácia para monitorizar a tensão arterial. Todos os dias regista num bloco, os valores da

glicemia capilar antes das 3 refeições e, em dias alternados, regista os valores da tensão arterial (Ações voluntárias e intencionais). Faz 6 refeições diárias, cumprindo sempre o plano alimentar. É a esposa que prepara as refeições, no entanto, também ela está informada sobre a alimentação adequada, uma vez que participa nas consultas de enfermagem. Para além disso, quando o Sr. João ou a esposa têm dúvidas, telefonam para a enfermeira, sendo por ela esclarecidos (Parceria com profissionais de saúde). Para o Sr. João, integrar todas estas ações no seu dia a dia não foi fácil, no entanto, gradualmente, foi conseguindo fazê-lo com sucesso (Processo dinâmico). No início, foi difícil realizar as pesquisas de glicemia e administrar a insulina, no entanto, não desistiu, pretendendo com insistência responsabilizar-se pelos cuidados que precisava realizar a si próprio (Responsabilidade de cuidar de si). Duas vezes por semana, pratica natação. Por já ter tido episódios de hipoglicemia, além do pacote de açúcar que sempre o acompanha quando sai de

Tabela 1 – Distribuição dos Atributos do conceito Autocuidado, segundo os autores

Atributos	Autores
Processo Dinâmico	Farias e Nóbrega, 2000; Cade, 2001; Pace et al., 2006; Rodrigues et al., 2006; Neves e Wink, 2007
Ações Voluntárias e Intencionais	Bub et al., 2006; Caetano e Pagliuca, 2006; Macedo et al., 2009; Silva, Irene Jesus et al., 2009
Atividades da Vida Diária	Santos e Silva, 2006; Àvila et al., 2008; Macedo et al., 2009; Xavier, Bittar e Ataíde, 2009; Petronilho, 2010; Petronilho et al., 2010
Ações Executadas pelo Próprio	Cade, 2001; Silva, 2001; Fialho, Pagliuca e Soares, 2002; Toledo e Diogo, 2003; Cunha, Cardoso e Oliveira, 2005; Lima e Araújo, 2005; Bub et al., 2006; Caetano e Pagliuca, 2006; Macedo et al., 2009; Manzini e Simonetti, 2009; Silva, Luciane Amorim et al., 2009; Silva, Irene Jesus et al., 2009; Torres et al., 2009; Xavier, Bittar e Ataíde, 2009; Ortiz et al., 2010; Petronilho, 2010; Petronilho et al., 2010
Comportamentos de Saúde	Cade, 2001; Atayde e Ferreira, 2004; Caetano e Pagliuca, 2006; Santos e Silva, 2006; Dall’Agnol e Fernandes, 2007; Neves e Wink, 2007; Camargo-Borges e Japur, 2008; Torres et al., 2009; Xavier, Bittar e Ataíde, 2009; Ortiz et al., 2010; Oliveira, 2011; Santos, Rocha e Berardinelli, 2011; Feijó et al., 2012; Rodríguez-Gázquez, Arredondo-Holguín e Herrera-Cortés, 2012
Autogestão	Santos, Rocha e Berardinelli, 2011; Feijó et al., 2012; Rodríguez-Gázquez, Arredondo-Holguín e Herrera-Cortés, 2012
Compromisso Consigo Mesmo	Bub et al., 2006; Rodrigues et al., 2006; Neves e Wink, 2007; Wink e Cartana, 2007; Camargo-Borges e Japur, 2008; Silva, Irene Jesus et al., 2009; Petronilho, 2010
Responsabilidade de Cuidar de Si	Neves e Wink, 2007; Camargo-Borges e Japur, 2008; Oliveira, Fernandes e Sawada, 2008; Macedo et al., 2009; Silva, Luciane Amorim et al., 2009; Oliveira, 2011; Santos, Rocha e Berardinelli, 2011
Tomada de Decisão	Farias e Nóbrega, 2000; Silva, 2001; Bub et al., 2006; Neves e Wink, 2007; Wink e Cartana, 2007; Oliveira, Fernandes e Sawada, 2008; Manzini e Simonetti, 2009; Torres et al., 2009; Xavier, Bittar e Ataíde, 2009; Oliveira, 2011; Santos, Rocha e Berardinelli, 2011; Feijó et al., 2012
Parceria com Profissionais de Saúde	Lima e Araújo, 2005; Machado et al., 2006; Camargo-Borges e Japur, 2008; Manzini e Simonetti, 2009; Ortiz et al., 2010; Santos, Rocha e Berardinelli, 2011; Rodríguez-Gázquez, Arredondo-Holguín e Herrera-Cortés, 2012

casa, leva lanche para junto da piscina. De forma a saber se os sintomas durante o exercício estão relacionados com alterações glicêmicas, opta por levar a máquina de glicemia (Tomada de decisão). Assim, das próximas vezes, se for necessário, conseguirá adequar a dose de insulina à intensidade do exercício que vai realizar (Autogestão). Ao final de cada dia, após o banho, o Sr. João pega no espelho para observar os pés. Conhece as complicações da Diabetes e, para além dos cuidados com os pés, vai ao oftalmologista de 6/6 meses (Comportamentos de saúde).

CONSTRUÇÃO DOS CASOS: LIMÍTROFE, RELACIONADO, CONTRÁRIO E ILEGÍTIMO

Nesta etapa, pretende-se construir exemplos do que não é o conceito analisado. O caso limítrofe é um exemplo que contém apenas alguns dos atributos do conceito estudado. Pode contudo referir uma situação que contenha todos os atributos mas na qual, se verifique uma variação significativa de intensidade, profundidade e duração de um deles.

Caso Limítrofe: O Sr. Nuno tem 48 anos. Foi-lhe diagnosticado Diabetes tipo II e Hipertensão Arterial há 3 e 8 anos, respetivamente. Acorda todos os dias às 8 horas, toma banho, desfaz a barba e veste a farda (Atividades da vida diária). Quando se dirige para a cozinha e, antes de tomar o pequeno-almoço, chama a esposa para lhe fazer a pesquisa de glicemia capilar. De acordo com o valor da glicemia, a esposa prepara a insulina e administra-a. Para além da insulina, coloca junto à chávena de leite, a sacarina e os comprimidos. Depois do pequeno-almoço, o Sr. Nuno desloca-se a pé, até à Câmara, onde exerce funções de polícia municipal. Uma vez por semana, vai à farmácia monitorizar a tensão arterial (Ações voluntárias e intencionais). Faz 5 a 6 refeições diárias; em casa cumpre sempre o plano alimentar, o que não acontece quando almoça com os colegas, apesar de ter consciência de que não o deveria fazer (Tomada de decisão). Integrar todas estas ações no seu dia a dia não tem sido fácil, no entanto gradualmente o Sr. Nuno tem percebido a importância das atividades que é necessário rea-

lizar (Processo dinâmico). Ao final de cada dia, após o banho, o Sr. Nuno, por insistência da família, observa os pés. Conhece as complicações da Diabetes e, para além dos cuidados com os pés, vai ao oftalmologista uma vez por ano (Comportamentos de saúde).

O caso relacionado ilustra um conceito semelhante ao que estamos a estudar mas que não contenha todos os seus atributos críticos. É um caso que demonstra ideias muito semelhantes ao conceito selecionado, mas difere quando examinado de perto.

Caso Relacionado: Benjamim estava divorciado há 2 anos; fruto desse relacionamento tinha 2 filhos, a Ana de 14 anos e o João de 9 anos, que por viverem noutra cidade com a mãe, só vinham nas férias da Escola, para junto do pai. Há um ano foi-lhe diagnosticado Carcinoma Pulmonar, com metastização cerebral e óssea, situação que não era do conhecimento dos filhos. As dores nos ossos eram cada vez mais intensas. A dose dos analgésicos prescritos tinha aumentado. Para além dos vários comprimidos que tomava de 8/8 horas, Benjamim de 3 em 3 dias trocava o transdérmico. Atendendo aos efeitos secundários do transdérmico, Benjamim passava praticamente o dia todo a dormir. Estava informado do prognóstico, por isso na consulta da semana anterior à chegada dos filhos, Benjamim pediu ao médico para substituir o transdérmico por outros analgésicos com menos efeitos secundários. Foi advertido que não colocar o transdérmico, significaria passar o dia com mais dor. Um risco a que Benjamim se sujeitou, até porque sabia que provavelmente essas seriam as últimas férias com os filhos. Todos os dias, durante o mês de Agosto, acordava cedo, as dores agravavam; tomava banho, vestia-se e sentava-se na varanda a tomar o pequeno-almoço e os comprimidos. Em relação aos comprimidos, cumpria a prescrição médica, no entanto decidiu não colocar o transdérmico. Apesar de saber que os outros analgésicos não seriam suficientes para controlar a dor, Benjamim comunicou ao médico a decisão, obtendo a sua compreensão. Durante o dia, sem o transdérmico, já não tinha sono, o que lhe permitia divertir-se com os filhos, e aproveitar este que seria o último verão junto deles...

O caso contrário pretende ilustrar de uma forma acentuada o que não é o conceito que está a ser estudado. Este caso não tem presente nenhum

ou quase nenhum dos atributos críticos.

Caso Contrário: Mariana tem 18 anos. Na sequência de anóxia cerebral, provocada por encravamento no canal de parto, passa os dias entre a cama e o sofá, mas sempre na companhia da mãe (Sara), que lhe tem dedicado quase todo o seu tempo. Mariana é filha única e apesar das várias tentativas em promover o seu desenvolvimento, tem muitas limitações. Na impossibilidade de a levar ao chuveiro, Sara dá banho a Mariana na cama; veste-lhe a roupa, coloca-lhe a fralda e, com ajuda do marido, transfere a filha para o sofá. Por deglutição comprometida, Mariana é alimentada por sonda nasogástrica. Durante o dia, Sara alterna várias vezes o posicionamento da filha. Está bem informada sobre as complicações e os cuidados a ter para as evitar, no entanto, quando surge alguma dúvida contacta e enfermeira. Nos dias de sol, Sara transfere Mariana para a cadeira de rodas, de forma a conseguir levá-la até ao jardim, onde, infelizmente, Mariana nunca brincou... O caso ilegítimo é um caso em que se exemplifica o uso inapropriado do conceito.

Caso Ilegítimo: Nici tem 3 anos e é conhecida pelo facto de ter sido nomeada a cadela "mais sexy" do condomínio. Susana não tem filhos, e talvez por esse motivo, dedique muito do seu tempo às atividades de Autocuidado de Nici. Todos os dias, entre as 9 e as 10 horas, dirige-se ao quarto de Nici para a acordar. Vai com ela à casa de banho e, de seguida, vão tomar o pequeno-almoço. Após beber o leite e o suplemento vitamínico, prescrito pelo veterinário, Nici vai para quarto, onde Susana lhe veste o vestido e lhe coloca a coleira. Depois de vestida, Nici dirige-se para a porta, uma vez que, como é habitual, vai passear junto ao mar...

IDENTIFICAÇÃO DOS ANTECEDENTES E CONSEQUENTES DO CONCEITO

Os antecedentes são os acontecimentos ou incidentes que precedem a ocorrência do conceito; são critérios que devem preceder o conceito de forma a que ele ocorra. Por outro lado, os consequentes são os eventos que resultam da ocorrência do conceito.

ANTECEDENTES DO CONCEITO

Decorrente da análise descritiva e criteriosa dos artigos selecionados, apresentamos na tabela 2, os antecedentes do conceito Autocuidado, bem como os autores que os referem.

Tabela 2 – Distribuição dos Antecedentes do conceito Autocuidado, segundo os autores

Atributos	Autores
Necessidades de Autocuidado	Farias e Nóbrega, 2000; Cade, 2001; Silva, 2001; Fialho, Pagliuca e Soares 2002; Atayde e Ferreira, 2004; Cunha, Cardoso e Oliveira, 2005; Bub et al., 2006; Caetano e Pagliuca, 2006; Pace et al., 2006; Dall'Agnol e Fernandes, 2007; Ávila et al., 2008; Camargo-Borges e Japur, 2008; Manzini e Simonetti, 2009; Silva, Irene Jesus et al., 2009; Xavier, Bittar e Ataíde, 2009; Macedo et al., 2009; Petronilho et al., 2010; Santos, Rocha e Berardinelli, 2011
Conhecimento	Cade, 2001; Silva, 2001; Toledo e Diogo, 2003; Atayde e Ferreira, 2004; Lima e Araújo, 2005; Caetano e Pagliuca, 2006; Pace et al., 2006; Rodrigues et al., 2006; Santos e Silva, 2006; Wink e Cartana, 2007; Ávila et al., 2008; Oliveira, Fernandes e Sawada, 2008; Manzini e Simonetti, 2009; Rodrigues e Abreu, 2009; Silva, Irene Jesus et al., 2009; Torres et al., 2009; Xavier, Bittar e Ataíde, 2009; Oliveira, 2011; Santos, Rocha e Berardinelli, 2011; Feijó et al., 2012; Rodríguez-Gázquez, Arredondo-Holguín e Herrera-Cortés, 2012
Aprendizagem	Farias e Nóbrega, 2000; Silva, 2001; Atayde e Ferreira, 2004; Cunha, Cardoso e Oliveira, 2005; Machado et al., 2006; Rodrigues et al., 2006; Oliveira, Fernandes e Sawada, 2008; Macedo et al., 2009; Silva, Luciane Amorim et al., 2009; Silva, Irene Jesus et al., 2009; Santos, Rocha e Berardinelli, 2011
Conscientização	Santos e Silva, 2006; Wink e Cartana, 2007; Oliveira, Fernandes e Sawada, 2008; Manzini e Simonetti, 2009; Silva, Irene Jesus et al., 2009; Santos, Rocha e Berardinelli, 2011
Capacidade para o Autocuidado	Farias e Nóbrega, 2000; Cade, 2001; Silva, 2001; Atayde e Ferreira, 2004; Cunha, Cardoso e Oliveira, 2005; Bub et al., 2006; Caetano e Pagliuca, 2006; Machado et al., 2006; Santos e Silva, 2006; Neves e Wink, 2007; Wink e Cartana, 2007; Ávila et al., 2008; Oliveira, Fernandes e Sawada, 2008; Manzini e Simonetti, 2009; Silva, Irene Jesus et al., 2009; Torres et al., 2009; Petronilho et al., 2010; Oliveira, 2011; Santos, Rocha e Berardinelli, 2011; Feijó et al., 2012; Rodríguez-Gázquez, Arredondo-Holguín e Herrera-Cortés, 2012
Motivação	Cade, 2001; Toledo e Diogo, 2003; Pace et al., 2006; Santos e Silva, 2006; Manzini e Simonetti, 2009; Xavier, Bittar e Ataíde, 2009; Santos, Rocha e Berardinelli, 2011; Rodríguez-Gázquez, Arredondo-Holguín e Herrera-Cortés, 2012
Auto-Confiança	Rodrigues et al., 2006; Neves e Wink, 2007; Ávila et al., 2008
Crenças	Pace et al., 2006; Xavier, Bittar e Ataíde, 2009; Santos, Rocha e Berardinelli, 2011
Valores	Pace et al., 2006; Xavier, Bittar e Ataíde, 2009; Santos, Rocha e Berardinelli, 2011
Interação com os Outros (Família, Amigos e Profissionais de Saúde)	Lima e Araújo, 2005; Machado et al., 2006; Pace et al., 2006; Ávila et al., 2008; Manzini e Simonetti, 2009; Xavier, Bittar e Ataíde, 2009; Santos, Rocha e Berardinelli, 2011; Rodríguez-Gázquez, Arredondo-Holguín e Herrera-Cortés, 2012

CONSEQUENTES DO CONCEITO

Na tabela 3, apresentamos os consequentes do conceito Autocuidado, bem como os autores que os referem.

Tabela 3 – Distribuição dos Consequentes do conceito Autocuidado, segundo os autores

Atributos	Autores
Autonomia	Silva, 2001; Atayde e Ferreira, 2004; Caetano e Pagliuca, 2006; Machado et al., 2006; Neves e Wink, 2007; Ávila et al., 2008; Oliveira, Fernandes e Sawada, 2008; Macedo et al., 2009; Silva, Luciane Amorim et al., 2009; Torres et al., 2009; Petronilho et al., 2010; Oliveira, 2011; Santos, Rocha e Berardinelli, 2011
Gestão de Sinais/Sintomas	Lima e Araújo, 2005; Caetano e Pagliuca, 2006; Manzini e Simonetti, 2009; Ortiz et al., 2010; Feijó et al., 2012; Rodríguez-Gázquez, Arredondo-Holguín e Herrera-Cortés, 2012
Adaptação à Doença	Caetano e Pagliuca, 2006; Ávila et al., 2008; Santos, Rocha e Berardinelli, 2011; Feijó et al., 2012; Rodríguez-Gázquez, Arredondo-Holguín e Herrera-Cortés, 2012
Bem-Estar (Físico e Emocional)	Farias e Nóbrega, 2000; Cade, 2001; Silva, 2001; Fialho, Pagliuca e Soares, 2002; Cunha, Cardoso e Oliveira, 2005; Bub et al., 2006; Caetano e Pagliuca, 2006; Neves e Wink, 2007; Macedo et al., 2009; Manzini e Simonetti, 2009; Silva, Irene Jesus et al., 2009; Santos, Rocha e Berardinelli, 2011; Rodríguez-Gázquez, Arredondo-Holguín e Herrera-Cortés, 2012
Satisfação das Necessidades de Autocuidado	Farias e Nóbrega, 2000; Cardoso e Oliveira, 2005; Caetano e Pagliuca, 2006; Cunha, Cardoso e Oliveira, 2005; Ávila et al., 2008; Manzini e Simonetti, 2009
Manutenção da Integridade do Organismo	Bub et al., 2006; Santos e Silva, 2006; Silva, Irene Jesus et al., 2009
Manutenção do Desenvolvimento Humano	Cade, 2001; Bub et al., 2006; Caetano e Pagliuca, 2006; Santos e Silva, 2006; Neves e Wink, 2007; Silva, Irene Jesus et al., 2009
Manutenção da Saúde	Farias e Nóbrega, 2000; Cade, 2001; Silva, 2001; Fialho, Pagliuca e Soares, 2002; Cunha, Cardoso e Oliveira, 2005; Lima e Araújo, 2005; Bub et al., 2006; Caetano e Pagliuca, 2006; Santos e Silva, 2006; Neves e Wink, 2007; Macedo et al., 2009; Manzini e Simonetti, 2009; Silva, Irene Jesus et al., 2009; Ortiz et al., 2010; Oliveira, 2011; Santos, Rocha e Berardinelli, 2011; Rodríguez-Gázquez, Arredondo-Holguín e Herrera-Cortés, 2012

DEFINIÇÃO DOS REFERENCIAIS EMPÍRICOS

Os referenciais empíricos são classes ou categorias de um fenômeno que, quando presentes, demonstram a ocorrência do próprio conceito; permitem responder a questões relativas à determinação da existência do fenômeno e, se possível, à sua mensuração. Nos artigos analisados, encontramos 3 referenciais empíricos.

O "Instrumento para Avaliação dos Requisitos de Autocuidado no Planejamento da Alta Hospitalar de Pacientes submetidos ao Transplante de Medula Óssea (TMO)" foi construído com o intuito de avaliar os requisitos de autocuidado no planejamento da alta de um doente submetido ao TMO. O instrumento contém questões referentes aos requisitos universais, de desenvolvimento e de desvio da saúde, que poderiam estar alterados em função do TMO, bem como questões que possibilitassem a determinação dos conhecimentos do cliente, sobre as ações de autocuidado a serem desenvolvidas após a alta hospitalar (Silva, 2001). Este instrumento aborda, superficialmente, todos os atributos do autocuidado identificados na análise realizada. O "Índice de Autocuidado" foi construído a partir das práticas de autocuidado e aplicado a doentes que realizaram cirurgia de revascularização do miocárdio. As práticas de autocuidado que fazem parte desse índice referem-se, essencialmente, ao atributo comportamentos de saúde (Lima e Araújo, 2005). Num outro estudo, foi adaptada e validada a "European Heart Failure Self-Care Behaviour Scale" para uso na língua portuguesa do Brasil (Feijó et al., 2012). A parceria com profissionais de saúde, os comportamentos de saúde, a autogestão e a tomada de decisão são os atributos do autocuidado que se destacam neste instrumento.

DEFINIÇÃO OPERACIONAL

A partir da análise realizada, concebemos o Autocuidado como um processo dinâmico, desenvolvido ao longo da vida, que se consolida quando a pessoa se compromete consigo mesma, em assumir a responsabilidade de cuidar de si, em tomar decisões, bem como em empenhar-se efetivamente no seu próprio caminho em direção ao desenvolvimento integrado e bem estar. Envolve a prática das atividades da vida diária e das ações que os indivíduos executam por si próprios, de forma voluntária e intencional, para promover, manter ou restaurar a saúde. De acordo com este último propósito, implica ainda a adoção de comportamentos de saúde e de autogestão, considerando a parceria com profissionais de saúde,

um facilitador deste processo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O desenvolvimento de um corpo de conhecimentos específico à disciplina de Enfermagem é um longo percurso, no qual a análise de conceito se revela um recurso importante, porque clarificador dos conceitos que preenchem o nosso dia a dia. Na análise do conceito autocuidado, a partir da metodologia tradicional de Walker e Avant, a reflexão sobre o que antecede e precede o fenômeno em estudo, permitiu-nos obter a clarificação, bem como a compreensão mais ampla de um conceito, quanto a nós nobre para a Enfermagem. Importa referir que a dimensão temporal da análise efetuada permitiu perceber a evolução do conceito na disciplina de enfermagem. Diante do exposto, acreditamos que a análise realizada foi um contributo para a construção do conceito Autocuidado. Para além disso, esperamos ter incrementado a motivação para futuras análises mais consistentes, que dêem um contributo significativo na descrição e explicação do fenômeno Autocuidado, contribuindo assim, para a continuidade da construção do conhecimento em Enfermagem.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ATAYDE, André Ganho; FERREIRA, Andreia, Catarina - Nível de Conhecimentos Preventivos de Úlcera do Pé Diabético e Autocuidado. *Revista Referência*. ISSN 0874-0283. Vol. 11 (2004), p. 43-48.
- AVILA, H. C. [et al.] - A Pessoa com Ostomia - Alterações no Autocuidado e Estratégias de Adaptação. *Revista Nursing*. ISSN 0871-6196. Vol.18, n.º 230 (2008), p. 24-31.
- BUB, Maria Bettina [et al.] - The notion of care of the self and the concept of self-care in nursing. *Revista Texto & Contexto Enfermagem*. ISSN 0104-0707. Vol. 15 (2006), p. 152-157.
- CADE, Nágela Valadão - Orem's self-care deficit theory applied to hypertensive people. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. ISSN 0104-1169. Vol. 9, n.º 3 (2001), p. 43-50.
- CAETANO, Joselany Áfio; PAGLIUCA, Lorita Marlena - Self-care and HIV/AIDS patients: nursing care systematization. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. ISSN 0104-1169. Vol. 14, n.º 3 (2006), p. 51-61.
- CAMARGO-BORGES, Celiane; JAPUR, Marisa - Concerning (non) adherence to treatment: amplifying self-care meanings. *Revista Texto & Contexto Enfermagem*. ISSN 0104-0707. Vol. 17, n.º 1 (2008), p. 64-71.
- COLLIÈRE, Marie-Françoise - Promover a Vida. Lisboa: Lidel, 1999. ISBN 972-757-109-3.
- CUNHA, Ana Isabel; CARDOSO, Lúcia Alexandra; OLIVEIRA, Vânia Catarina - Autocuidado - Teoria de Enfermagem de Dorothea Orem. *Revista Sinais Vitais*. ISSN 0872-8844. N.º 61 (2005), p. 36-40.
- DALL'AGNOL, Clarice Maria; FERNANDES, Fernanda Santos - Health and self-care among garbage collectors: work experiences in a recyclable garbage cooperative. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. ISSN 0104-1169. Vol. 15 (2007), p. 729-735.

- ENDERS, Berta Cruz; BRITO, Rosineide Santana; MONTEIRO, Akemi Iwata - Concept analysis and critical thinking: a complementary relationship in nursing. *Revista Gaúcha Enfermagem*. ISSN 1983-1447. Vol. 25, n.º 3 (2004), p. 295-305.
- FARIAS, Maria do Carmo; NÓBREGA, Maria Miriam - Nursing diagnosis in high-risk pregnant women based on Orem's self-care theory: a case study. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. ISSN 0104-1169. Vol. 8, n.º 6 (2000), p. 59-67.
- FEIJO, Maria Karolina [et al.] - Cross-cultural adaptation and validation of the European Heart Failure Self-care Behavior Scale for Brazilian Portuguese. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. ISSN 0104-1169. Vol. 20, n.º 5 (2012), p. 988-996.
- FIALHO, Ana Virginia; PAGLIUCA, Lorita Marlena; SOARES, Enedina - The self-care deficit theory adjustment in home-care in the light of Barnum's model. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. ISSN 0104-1169. Vol. 10, n.º 5 (2002), p. 715-720.
- INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem: Versão 2. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2011. ISBN 978-92-95094-35-2.
- LIMA, Francisca Elisângela; ARAÚJO, Thelma Leite - Correlation of basic conditioning factors for selfcare of patients who underwent coronary bypass. *Revista Brasileira de Enfermagem*. ISSN 0034-7167. Vol. 58, n.º 5 (2005), p. 519-523.
- MACEDO, C. [et al.] - Autocuidado e Cuidado ao Recém-Nascido no Puerpério: das dificuldades à utilização de uma linha telefônica de apoio. *Revista Nursing*. ISSN 0871-6196. Vol. 21, n.º 249 (2009), p. 24-33.
- MACHADO, Mónica [et al.] - Caminhando Lado a Lado. Os cuidados de enfermagem em parceria com a pessoa idosa para a promoção do auto-cuidado. *Revista Investigação em Enfermagem*. ISSN 0874-7695. N.º 15 (2006), p. 41-46.
- MANZINI, Fernanda Cristina; SIMONETTI, Janete Pessuto - Nursing consultation applied to hypertensive clients: application of Orem's self-care theory. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. ISSN 0104-1169. Vol. 17, n.º 1 (2009), p. 113-119.
- MARÇAL, Maria Teresa - A Análise Conceptual na Investigação em Enfermagem. *Revista Pensar Enfermagem*. ISSN 0873-8904. Vol. 2, n.º 2 (1998), p. 4-8.
- MCEWEN, Melanie; WILLS, Evelyn - Bases Teóricas para Enfermagem. 2ª ed. São Paulo: Artmed, 2009. ISBN 978-0-7817-6283-0.
- NEVES, Eloita Pereira; WINK, Solange - Selfcare in the living process: nurses share their conceptions and living experiences in their professional trajectory. *Revista Texto & Contexto Enfermagem*. ISSN 0104-0707. Vol. 16, n.º 1 (2007), p. 172-179.
- OLIVEIRA, Dora Lúcia - Nursing and its reliance on self-care: emancipatory investments or practices of submission?. *Revista Brasileira de Enfermagem*. ISSN 0034-7167. Vol. 64, n.º 1 (2011), p. 185-188.
- OLIVEIRA, Mariza Silva; FERNANDES, Ana Fátima; SAWADA, Namiê Okino - Educational handbook for self care in women with mastectomies: a validation study. *Revista Texto & Contexto Enfermagem*. ISSN 0104-0707. Vol. 17, n.º 1 (2008), p. 115-123.
- OREM, Dorothea - Nursing: concepts of practice. Louis: Mosby Year Book, 2001. ISBN 0-8151-6552-8.
- ORTIZ, Lidia Guadalupe [et al.] - Self-Care Behaviors and Health Indicators in Adults with Type 2 Diabetes. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. ISSN 0104-1169. Vol. 18, n.º 4 (2010), p. 675-680.
- PACE, Ana Emilia [et al.] - Knowledge on Diabetes Mellitus in the self care process. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. ISSN 0104-1169. Vol. 14, n.º 5 (2006), p. 728-734.
- PETRONILHO, Fernando Alberto - A transição dos membros da família para o exercício do papel de cuidadores quando incorporam um membro dependente no Autocuidado: Uma revisão da Literatura. *Revista Investigação em Enfermagem*. ISSN 0874-7695. N.º 21 (2010), p. 43-58.
- PETRONILHO, Fernando Alberto - Autocuidado: Conceito Central da Enfermagem. Coimbra: Formasau, 2012. ISBN 978-989-8269-17-1.
- PETRONILHO, Fernando Alberto [et al.] - Caracterização do doente após evento crítico: Impacto da (in) capacidade funcional no grau de dependência no autocuidado. *Revista Sinais Vitais*. ISSN 0872-8844. N.º 88 (2010), p. 41-47.
- RODRIGUES, Dafne Paiva [et al.] - The home as educational space for self care of puerperas: mother-child binomial. *Revista Texto & Contexto Enfermagem*. ISSN 0104-0707. Vol. 15, n.º 2 (2006), p. 277-286.
- RODRIGUES, Fátima Correia; ABREU, Jhonny Alejandro - Conhecimento do diabético do tipo 2, não insulino-dependente, face à doença e ao autocuidado. *Revista Sinais Vitais*. ISSN 0872-8844. N.º 83 (2009), p. 32-25.
- RODRÍGUEZ-GÁZQUEZ, María de los Angeles; ARREDONDO-HOLGUÍN, Edith; HERRERA-CORTÉS, Richard - Effectiveness of an educational program in nursing in the self-care of patients with heart failure: randomized controlled trial. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. ISSN 0104-1169. Vol. 20, n.º 2 (2012), p. 296-306.
- SANTOS, Iraci; ROCHA, Renata Paula; BERARDINELLI, Lina Márcia - Needs of nursing guidance for self-care of clients on hemodialysis therapy. *Revista Brasileira de Enfermagem*. ISSN 0034-7167. Vol. 64, n.º 2 (2011), p. 335-342.
- SANTOS, Zélia Maria; SILVA, Raimunda Magalhães - Self-care practice lived by hypertensive woman: analysis on the health education focus. *Revista Brasileira de Enfermagem*. ISSN 0034-7167. Vol. 59, n.º 2 (2006), p. 206-211.
- SILVA, Irene Jesus [et al.] - Care, self-care and caring for yourself: a paradigmatic understanding thought for nursing care. *Revista Escola de Enfermagem USP*. ISSN 0080-6234. Vol. 43, n.º 3 (2009), p. 697-703.
- SILVA, Lúcia Marta - A Brief reflection on self-care in hospital discharge planning after a bone marrow transplantation (BMT): a case report. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. ISSN 0104-1169. Vol. 9, n.º 4 (2001), p. 75-82.
- SILVA, Luciane Amorim [et al.] - Meaning attributed by adolescents puerperae concerning maternity: self-care and baby's care. *Revista Texto & Contexto Enfermagem*. ISSN 0104-0707. Vol. 18, n.º 1 (2009), p. 48-56.
- TOLEDO, Edegarda Helena; DIOGO, Maria José - Elderly with hematological neoplastic disorders: actions and difficulties related to self-care at the beginning of the disease. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. ISSN 0104-1169. Vol. 11, n.º 6 (2003), p. 707-712.
- TORRES, Heloisa Carvalho [et al.] - The process of creating guidebooks for orienting self-care in the Diabetes educational program. *Revista Brasileira de Enfermagem*. ISSN 0034-7167. Vol. 62, n.º 2 (2009), p. 312-316.
- WALKER, Lorraine Olszewski; AVANT, Kay Coalson - Strategies for theory construction in nursing. London: Prentice Hall, 2005. ISBN 0-1311-9126-8.
- WINK, Solange; CARTANA, Maria Horto - Promoting self-care to patients suffering headache through the oriental perspective of health. *Revista Brasileira de Enfermagem*. ISSN 0034-7167. Vol. 60, n.º 2 (2007), p. 225-228.
- XAVIER, Antónia Tayana; BITTAR, Daniela Borges; ATAÍDE, Márcia Barroso - Beliefs in diabetics self-care - implications for practice. *Revista Texto & Contexto Enfermagem*. ISSN 0104-0707. Vol. 18, n.º 1 (2009), p. 124-130.

O CUIDADOR E A PESSOA SUBMETIDA A ARTROPLASTIA TOTAL DO JOELHO: RECUPERAR EM FAMÍLIA

VERÓNICA CASINHAS

Aluna 4.º ano da Escola Superior de Enfermagem do Porto

SOFIA NUNES

Professora assistente convidada da Escola Superior de Enfermagem do Porto; Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica; Mestre em Bioética; Doutoranda em Biomedicina

RESUMO

Ao longo das décadas verifica-se um aumento da esperança média de vida, um aumento de doenças degenerativas e também o número de pessoas com dependência. Apesar do auxílio de instrumentos adaptativos nos casos de determinadas limitações, surgiram os prestadores de cuidados que assumem um papel preponderante satisfazendo as necessidades das pessoas que precisam de cuidados. A família como elemento integrante, deverá ser envolvida assim que é decidida a realização de uma intervenção cirúrgica para facilitar a prestação de cuidados.

ABSTRACT

Over the decades there has been an increase in life expectancy, an increase of degenerative diseases and also an increase the number of dependent people. Despite the adaptive devices in self-care within certain cases, there are caregivers who take a leading role satisfying the needs of those needing care. The family as an integral element, must be involved as soon as a surgical procedure is decided to facilitate the care provision.

Keywords: caregiver, family, preparation for surgery, homecoming

Palavras-chave: prestador de cuidados, família, preparação para a cirurgia, regresso a casa

INTRODUÇÃO

Na sociedade atual existem várias lacunas no que diz respeito à prestação de cuidados, principalmente em casos de intervenções cirúrgicas onde as pessoas se vêm mais limitadas e onde existe uma necessidade de rápida e eficiente intervenção por parte da equipa de saúde (Li H. et al., 2004). O presente tema expõe o papel do enfermeiro no envolvimento do(s) prestador(es) de cuidados quando um familiar é submetido a artroplastia total do joelho. Sendo assim, pretende-se analisar e refletir sobre o contexto da prestação de cuidados, identificar intervenções de enfermagem e as necessidades quer da pessoa submetida a artroplastia total do joelho, quer do prestador de cuidados que está inerente a este processo. Desta forma, envolver o cuidador é uma estratégia a considerar sempre, pois ele tem maiores possibilidades para integrar a experiência e facilitar a recuperação da pessoa cuidada, através de empatia, interesse e envolvimento (Walsow, 1998, cit. por Lima e Busin, 2008).

O PRESTADOR DE CUIDADOS INFORMAL

De acordo com Martins (2006, p. 83) cuidador principal refere-se ao indivíduo, familiar ou amigo que assegura a maior parte dos cuidados que o doente requer no domicílio (Anderson, Linto &

Stewart-Wynne, 1995; Elmtâhl, Malmberg & Annerstedt, 1996, cit. por Martins, 2006).

Habitualmente, o prestador de cuidados informal é uma pessoa familiar, podendo também ser um amigo ou vizinho, que presta cuidados sem formação específica para esse efeito. Sendo assim, ele poderá ser classificado como primário, secundário ou terciário. O prestador de cuidados primário é aquele que é responsável pela maioria da prestação de cuidados e pode ainda ser auxiliado por outros, como familiares, amigos ou vizinhos que na partilha de tarefas se identificam como cuidadores secundários. Existem ainda os cuidadores terciários que são aqueles que intervêm ocasionalmente e não assumem responsabilidade direta nos cuidados (Sequeira, 2007). Apesar desta classificação, Magnusson e Hanson (2005) corroboram esta ideia referindo que a família na sua totalidade presta 80 a 90% dos cuidados, mas existe um indivíduo que se destaca e assume uma maior responsabilidade pelos mesmos.

Em Portugal, assim como à semelhança dos restantes países desenvolvidos, a maioria dos prestadores de cuidados são os cônjuges da pessoa cuidada, havendo maior prevalência no género feminino, com grande proximidade física e emocional. Geralmente, estão afastados da sua ativi-



dade laboral, ou executam atividades com menor nível de especialização, afigurando-se numa faixa etária igual ou superior a 55 anos (Martins, 2006). Num estudo realizado por Pinto e Santos (2009) que pretendia determinar o perfil dos cuidadores informais e das pessoas cuidadas, concluíram que as pessoas cuidadas da amostra compreendiam idades médias de 80 anos e eram pessoas com elevada dependência nas atividades de vida diária. Quanto ao prestador de cuidados, este era regularmente um familiar, do género feminino e com idade média de 53 anos (idades mais jovens e com maior nível de escolaridade na área urbana). Identificaram que os cuidadores eram alvo de grande pressão psicológica, com frequentes dúvidas no cuidar, desconhecimento em relação aos seus direitos e recursos disponíveis para seu auxílio.

O envolvimento dos familiares na prestação dos cuidados evitará a sobrecarga do prestador de cuidados mais direto (Mistiaen et al., 1997), bem como promoverá o bem-estar de ambos (Li H., 2004). Daí que os profissionais de saúde não se poderem esquecer que a família atuando como um alicerce, (uma vez que fomenta a estimulação social, o suporte psicológico e emocional) deverá ser sempre integrada (Li H. et al., 2004).

Assim, uma eficaz comunicação entre os profissionais de saúde e a família pode levar a um aumento dos recursos familiares. Assim sendo, constituir uma boa comunicação fará com que aumente a capacidade dos familiares para prestarem bons cuidados e em princípio evitará a rea-

dmissão do doente no hospital (Li H., 2004).

Meleis et al. (2000) referem que a aquisição do papel de prestador de cuidados é vista como uma transição. As pessoas ao passarem por um processo de transição adquirem mais vulnerabilidade a ameaças, traduzindo-se em alterações na condição de saúde, nas relações, expectativas ou habilidades. Segundo Petronilho (2008), no estudo de Rotondi et al. (2007), identificaram-se 4 fases na transição do familiar cuidador durante o tempo em que desempenha do seu papel de prestador de cuidados: 1) na fase aguda da doença; 2) na fase de reabilitação; 3) no regresso a casa; 4) na fase de integração na comunidade. Assim, prestar cuidados é um processo complexo e requer muito mais do que simplesmente estar motivado e seguir as instruções. Tal como se compreende através nas fases acima referidas, este é um processo moroso e necessita de uma ligação entre as partes. É fundamental que o prestador de cuidados tenha capacidade para reconhecer e lidar com os problemas, de modo a não ter uma resposta passiva aos problemas mas sim estando apto a desenvolver estratégias de resolução dos mesmos (Schumacher et al., 2000).

O papel de prestador de cuidados na pessoa submetida a artroplastia total do joelho

A artroplastia total do joelho é definida como a substituição da articulação por uma prótese constituída por uma componente femoral, um componente tibial e um componente rotuliano (Canale, 2006).

Esta intervenção cirúrgica é reconhecida pelo

sucesso em pessoas com dor artrítica nessa articulação (Wen, Y. et al., 2009), e tem sido uma cirurgia major que requer preparação física, social e psicológica (Lucas, 2008).

A gonartrose repercute-se na pessoa de forma mais limitativa, ocupando um lugar de destaque nos serviços de intervenção cirúrgica de ortopedia, o que leva à colocação de prótese do joelho, sendo esta uma intervenção que gera grande instabilidade hemodinâmica e leva a um longo período de fisioterapia. Só após dois a três meses será possível uma eficaz adaptação à prótese e por sua vez, o restabelecimento das capacidades funcionais (Guedes, 2008).

No processo de hospitalização e, no caso particular da cirurgia ortopédica, a pessoa submetida à cirurgia e a sua família experimentam alterações bio-psico-sociais e espirituais, que se relacionam com dor, desconforto, isolamento, sensação de perda, mudança de ambiente, pessoas desconhecidas, a separação, o abandono e o medo da morte. É fundamental satisfazer todas as necessidades dos familiares e da pessoa hospitalizada, uma vez que esse é o objetivo dos cuidados de saúde (Pinheiro, 1999, cit. por Guedes, 2008).

A pessoa submetida a cirurgia no período pós alta hospitalar irá viver com o cuidador e sua família e irá necessitar de cuidados, sendo que se introduz uma alteração no padrão de vida diário da família e poderá originar conflito. Sendo assim todos os membros são afetados de alguma forma, pois (...) quando um membro da família começa a padecer (...), experimenta no início uma deterioração física e psíquica, que incide de tal modo na estrutura e dinâmica da família, que obriga a modificar estruturas e regras para que os seus membros se possam adaptar (...) à nova situação (Sabater et al. 1998, p.22, cit. por Santos, 2008, p.78).

De acordo com Medeiros (2002, cit. por Santos, 2008) existem essencialmente três tipos de dificuldades que os cuidadores experimentam: (1) dificuldades ao cuidar da pessoa, (2) dificuldades que estão relacionadas com os serviços de saúde e (3) dificuldades sócio-económicas. A primeira refere-se aos obstáculos com os quais os cuidadores se deparam como por exemplo, alterar as suas rotinas quer de foro individual quer de foro familiar. A segunda reporta-se ao facto do cuidador perceber pouca informação acerca da doença, o que se traduz em fonte de desgaste físico e emocional. A terceira dificuldade refere-se à sobrecarga financeira que o cuidador assume.

A evidência científica demonstra que promover mestria e autonomia dos familiares cuidadores na

execução do seu papel, são critérios de resultado de uma adaptação eficaz (Meleis et al., 2000, cit. por Petronilho, 2008; p. 4), a sua supervisão e o suporte da rede social, tem uma relação significativa com o agravamento da condição de saúde do doente e, por consequência, com a taxa de reinternamento deste grupo de pessoas nas instituições de saúde e na condição de saúde dos próprios cuidadores (Petronilho, 2008; p. 4).

Assim, a família/cuidador surge como um parceiro indispensável na relação do profissional de saúde com a pessoa submetida a cirurgia (na maior parte das vezes idosa) quer na realização de um melhor acolhimento, quer num planeamento de regresso a casa mais adequado (Guedes, 2008).

O pré e o pós-operatório

De acordo com as guidelines, a preparação para a cirurgia deveria começar assim que o nome da pessoa é adicionado à lista de espera (Lucas, 2008). Este período é descrito por vários autores como essencial e de elevada importância em todo o processo cirúrgico e está diretamente ligado à possibilidade de gerar respostas ou reações nos indivíduos.

Desta forma deve-se ter em conta que, as reações individuais influenciam a resposta à cirurgia (Bollander, 1998, cit. por Silva, 2010). Considerando as características individuais de cada pessoa, não é possível aguardar a mesma resposta de todas, ainda que elas sejam sujeitas à mesma cirurgia, pois algumas recuperam com relativa facilidade, mas outras sofrem complicações ou revelam-se passivas quanto à sua recuperação.

Segundo Phipps et al. (2008), o ensino pré-operatório tem como finalidade reduzir todos os receios e preparar a pessoa para a cirurgia. Vários autores referem que é nesta fase que a família deve ser envolvida. Para além disso, a pessoa que irá ser submetida a cirurgia necessita de ter conhecimento acerca dos procedimentos, necessita de conhecer as rotinas, os aspetos relacionados com a cirurgia, sensações que poderá sentir (como a dor, a náusea, entre outros), deverá também conhecer as medidas disponíveis para reduzir os seus receios e atividades que auxiliarão na sua recuperação após a cirurgia.

Nesta fase, a comunicação assume um papel preponderante no acolhimento à pessoa, o que determinará o processo de desenvolvimento da relação de ajuda com o doente (Guedes, 2008).

Lucas (2008), num artigo de investigação em ortopedia enuncia três áreas nas quais a pessoa submetida a cirurgia necessita de ser preparada:

a preparação psicológica, física e social. A preparação psicológica engloba a compreensão dos aspetos relacionados com a cirurgia permitindo desenvolver o sentido de auto-eficácia dessa pessoa: como se comportar antes e depois, tipos de alterações que irá experimentar, que expectativas existem em relação à situação. Vários estudos concluíram que pessoas com preparação psicológica adequada experimentaram menos fenómenos físicos, como a intensidade da dor após a cirurgia (Ayers et al., 2004; Long et al., 2006, cit. por Lucas, 2008). A preparação física relaciona-se com a anestesia, a prevenção da infeção e que a pessoa obtenha ótimos níveis das funções físicas. O mesmo autor defende a prática de exercícios que fortaleçam os quadríceps, o que auxiliará na recuperação após a cirurgia. A prática de exercícios que irão ser realizados após a cirurgia é sugerida nesta fase de pré-operatório uma vez que permite à pessoa desenvolver mestria. Por último, a preparação social engloba o conhecimento e compreensão das circunstâncias no domicílio, na sua capacidade funcional quando regressar a casa e a procura de um prestador de cuidados ou se não for possível orientar para os recursos disponíveis.

Phipps, Marek e Sands (2008) referem que os cuidados pós-operatórios imediatos relevantes num processo de substituição da articulação se centram na monitorização de sinais vitais, nível de consciência, respiração, monitorização do balanço hídrico, hidratação, controlo da dor, avaliação da drenagem, sinais de infeção da ferida cirúrgica, manutenção da posição do membro operado, vigilância de neurocirculação, cuidados à pele, prevenção de infeção. Para além disso, é importante o despiste de complicações que inclui a prevenção das mesmas associadas à imobilidade, tais como obstipação, retenção urinária, complicações respiratórias, integridade da pele e estase venosa.

A trombose venosa profunda é uma complicação frequente e o seu risco mantém-se presente até 6 semanas após a cirurgia. Assim sendo, é preponderante a profilaxia anticoagulante, o uso de meias anti-embolismo e exercícios ativos realizados pelo doente previamente instruídos na fase pré-operatória. É também encorajada a deambulação precoce e progressiva (geralmente 24 horas após a cirurgia, realizando exercícios isométricos no membro operado conforme prescrição do cirurgião).

A profilaxia tromboembólica é realizada no mínimo durante 10 dias, no entanto, devido ao

regresso a casa ser cada vez mais precoce, as pessoas têm necessidade de serem instruídas a administrarem a injeção subcutânea de heparina, alertando-as para os riscos e complicações dessa prática (Lucas, 2008).

Relativamente, às circunstâncias domiciliárias, os enfermeiros têm o papel de identificar barreiras ou potenciais riscos que poderão dificultar a recuperação ou levar à readmissão da pessoa (Lucas, 2008).

Necessidades após artroplastia do joelho

Phipps, Sands e Marek (2008) salientam que o tempo médio de internamento estimado é de 4 a 6 dias e nessa altura pessoa ainda estará bastante dependente.

Geralmente, a amplitude da prótese total do joelho atinge 90° de flexão aos 4,7 dias e sendo assim, o uso de auxiliares de marcha é aconselhado até 4-6 semanas de reabilitação. No entanto, para a mesma pessoa se levantar de uma cadeira relativamente baixa é necessária uma flexão de 105°, o que pode ditar algumas adaptações em casa (Rannou et al., 2007).

Quer a pessoa, quer a família são informadas sobre alguns dos cuidados a ter após colocação da prótese, como: não colocar almofadas debaixo da articulação, pois apesar de confortável, poderá comprometer a sua extensão; quando estiver deitado aconselha-se a elevação da perna, assim como aplicação de gelo 3 vezes por dia, durante 20 minutos no primeiro mês.

A prevenção da queda assume também um papel importante pois deve-se dar especial atenção aos tapetes, superfícies irregulares e objetos no chão. A pessoa deve evitar a flexão exagerada do joelho, como o agachamento, uma vez que poderá ocorrer luxação. Mesmo ao levantar-se de uma cadeira deve-se descolar usando os braços para se elevar e deverá esticar o joelho operado. Na posição de deitado, a pessoa é aconselhada a não dormir sobre a perna operada e quando se colocar em decúbito lateral deverá usar uma almofada separando os dois membros, mantendo a perna operada alinhada e em extensão (Albertoni e Fallopa, s.d.).

Segundo os mesmos autores, no que se refere aos cuidados de higiene, dependendo das condições domiciliárias, a pessoa deverá tomar banho sentada num banco que não ultrapasse a flexão de 90°, ou então de pé apoiando-se numa barra que poderá ser colocada na parede. Realizar cuidados de higiene sentado na banheira está contra-indicado quando um indivíduo é sujeito a

prótese total do joelho. Quando se realiza o regresso a casa, o transporte geralmente é acordado entre a família, o enfermeiro e o doente. No caso de a família transportar o familiar num carro, estes deverão ser instruídos sobre a forma como se sentar no banco.

Até ao momento, as necessidades referenciadas centram-se essencialmente na pessoa sujeita a cirurgia, mas existindo uma família cuidadora esta também terá necessidades.

Segundo Mistiaen et al. (1997) uma das maiores dificuldades da família é a necessidade de informação. Num estudo realizado por Levine et al. (2006) refere-se que os cuidadores passam por uma inadequada preparação, experimentando sentimentos de isolamento, elevada ansiedade e depressão. Em Portugal, Pinto e Santos (2009) corroboram esta ideia, uma vez que identificaram elevada pressão psicológica e emergentes dúvidas no exercício do seu papel.

Mistiaen et al. (1997), num estudo sobre as necessidades percebidas após a alta identificou vários problemas, ressaltando a habilidade limitada na realização de cuidados pessoais, a mobilidade reduzida, a dificuldade em seguir prescrições bem como em usar aparelhos, e ainda a diminuição geral da saúde física e emocional.

O processo de alta (que pode ser stressante), a falta de ajuda nas atividades de vida diária, a gestão doméstica, a falta de suporte para lidar com queixas físicas e emocionais e o sentimento de não se receber informação adequada foram outros problemas identificados. Globalmente, estes problemas interferem na recuperação da pessoa doente o que poderá aumentar a probabilidade de readmissão.

Hendrix e Ray (2006) relatam que um dos objetivos principais na promoção do envolvimento da família ao longo do internamento é evitar um erro comum, que é o de focar todos os ensinamentos no dia da alta, o que aumenta a taxa de reinternamento, gastos em saúde e desgaste da família prestadora de cuidados.

Discussão crítica

A preparação pré-operatória exige tempo, pois os cuidados desta cirurgia são inúmeros e igualmente importantes. Os doentes são geralmente admitidos no período de pré-operatório imediato ou seja, nas primeiras vinte e quatro horas que antecedem a cirurgia, o que significa que as informações carecem de tempo para ser fornecidas e a pessoa carece de tempo para as assimilar (Graham, 2003, cit. por Gomes, 2009).

Phipps, Sands e Marek (2003) defendem a implementação de programas pré-operatórios em locais alternativos ao internamento, uma vez que este é cada vez mais curto. Os mesmos autores propõem consultas pré-operatórias de enfermagem que preparem adequadamente o doente. Oliveira, Jansen e Almeida (2007) num estudo de referem que as visitas pré-operatórias no domicílio são bastante benéficas quando um indivíduo é submetido a artroplastia da anca. O programa realizado pressupunha uma consulta de enfermagem um mês antes da cirurgia e durante a mesma seria realizada a anamnese, o exame físico, levantamento de diagnósticos de enfermagem, encaminhamento para outros profissionais (se tal necessidade fosse detetada), informações e orientações sobre cuidados peri-operatórios, exames a realizar, e ainda o fornecimento de um guia sobre como viver com a prótese.

Nesta consulta seria também agendada uma visita domiciliária para analisar o ambiente físico, tal como a altura dos sofás, cadeiras, sanitas, tapetes, pisos irregulares ou escorregadios, degraus demasiado altos, iluminação, espaço entre os móveis e analisar especialmente as vias de acesso mais comuns no quotidiano. Iria ao mesmo tempo reforçar a necessidade da implementação de um cuidador. Nesta visita domiciliária seria realizado um treino de marcha com auxílio de canadianas ou andarilho, bem como incentivo à realização de exercícios para desenvolvimento de força muscular.

Após a alta hospitalar realizava-se uma consulta de pós-operatório para avaliar dificuldades que pudessem existir e que englobassem toda a matéria já referida anteriormente.

O projeto mantém-se em aplicação e alguns dos seus benefícios englobam a colaboração do prestador de cuidados na recuperação e aceitação do estado de saúde do familiar, bem como maior adesão ao tratamento e redução do tempo de internamento.

Em suma, à semelhança deste projeto também as pessoas submetidas a artroplastia total do joelho poderiam ser incluídas numa consulta que incluía os mesmos princípios, pois existem benefícios comprovados.

Conclusão

No final desta reflexão, consegue-se perceber que o papel que o enfermeiro é extremamente importante. Sendo assim, quando uma pessoa é submetida a cirurgia programada, o enfermeiro deverá contextualizar o envolvimento da família

e apoiar o doente em todo o processo da artroplastia total do joelho. A aplicação de um programa pré-operatório seria relevante pois os seus benefícios foram demonstrados e comprovase que apesar de ser mais um custo associado a estes cuidados ele poderá ser traduzido numa menor taxa de reinternamentos e na melhor qualidade de vida do doente e do seu prestador de cuidados.

Referências bibliográficas:

ALBERTONI, Walter; FALLOPA, Flavio – Artroplastia Total de Joelho. Manual de Orientações. Manual de Orientações de exercícios domiciliares para pacientes submetidos à cirurgia de artroplastia total de joelho. Departamento de Ortopedia e Traumatologia. Universidade Federal de São Paulo. Escola Paulista de Medicina. Sem data.

CANALE, Terry – Cirurgia Ortopédica de Campbell. 10ª edição.. Editora: Manole. 1 (2006) ISBN 85-204-2273-X.

GOMES, Noélia Cristina Rodrigues Pimenta – O doente cirúrgico no período pré-operatório: da informação recebida às necessidades expressas: Porto: Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto. Março, 2009. Dissertação de Candidatura ao Grau de Mestre em Ciências de Enfermagem.

GUEDES, Porfírio Gomes – Acolhimento do utente idoso em internamento de ortopedia: um estudo num centro hospitalar da região de Lisboa. Lisboa: Universidade Aberta. Janeiro, 2008. Dissertação de Mestrado em Comunicação em Saúde.

HENDRIX, Cristina C.; RAY, Charlene - Informal caregiver training on home care and cancer symptom management prior to hospital discharge: a feasibility study. *Oncology Nursing Forum*. 33: 4. (2006) 793-798.

LEVINE, Carol, et al. - "This Case Is Closed": Family Caregivers and the Termination of Home Health Care Services for Stroke Patients. *The Milbank Quarterly*. EUA. 84: 2 (2006) 305 – 331.

LI, Hong; MELNYK, Bernadette; MCCANN, Robert – Review of intervention studies of families with hospitalized elderly relatives. *Journal of Nursing Scholarship quarter*. ISSN: 1527-6546. 36: 1 (2004) 54-59.

LIMA, Luciana B.; BUSIN, Lurdes – O cuidado humanizado sobre a perspectiva de enfermeiras em unidades de recuperação pós-anestésica. *Revista Gaucha Enfermagem*. Porto Alegre, 29: 1 (2008) 90-7.

LUCAS, Brian – Total hip and total knee replacement: postoperative nursing management. *British Journal of nursing*. ISSN: 0966-0461. 17: 22 (2008) 1410-1414.

LUCAS, Brian – Total hip and total knee replacement: preoperative nursing management. *British Journal of nursing*. ISSN: 0966-0461. 17: 21 (2008) 1346-1351.

MAGNUSSON, L.; HANSON, E. – Supporting frail

people and their family carers at home using information and communication technology: cost analysis. *Journal of Advanced Nursing*. 51: 6 (2005) 645-657.

MARTINS, Teresa – Acidente vascular cerebral: qualidade de vida e bem-estar dos doentes e familiares cuidadores. Coimbra: Formasau. (2006) 59 – 74. ISBN 972-8485-65-4.

MELEIS, Afaf et al. - Experiencing transitions: an emerging middle-range theory. *Advanced Nurse Science*. ISSN: 0161-9268. 23: 1 (2000) 12-28.

MISTIAEN, P., et al. - The problems of elderly people at home one week after discharge from an acute care setting. *Journal of Advanced Nursing*. ISSN: 0309-2402. 25: 6 (1997) 1233-1240.

OLIVEIRA, Maria L. P.; JANSEN, Melânia M.; ALMEIDA, Miriam de Abreu - Visita domiciliar pré-operatória no programa de cuidado de enfermagem em artroplastia total de quadril. *Revista do HCPA & Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre*. 27: 2 (2007) 74-76.

PETRONILHO, Fernando Alberto Soares – Transição da família para o exercício do papel de cuidadora. Lisboa: Universidade Nova de Lisboa. (2008). Programa de Doutoramento em Enfermagem.

PHIPPS, W. J.; SANDS, J. K; MAREK, J. F. – Enfermagem Médico-Cirúrgica: Conceitos e Prática Clínica. Loures: Lusociência: 6ª edição. 4: 54-68 (2008). ISBN972-96610-0-6.

PINTO, Cristina; SANTOS, Lúcio – Prestador de cuidados: quais são as suas necessidades? *ONCO.NEWS*. Artigo de Investigação. (2009).

RANNOU, François et al. - Continuous passive motion compared with intermittent mobilization after total knee arthroplasty. Elaboration of French clinical practice guidelines. *Annales de réadaptation et de médecine physique*. 50 (2007) 251-257.

SANTOS, Dina Isabel Francisco Alberto – As vivências do cuidador informal na prestação de cuidados ao idoso dependente: um estudo no concelho da Lourinhã. Lisboa: Universidade Aberta. Janeiro, 2008. Dissertação de Mestrado em Comunicação em Saúde.

SCHUMACHER, Karen et al. – Family caregiving Skill: Development of the Concept. *Research in Nursing & Health*. ISSN: 0160-6891. 23 (2000) 191-203.

SEQUEIRA, Carlos – Cuidar de idosos dependentes: diagnósticos e intervenções. Coimbra: Quarteto Editora (2007) ISBN 978-989-558-092-7.

SILVA, Maria Amélia Dourado Rodrigues – Necessidade Pré-operatória do Doente Cirúrgico: Acolhimento de Enfermagem: Porto: Universidade do Porto. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. 2010. Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem.

WEN, Yu et al. – A meta-analysis of the fixed-bearing and mobile-bearing prostheses in total knee arthroplasty. *Arch Orthop Trauma Surg*. ISSN: 1434-3916. 131 (2011) 1341-1350.

FIM DE VIDA

CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

RUI MANUEL JARRÓ MARGATO

Enfermeiro; especialista em enfermagem de reabilitação; mestre em ciências de enfermagem; Pós-graduado em gestão e administração de serviços de saúde

RESUMO

O desenvolvimento tecnológico dotou a humanidade de processos que permitem prolongar a existência. Vivemos diariamente nos contextos dos cuidados de saúde uma alienação da simplicidade, das características que fazem de nós pessoas, com a desumanização das relações interpessoais e a consequente ameaça à dignidade humana. O desafio que se coloca à enfermagem no que respeita à pessoa em fim de vida, consiste no percurso a trilhar com essa pessoa, por forma a efectivar o actual paradigma do conhecimento de enfermagem.

Palavras-chave: fim de vida; ética; dignidade humana; cuidar

PESSOA EM FIM DE VIDA

A morte representa o desconhecido, podendo ser entendida segundo duas perspectivas distintas, o fim da vida, ou o início de algo. A carga emotiva que lhe está associada é subjectiva, deriva de uma multiplicidade de factores relacionados com as vivências subjectivas desde o nascimento. Ela representa o sofrimento, segundo Hennezel (2002, p. 11):

“Escondemos a morte como se ela fosse vergonhosa e suja. Vemos nela apenas horror, absurdo, sentimento inútil e penoso, escândalo insuportável, conquanto ela seja o momento culminante da nossa vida, o seu coroamento, o que lhe confere sentido e valor.”

A ideia veiculada pela autora resulta do actual paradigma a que a sociedade ocidental está formatada, tende a evitar os assuntos que causam transtorno e inquietude, cria tabus. A este pro-

TÂNIA CATARINA SARAIVA OLIVEIRA

Enfermeira; especialista em enfermagem de reabilitação; mestre em ciências de enfermagem; Pós-graduada em gestão e administração de serviços de saúde

ABSTRACT

Technological development has endowed humanity processes to extend life expectancy. In health care context we frequently assist to a alienation of humanity, the characteristics that make us people and the dehumanization of interpersonal relations and the consequent threat to human dignity. The challenge facing the nursing with regard to the person at the end of life, is the path to tread with him in order to give effect to the current paradigm of nursing knowledge.

Keywords: end of life; ethics; human dignity; take care

pósito, Oliveira (1999), refere que o ser humano teme a morte, centra a sua existência na submissão às aparências e aos prazeres mundanos, sem que haja espaço para uma reflexão existencial, e quando a morte surge repentinamente, o seu impacto torna-se avassalador. Paradoxalmente nas últimas décadas, com o desenvolvimento dos meios de comunicação social, a rapidez com que a morte entra em nossas casas é alucinante, a televisão e a internet colocam diariamente diante de nós cenas de morte, acidentes, doenças, no entanto, esta proximidade parece ampliar o silêncio em torno da morte (Kovács, 2005).

A pertinência desta temática prende-se com o aumento da esperança média de vida, alcançada através da evolução tecnológica, que tem permitido à medicina refinar os seus processos de diagnóstico e tratamento, o que possibilitou modificar o percurso natural da vida, prolongando-



-a (Elizari, 1996). Facto que advém do recuo das taxas de mortalidade é o surgimento de doenças crónicas e incapacitantes, originadoras das situações que colocam o indivíduo numa fase terminal, sendo que a doença que mais frequentemente é responsável por esta situação é o cancro. (Paul, 1997; Rocha, 1997)

No hospital não é comum discutir a morte, porque o tema é demasiado triste, o tempo é pouco e todos a receiam ou disfarçam. Morrer em família verifica-se cada vez menos, passando a morte em contexto hospitalar a ser mais frequente, desprovida de afectividade e proximidade (Oliveira, 1999). Esta postura institucional de distanciamento relativamente à morte está relacionada com políticas de saúde orientadas para o tratamento da doença e reabilitação do indivíduo, em que se preconizam internamentos hospitalares cada vez mais curtos, o que não corresponde às exigências do doente terminal (Moreira, 2001).

O doente em fase terminal é o indivíduo portador de uma doença crónica ou incurável e que se encontra numa fase irreversível e de agravamento de sintomas, indícios da proximidade da morte. Esta torna-se cada vez mais presente à medida que se agrava o estado de dependência e de debilidade, assistindo-se a um agravamento do estado geral do doente (Pacheco, 2002).

Contrastando com a realidade hospitalar, caracte-

rizada por ambientes desconhecidos, impessoais, suportados por sistemas burocráticos despersonalizantes, surge o conceito de cuidados paliativos e que segundo o OMS consistem em:

“Cuidados activos e totais, prestados a pacientes cuja doença não responde ao tratamento curativo. O controle da dor, de outros sintomas e de problemas psicológicos, sociais e espirituais é da maior importância. O objectivo do cuidado paliativo é a obtenção da melhor qualidade de vida para os doentes e para as suas famílias. Muitos dos aspectos do cuidado paliativo são já aplicáveis no decurso da doença, em conjunto com o tratamento anti-canceroso.

O cuidado paliativo reconhece o valor da vida e olha a morte como um processo normal... não apressa nem adia a morte... trata com eficácia a dor e o sofrimento,... integra os aspectos psicológicos e espirituais do cuidado de saúde... oferece um sistema de apoio para que o doente viva tão activo quanto possível até à morte e para que a família suporte o sofrimento com o período final da doença e com o luto pela perda do seu familiar” (OMS, 2006).

Na opinião de Twycross (2001), os cuidados paliativos não apressam nem protelam intencionalmente a morte, e têm como objectivos:

- “Proporcionar aos pacientes o alívio da dor e de outros sintomas;

- Proporcionar um sistema de apoio familiar ajudando as famílias a adaptarem-se à doença e ao luto;
- Proporcionar um sistema de apoio aos doentes, ajudando-os a viver de forma o mais activa e criativa possível;
- Afirmar a vida, considerando a morte como um processo natural;
- Integrar aspectos sociais, psicológicos e espirituais, de forma a que os doentes possam assumir a sua própria morte de forma tão completa e construtiva quanto possível” (Twycross, 2001, p. 17).

Collière (1989) identificou dois tipos de cuidar: os cuidados de reparação (cure) e os cuidados de quotidianos e habituais (care). O primeiro tem como objectivo limitar a doença, lutar contra ela e atacar as suas causas, colocando o indivíduo no papel de doente, removido do seu meio ecológico, grupo de inserção e mesmo de si próprio como pessoa, visto que o objecto de reparação passou a ser a função orgânica, o órgão, o tecido. Esta é uma característica do modelo biomédico, para o qual o hospital está preferencialmente vocacionado.

Ainda segundo a autora, os cuidados de quotidianos e habituais (care) vão, para além de sustentar a vida, reabastecê-la de energia, seja de natureza alimentar, calor, luz, ou de natureza afectiva, psico-social, etc..

Analisando o conceito de cuidados paliativos, cuidados de quotidianos e habituais (care), o conceito de cuidados de enfermagem, preconizado no enquadramento conceptual da Ordem dos Enfermeiros, e o Código Deontológico dos Enfermeiros, criado pelo Decreto-Lei nº 104/98 de 21 de Abril, verificamos aspectos convergentes, que justificam a incorporação das características descritas na definição de cuidados paliativos no exercício profissional dos enfermeiros, exigindo, para uma resposta efectiva das necessidades em cuidados, uma interiorização de todos os artigos do código deontológico dos enfermeiros, nome-

adamente os que dizem respeito aos valores humanos, ao direito à vida e à qualidade de vida, o direito ao cuidado, que preconizam o respeito pela intimidade e a humanização dos cuidados (Vieira, 2000).

Aliás, são os enfermeiros que dispõem de um conjunto de recursos mais amplos que os outros profissionais, e quando se atingem os limites de intervenção destes, os enfermeiros terão sempre intervenções que permitirão fazer mais alguma coisa por alguém, de o ajudar, de contribuir para o seu bem-estar e serenidade, mesmo nos momentos mais desesperados (Hesbeen, 2000).

Os desafios éticos nesta etapa de vida dizem respeito ao sentido atribuído aos últimos momentos de vida. Assim, o enfermeiro parte à procura desse sentido, enquadrando o indivíduo no seu contexto social e familiar. Um dos enormes contributos que podemos retirar do desenvolvimento da bioética, tendo sido formalizado no quadro deontológico dos enfermeiros, é o entendimento de pessoa Humana. Contando com os contributos das reflexões teológicas e filosóficas, que se percebeu que ser Homem, ou ser pessoa, se deve encarar como um processo dinâmico, de onde se entenderá que ser pessoa está ligado à existência de personalidade que “o homem não agirá arbitrariamente, mas tenderá a organizar os seus desejos e razões, bem como a dar-se conta e a confrontar-se com os efeitos” (Magalhães, 1996). A maneira como a pessoa tende a organizar os seus desejos, que o impulsionam para agir, é determinada pela experiência, educação, conhecimento, a condicionante biológica e pela vontade própria, ou seja, o imperativo ético, o qual depende unicamente da intenção.

Considerando a definição de enfermagem constante no Regulamento do Exercício Profissional de Enfermagem (REPE), na qual a enfermagem “é uma profissão que, na área da saúde, tem como objectivo prestar cuidados de enfermagem ao ser humano...” é uma profissão que tem como alvo as pessoas, devendo ser valorizado o imperativo éti-

co inerente a cada indivíduo. Como o enfermeiro em si é também pessoa, tornou-se necessário salvaguardar no Código Deontológico do Enfermeiro este princípio. Assim o artigo 78º refere no ponto um:

“As intervenções de enfermagem são realizadas com a preocupação da defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana e do enfermeiro”.

A liberdade e dignidade humana orientam-se por princípios como a autonomia “enquanto faculdade de se reger por leis próprias, agindo a partir de si mesmo e fazendo com que os princípios da conduta se reeduem no próprio sujeito” Código Deontológico do Enfermeiro (2003).

Posto isto, os cuidados de enfermagem englobados no exercício profissional deverão reconhecer e respeitar a dignidade e a singularidade de cada pessoa envolvida, o cliente e o enfermeiro. Então, atender à dignidade do outro e a valorização da relação no cuidado de enfermagem é um imperativo deontológico da profissão.

Segundo Kant apud Renaud (2004), a dignidade da pessoa traduz o direito que cada homem tem de ser reconhecido como um ser que é um fim em si mesmo, e nunca um meio ao serviço de outros fins. A pessoa humana, como entidade única e irrepetível, constitui-se como algo sem equivalente, um fim em si mesmo e sem equivalente, então ela tem dignidade.

Ortega y Gasset utilizou a expressão “Eu sou eu em minha circunstância”, para mostrar que a pessoa é indissociável do contexto de vida, ou seja, a identidade individual constrói-se desde que se nasce, até que se morre, considerando o indivíduo como ser inacabado, na busca permanente pela felicidade. O homem vive não na satisfação do que já é, mas na esperança daquilo que ainda não é, e baseia a sua decisão segundo os aspectos que fazem dele único, a consciência racional (racionalidade) e a livre vontade (liberdade), o que faz com que possa optar pelos actos que aumentem a sua dignidade.

Os direitos da pessoa em fase terminal são os di-

reitos fundamentais da pessoa humana, assim é titular de todos os direitos presentes na Declaração Universal dos Direitos do Homem. Assegurar os direitos da pessoa em fase terminal tem como objectivo principal personalizar os cuidados de saúde, conferindo dignidade à vivência da morte (Moreira 2001). A Carta dos Direitos do doente terminal aborda um conjunto de aspectos, nomeadamente:

- ser tratado como pessoa até ao momento da morte (...);
- expressar os seus sentimentos e emoções relacionadas com a proximidade da morte (...);
- manter um sentimento de esperança e ser cuidado por pessoas capazes de ajudar a alimentá-la (...);
- manter e expressar a sua fé (...);
- ser cuidado por pessoas competentes e sensíveis (...);
- não sofrer indevidamente (...);
- receber respostas adequadas e honestas às suas perguntas (...);
- manter a sua hierarquia de valores e não ser discriminado pelo facto das suas decisões serem diferentes das que tomariam as pessoas que o cuidam;
- ter o conforto e a companhia dos seus familiares e amigos (...);
- morrer em paz e com dignidade.”P acheco (2002, p.90 e 91)

O indivíduo tem assim o direito a morrer dignamente, e a viver o processo de morte da forma que ele considere mais significativo. Morrer com dignidade é ser respeitado como ser humano na sua plenitude e unicidade. Para ultrapassar-mos as dificuldades eventualmente subjacentes à compreensão do direito de morrer com dignidade, basta lembrar que a morte é a última etapa da vida (Oliveira, 1999).

Um princípio fundamental dos enfermeiros é proteger e respeitar a dignidade da pessoa. É valorizada a qualidade de vida no processo de mor-

rer, a rede social e familiar de apoio ao doente em fase terminal, sendo considerado um imperativo ético a existência de uma rede de cuidados paliativos, bem como o acompanhamento psicológico e espiritual do indivíduo (Nunes, Amaral e Gonçalves, 2005). Assim, importa ressaltar o Artigo do Código Deontológico do Enfermeiro referente ao respeito pelo doente terminal, Artigo 87 – “Do respeito pelo doente terminal”

“O enfermeiro, ao acompanhar o doente nas diferentes etapas da fase terminal, assume o dever de:

- Defender e promover o direito do doente à escolha do local e das pessoas que deseja acompanhem na fase terminal de vida;
- Respeitar e fazer respeitar as manifestações de perda expressas pelo doente em fase terminal, pela família ou pessoas que lhe sejam próximas;
- Respeitar e fazer respeitar o corpo após a morte.”

Conclusão

O dilema ético do enfermeiro assenta no facto de pautar a sua intervenção em parceria com o indivíduo, conceber cuidados de enfermagem para concretizar o seu projecto de saúde, de acordo com o que ele determinou através da racionalidade e liberdade. No doente em estado terminal, estas características estão muitas vezes alteradas, o indivíduo é incapaz de se auto-determinar, de decidir consoante a sua vontade, e muitas das vezes, mesmo que a tenha, vê-se incapaz de a comunicar, fruto do estado de evolução da doença ou das intervenções médicas que alteram o seu estado de consciência.

Neste sentido, o enfermeiro deve pautar a sua intervenção baseado na preocupação efectiva de promover a qualidade de vida no tempo de vida que resta, em garantir cuidados de acompanhamento e de suporte, respeitando a dignidade de cada indivíduo, no cumprimento das regras de ética e deontologia profissionais. Da valorização

da qualidade de vida e do acompanhamento dos doentes terminais surge um novo sentido para a vida, brotado da impiedosidade da morte, revestindo um significado único a cada gesto terapêutico (Nunes, 2005)

BIBLIOGRAFIA

- COLLIÈRE, Marie-Françoise – Promover a Vida: Da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem. Damaia: SEP, 1998. ISBN: 272 96-0009-4
- ELIZARI, Francisco J. – Questões da Bioética: vida em Bioética. Editora Perpétuo Socorro, Porto 1996 ISBN: 972-563-235-4
- HESBEEN, Walter – Cuidar no Hospital. Loures: Lusociência, 2000. ISBN 972-8383-11-8
- KOVÁCS, Maria Júlia – Revista Psicologia, Ciência e Profissão, 2005. ISBN 972-8768-9
- MAGALHÃES, Vasco Pinto – Bioética. Porto: Editorial Verbo, 1996. ISBN: 972-22-1719-4
- MOREIRA, Isabel Maria – O doente terminal em contexto familiar. Coimbra: FORMASAU, 2001 ISBN: 92-8485-22-0
- NUNES, Lucília; AMARAL, Manuela; GONÇALVES, Rogério – Código Deontológico do Enfermeiro: dos Comentários à Análise de Casos. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2005. 456 p. ISBN 972-99646-0-2.
- OLIVEIRA, Abílio – O desafio da morte – Notícias Editorial, Out 1999 ISBN: 972-46-1044-6
- OMS - <http://www.who.int/cancer/en/>
- PAÚL, Maria Constança – Lá para o fim da vida: idosos, família e meio ambiente. Coimbra: Livraria Almedina, 1997. ISBN 972-8535-78-3
- PACHECO, Susana – Cuidar a Pessoa em Fase Terminal: Perspectiva Ética. Loures: Lusociência, 2002. ISBN 972-8383-30-4.
- RENAUD, Michel – Dignidade Humana. In NEVES, Maria do Céu Patrão; PACHECO, Susana – Para uma ética de enfermagem: Desafios. Coimbra: Gráfica de Coimbra, 2004. ISBN 972-603-326-8. p. 203-214.
- ROCHA, Mário de Melo – Ética da vida, vitalidade da ética. Porto: Editora Correio do Minho, 1997. ISBN: 972-22-1719-4
- SILVA, J. Cardoso – Bioética. Lisboa: Editorial Verbo, 1996. ISBN: 972-22-1719-4
- TWYLCROSS, Robert – Cuidados Paliativos – Climepsi Editores, Lisboa 2003 ISBN: 972-796-093-6
- VIEIRA, Margarida – Aspectos ético-legais dos cuidados paliativos. Coimbra: FORMASAU, 2000. ISBN: 972-8485-16-6

USO DO PROTOCOLO SPIKES COMO GUIA GERAL NA TRANSMISSÃO DE MÁS NOTÍCIAS

VANESSA PEREIRA

Licenciada em Enfermagem pela Universidade de Évora e Pós-Graduada em Urgência e Emergência pela Formasau

RESUMO

A comunicação das más notícias em saúde continua a ser uma área obscura e uma problemática complexa na relação doente/família/profissional de saúde. São situações que geram perturbação no receptor e no emissor. Assim, verifica-se a necessidade de utilizar estratégias de comunicação na área da saúde, que objetivam evitar tanto a carência quanto o exagero na emissão/recepção das más notícias pelo Enfermeiro. O protocolo SPIKES é estruturado como um modelo prático, ágil e dinâmico, no ensino de habilidades comunicacionais na Transmissão de Más Notícias.

Palavras-Chave: Más Notícias; Comunicação; Relação Enfermeiro- Utente; Protocolo Spikes.

INTRODUÇÃO

A comunicação das más notícias em saúde continua a ser uma área obscura e de grande dificuldade na relação doente/família/profissional de saúde, constituindo-se numa das problemáticas mais difíceis e complexas no contexto das relações interpessoais, pois implica um forte impacto psicológico do utente e da sua rede de apoio. São situações que geram perturbação, quer na pessoa que recebe a notícia, quer na pessoa que a transmite, sendo considerada a comunicação uma " tarefa difícil" para todos os profissionais de saúde, não só pelo receio de enfrentar as reações emocionais e físicas do doente ou dos familiares, mas também pela dificuldade em gerir a situação. Quem recebe uma má notícia dificilmente esquece onde, como e quando ela foi comunicada (Almanza-Muños e Holland, 1999). A dificuldade

ABSTRACT

The communication of bad news in health remains a gray area and a complex issue in the relation patient / family / professional health. These are situations that cause disturbance in the receiver and the transmitter. Thus, there is a need to use communication strategies in health that aim to avoid both the scarcity and the exaggeration of the issue / receipt of bad news by the Nurse. The SPIKES protocol is structured as a practical agile and dynamic model, in teaching communication skills in the transmission of Bad News.

Keywords: Bad news; Communication; Relation Nurse – Patient; Spikes Protocol.

e frequência com que ocorre este evento contrastam, contudo, com a deficiente preparação das equipas de saúde em termos de habilidades gerais de comunicação, principalmente na forma de comunicar informação de resultados negativos no curso da evolução de uma doença (Almanza-Muños e Holland, 1999).

Para Barroso, os principais protagonistas das "más notícias" são os prestadores de cuidados, pois além de planearem e gerirem estes momentos, necessitam também de gerir os seus próprios medos e estarem preparados para aceitar as naturais hostilidades do doente e da família. Para Burton estes medos dos profissionais associam-se principalmente: "ao medo de ser culpado ou de lhe atribuírem responsabilidades"; "medo de expressar uma reação emocional"; "medo de não saber todas as respostas colocadas pelo doente

e familiares e/ou outras pessoas significativas”; “medos pessoais acerca da doença e da morte”; “medo das reacções do doente e família”. Assim, a comunicação deste tipo de notícia é uma tarefa difícil para todos os profissionais de saúde; pois ninguém gosta de ser o intitulado porta-voz das más notícias. Sendo assim, transmitir uma má notícia é sempre uma tarefa difícil, que exige muita diplomacia.

Este artigo apresenta uma revisão bibliográfica com objetivo de apresentar uma conceituação do que vem a ser uma má notícia e serve como Guia Geral no ensino de habilidades comunicacionais, utilizando o Protocolo SPIKES na transmissão de Más Notícias. Para tanto, foi realizada uma pesquisa em base eletrónica, por meio das palavras chaves: Más Notícias; Comunicação; Relação Enfermeiro- Utente; Protocolo Spikes.

Após revisão foram selecionados 9 artigos, cujos critérios de inclusão foram: possuir definição de más notícias, possuírem alguma recomendação quanto à postura, habilidades requeridas para uma boa comunicação.

O que são más notícias?

Existem várias definições de má notícia. Segundo Buckman (1984), uma má notícia pode ser definida como qualquer informação que envolva uma mudança drástica na perspectiva do futuro. Prados e Quesada (1998), estando de acordo com Buckman (1984), definem a má notícia, “como aquela notícia que drástica e negativamente altera la vision del paciente sobre su futuro”. Associam ainda a má notícia, a diagnósticos ou situações evolutivas, de gravidade ou morte, situações consideradas como de mau prognóstico.

No entanto, Ayarra e Lizarraga (2003) defendem que não existe uma definição de má notícia, dado que os profissionais de saúde dão valor ao que lhes parece ser mais importante e não ao que consideram banal. Sustentam ainda, que quem deverá decidir se é ou não uma má notícia é a pessoa a quem afecta a informação.

Arber e Gallagher (2003), citando Salander (2000), encaram o dar a má notícia como um processo em vez de o considerarem como um evento único. De acordo com estes autores (p.166), “rather than an event, ‘bad news’ is better described as a process reflecting how physicians and hospital staff lived up to the patient’s expectation of protection of the threat of danger to their lives,” pondo ênfase na perspectiva da pessoa. Segundo Quill, é necessário a aplicação de habilidades básicas de comunicação, de reconhecimento, empatia e legitimação. Para Surribas, a habilidade em comunicar é um aspecto fundamental em todo o processo interativo, pois permite ao profissional enriquecer os seus conhecimentos, obter satisfação das suas necessidades, assim como transmitir sentimentos e pensamentos, esclarecer, interagir e conhecer o que os outros pensam e sentem. Sendo assim, proporciona habilidades para a comunicação interpessoal resultando na qualidade do cuidado nos serviços de saúde.

Apesar de não existirem palavras certas para transmitir más notícias, existem vários meios que permitem que as más notícias possam ser fornecidas de forma mais sensível e ajustada a cada utente. Esses “meios” envolvem aspectos relacionados a habilidades da comunicação verbal e não verbal e devem ser aprendidas e treinadas.

Desta forma, verifica-se na literatura a necessidade de utilizar estratégias de comunicação na área da saúde que objetivam evitar tanto a carência quanto o exagero na emissão/recepção das más notícias.

Protocolo SPIKES

Os pesquisadores Buckman; Lenzia; Globera e Bealea elaboraram o protocolo SPIKES 1, estruturado como um modelo prático, ágil e dinâmico, para ser usado no dia-a-dia (Quadro 1).

O primeiro passo (Setting up) refere-se à preparação do profissional de saúde e do espaço físico para o evento. O segundo (Perception) verifica até que ponto o utente tem consciência de seu

Quadro 1: Protocolo SPIKES

S	Setting up	Preparação da Entrevista
P	Perception	Avaliação da percepção do utente
I	Invitation	Convite para o diálogo
K	Knowledge	Transmissão da Notícia e Informação
E	Emotion	Expressão de Emoções
S	Strategy and Summary	Resumo e Organização de Estratégias

estado. O terceiro (Invitation) procura perceber o quanto o utente deseja saber sobre sua doença. O quarto (Knowledge) será a transmissão da informação propriamente dita. O quinto passo (Emotions) é reservado para responder empaticamente à reacção demonstrada pelo utente. O sexto (Strategy and Summary) pretende diminuir a ansiedade do utente ao revelar-lhe o plano terapêutico e o que pode vir a acontecer.

Etapa 1: Planear a Entrevista (S –Setting Up the Interview)

A entrevista deve ser realizada num local com privacidade e conforto, no qual não haja possibilidade de interrupção, sendo que se deve evitar comunicar uma má notícia no corredor. Face à comunicação de uma má notícia, o profissional deverá ficar atento à situação familiar do utente e levar em conta as necessidades particulares da família em função dos seus antecedentes culturais e religiosos. A presença de um membro da família geralmente serve de apoio e suporte para o utente. No caso de más notícias previstas (anticipadas), deve-se perguntar ao utente quem ele queira que esteja presente e o quanto ele gostaria que os outros fossem envolvidos. Por parte dos profissionais de saúde, é recomendável a presença de outro membro da equipa (médico ou enfermeiro familiarizado com o caso) durante a comunicação. Durante a comunicação da má notícia, a pessoa que a for comunicar deverá manter contato visual com o utente e usar o toque apropriadamente.

Etapa 2: Avaliação da Percepção do Utente (P – Perception)

Conhecer cuidadosamente a história médica dará consistência às decisões clínicas e permitirá uma comunicação mais clara e fluída. É importante que se vá além do conhecimento formal e saber quem é a pessoa a quem se oferece os cuidados. Nesses momentos questões como: de onde vem esse utente? Quais são as suas motivações? Seus medos? Projectos? – tudo isto é importante para que se possa lidar com outras dificuldades que não somente aquelas impostas pela doença. A cuidadosa e respeitosa exploração do utente em termos de crenças religiosas e sistema de valores ajudarão a considerar a dimensão global do mesmo e proporcionarão outra via de expressão de aspectos psicopatológicos. Assim, é importante que se tenha alguma ideia das circunstâncias sociais do utente antes de comunicar a má notícia, de modo que o profissional de saúde poderá apropriar-se da situação e comunicar o apoio necessário. Neste sentido, há uma pergunta importante a ser efectuada: O que o doente sabe sobre sua situação médica? A resposta permite avaliar a percepção do paciente e saber o que informar e a melhor maneira de comunicar a informação dentro do nível de compreensão do utente.

Etapa 3: Convite para o diálogo (I - Invitation)

Existe discordância entre o que o profissional quer dizer e o que o utente quer saber. Embora a maioria dos doentes expresse a vontade de sa-

ber toda a informação acerca do seu diagnóstico, prognóstico e detalhes da doença, alguns doentes preferem não o saber.

É importante reconhecer que a recusa de informação é um mecanismo psicológico de coping válido e manifesta-se mais frequentemente nas fases iniciais e avançadas da doença. Caso o doente não pretenda saber detalhes sobre a sua doença, oferece-se para responder a questões que possam surgir no futuro ou prestar esclarecimentos a familiar. É necessário que se garanta um tempo razoável para preparar o utente, comunicar a informação, permitir um breve espaço para reflexão e possibilitar um intercâmbio entre perguntas e respostas programando, apropriadamente, o seguimento e abordando os procedimentos terapêuticos por fazer, antes de concluir a entrevista. Neste sentido, há uma pergunta importante a ser feita: Quais as informações que deseja receber?

Etapa 4: Transmissão da Notícia e Informação (K – Knowledge)

A construção de uma interação apropriada, desde o primeiro contato, implica por em prática a capacidade de empatia, compreensão e desejo de ajuda. Este tipo de abordagem na comunicação da má notícia pode melhorar o relacionamento da equipa de saúde - utente e reduzir a ansiedade deste último. Desta forma, é importante demonstrar interesse e respeito. A conduta e o comportamento profissional são essenciais para o utente se sentir bem.

É muito importante compreender o utente, ter uma expressão neutra e, em seguida, informar as más notícias de maneira clara e direta. Usar um tom de voz suave, pausado e usar uma linguagem sincera. O profissional deverá assegurar-se que o utente tenha compreendido a mensagem com clareza. A maioria dos autores sugere o uso de uma linguagem simples, sem muitos termos médicos. Isso não significa, no entanto, que o uso de terminologia específica e adequada não seja

também importante para que o utente possa, por conta própria, encontrar informações sobre sua doença (Ptacek JT & Eberhardt TL, 1996). Para ajudar os utentes a processarem adequadamente a má notícia, quantidades menores de informações devem ser dadas. A informação médica habitualmente é de difícil compreensão, principalmente quando se trata de más notícias. Assim, para que se possa compreender o grau de compreensão do utente, é aconselhável que o profissional peça ao mesmo que repita as informações com as suas próprias palavras. É importante lembrar que o utente não irá reter muito do que foi dito depois da má notícia inicial; isso é esperado e deve ser retomado noutra momento, podendo assim individualizar a maneira de comunicar uma má notícia e o conteúdo transmitido, de acordo com as necessidades ou desejos do utente.

Etapa 5: Abordar as Emoções dos utentes (E – Emotions)

Responder às emoções dos utentes é um dos desafios mais difíceis da transmissão de más notícias. As reações emocionais dos utentes podem variar do silêncio à incredulidade, choro, negação ou raiva. Mesmo que se possa identificar algumas expressões emocionais, é importante que o profissional verifique continuamente com o utente como ele se sente, não antecipando a reação emocional do mesmo. Quando os utentes ouvem más notícias, a sua reação emocional é frequentemente uma expressão de choque, isolamento e dor.

O profissional de saúde pode oferecer apoio e solidariedade ao doente através de uma resposta empática:

- 1) observar as emoções do doente;
- 2) identificar as emoções - podem ser colocadas questões acerca do pensamento ou da emoção do doente naquele momento;
- 3) identificar a razão para aquela emoção;
- 4) dar a entender ao doente que o profissional de saúde estabeleceu conexão entre a emoção

e o facto.

Até que uma emoção se desfaça, será difícil prosseguir para a discussão de outras questões. Oferecer períodos de silêncio permite que os pacientes processem a má notícia e ventilem emoções. É importante também questionar sobre as necessidades emocionais e espirituais do utente e quais os sistemas de suporte que ele tem. Se precisar, ofereça referências utilizando a equipa interdisciplinar para aumentar o cuidado ao utente.

Etapa 6: Resumo e Organização de Estratégias (S – Strategy and Summary)

Os doentes que têm um plano claro para o futuro apresentam níveis mais baixos de ansiedade. Ouvir a má notícia deve ser contrabalançado, contudo, com a evidência de que alguma coisa pode ser feita. Desta forma, mesmo que uma cura não seja realista, oferecer esperança e encorajamento sobre quais as opções que estão disponíveis, é necessário. Antes de discutir um plano terapêutico, é importante perceber se o doente está preparado para tal discussão. Discutir as opções de tratamento no início e marcar consultas de seguimento para a tomada de decisão deverá estar no planeamento no momento de comunicar a má notícia.

Apresentar opções de tratamento para os utentes quando eles estão preparados não é apenas uma obrigação legal em alguns casos, mas irá estabelecer a percepção de que o profissional de saúde compreende os seus desejos como importantes. Compartilhar responsabilidades na tomada de decisão com o utente pode também reduzir qualquer sensação de fracasso da parte do profissional, quando o tratamento não é bem-sucedido. Avaliar o não entendimento do utente sobre a discussão, pode prevenir a tendência documentada dos doentes superestimarem a eficácia ou não compreenderem o propósito do tratamento.

CONCLUSÃO

Acredita-se que há um longo caminho a ser per-

corrido e muitos profissionais, utentes e as suas famílias deverão ser ouvidos. A comunicação de más notícias é uma das tarefas mais difíceis na prática clínica dos profissionais de saúde e para qual não existe preparação consistente na formação académica. A fim de diminuir o hiato existente entre a formação e a prática clínica, muitos autores têm publicado recomendações sobre as habilidades necessárias para uma boa comunicação.

É importante o desenvolvimento de habilidades comunicacionais nos profissionais de saúde, para que possam lidar com as dificuldades e ajudar da melhor forma possível o doente e a família no processo de enfrentar a doença. A comunicação de más notícias desafia a uma participação ativa e responsável na efetivação de um cuidado ético e humano. Sendo assim, o uso do protocolo Spikes apresenta-se como uma possibilidade concreta para promover a habilidade comunicacional e capacitação do profissional nesta dimensão, que une tecnologia dura dos diagnósticos, procedimentos terapêuticos que estarão por vir e tecnologia leve que trata da dimensão relacional, humana.

BIBLIOGRAFIA

- ALMANZA-MUÑOS MJJ, Holland CJ.; La comunicación de las malas noticias en la relación médico-paciente - III. Guía clínica práctica basada en evidencia, 1999, 53(3): 220-224.
- ARBER, A. & GALLAGHER, A. «Breaking bad news revisited: the push for negotiated disclosure and changing practice implications», *International Journal of Palliative Nursing*, 2003, p.4, 9, 166-172.
- AYARRA, M. & LIZARRAGA, S.2003 «Más noticias e apoyo emocional». <http://www.psiconica.com/psimed/files/apoyo.pdf>, 15/01/2013.
- BARROSO E.; Coragem Eduardo!, Oficina do livro, 2000.
- BUCKMAN, R. «Breaking bad news: why is it still so difficult?» *British Medical Journal*, N°288, 1984 p.1597- 1599.
- FALLOWFIELD L. Giving sad and bad news. *Lancet*; 1993, 341:476-478.
- MULLER P. Breaking Bad news to patients - The SPIKES approach can make this difficult task easier. *Postgraduate Medicine*; 2002, 112(3):1-6.
- PRADOS, J. & Quesada, F.1998 «Guia práctica sobre como dar las malas noticias», http://db.doyma.es/cgi-bin/wdbcgi.exe/doyma/mrevisita.fulltext?pident=4726_12/01/2013.
- PTACEK JT, Eberhardt TL. Breaking bad news. A review of the literature. *JAMA*; 1996, 276: 496-502.

CAPACITAÇÃO FAMILIAR PLANO DE INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA

TATIANA ANDRADE MORAIS

Licenciada em Enfermagem pela Escola Superior de Enfermagem Maria Fernanda Resende 2003-2007. Enfermeira da Medicina III C do Centro Hospitalar Lisboa Norte – Pólo Hospital Pulido Valente, desde 2007.

RESUMO

O diagnóstico de doença de Alzheimer a um dos membros da Família F. conduziu a alterações das funções de família, como Risco de Síndrome de Burnout do Cuidador. Neste sentido, cabe ao enfermeiro promover uma implicação familiar nos cuidados globais dos seus membros, evitando desequilíbrios no seu processo saúde-doença. Torna-se importante a capacitação da família na resolução dos seus problemas, auxiliando-a a ultrapassar os seus factores de stress, utilizando os recursos internos e da comunidade em que se inserem.

Palavras-chave: funções de família; capacitar; recursos

INTRODUÇÃO

O presente trabalho de Intervenção Familiar desenvolveu-se em contexto de saúde comunitária, em Espanha, e intitula-se de "Capacitação Familiar". Baseia-se intervenção de enfermagem, em conjunto com a equipa multidisciplinar, junto de uma família – Família F. – que reside em Oviedo, durante o período de tempo Novembro de 2006 e Janeiro de 2007.

A Família F. apresenta funções de família alteradas, como sendo Risco de Síndrome de Burnout do Cuidador. Neste sentido, o objectivo principal das intervenções junto desta família é promover uma implicação familiar nos cuidados globais dos seus membros, no sentido de evitar desequilíbrios no seu processo saúde-doença, através da articulação entre cuidadores formais e os cuidadores informais.

ABSTRACT

The diagnosis of Alzheimer's disease to a member of the family F. led changes in family functions such as risk of caregiver burnout syndrome. In this sense, it is important the nurse promotes family involvement in the overall care of its members, avoiding imbalances in your health-disease process. It is important to family empowerment to solve their problems, helping them to overcome their stress factors, using internal and community resources.

Key-words: family functions; empowerment; resources

Para um melhor conhecimento da Família F., nas várias vertentes das suas vidas efectuaram-se consultas dos processos clínicos, bem como se colheram informações junto dos profissionais da equipa multidisciplinar, e, como fonte primária de informações realizara-se entrevistas formais e informais aos elementos da Família F. e visitas domiciliárias (VD).

Durante as entrevistas utilizou-se entrevista Semi-directiva, orientada pelo Guia de Apreciação desenvolvido por Neuman (1995), tendo-se também em consideração os questionários de "Risco Social – Escala de avaliação sócio-familiar, de "Apgar – Percepção da função familiar" e de "Zarit – Carga do cuidador" (Servicio Andaluz de Salud, 2004).

No que se refere ao desenvolvimento do trabalho, este baseia-se no Modelo de Intervenção

e Avaliação Familiar desenvolvido por Neuman (1995).

Este trabalho inicia-se avaliação familiar, a qual contém uma breve descrição dos dados colhidos sobre a Família F., seguida de um levantamento de diagnósticos de enfermagem. Posteriormente, descrevem-se as intervenções/finalidades junto da mesma família, terminando com a apresentação dos resultados obtidos e sua respectiva discussão.

AVALIAÇÃO FAMILIAR

O primeiro contacto com a família F. deu-se aquando de uma Consulta de Saúde do Adulto e Idoso do Centro de Saúde, através da D. R.F., sendo esta a ponte de ligação com a sua família. Durante a referida consulta foram identificadas algumas funções de família alteradas, assim como alguns problemas de enfermagem, como sendo Risco de Síndrome de Burnout do Cuidador e Deterioração da Interação Social da Família, pelo que se considerou pertinente a realização de uma VD, para uma melhor avaliação da estrutura e dinâmica familiar.

A D. R.F., tem actualmente 56 anos, vive como marido, Sr. A.F., de 60 anos e com a sua mãe, D. M.F., de 86 anos. Tem dois filhos, a D. J.F., de 33 anos de idade, que se encontra casada com o Sr. T., de 35 anos de idade, e a residir perto da sua mãe, e o Sr. J.F., de 29 anos de idade, que se encontra actualmente em Madrid a trabalhar, mas vem visitar a sua família aos fins-de-semana.

A D. M.F., tem doença de Alzheimer diagnosticado desde 2002. A doença foi diagnosticada já numa fase avançada, e o seu estado de saúde tem-se degradado bastante desde então. Segundo a D. R.F., desde 2004 que a sua mãe deixou de se conseguir movimentar, pelo que se encontra acamada, “tem dias que está mais acordada, outros que não reage a nada, nem à minha voz (...)” (sic). Desde o diagnóstico de doença de Alzheimer, a D. R.F. assumiu o papel de cuidadora principal de sua mãe, pelo que actualmente se encontra sem

actividade profissional, tendo sido modista. De salientar que já antes do diagnóstico da doença da sua mãe, a D. R.F., assumiu-se como cuidadora do seu pai, que padecia de doença cardíaca, antes da sua morte, em 1990, e como cuidadora do seu irmão antes da morte deste em 1987. Após a morte do seu irmão, desencadeou um processo de depressão que refere nunca ter recuperado totalmente, pois 3 anos após esse episódio, morreu o seu pai. Desde essa altura refere ter crises de ansiedade e de nervosismo, que se evidenciaram mais após o agravar da doença da sua mãe, e que lhe provocam insónias e incapacidade de se relaxar “eu simplesmente não consigo dormir sem tomar comprimidos (...) não me consigo relaxar, estou sempre a pensar na minha mãe, no que tenho que fazer no dia a seguir...” (sic – D. R.F.).

No que se refere ao seu marido, Sr. A.F., este sempre manteve a sua actividade profissional, sendo, segundo a D. R.F., o seu grande apoio, “sempre foi o meu pilar. Apoia-me em tudo, escuta-me e respeita as minhas decisões...” (sic – D. R.F.). De salientar que, de acordo com dados colhidos junto da D. R.F., este apoio é essencialmente a nível psicológico. O Sr. A.F. refere que o único antecedentes clínico, é bronquite desde criança. Não foi possível colher muitas informações junto do mesmo, uma vez que o seu horário de trabalho era incompatível com o horário em que era permitido realizar VD.

Com o agravar das consequências da doença da D. M.F., a família tem assistido a uma crescente diminuição da actividade social, assim como das actividades de ócio, pelo que se considera que a função de família de manter um ambiente psicossocial favorável à saúde está alterada. A família F. deixou de receber visitas em sua casa, e de sair com amigos, bem como diminuíram as relações com os vizinhos. Quando questionada sobre a razão para tal facto, a D. R.F. comenta que prefere não receber visitas pois não lhe agrada a forma como as outras pessoas olham para a sua mãe e,

ainda, que não tem disposição para tal. No que respeita a sair com os amigos ou com o seu marido, afirma que não possui tempo, pois não lhe agrada a ideia de deixar a sua mãe aos cuidados de outras pessoas, “nunca me perdoaria se lhe acontecesse algo na minha ausência” (sic – D. R.F.), afirmando ainda que a sua mãe só se acalma na sua presença.

Actualmente, mantém os seus contactos sociais apenas utilizando o telefone, uma vez que um casal amigo da família se mudou recentemente para outra cidade. Contudo que o seu marido mantém o relacionamento com os seus companheiros de trabalho. No que se refere à família mais alargada, a D.^a R.F., afirma que sempre tiveram uma relação muito próxima, contudo, após o agravar do estado da sua mãe, deixarem de se relacionar tão frequentemente como antes, existindo contudo contactos quinzenais ou mensais via telefone. Na maioria das vezes, as suas saídas de casa resumem-se a ir ao hipermercado e ao CS.

Quando questionada sobre o que sente em relação a esta situação, ao facto de assumir os cuidados da D. M.F. 24h por dia, e existir uma diminuição das suas actividades sócio-recreativa e de tempo para si a para o seu casamento, esta refere sentir-se cansada pelos cuidados prestados à sua mãe, mas pretende continuar a realizá-los da mesma forma que até este momento. “É minha mãe, tenho que cuidar dela. Não a posso deixar sozinha com outra pessoa, não cuidaria dela da mesma forma que eu. Além disso, quando ela está agitada, só se acalma comigo (...) às vezes sinto-me cansada, deixei de fazer muitas coisas de que gostava... às vezes sinto falta delas, mas não a posso deixar só (...) Sinto-me um pouco culpada por não ter levado logo a minha mãe a um neurologista quando começou a ter um comportamento agressivo e estranho (...)” (sic). Relativamente ao que pensa sobre o futuro, e o que fazer após a morte da sua mãe, esta recusa-se a pensar no futuro sem a sua mãe, “não quero pensar nisso.” (sic). Perante os seus testemunhos,

considerarei que a função de saúde reconhecimento das rupturas de desenvolvimento e de saúde se encontram alteradas, assim como o assegurar das necessidades espirituais.

No que se refere ao domicílio da Família F., este é um apartamento T4, com uma cozinha totalmente equipada, uma sala de jantar e de estar, um escritório, dois WC’s e situa-se num bairro na periferia de Oviedo. O apartamento possui condições sanitárias apropriadas, assim como condições de comodidade adequadas às necessidades da família, nomeadamente às da D. M.F., tais como aquecimento central (que é bastante importante, uma vez que em Oviedo faz bastante frio durante o Inverno). Não existem obstáculos à cadeira de rodas em que costumam deslocar a D. M.F. quando lhe realizam os levantes, e na sala podemos encontrar um cadeirão articulado, onde a D. M.F. costuma ficar sentada durante o dia, e um dos WC está equipado com apoios laterais para que esta se apoie. A cama onde a D. M.F. dorme é relativamente baixa, pelo que se aconselhou, caso houvesse possibilidade, a trocar com outro quarto ou a comprar uma cama mais alta, e se possível articulada, pois assim seria mais fácil as mobilizações e alternância de decúbitos no leito. Relativamente ao ciclo de vida da Família F., considera-se que esta se poderá encontrar na transição para a fase deixar partir/encarar-se novamente, uma vez que, esta família necessita de fazer o luto da D. M.F. que conheceram antes do agravamento da sua doença, encarando e desenvolvendo novos papéis no ceio familiar, como também se poderá encontrar na fase da aceitação da reforma e da idade, em que consta um projecto de cuidar de uma pessoa mais idosa, a D. M.F. (Stanhope & Lancaster, 1999).

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM

Perante a avaliação familiar anterior, traçaram-se os seguintes Diagnósticos de Enfermagem, determinados pela North American Nursing Diagnosis Association (NANDA):

1. Estratégias ineficazes de resolução familiar: comprometida, relacionado com desorganização familiar, manifestado por fracasso da ajuda da pessoa referente (cuidadora);
2. Deterioração da interacção social, relacionado com alteração dos processos de pensamento, manifestado por condutas de interacção social ineficazes; interacção disfuncional da família; alteração do padrão de interacção e interacção disfuncional com companheiros ou amigos;
3. Cansaço do desempenho do papel do cuidador, relacionado com severidade da doença; prolongamento dos cuidados; responsabilidade pelos cuidados durante 24 horas; falta de descanso e distração do cuidador, manifestado por nervosismo crescente; stress; preocupação pelos cuidados habituais; sentimentos de depressão e transtornos do sono.
4. Risco de Luto Disfuncional, relacionado com perda potencial significativa.
5. Risco de Alteração da Integridade Cutânea, relacionado com imobilidade.

FINALIDADES DE ENFERMAGEM

Durante o planeamento das intervenções considerou-se importante iniciar pela implicação dos restantes membros da família nos cuidados à D. M.F., pois era “meio caminho” para que esta família conseguisse melhorar e adquirir mecanismos de coping eficazes para lidar com a doença da D. M.F., e, em simultâneo era uma forma de aliviar a sobrecarga que a D. R.F. tem tido com os cuidados que presta à sua mãe e restante família, podendo usufruir de mais tempo para si, para o seu casamento e também para aumentar a sua actividade social e recreativa. Implicar os restantes membros nos cuidados à D. M.F., é fomentar e capacitar a família para uma adequação de papéis e restabelecimento das funções de saúde. Com esta intervenção actuou-se ao nível de três diagnósticos de enfermagem: Estratégias ineficazes de resolução familiar: comprometido, cansaço de desempenho

de papel de cuidador e deterioração de interacção social.

Para fomentar a implicação da restante família, utilizou-se como estratégia o estabelecimento uma espécie de horário para que a família se organizasse nos cuidados à D. M.F.. O facto da filha do casal morar perto de sua casa, o filho passar os fins-de-semana em casa, foi usado como recursos a favor desta implicação dos restantes membros da família.

Mais especificamente no que se refere ao diagnóstico de Estratégias ineficazes de resolução familiar: comprometido, para além da implicação dos restantes membros da família nos cuidados à D. M.F., desenvolveu-se uma avaliação conjunta e objectiva da situação actual, para posteriormente avaliar e discutir respostas alternativas à situação. Fomentou-se a necessidade de que haja uma tomada de decisões conjunta, no que respeita ao processo de saúde-doença desta Família, no sentido de evitar desequilíbrios, que possam culminar em processos de doença como depressão e burnout por parte da D. R.F.. No sentido de aumentar as estratégias de resolução familiar e de ajudar a família a lidar com a situação de doença da D. M.F. de forma saudável, tentou-se entender quais os sentimentos e medos que esta mesma situação desperta em cada um dos membros e de que forma, lidam com os mesmos. Perante esta auto-reflexão, fomentaram-se mecanismos positivos e promoveu-se a aquisição de mecanismos mais eficazes em vez dos que ainda promovem mais stress. Neste sentido pretende-se fomentar um domínio gradual da situação, assim como actividades sociais e comunitárias da Família F.. Foi também avaliado o nível de conhecimentos que detinham sobre a doença de Alzheimer, mais concretamente no que se refere à sua evolução e prognóstico, no sentido de fomentar uma vivência da situação da D. M.F. de forma adequada com a realidade, diminuindo o seu sentimento de culpa, bem como promover uma esperança realista.

No que se refere mais concretamente ao diagnóstico de Cansaço de desempenho do papel de cuidador, desenvolveram-se actividades que promovessem não só o envolvimento dos restantes familiares, como referido anteriormente, mas também ao nível da promoção de actividades de relaxamento e de gestão de stress da D. R.F.. Para tal, foi solicitado à D. R.F. que fizesse uma lista de actividades que lhe dão prazer realizar. Dentro dessa lista encontram-se: ler, bordar, cozinhar, ouvir musica, praticar exercício. Encorajou-se a D. R.F. a retomar e a realizar estas actividades mais frequentemente, assim como lhe foram fornecidas informação sobre alguns exercícios de relaxamento, alguns deles fornecidos pelo fisioterapeuta do CS. Deverá existir um equilíbrio entre o tempo que despende com os cuidados à sua mãe e o tempo que despende consigo mesma.

Pela casa há várias velas de cheiro e um livro de yoga numa, pelo que também se aconselhou a desfrutar do relaxamento proporcionado pela aromaterapia e o yoga. No sentido também de relaxar e de fazer terapia por causa do seu problema de fibromialgia, abordou-se a possibilidade de ir esporadicamente à piscina, praticando exercícios livres ou a inscrever-se nas aulas de hidroginástica. Quer o yoga, quer a natação, podem ser realizadas no pavilhão polidesportivo perto da sua casa, durante a semana, de forma gratuita para pensionistas e maiores de 65 anos. Ainda dentro deste diagnóstico, foi fornecida informação à Família F. de como aceder e usufruir dos recursos comunitários. No sentido de ajudar a utente a identificar sistemas de apoio disponíveis na comunidade, informou-se a D. R.F. e o seu marido da existência de um Grupo de Familiares Cuidadores de Doentes de Alzheimer (Grupo de Familiares Cuidadores de Enfermos de Alzheimer - GFCEA) numa povoação perto de Oviedo (Pola de Siero), que se reúnem semanalmente para partilharem as suas experiências, as suas dificuldades e as suas estratégias para enfrentar os seus problemas. O GFCEA reúne-se todas as semanas,

às quartas-feiras, às 16h no Ayuntamiento de Pola de Siero. Esta seria também uma forma de promover a sua interacção social. O CS costuma frequentemente realizar formações para Cuidadores de Doentes de Alzheimer, mas que todavia neste momento não estava planeada nenhuma nova data, mas deixou-se registado no processo da D. R.F. e da D. M.F. para avisar a Família F. quando houver uma nova formação. No que concerne a Centros de Dia à Família F., não foram fornecidas informações à Família F., uma vez que esta já as possuía e a D. R.F. recusava a deixar a sua mãe num Centro, mas informou-se de uma empresa de "Auxiliares de Enfermagem", existente em Oviedo, à qual ela poderia recorrer quando necessitasse de se ausentar durante um longo período de tempo durante o dia ou mesmo durante alguns dias.

À mediada que se ia intervindo no sentido de diminuir o cansado da D. R.F., conseqüente aos cuidados prestados à sua mãe e restante família, promovendo um reajustamento familiar, intervinha-se também no âmbito do diagnóstico Deterioração da Interacção Social, uma vez que estão interligados. Neste sentido, a Família F. foi incentivada a retomar das relações com a família mais alargada e com os amigos mais próximos. Como a D. R.F. refere que gosta de cozinhar, sugeriu-se que realizasse um lanche ou um jantar em sua casa com os amigos mais próximos ou com familiares, não só como forma de retomar os relacionamentos dos quais se afastou, como também forma de se relaxar e aliviar o stress que sente por estar o dia todo em casa sem contactar com mais alguém além da sua família mais próxima ou falar por telefone. Neste âmbito, incentivei também a D. R.F. e Sr. A.F. a adquirirem mais tempo para o seu casamento, aproveitando os dias em que os seus filhos os vizinhas poderiam ficar a cuidar da D. M.F.. Como estratégia para tal, utilizou-se o horário elaborado junto da família, bem como o facto da D. J.F. morar perto dos pais e o Sr. J.F. passar os fins-de-semana em Oviedo.

Relativamente ao diagnóstico Risco de Luto Disfuncional/patológico, a abordagem de temas relacionados com a morte é delicada, por isso foi realizada com muita cautela e sensibilidade para não causar sofrimento e constrangimento ao casal. Neste sentido utilizaram-se como estratégias as competências relacionais e comunicacionais que passam pela escuta activa das inquietudes da Família F., sentimentos e perguntas realizadas, pelo apoio emocional e familiar, através de conversação como forma de diminuir o stress emocional, aceitação dos valores familiares sem efectuar juízos de valor, ajudando os membros da família a identificar e a resolver os conflitos.

Para uma intervenção eficaz neste âmbito, é, antes de tudo, necessário entender como cada um dos membros da família encara a morte e o sofrimento. Esta informação é necessária, no sentido em que, além de compreender como encaram a morte, ajuda a orientar as intervenções e a compreender se existe algum membro da Família F. que possa utilizar como recurso/apoio à restante família para promover um processo de luto dito não patológico. Esta intervenção surge também como um exercício de auto-conhecimento por parte dos membros da família. Para tal, realizaram-se exercícios de reflexão sobre a morte e que sentimentos esta despertava em cada um dos elementos: D. R.F. e Sr. A.F., e, posteriormente perceber o porquê desses sentimentos. Estes exercícios foram realizados no sentido de ajudar o casal a lidar com os seus sentimentos e com o seu sofrimento emocional. Esta era também uma forma de ajudar a D. R.F. a pensar no futuro e a preparar-se emocionalmente, adquirindo mecanismos de coping, para poder encarar a morte da sua mãe de uma forma a realizar um processo de luto dito saudável.

Apesar de ter assistido aos cuidados prestados pela sua filha, D. R.F., e de ter observado que havia preocupação em alterar-lhe frequentemente o decúbito, e fazer-lhe massagens com creme hidratante, considerei que existe Risco de Alteração

da Integridade Cutânea da D. M.F.. Neste âmbito foram realizados ensinamentos reforçando a necessidade da alteração de decúbitos, das massagens com creme hidratante, bem como a necessidade de realização de movimentos passivos para evitar alteração da integridade cutânea e rigidez osteoarticular, bem como formação de trombos. Reforçou-se também a importância de limpar bem a D. M.F., com uma toalha macia, após os cuidados de higiene, nomeadamente na região popliteia, axilas, e regiões interdigitais, no sentido de evitar possíveis lesões fúngicas.

RESULTADOS DE ENFERMAGEM E DISCUSSÃO

Em relação à primeira prioridade: Implicação dos restantes membros da família nos cuidados à D. M.F., com o intuito de aliviar a sobrecarga da D. R.F. e de que esta usufrísse de algum tempo para si, pode-se concluir que foi atingido. Desde que se iniciaram as intervenções junto desta família todos os elementos se têm implicado mais nos cuidados à D. M.F., e a D. R.F. tem tido mais tempo para relaxar e para o seu casamento.

Numa das últimas VD realizada à Família F., o Sr. A.F. encontrava-se sozinho em casa a cuidar da sua sogra, enquanto a D. R.F. regressava das aulas de yoga no pavilhão polidesportivo perto da sua casa. O Sr. A.F. encontrava-se ainda de férias de Natal. Foi abordado relativamente às intervenções que se foram efectuando, pelo que me responde que além do apoio que era prestado anteriormente pela família, no âmbito emocional, agora estão todos mais implicados nos cuidados à D. M.F. e mais despertados para a necessidade de a D. R.F. sair mais e ter mais tempo para si, ajudando-a assim a diminuir o seu cansaço por assumir os cuidados 24h.

A D. R.F. encontra-se, actualmente, a praticar aulas de yoga, duas vezes por semana, e por vezes vai à piscina em modalidade livre. Segundo a mesma, desde Dezembro que, às 6^a-feiras, alternadamente, os seus filhos ficam na sua casa a cuidar da D. M.F., enquanto ela e o seu marido aproveitam para ir até ao cinema ou para ir jantar com ami-

gos. Neste momento existe também um recurso à vizinha da frente, a qual a D. R.F. sempre conheceu desde que foi viver para aquele apartamento, há 34 anos, “quando necessito sair durante o dia para ir às compras ou para ir ao yoga ou à nataçãõ, é a vizinha da frente que fica com a minha mãe...” (sic – D. R.F.). Refere ainda que quando sai para ir às compras, para ir ao CS de Saúde ou para outro qualquer sítio, “coloco o mp3 que o meu filho me ofereceu (...) é como se me esquecesse de todo à minha volta...” (sic – D. R.F.). À noite, antes de se deitar refere sentar-se no sofá a ler “adoro ler... parece que voo para outro mundo. É muito relaxante antes de dormir...” (sic – D. R.F.). Para dormir ainda necessita dos comprimidos que tomava anteriormente, todavia refere que acorda mais descansada, mais relaxada. Segundo o seu marido, “tenho-a sentido mais calma, menos stressada com a vida...” (sic – Sr. A.F.).

Pelo Natal, a D. R.F. comprou um livro sobre aromaterapia, do qual refere que tem usufruído, usando essências e aromas quer com ela, quer com a sua mãe, no momento do banho desta. “Não me diz nada, pois agora não fala, mas sinto pela sua expressão que se sente bem quando colocou essências na água (...) por vezes ponho música também (...) sei que está feliz...” (Sic – D. R.F.). Quando questionada sobre as alterações sentidas após as intervenções de enfermagem, refere “é estranho como por vezes esquecemo-nos como nos podemos relaxar. Por vezes ficava tão concentrada em cuidar da minha mãe que me esquecia de mim, deixei de fazer muita coisa que gostava. Agora parece que o dia duplicou de tempo, tenho tempo para fazer mais coisas, não me limito a ficar em casa preocupada com o que cozinhar, como ajudar a minha mãe a sentir-se melhor... agora sinto-me diferente.” (sic - R.F.).

No que concerne ao GFCEA, a D. R.F. refere preferir não se integrar no grupo, “...não tenho tempo...” (sic – D. R.F.).

Actualmente, a D. R.F. continua a usar o telefone para contactar com a família mais alargada e com

os seus amigos, todavia mais frequentemente, referindo também que os tem convidado para lancharem na sua casa. Refere que pretende, pouco a pouco retomar à sua actividade social, e que isso será uma estratégia para aliviar o seu sofrimento actual e mesmo após a morte da sua mãe. Perante a descrição anterior, considera-se que as intervenções realizadas junto da família no âmbito do diagnóstico Cansaço de desempenho do papel de cuidador, e também no que concerne às actividades desenvolvidas no âmbito do diagnóstico de Deterioração de interacção sócio-recreativa, tiveram efeitos positivos, apesar do curto espaço de tempo de intervenção (2,5 meses).

No que se refere ao diagnóstico Risco de Luto Disfuncional/patológico, quando se iniciou a intervenção junto da D. R.F., esta desviava sempre a conversa quando a questionava sobre o que pensava relativamente ao futuro, após a morte da sua mãe. Recusava-se a pensar que poderia perder a sua mãe. Contudo, com o avançar do tempo e com a alteração da sua forma de encarar a doença da D. M.F., esse assunto tornou-se menos difícil de abordar. Actualmente, refere que após a morte da sua mãe pretende voltar a trabalhar ou a praticar alguma actividade que a mantenha ocupada e que a “obrigue” a sair de casa.

No que se refere ao sentimento de culpa, este ainda persiste, mas notoriamente menos marcado que no início da minha intervenção, todavia a sua auto-estima aumentou, assim como o seu auto-controle. No que se refere ao Sr. A.F., este receia que a morte da D. M.F. venha afectar bastante a sua esposa, pois “a minha esposa está muito ligada à mãe. Ela agora está a encarar a situação de uma forma diferente e nós ajudamo-la mais agora, mas continua a ser a sua mãe.” (sic – Sr. A.F.).

No que concerne ao diagnóstico Risco de alteração da integridade cutânea da D. M.F., considera-se que continua potencial, uma vez que durante o tempo em que intervimos junto da Família F. não houve alteração da integridade cutânea. Todavia,

houve o cuidado, por parte dos familiares, de realizar actividades preventivas, no que concerne à alteração da integridade tecidular, como as referidas nas finalidades. No sentido de maior facilidade para mobilização no leito, trocou-se a cama da D.M.F., por outra mais alta. Assim, fica facilitada a mobilização por parte da sua filha, D. R.F., como esta também beneficia devido ao seu problema de fibromialgia. Não foi possível comprar uma cama articulada, pois referem não terem rendimentos que o permitam, pelo que ainda se continua a abordar a Assistente Social do CS nesse sentido, mas sem resposta por parte da mesma. No sentido de uma continuidade nos cuidados e no apoio a esta família, foram realizadas várias VD, não esperando somente que a D. R.F. fosse até ao CS. Após cada VD, foram documentadas as intervenções e a forma de abordagem a cada membro e cada situação no processo desta família. Em conjunto com a equipa multidisciplinar foi-se delineando um plano de intervenções adequado às necessidades desta família. Considera-se que é importante e necessário, para o bem-estar familiar e da D. R.F., continuar a incentivar a aquisição actividades sócio-recreativas e a implicação de todos os membros da família nos cuidados à D. M.F., pois só desta forma a D. R.F. vai sentir forças e adquirir mecanismos de coping para enfrentar esta situação, e, posteriormente a morte da sua mãe de forma mais saudável. Para o sucesso destas intervenções e para a continuidade deste plano de cuidados foi e é necessária uma intervenção em equipa.

Não foi fácil realizar esta intervenção familiar, pois em que em Oviedo, não é usual se realizarem neste formato. Também não foi fácil trabalhar em equipa multidisciplinar, devido ao elevado trabalho que os elementos têm e o elevado número de famílias a quem têm de prestar apoio e assistência.

BIBLIOGRAFIA

Francisco, A. [et al] – O modelo de sistemas de

cuidados de saúde de Betty Neuman. Trabalho de grupo da disciplina de "Tendências de Enfermagem", V Curso de Administração de Serviços de Enfermagem. Lisboa. 1993.

Lazure, H. – Viver a relação de ajuda, abordagem teórica e prática de um critério da competência da enfermeira. Lisboa: Lusodidacta, 2004. ISBN: 972-95399-5-2.

Neuman, B. - The Neuman Systems Model. 3ª ed. EUA: Appleton & Lange, 1995. ISBN 0-8385-6701-0.

Ordem Dos Enfermeiros – Código Deontológico do Enfermeiro: anotações e comentários. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2003.

Phaneuf, M. – Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação. Loures: Lusiciência, 2005. ISBN: 972-8383-84-3.

Servicio Andaluz de Salud – Cuestionarios, tests e índices para la valoración del paciente. Andalucía: Consejería de Salud, 2004

Stanhope, M. & Lancaster, J. – Enfermagem Comunitária: promoção da saúde de grupos, famílias e indivíduos. 4ª Ed. Lisboa: Lusociência, 1999. ISBN: 972-8383-05-

PROMOÇÃO DE ESTILOS DE VIDA SAUDÁVEIS EM IDADE PRÉ-ESCOLAR

ALIMENTAÇÃO E EXERCÍCIO FÍSICO

MARIA FILOMENA DA SILVA CÂNDIDO TEIXEIRA

Mestre e Enfermeira Especialista em Enfermagem Comunitária

RESUMO

Portugal constitui-se como um dos países com maior prevalência de obesidade infantil. Um programa de prevenção e controle da obesidade infantil deve incluir a promoção de hábitos alimentares saudáveis, combinados com a prática de atividade física, envolvendo pais e comunidade educativa e intervindo como prevenção primária ao nível da comunidade pré-escolar (Direção Geral de Saúde - DGS, 2006).

O projeto realizado teve como foco de intervenção as crianças dos 3 aos 6 anos de um Jardim de Infância (JI) pertencente ao parque escolar da cidade do Cacém. O objetivo geral era sensibilizar as crianças frequentadoras do JI e respetivos encarregados de educação para a promoção de estilos de vida saudáveis, na componente da alimentação e do exercício físico. Como referencial teórico, optou-se pelo Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender (2011) e como modelo de desenvolvimento cognitivo infantil, Piaget (1896-1980).

Utilizou-se a Metodologia de Planeamento em Saúde de Imperatori e Giraldes (1993), Tavares (1990). Para o diagnóstico de situação aplicou-se um questionário, com 58 respondentes dos 75 que constituíam a amostra de tipo não probabilístico. Os dados foram tratados utilizando estatística descritiva e revelando como resultados, convertidos em diagnósticos de enfermagem, o Comportamento alimentar infantil comprometido e o Padrão de exercício físico comprometido. A educação para a saúde foi a estratégia selecionada para a resolução destes problemas, com uma abordagem às 75 crianças e respetivos encarregados de educação, permitindo atingir os objetivos traçados. A realização do projeto contribuiu para o reconhecimento da importância da promoção da saúde e para o desenvolvimento de competências especializadas em enfermagem comunitária.

Palavras-chave: Promoção de saúde, alimentação saudável, exercício físico, enfermagem comunitária, planeamento em saúde.

ABSTRACT

Portugal is one of the countries with the highest prevalence of childhood obesity. A childhood obesity preventive and controlling program must include the combination of healthy nutrition habits with regular exercise, involving the parents and the school community and intervening as a primary prevention at the preschool setting (Directorate-General for Health - DGS, 2006).

The project had as intervention focus the 3 to 6 year old children of a kindergarten of Cacém city school park. Its general objective was to sensitize the children and their family to the promotion of healthy lifestyles on nutrition and exercise fields. The Health Promotion Model of Nola Pender (2011) was used as theoretical reference and as cognitive development of children model, Piaget (1896-1980).

It was used the Health Planning Methodology of Imperatori and Giraldes (1993), Tavares (1990). For situational diagnosis it was used a questionnaire, with 58 respondents out of the 75 individuals from a non-probabilistic sample. Descriptive statistics was used to the treatment of data and the results converted in nurse diagnosis, revealed a compromised child nutrition behavior and a compromised physical exercise pattern.

Health education was the strategy used to solve these problems, with a 75 children and direct family approach, that allowed to achieve the objectives.

This project contributed to the recognition of the importance of health promotion and to the development of specialized skills concerning community nursing.

Keywords: Health promotion, healthy nutrition, physical exercise, community nursing, health planning.

INTRODUÇÃO

A Organização Mundial de Saúde (OMS, 2000), citada pela Direção Geral de Saúde (DGS, 2005), considera a obesidade como sendo a epidemia do séc. XXI. A nível mundial estimava em 2008 a existência de 1.5 biliões de adultos maiores de 20 anos com excesso de peso. Desses, 200 milhões de homens e 300 milhões de mulheres eram obesos (OMS, 2011). Considera também que cerca de 20% da População Europeia seja obesa, apresentando Portugal uma das mais elevadas taxas de prevalência. Estima que se esta epidemia não for travada, 50% da população mundial poderá ser obesa em 2025 classificando assim como um grave problema de saúde pública (DGS, 2005).

A nível mundial a OMS (2011) referia a existência em 2010 de perto de 40 milhões de crianças de idade inferior a 5 anos com excesso de peso. Na Europa estimava que 1 em cada 5 crianças teria excesso de peso, sendo Portugal um dos países com maior prevalência de obesidade infantil.

A DGS (2005) considera que a prevenção da obesidade infantil é uma prioridade em termos de saúde pública, sendo fundamental investir em termos de promoção de saúde. Nesta matéria e segundo recomendações da OMS (2011), deve intervir-se ao nível da prevenção da obesidade infantil através da alteração de estilos de vida. Um programa de prevenção e controle da obesidade infantil deve incluir a promoção de hábitos alimentares saudáveis, combinados com a prática de atividade física (DGS, 2005). Nesta problemática da obesidade infantil e verificando-se como já referido o aumento da incidência e prevalência de obesidade infantil em idade escolar, torna-se importante intervir como prevenção primária ao nível da comunidade pré-escolar. Consideram-se os primeiros anos de vida cruciais na aprendizagem de bons hábitos que serão decisivos a médio e longo prazo (DGS, 2006).

Num estudo de Rito (2006), referido na Plataforma Contra a Obesidade (2007), dirigido a crianças em idade pré-escolar (3 aos 6 anos), revelou uma prevalência de excesso de peso de 13.6% para os rapazes e 20.4% para as raparigas e de obesidade de 6.5% para os rapazes e de 6.9% para as raparigas. Verificou-se na avaliação dos Exames Globais de Saúde aos 5/6 anos, de 2010, no Centro de Saúde do Cacém, a existência de 19.1% de crianças com excesso de peso e 14.3% com obesidade, confirmando a problemática e justificando a necessidade de intervenção.

O projeto de intervenção comunitária desenvolvido no âmbito do 2º Curso de Mestrado em

Enfermagem – Área de Especialização em Enfermagem Comunitária, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, intitula-se: Promoção de estilos de vida saudáveis em idade pré-escolar: Alimentação e Exercício Físico e foi operacionalizado com estágio no Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) X – Cacém-Queluz, Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) – Cacém Care, integrado no Programa Nacional de Saúde Escolar (PNSE). O foco de intervenção foi as crianças dos 3 aos 6 anos, de um Jardim de infância pertencente ao parque escolar da cidade do Cacém. O projeto tinha como finalidade contribuir para a operacionalização do PNSE, na área de intervenção da promoção de estilos de vida saudáveis ao nível do ensino pré-escolar. O objetivo geral foi o de sensibilizar as crianças frequentadoras do JI e respetivos encarregados de educação para a promoção de estilos de vida saudáveis, na componente da alimentação e do exercício físico. O horizonte temporal foi desde 3 de Outubro de 2011 a 17 de Fevereiro de 2012. Como referencial teórico, optou-se pelo Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender (2011). Como modelo de desenvolvimento cognitivo infantil utilizou-se Piaget (1896-1980). Para a operacionalização do projeto de intervenção previamente delineado, utilizou-se a Metodologia de Planeamento em Saúde de Imperatori e Giraldes (1993), Tavares (1990). Foi orientado pelo Sr. Prof. António Major, docente da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Para a OMS (2011) a obesidade é considerada uma doença crónica, caracterizada pelo excesso de gordura corporal acumulada, capaz de produzir alterações ao nível da saúde. É definida com base na medição do Índice de Massa Corporal (IMC), sendo o excesso de peso um IMC igual ou superior a 25 e obesidade um IMC igual ou superior a 30 (OMS, 2011). Para as crianças e devido ao seu rápido crescimento e desenvolvimento, estes valores são traduzidos em valores de percentis, considerando-se como “excesso de peso ou pré-obesidade um percentil acima de 85 e abaixo de 95 e como obesidade, valores de percentil acima de 95” (DGS, 2005, p. 45).

A obesidade é a seguir ao tabagismo, a 2ª causa de morte passível de prevenção (DGS, 2005) e constitui-se como o 5º risco para mortalidade a nível mundial (OMS, 2011). A OMS (2011) estima que existam a nível global 2.8 milhões de mortes prematuras por ano causadas pelas co morbili-

dades associadas à obesidade – Diabetes tipo II (44%) e outras patologias metabólicas; doenças cardiovasculares (23%); acidentes vasculares cerebrais; neoplasias (7 a 41%). Existem no entanto inúmeras patologias associadas à obesidade, que embora de carácter menos grave em termos de mortalidade, são também altamente indutoras de morbidade – Patologias osteoarticulares, dermatológicas e psicossociais, aumentando assim o DALY (Disability Adjusted Life Year) associado. Nas crianças para além do risco de virem a ser adultos obesos com todas as co morbidades associadas, aumenta o risco de morte prematura. Pelas co morbidades associadas, representa um elevado custo económico em gastos com a saúde, estimando-se que ronde os 2 a 7% dos custos totais com a saúde. Em Portugal estes custos poderão ter valores na ordem dos 3.5% (DGS, 2005, p. 2).

O setting pré-escolar e a promoção da saúde

A Promoção da Saúde foi definida na Conferência Internacional em Ottawa (1986) como o processo que visa aumentar a capacidade dos indivíduos e das comunidades para controlarem a sua saúde, no sentido de a melhorar (WHO, 2009).

Tendo em consideração que neste projeto se pretendia a promoção da saúde, através da promoção de estilos de vida saudáveis, optou-se pelo Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender que permitiu nortear as intervenções de enfermagem, adequando-as o mais possível àquilo que é a promoção da saúde. Este modelo identifica os fatores cognitivos e perceptivos como principais determinantes do comportamento de promoção da saúde, considerando que estes podem ser modificados através da intervenção promotora de saúde efetuada pela enfermagem (Pender, Murdaugh e Parsons, 2011).

Considera a existência de uma definição de saúde centrada no indivíduo, na família ou na comunidade, devendo esta ser conhecida no sentido de direcionar a promoção da saúde, que define como sendo o comportamento que é adotado, com o objetivo de aumentar o bem estar e a saúde. Considera a importância da promoção da saúde (promover a saúde), sobre a prevenção primária (evitar a doença). Refere ser esta a forma de abordagem mais apropriada na adoção e/ou alteração de comportamentos, enfatizando um conceito positivo de saúde e bem-estar, principalmente nas ações dirigidas a crianças e adolescentes (Pender, Murdaugh e Parsons, 2011).

Refere que a Educação para a saúde é uma das componentes da promoção da saúde, mas que o

seu foco se centra apenas em atividades e experiências de aprendizagem, enquanto a promoção da saúde compreende para além da educação para a saúde, a prevenção e a proteção de saúde (políticas de saúde) (Pender, Murdaugh e Parsons, 2011).

Pender considera uma maior facilidade de adesão a comportamentos saudáveis nas crianças, devido ao facto de terem hábitos e rotinas menos acentuados e adquiridos e que, os comportamentos e hábitos adquiridos durante a infância persistem por mais tempo que os adquiridos na idade adulta. Refere igualmente que os comportamentos não saudáveis após estarem enraizados são mais difíceis de reverter em adultos. Os programas de promoção da saúde para terem sucesso devem ser baseados em princípios e teorias científicas comportamentais; envolver os alunos, os pares e a família; utilizar os recursos da comunidade e contribuir para a promoção da saúde a nível comunitário (Pender, Murdaugh e Parsons, 2011).

A intervenção da Enfermagem Comunitária

A Enfermagem Comunitária é a área de especialidade que combina a teoria de enfermagem com a de saúde pública numa prática centrada na população e que se destina a promover e preservar a saúde das comunidades (Shuster e Goepfinger, 2011).

A maior ênfase na importância da participação comunitária, assumida como um direito e um dever, influenciador no planeamento, gestão e prestação de cuidados de saúde é referida na Conferência de Alma-Ata, em 1978. É atribuída uma importância acrescida aos cuidados de saúde primários como promotores de saúde, através da participação e envolvimento comunitário nos processos de tomada de decisão. Também na carta de Ottawa, em 1986, se reforça a importância da capacitação dos cidadãos como intervenientes no seu processo de saúde, através da adoção de estilos de vida saudáveis (WHO, 2009). A enfermagem comunitária deve promover nos cidadãos o Empowerment para se tornarem pró-ativos e interventivos em todas as decisões que afetem o seu bem estar (Pender, Murdaugh e Parsons, 2011). Compreender a forma como é entendida a saúde pelo grupo/comunidade em que a enfermagem comunitária vai intervir é também um aspeto fundamental em termos de promoção de saúde, permitindo nortear as atividades de educação para a saúde (Carvalho, 2007).

Nas suas intervenções, a enfermagem comunitária, com o objetivo de planejar, intervir e avaliar de

forma mais assertiva, deve contemplar a Metodologia de Planeamento em Saúde. Para Imperatori e Giraldes (1993, p. 28), o processo de planeamento é composto por várias etapas: “diagnóstico da situação, definição de prioridades, fixação de objetivos, seleção de estratégias, elaboração de programas e projetos, preparação da execução, e avaliação”.

METODOLOGIA

Efetou-se um estudo de tipo descritivo. Os princípios éticos foram respeitados ao longo de toda a operacionalização do projeto de intervenção comunitária. A População alvo foram as crianças em idade pré-escolar (3-6 anos), pertencentes ao parque escolar da cidade do Cacém (1072) e o Foco de Intervenção as crianças em idade pré-escolar frequentadoras do JI pertencente a esse parque escolar. Optou-se por uma amostra não probabilística de 75 crianças.

1 - Diagnóstico de Situação

Pretendia-se conhecer os hábitos alimentares e de exercício físico das famílias das crianças das salas dos 3, 4 e 5 anos, frequentadoras do JI.

Instrumento de recolha de dados

Aplicado questionário utilizado pelo Núcleo Regional do Alentejo da Plataforma Contra a Obesidade utilizado durante o projeto de Estudo de Saúde da População Infantil da Região do Alentejo. O questionário referido foi validado e aplicado à população infantil escolar, portuguesa. É composto por 107 questões fechadas (caracterização familiar; antecedentes pessoais e familiares; escala de frequência alimentar; questionário de comportamento alimentar (CEBQ); escala de percepção dos encarregados de educação; atividade física) e uma questão aberta, para comentários. O CEBQ avalia através de escalas o comportamento de atração ou evitamento da comida.

Recebidos 58 questionários corretamente respondidos do total de 75, correspondentes a 77,3% da amostra, tendo ultrapassado a meta definida para esta fase (70%). O período de recolha do instrumento de colheita de dados decorreu desde o dia 13 de Outubro de 2011 até ao dia 8 de Novembro de 2011. Para o tratamento dos dados obtidos, utilizou-se estatística descritiva, recorrendo a medidas de tendência central e a medidas de dispersão, com o auxílio do programa informático Microsoft Office Excel 2010.

Caracterização da amostra

O Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender tem como objetivo avaliar o comportamento individual em termos de procura de estilos de

vida promotores de saúde e bem estar. Ao referir a natureza multidimensional do indivíduo em interação interpessoal e com o meio ambiente considera três componentes nessa avaliação: 1 - Características e experiências individuais (Comportamento anterior e Fatores pessoais: Físicos, Socioculturais e Psicológicos); 2 - Comportamento específico - sentimentos e conhecimentos sobre o comportamento a alcançar (Percebe benefícios para a ação, Percebe barreiras para a ação, Percebe autoeficácia, Sentimentos em relação ao comportamento, Influências interpessoais e Situações influenciadoras); 3 - Resultado do comportamento (Compromisso com um plano de ação, Exigências imediatas e Preferências e Comportamento de promoção de saúde). Considera a possibilidade do enfermeiro após esta avaliação poder planear ações (intervensões) a aplicar individualmente ou em grupo e a possibilidade de as avaliar e reformular (Pender, Murdaugh e Parsons, 2011).

Nesta caracterização da amostra foi avaliada a componente 1 do Modelo de Promoção da Saúde. O conhecimento das características da amostra permite delinear mais assertivamente as estratégias de intervenção.

Os questionários entregues aos encarregados de educação foram respondidos em média por 78% de mães e em 22% por pais.

As crianças fizeram na sua maioria amamentação materna. A introdução alimentar foi iniciada em média entre os 4 e os 5 meses, com uma frequência superior aos 60% para a papa. Em termos de doenças ou medicação as crianças são na sua maioria saudáveis, com uma percentagem acima dos 89%, não tomando qualquer medicação.

Os encarregados de educação apresentam um IMC médio de 25.8 para os pais com 91.5% de respostas e de 23.5 para as mães com 100% de respostas. Em termos das patologias - Diabetes, Hipertensão Arterial e Hipercolesterolemia, verificou-se a existência de 2 pais diabéticos (3.4%); 2 pais (3.4%) e 1 mãe (1.7%) com hipertensão arterial; 14 pais (24.1%) e 6 mães (10.3%), com hipercolesterolemia. 13 pais (22.4%) e 4 mães (6.8%), desconheciam a sua situação de saúde em relação a algumas destas patologias. Os valores apresentados são em relação à totalidade da amostra. No que se refere a habilitações académicas, a moda e mediana é o ensino secundário para os pais e o ensino superior (Bacharelato/Licenciatura) para as mães, das crianças com 3 anos e o ensino secundário é a moda e mediana para os pais das restantes crianças. Trabalham na sua maioria

por conta de outrem. O agregado familiar das crianças de 3 e 5 anos tem um rendimento médio mensal situado entre os 1501 e os 2750€. O agregado familiar das crianças de 4 anos, situa-se entre os 850 e os 1500€. Os agregados familiares são constituídos em média por 2 adultos e 1 ou 2 crianças com idade inferior aos 18 anos, para além da criança pertencente à amostra. Vivem maioritariamente em apartamentos próprios (em aquisição).

As crianças deslocam-se para/e do JI maioritariamente transportadas de automóvel (moda), distando a sua casa numa moda para entre 3 e 4 Km. Apenas 4 pais (6.8%) consideraram o caminho entre a residência e o JI, seguro para que a criança se possa deslocar a pé.

As crianças da sala dos 3 anos, dormem em média 11.7h por dia, com a mediana situada nas 11.5h, uma amplitude de 4 e um desvio padrão de 1.14. As crianças dos 4 anos dormem em média 11.4h por dia, com uma mediana nas 11.5h, uma amplitude de 4 e um desvio padrão de 1.07. As crianças dos 5 anos dormem em média 10.1h por dia, com uma mediana de 10h, uma amplitude de 3 e um desvio padrão de 0.86.

Hábitos Alimentares – Problemas identificados
Após tratamento estatístico dos dados obtidos no questionário de comportamento alimentar (CEBQ) verificaram-se resultados transversais às crianças das 3 salas. Foi calculada a média nas subescalas considerando as várias dimensões psicológicas atribuídas ao estilo alimentar referidas pelo autor. Consideraram-se os somatórios mínimos e máximos para cada uma, baseados nos scores indicados por este considerando a sua inversão nas questões mencionadas, apresentando-se os valores referentes às médias das crianças das 3 salas. Na subescala de Atração pela comida verificou-se uma média de 9.7 para a dimensão: Resposta à comida que posiciona no raramente (33.6%), com uma pontuação mínima de 6 e máxima de 22, correspondente a uma amplitude média de 11.7; média de 9.3 para a dimensão: Sobre-ingestão emocional que posiciona no raramente (35.7%), com uma pontuação mínima de 5 e máxima de 17, correspondente a uma amplitude média de 10.3; média de 11.7 para a dimensão: Prazer a comer que posiciona no por vezes (36%), com uma pontuação mínima de 5 e máxima de 20, correspondente a uma amplitude média de 12.3 e média de 5.7 para a dimensão: Desejo de beber que posiciona no raramente (22.4%) com uma pontuação mínima de 3 e máxima de 14, correspondente a uma amplitude mé-

dia de 10. Na subescala referente ao Evitamento da comida, verificou-se uma média de 13.6 para a dimensão: Resposta à saciedade que posiciona no por vezes (34.8%), com uma pontuação mínima de 7 e máxima de 22, correspondente a uma amplitude média de 13.3; média de 11,0 para a dimensão: Ingestão lenta que posiciona no por vezes (36.7%), com uma pontuação mínima de 5 e máxima de 18, correspondente a uma amplitude média de 9.7; média de 7.7 para a dimensão: Sub-ingestão emocional que posiciona no por vezes (32.3%), com uma pontuação mínima de 4 e máxima de 14, correspondente a uma amplitude média de 8.7 e média de 17.1 para a dimensão: Seletividade que posiciona no por vezes (35.8%), com uma pontuação mínima de 6 e máxima de 27, correspondente a uma amplitude média de 18. Por esse motivo não parece existir um comportamento por parte destas crianças que possa indicar tendência para a obesidade. Em termos de percepção pelos encarregados de educação de alterações comportamentais nos seus educandos a moda posicionou-se no nunca.

Após analisadas todas as questões, destacam-se os resultados que suscitaram hábitos alimentares, que poderão ser demonstrativos de um estilo de vida menos saudável no qual se deve intervir, de forma a contribuir para criar a motivação para a adesão a hábitos alimentares promotores de saúde. Apresentam-se apenas os grupos da roda dos alimentos onde foram identificados problemas.

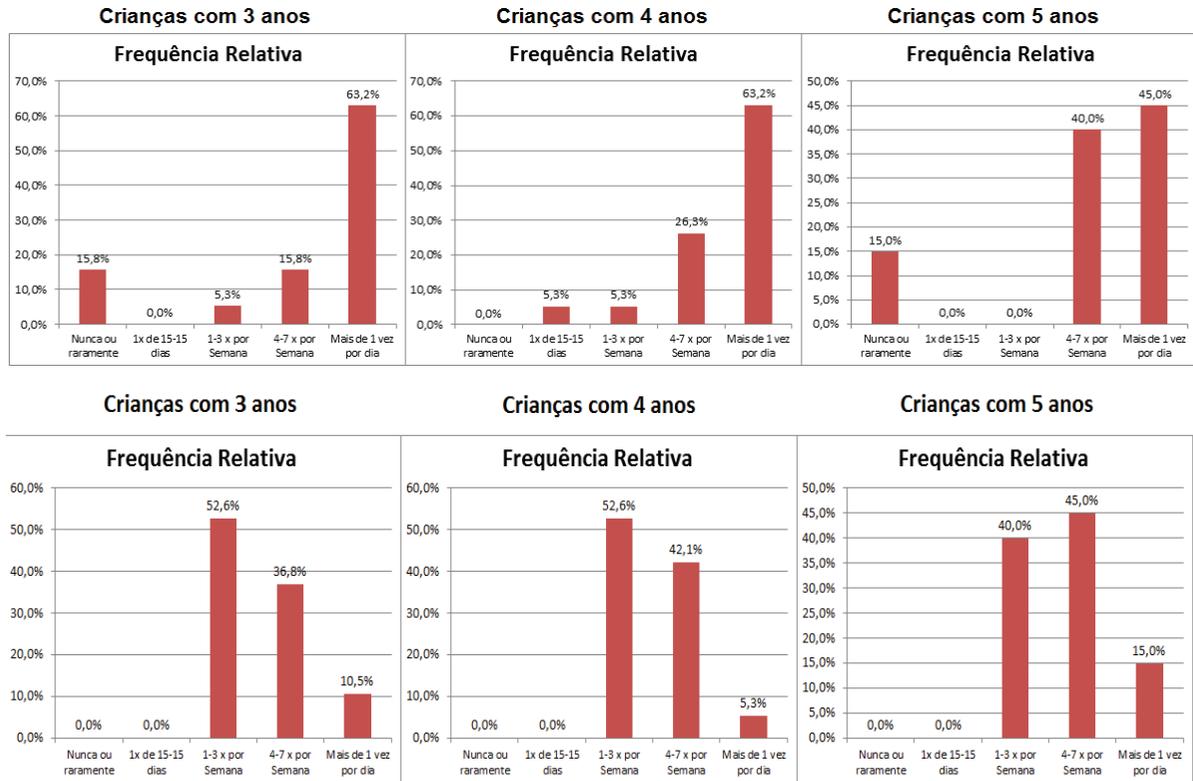
LATICÍNIOS

Para Nunes e Breda (2005), a dose diária de leite recomendada para crianças saudáveis com idades entre os 3 e os 6 anos, é de aproximadamente 1/2 litro. No entanto dentro do mesmo grupo alimentar qualquer um dos alimentos pode ser consumido, respeitando as equivalências respetivas, para que a alimentação se mantenha equilibrada. Na colheita de dados verificou-se que o consumo de leite vai sendo ao longo do tempo diminuído em termos de frequência semanal (figura 1) e o consumo de iogurte e queijo apresentam frequências baixas de consumo no mais de uma vez por dia, indicando que não são utilizados como substitutos do leite.

Diagnósticos de Enfermagem

Nola Pender evidencia no seu modelo de promoção de saúde a necessidade da enfermagem, recorrendo a várias estratégias, intervir em termos de promoção de saúde através de uma atitude que induza motivação para a mudança ou adoção de comportamentos promotores de um es

Consumo de leite magro ou meio gordo



A dose recomendada para crianças saudáveis com idades entre os 3 e os 6 anos é de cerca de 25 g de gordura por dia (azeite para cozinhar e temperar e manteiga para barrar o pão) (Nunes e Breda 2005). O consumo de manteiga/margarina apresenta valores baixos no mais de uma vez por dia. O mesmo se passa para o consumo do azeite. CEREAIS E DERIVADOS, TUBÉRCULOS

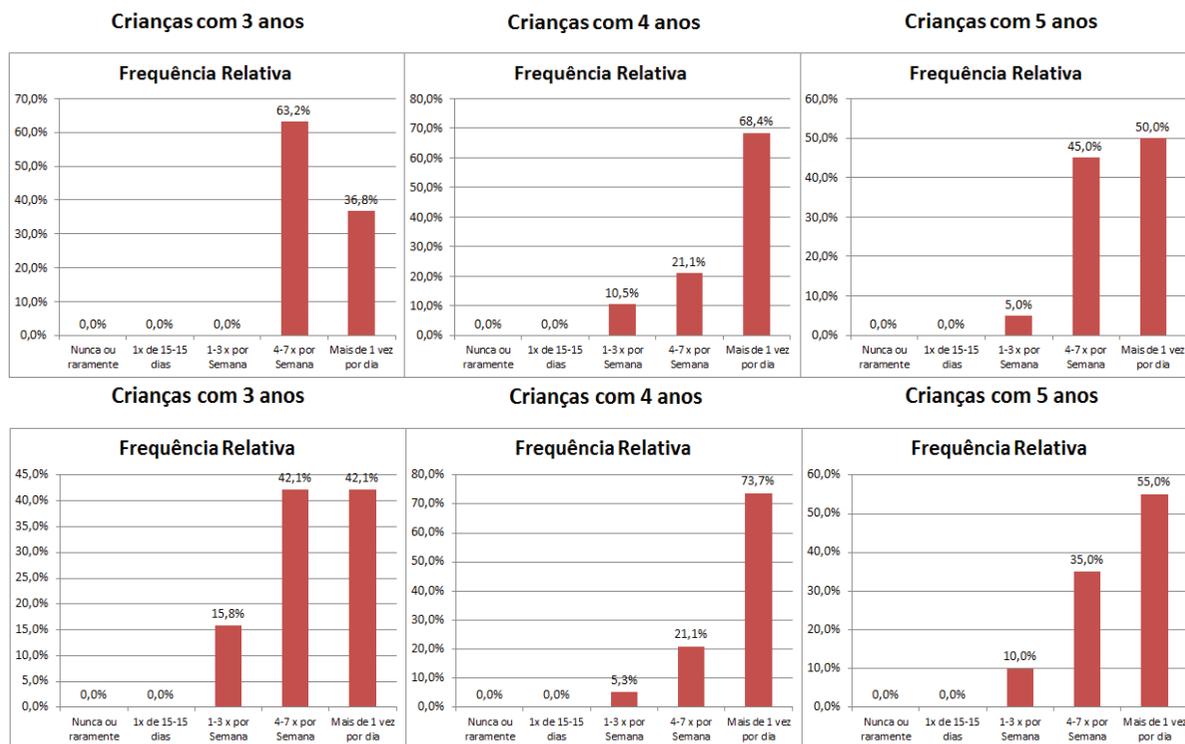
Para crianças saudáveis com idades entre os 3 e os 6 anos aconselha-se o consumo diário de 100 a 150 g de pão escuro ou de mistura e de 30 a 50 g de arroz ou massa (Nunes e Breda 2005). O consumo do pão apresenta valores de frequência relativa para o 4 a 7 vezes por semana inferiores a 50%. Em relação ao consumo de pão escuro (considerado mais saudável), os valores de nunca ou raramente, sobem acentuadamente passando a ser a moda. O consumo de cereais de pequeno-almoço apresenta uma maior frequência relativa, correspondente a 42,1% para os 3 anos, 42,1% para os 4 anos, (embora nestas crianças a frequência relativa para o 4 a 7 vezes por semana também seja de 42,1%) e de 50% para os 5 anos, para o 1 a 3 vezes por semana.

HORTÍCOLAS

Em termos de hortícolas, Nunes e Breda (2005) referem não haver grandes restrições devendo ser consumidos pelo menos nas 2 refeições principais. O que se verifica é o consumo de sopa inadequado. A moda deveria ser no mais de uma vez por dia, tal não corresponde à realidade como se pode observar (figura 3). De igual forma o consumo de produtos hortícolas apresenta valores abaixo daqueles que se consideram corretos, que é o seu consumo mais de uma vez por dia. crianças de todas as idades 45 minutos de ginástica por semana, ministrada por professor externo.

Denota-se uma prática de atividade física inferior em relação às emanações da OMS, referenciadas por Pender (2011) e que a DGS (2005) também considera como adequadas. As crianças deste grupo etário devem praticar pelo menos 30 minutos de atividade física cumulativa moderada, todos os dias e pelo menos 20 minutos adicionais de atividade física vigorosa, 3 vezes por semana (Nunes e Breda, 2005). Em paralelo verifica-se um consumo excessivo de televisão /filmes em DVD/ jogos (superior a 1 hora por dia), principalmente ao fim de semana e que se acentua entre os 4 e os 5 anos contribuindo para o sedentarismo.

Consumo de sopa de legumes/hortaliça

**Diagnósticos de Enfermagem**

Nola Pender evidencia no seu modelo de promoção de saúde a necessidade da enfermagem, recorrendo a várias estratégias, intervir em termos de promoção de saúde através de uma atitude que induza motivação para a mudança ou adoção de comportamentos promotores de um estilo de vida saudável, conforme as necessidades avaliadas, levando o indivíduo a perceber os benefícios, as barreiras e a desenvolver a autoeficácia, tendo em consideração o ambiente em que está inserido e utilizando como ferramenta básica de intervenção, a educação para a saúde para o fim que se espera atingir, que é o compromisso por parte do indivíduo, com um plano de ação que leve à adoção do comportamento esperado. É necessário iniciar este processo com o levantamento dos problemas/necessidades sentidas, que irão constituir o foco de atenção da enfermagem e portanto os diagnósticos de enfermagem. Identificou-se como problemático e através da avaliação efetuada, o consumo inadequado de Laticínios; Carne, pescado e ovos; Gorduras e óleos; Cereais e derivados, tubérculos; Hortícolas; Fruta. Utilizando como recurso a taxonomia de Classificação Internacional Para a Prática de Enfermagem (CIPE® Versão 2) considerou-se como diagnóstico de enfermagem:

- *Comportamento alimentar infantil comprometido*

Identificou-se também como problema, o Exercício físico insuficiente praticado em Ginásios, clubes, etc.; no JI; nas Brincadeiras fora de casa; no Consumo aumentado de televisão/jogos. Mais uma vez e recorrendo à CIPE® Versão 2, considerou-se como diagnóstico de enfermagem:

- *Padrão de exercício físico comprometido*

2 - Definição de prioridades

Foi aplicado como método de seleção de prioridades, a grelha de análise com as suas vertentes de: Importância, problema-fator de risco, capacidade técnica de resolução e exequibilidade. Emergiram como problemas prioritários de intervenção o consumo inadequado de Laticínios; Carne, pescado e ovos (apenas o peixe); Hortícolas; Fruta e o Exercício físico insuficiente praticado no JI.

3 - Fixação de objetivos

Na formulação de objetivos foi tido em conta a componente 2 do modelo de promoção de saúde. Esta componente compreende a necessidade do indivíduo perceber os benefícios do comportamento de saúde a adotar, as barreiras a esse comportamento que percebe, a autoeficácia e

a influência que os pares, família e ambiente têm no seu comportamento. Os objetivos foram então delineados, na tentativa de levar as crianças e respetivos encarregados de educação a desenvolver competências nesta componente, para assim atingirem a 3ª componente deste modelo de promoção de saúde, que é o compromisso com um plano de ação que leve a um comportamento de promoção de saúde.

4 - Seleção de estratégias

Nas estratégias delineadas foi considerado o comportamento anterior demonstrado (neste caso evidenciado pelos hábitos alimentares das crianças e pelos hábitos de exercício físico e sedentarismo) e os fatores pessoais (biológicos, psicológicos e socioculturais) através dos dados de antecedentes pessoais, antecedentes familiares e situação socioeconómica, contidos na caracterização da amostra e que serviram como guia condutor em relação às estratégias elaboradas.

No sentido de orientar melhor as estratégias a delinear, tornou-se importante perceber também, qual a perceção dos encarregados de educação, em relação às causas da obesidade infantil, pelo que se abordou de forma ligeira a génese deste problema. As respostas obtidas demonstram que os pais consideram a má alimentação, o sedentarismo e os fatores genéticos como os principais causadores de obesidade infantil.

Em equipa multidisciplinar, com os elementos parceiros no projeto e em consonância, ficou definido que a estratégia a implementar seria a educação para a saúde às crianças e aos seus encarregados de educação, visto serem estes os principais modeladores do comportamento infantil.

Ficou definido que nas atividades a implementar em relação às crianças, se teria em conta o estágio de desenvolvimento infantil. Piaget (1955), citado por Flavell (1996), considera no estágio Pré-operacional e em termos de desenvolvimento cognitivo, a subdivisão num grupo dos 2 até cerca dos 4 anos e noutro grupo dos 4 aos 6/7 anos. Sendo assim as atividades foram elaboradas tendo em conta esta diferenciação, para possibilitar atingir os objetivos delineados.

De acordo com o Portal de Saúde Pública (2008), considerou-se também e reportando aos atuais 5 níveis de prevenção, que a intervenção seria ao nível da prevenção primordial, cujo objetivo é o estabelecimento de estilos de vida que promovam a saúde e o bem estar, prevenindo assim a doença no futuro, versando um paradigma salu-

togénico de promoção de saúde. Insere-se neste tipo de prevenção o PNSE no âmbito do qual se desenvolveu este projeto.

5 - Elaboração de Programas ou Projetos

Este projeto esteve inserido no PNSE, teve como responsável a mestranda que trabalhou em parceria com a comunidade educativa do JI e a equipa de Saúde Escolar da UCC. Por se tratar de um projeto com crianças em fase de crescimento e estando perante determinantes de saúde (alimentação e exercício físico), promotores de uma vida saudável, apelidou-se o projeto de:

6 - Preparação da execução

Foram especificadas as atividades de acordo com os parâmetros estabelecidos por Tavares (1990): Atividade, quem organiza, local, data, descrição, objetivos e avaliação. Na avaliação das atividades foram contemplados principalmente indicadores de atividade, devido à contingência do fator tempo. Apenas em algumas foram contemplados indicadores de impacto (comparação entre as expressões das crianças antes e após a atividade), embora de uma forma qualitativa e sem visibilidade a longo prazo, não permitindo por isso verificar alteração efetiva dos hábitos alimentares e de exercício físico. Permite apenas verificar o impacto das atividades ao nível dos conhecimentos. Somente o mapa de consumos diários permitiu avaliar o impacto na alteração dos hábitos alimentares diários das crianças em relação aos alimentos em causa, indicando assim mudança comportamental durante o período analisado. Nos indicadores de atividade pretendeu-se a participação de pelo menos 75% das crianças e 25% dos encarregados de educação.

7 - Avaliação

Foram estabelecidos indicadores que permitiram uma avaliação quantitativa da atividade (através de taxas) e indicadores que permitiram uma avaliação qualitativa (comparação entre as respostas das crianças antes e após as atividades). Esta avaliação qualitativa é contudo uma avaliação subjetiva devido às características (desenvolvimento cognitivo) do grupo etário em intervenção, com questões colocadas de forma simples e sucessiva, ao longo das atividades e respostas dadas pelas crianças, escolhidas de forma aleatória, não estruturada.

Todas as atividades realizadas foram-no numa estreita colaboração entre a UCC, a comunidade educativa do JI e a mestranda. Em algumas houve também uma grande interação com os encar-

regados de educação. Este facto foi decisivo no sentido de conseguir cumprir com sucesso todas as atividades planeadas, atingindo os indicadores de atividade estabelecidos. Também as metas foram atingidas a 100%. Em relação aos indicadores de execução em termos qualitativos o que ficou demonstrado foi o adquirir e aprofundar de conhecimentos pelas crianças nos diversos conteúdos abordados ao longo das atividades, demonstrados através das suas respostas em relação às questões orais que se foram colocando.

Todas as atividades com as crianças foram realizadas em ambiente de JI, nas salas das crianças ou no espaço ajardinado pertencente ao JI, nomeadamente parques infantis e ringue desportivo. As atividades realizadas com os encarregados de educação foram-no em conjunto com o seu educando, à exceção da sessão de educação para a saúde. Todas elas foram em ambiente de JI, exceto a construção da roda dos alimentos, das receitas saudáveis e dos provérbios saudáveis que foi no domicílio e sem a presença da mestranda. De referir que responderam 58 encarregados de educação aos questionários para o diagnóstico de situação, mas que ao longo da operacionalização foram estimulados à participação a totalidade dos que tinham assinado consentimento de intervenção com as crianças (75), quer através de convites de participação enviados nas mochilas das crianças, com pelo menos uma semana de antecedência quer através de contactos diretos aumentando o número de encarregados de educação participantes nas atividades.

CONCLUSÃO

Portugal definiu através do PNS de 2004-2010 (Alto Comissariado da Saúde, 2004) orientações estratégicas para a promoção da saúde com uma abordagem centrada em 40 Programas Nacionais de saúde. Estes programas permitem a realização de projetos que ao nível da comunidade devem ser interventivos, realizados por equipas multisectoriais e promovendo a participação comunitária. Para que sejam eficazes, é importante o diagnóstico de situação correto, elaborado em parceria com os líderes comunitários que são quem melhor conhece a realidade da comunidade, as suas necessidades e as estratégias mais assertivas em termos interventivos.

A Metodologia do Planeamento em Saúde constituiu-se igualmente como um instrumento bastante útil na gestão de recursos e implementação do projeto, cuja harmonia depende do respeito por cada etapa. A escolha do referencial teórico

norteador das ações de enfermagem é crucial. O modelo de promoção da saúde de Nola Pender escolhido permitiu delinear todas as fases do planeamento em saúde, dando-lhe o suporte teórico em termos de promoção de saúde de grupos, neste caso em setting pré-escolar. A abordagem fundamentada com recurso a referenciais teóricos adequados, à evidência científica revelou-se muito importante durante a implementação do projeto assegurando assim melhores e mais corretas intervenções ao nível de cuidados prestados a grupos e comunidade. A comunidade deve ser parceira em todas as fases do processo de enfermagem, devendo ser capacitada no sentido de intervir diretamente em todas as situações que afetem o seu bem estar e saúde.

Tudo isto foi determinante para que no final do estágio de intervenção e através da realização de todas as atividades programadas, graças à preciosa colaboração de todos os parceiros do projeto e à orientação efetuada pelo professor António Major, se tenha conseguido atingir os objetivos traçados, intervindo nos problemas previamente identificados, no sentido de promover a saúde das crianças através da adoção de estilos de vida saudáveis no que se refere à alimentação e ao exercício físico. Os constrangimentos principais sentidos relacionaram-se com a limitação de tempo disponível para a operacionalização do projeto.

Pela transmissão dos resultados e sugestões para a prática, espera-se ter contribuído para uma prática baseada na evidência, para além de uma melhor visibilidade do papel do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária na abordagem de famílias, grupos e comunidades, em termos de promoção da saúde, crucial no séc. XXI, em que o enfoque dos cuidados de enfermagem em cuidados de saúde primários não deve ser apenas ao nível da prevenção secundária e terciária, mas sim e principalmente ao nível da prevenção primária e no que se refere a crianças e jovens ao nível da promoção da saúde (Pender, Murdaugh e Parsons, 2011), ou seja ao nível da prevenção primordial.

BIBLIOGRAFIA

CARVALHO, Amâncio. 2007. Promoção da Saúde: concepções, valores e práticas de estudantes de enfermagem e de outros cursos do ensino superior. [Online] 2007. [Citação:25 de Janeiro de 2012] Tese de Doutoramento. <http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/7518/1/Tese%20Doutoramento%20>

-%20Am%C3%A2ncio%20Carvalho.pdf.

FLAVELL, John. 1996. A Psicologia do desenvolvimento de Jean Piaget. 5ª edição. São Paulo : Livraria Pioneira Editora, 1996.

IMPERATORI, Emílio; GIRALDES, Maria R. 1993. Metodologia do Planeamento da Saúde. Manual para uso em serviços centrais, regionais e locais. 3ª edição. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública, 1993.

NUNES, Emília; BRENDA, João. 2005. Manual para uma alimentação saudável em jardins-de-infância. [Online] 2005. [Citação: 10 de Outubro de 2011]

<http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i005536.pdf>. ISBN 972-9425-94-9.

PENDER, Nola; MURDAUGH, Carolyn; PARSONS, Mary. 2011. Health Promotion in Nursing Practice. 6ª ed. New Jersey : Pearson Education, 2011. ISBN 13: 978-0-13-509721-2.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direcção-geral da saúde. 2005. Programa Nacional de Combate à Obesidade. [Online] 2005. [Citação: 30 de Maio de 2011]

http://static.publico.clix.pt/docs/pesoemedia/Programa_Nacional_De_Combate_Obesidade_2005.pdf.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Alto Comissariado da Saúde. 2004. Plano Nacional de Saúde 2004-2010 – Mais saúde para todos. Lisboa : Alto Comissariado da Saúde, 2004. Vol. I – Prioridades, 88 p. - Vol. II – Orientações estratégicas. 216 p, Coleção: 972-675-108-X. ISBN 972-675-109-8.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direcção-Geral da Saúde. 2005. Mais informação, mais saúde. [Online] 2005. [Citação: 10 de Novembro de 2011] <http://www.portaldasaude.pt/portal/conteudos/enciclopedia+da+saude/alimentacao/DGS+ANA.htm>

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direcção-Geral da Saúde. 2006. Programa Nacional de Saúde Escolar. [Online] 2006. [Citação: 30 de Maio de 2011]

<http://www.min-saude.pt/NR/rdonlyres/4612A602-74B9-435E-B720-0DF22F70D36C/0/ProgramaNacionaldeSa%C3%BAdedeEscolar.pdf>.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Plataforma contra a obesidade. 2007. Obesidade infantil. [Online] 2007. [Citação: 30 de Maio de 2011]

http://www.plataformacontraaobesidade.dgs.pt/PresentationLayer/homepage_infantil.aspx?menuid=165.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Portal de Saúde Pública. 2012. Níveis de Prevenção em Saúde.

[Online] 2012. [Citação: 17 de Fevereiro de 2012] <http://www.saudepublica.web.pt/TrabCatarina/NiveisPrevencao.htm>.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direcção-Geral da Saúde. Plataforma contra a obesidade. 2007. A roda dos alimentos. [Online] 2007. [Citação: 10 de Novembro de 2011] http://www.plataformacontraaobesidade.dgs.pt/PresentationLayer/Roda_dos_alimentos.aspx?menuid=245&exmenuid=113&SelMenuId=245.

SHUSTER, George F.; GOEPPINGER, Jean. 2011. A comunidade como cliente: Apreciação e análise. In: STANHOPE, Marcia; LANCASTER, Jeanette (2011) – Enfermagem de Saúde Pública. Cuidados de Saúde na Comunidade Centrados na População. 7ª ed. Loures : Lusodidacta, 2011. pp. 356-389. ISBN 978-989-8075-29-1.

TAVARES, António. 1990. Métodos e técnicas de Planeamento em Saúde. Lisboa: Ministério da Saúde, 1990.

The International Association for the Study of Obesity. 2011. UN SUMMIT – OBESITY and NUTRITION OUTCOMES. [Online] 2011. [Citação: 17 de Novembro de 2011] http://www.iaso.org/site_media/uploads/IASO_Obesity_Outcomes_Final.pdf.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. 2009. Health Promotion: Global Conferences on Health Promotion. [Online] 2009. [Citação: 17 de Maio de 2011]

<http://www.who.int/healthpromotion/conferences/en/>.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. 2011. Obesity and overweight. [Online] 2011. [Citação: 17 de Janeiro de 2012]

<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/index.html>.

AVALIAÇÃO DOS PÉS DOS UTENTE DIABÉTICOS VIGIADOS NA USF FAMILIÇÃO I

TELMA MACEDO*Enfermeira na USF Famliação I***CARLA NETO***Enfermeira na USF Famliação I***CLÁUDIA FERNANDES***Enfermeira na USF Famliação I***JACINTA COSTA***Enfermeira na USF Famliação I***MARLENE OLIVEIRA***Enfermeira na USF Famliação I***MARTA AZEVEDO***Enfermeira na USF Famliação I***SANDRA FERNANDES***Enfermeira na USF Famliação I***ROSA DIAS***Enfermeira na USF Famliação I***RESUMO**

Introdução: A Diabetes é um problema de Saúde Pública de elevada magnitude, sendo previsível que constitua uma das principais causas de morbilidade e incapacidade total ou parcial durante o século XXI. O pé diabético é uma das suas complicações mais graves.

Metodologia: Estudo transversal, onde participaram todos os utentes diabéticos com compromisso de vigilância com a USF Famliação 1 no ano de 2010 (391 utentes). A colheita de dados foi efectuada através do sistema informático (SAPE), entrevista e exame físico.

Resultados Obtidos: As classes etárias mais prevalentes eram as de 45 aos 54 e dos 55 aos 64 anos, e a maioria dos diabéticos tinha o 1º ciclo de escolaridade. Uma grande parte dos utentes apresentava diabetes tipo 2, diagnosticada há menos de cinco anos, com um bom controlo da HbA1C. A maioria apresentava excesso de peso ou obesidade. Mais de metade dos utentes não praticavam exercício físico. Em termos de risco de ulceração do pé, 60,7% dos utentes apresentava baixo risco.

Conclusão: É uma população com baixo risco de ulceração do pé, no entanto, é importante manter a educação dos próprios e dos seus familiares ou prestadores de cuidados. Este processo educativo deve ser reforçado a cada consulta mediante as necessidades relatadas e/ou identificadas.

Palavras-chave: Diabetes, Pé

ABSTRACT

Introduction: Diabetes is a public health problem with great magnitude, is expected to constitute the major cause of morbidity and total or partial incapacity during this century. Diabetic foot is one of its more serious complications.

Methodology: Cross-sectional study. We studied all users with diabetes followed in a USF Famliação 1 in 2010 (391 users). Data collection was done through the computer system (SAPE), interview and physical examination.

Results: The most prevalent age groups were 45 to 54 and 55 to 64 years, and most diabetics had the first cycle of schooling. A majority of users had diabetes type 2, diagnosed less than five years, with good control of HbA1C. The majority had overweight or obesity. More than half of users did not practice physical exercise. In terms of risk of foot ulceration, 60.7% of clients had low risk.

Conclusion: It is a population with low risk of foot ulceration however, it is important maintain the teaching to them and their families. This educational process should be reinforced at each visit according to the needs.

Keywords: Diabetes, Foot



Introdução

A Diabetes é uma doença crónica em larga expansão por todo o mundo. Segundo os números da IDF (International Diabetes Federation), existiam cerca de 284 milhões de pessoas com diabetes em 2010, e prevê-se que esse número aumentará para cerca de 438 milhões, em 2030, o que significa um aumento de 53% [1].

Em Portugal, verifica-se uma tendência crescente da prevalência da diabetes, estimada pela IDF (International Diabetes Federation), para 2007, em 8,2% e para 2025 em cerca de 9,8%. Estima-se que existam em Portugal cerca de 500 mil diabéticos [2].

O pé diabético é uma das complicações mais graves da Diabetes Mellitus, sendo o responsável por 40 a 60% de todas as amputações efectuadas por causas não traumáticas. Prevê-se que cerca de 15% da população diabética tenha condições favoráveis ao aparecimento de lesões nos pés, nomeadamente pela presença de polineuropatia periférica e de doença vascular aterosclerótica [3]. No geral, a Diabetes é assintomática nos estágios iniciais o que vai retardar o seu diagnóstico, aumentando assim o risco de complicações. A dia-

betes está associada ao aumento da mortalidade devido ao alto risco de desenvolver complicações agudas e crónicas. As complicações agudas podem ser: a hipoglicemia, a cetoacidose diabética e o coma hiperosmolar. Já as complicações crónicas podem ser: alterações na microcirculação (retinopatia e nefropatia) e na macrocirculação (cardiopatia isquémica, doença vascular periférica e neuropática) [4].

Uma das complicações mais frequente é a neuropatia, cerca de 8-12% dos diabéticos tipo 2. A neuropatia é uma complicação crónica e silenciosa, muitas vezes a falta de sintomas pode explicar a fraca adesão dos diabéticos à prevenção [4].

Dos diabéticos, cerca de 10% tem úlceras nos pés durante a evolução da doença, e cerca de 20 a 25% dos internamentos estão relacionados com as complicações nos pés [4].

Os pés dos diabéticos podem apresentar complicações manifestando-se através da isquemia aguda, infecção aguda (gangrena húmida) e infecção crónica (necrose de partes moles e osteomielite) [4]. As úlceras surgem normalmente por trauma e complicam-se por infecções e gangrenas, provocadas por dificuldade na cicatrização,

podendo resultar em amputações, quando o tratamento não é o mais adequado e o mais precoce possível [5].

As úlceras são causadas pelo facto dos Diabéticos apresentarem algum comprometimento da sensibilidade protectora plantar, provocada pela neuropatia periférica; associados a pequenos traumas, originados por objectos cortantes ao andar descalço, uso de calçado inapropriado, dermatoses, ou manipulações incorrectas dos pés e unhas por pessoas não habilitadas. Em consequência da perda da sensibilidade protectora devido à poli-neuropatia simétrica distal, podem associar-se a este quadro factores de risco relacionados à biomecânica da marcha, causando e/ou agravando lesões nos pés pelo trauma repetido [6].

Numa consulta de rotina deve-se ter em conta alguns factores de risco, tais como: a idade, tabagismo, duração da doença, diminuição dos pulsos arteriais ou hipoestesia em membros inferiores, deformidades anatómicas, presença de úlceras ou amputações prévias [4].

A American Diabetes Association recomenda a identificação dos factores de risco associados à amputação, que são: a neuropatia periférica, aumento da pressão nos pés, limitação na mobilização da articulação, patologia nas unhas (micoses), doença vascular periférica e história de úlceras ou amputação. É necessário elaborar um plano que vise educar e assistir o diabético, na tentativa de melhorar a sua qualidade de vida [4]. Segundo Serra (2008), existem vários factores de risco nos pés dos diabéticos [7], entre os quais:

- Deformidade ou proeminências ósseas
- Perda de mobilidade articular
- Pele não intacta (úlceras)
- Calosidades, gretas ou onicomomicose
- Ausência de pulsos das artérias tibial posterior e da pediosa
- Alteração da cor em situação de declive
- Neuropatia
- Antecedentes de ulceração ou amputação
- Calçado inadequado

Metodologia

É um estudo transversal onde participaram 391 diabéticos, foram seleccionados todos os diabéticos inscritos na USF Famalicão 1, no ano de 2010, com compromisso de vigilância.

As informações sobre características sociais, demográficas e da doença foram recolhidas por três métodos distintos: colheita de dados do sistema informático, entrevista e exame físico.

Os dados colhidos directamente através do sistema informático foram: a idade e a profissão.

A avaliação das comorbilidades e do grau de controlo da diabetes (avaliação analítica de HbA1c) foi efectuada através de entrevista com perguntas fechadas.

Através do exame físico foram colhidos os dados dos factores de risco, a classificação do risco de ulceração e ainda o índice de Massa Corporal (IMC) a tensão arterial.

Foi utilizada a seguinte classificação global do pé do diabético [8, 9]:

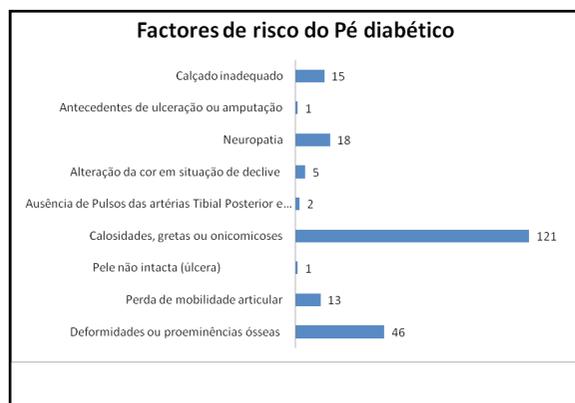
Grau	Lesão	Características
0	"Pé com baixo risco de ulceração"	Ausência de factores de risco
1	"Pé com médio risco de ulceração"	Um ou mais factores de risco (excepto neuropatia, doença arterial periférica, deformação, ulceração ou amputação prévias)
	"Pé com alto risco de ulceração"	Neuropatia, doença arterial periférica, deformação, ulceração ou amputação prévias
2	Úlcera superficial sem infecção evidente	Destruição total da pele
3	Úlcera profunda	Penetra pele, gordura, ligamentos. Não penetra o osso. Infecção do pé: sinais de infecção: febre, leucocitose), secreção purulenta, ou 2 ou mais sintomas locais (vermelho, quente, doloroso, crepitação)
4	Úlcera profunda com celulite, abscesso ou envolvimento ósseo	Extensa e profunda, secreção e mau cheiro
5	Gangrena localizada	Necrose de uma parte do pé: planta, calcanhar, dedos
6	Gangrena extensa	Atinge todo o pé; Sintomas e sinais sistémicos

Resultados Obtidos

Integraram este trabalho 391 diabéticos vigiados na USF Famalicão 1, os resultados obtidos são descritos na tabela 1.

		n (%)
Sexo	Masculino	187 (47,8)
	Feminino	204 (52,2)
Escolaridade	Analfabeto	33 (8,9)
	1º Ciclo	208 (75,3)
	2º Ciclo	35 (9,4)
	3º Ciclo	8 (2,2)
	Secundário	12 (3,2)
	Superior	4 (1,1)
Profissão	Desempregado	21 (5,6)
	Activo	105 (28,1)
	Reformado	221 (59,1)
	Doméstica	27 (7,2)
Tempo de Diagnóstico	<5 anos	169 (44,0)
	5 a 10 anos	114 (29,7)
	>10 anos	101 (26,3)
HbA1c	<7	266 (74,1)
	7 a 8	61 (17,0)
	>8	32 (8,9)
TA	Sistólica <140 e Diastólica <90	214 (54,7)
	Sistólica >140 ou Diastólica >90	177 (45,3)
Fumador		16 (4,2)

Dos utentes diabéticos estudados 86,4% apresentam comorbilidades, 65% hipertensão e 44,4% dislipidemia, 152 (39,1%) utentes com factores de risco no pé diabético, sendo as calosidades, gretas ou onicomicoses as mais significativas (gráfico 1).



Discussão dos resultados

Este estudo apresenta uma amostra equitativa em relação ao sexo, a maior parte da amostra tinha entre os 55 e os 74 anos e em relação à sua situação profissional a maioria está reformada, o que já se era de esperar atendendo à idade. Quase a totalidade da amostra apresenta Diabetes tipo 2 o que se encontra de acordo com a bibliografia, dado que segundo Smeltzer e Bare aproximadamente 90 a 95% das pessoas com diabetes apresentam diabetes tipo 2 [10], a maioria da amostra tem até 5 anos de evolução da Diabetes.

Relativamente à escolaridade cerca de 75% tem o 1º ciclo, é muito importante conhecer o grau de escolaridade dos nossos utentes para que se possa planear e actuar de uma forma mais correcta, de modo a facilitar a compreensão de toda a informação que tentamos passar [4].

A idade de início da diabetes tipo 2 é variável, embora seja mais frequente após os 40 anos, com pico de incidência por volta dos 60 anos [11], estes dados vão de encontro à classe etária mais prevalente na nossa amostra.

Em relação ao controlo metabólico, 74,1% da amostra apresenta um bom controlo da diabetes, com HbA1c abaixo de 7, o que se pode explicar devido ao pouco tempo de evolução da diabetes. Segundo Brown et al, o facto de as complicações surgirem tardiamente dificulta o reconhecimento da seriedade da doença por parte dos pacientes diabéticos e, conseqüentemente, a implementação de modificações no estilo de vida. Muitas vezes são conseqüências irreversíveis, como amputações e cegueira, que alteram a consciência que o paciente tem da sua doença [12, 13].

Tal como sugerem outros estudos, a prevalência de excesso de peso ou obesidade na amostra é muito grande (cerca de 90%) [5].

Em relação às comorbilidades 44,4% referiram que apresentam dislipidemia, 65% já referem hipertensão arterial e 16% que fumam. O tabagismo é considerado como

importante factor de risco para a diabetes tipo 2 e muito prejudicial em relação às suas complicações [11]. É importante sensibilizar esta população para o abandono do tabagismo, como uma medida preventiva. Comparando a prática de exercício físico desta amostra (53,6% não pratica exercício) com a do estudo de Barbu e Cocco, em que 59,4 dos entrevistados não praticavam exercício os valores são semelhantes [4]. A OMS preconiza a prática de exercício de forma regular, adequada em relação á intensidade, duração e modalidade a todos os utentes.

Este estudo permitiu avaliar o grau de risco de ulceração dos pés dos diabéticos, sendo um dos factores de risco mais evidenciado (31,1% dos utentes) as calosidades, gretas ou micoses. Quando comparados estes valores com outro estudo semelhante, Macedo et al, em 2010, nesse estudo 59,5% apresenta deformidades ósseas, 16,5% neuropatia, 5,9% ausência de pulsos periféricos e 3,4% antecedentes de úlcera ou amputação [14]. No nosso estudo os valores são muito díspares, onde apenas, 11,8% apresenta deformidades ósseas, 4,6% neuropatia, e 0,5% ausência de pulsos periféricos e 0,3% antecedentes de úlcera ou amputação. Isto pode também estar relacionado com o pouco tempo desde a identificação da doença.

Em termos de risco de ulceração 60,7% desta população apresenta baixo risco, 22,9% médio risco, 16,2% alto risco e 0,3% (1 utente) apresenta uma úlcera superficial sem infecção presente. É uma amostra com baixo risco de ulceração.

Conclusão

Neste estudo 60,7% dos utentes apresentava baixo risco de ulceração dos pés, apesar disso, reforça-se a importância da educação dos próprios e da família para a vigilância constante do pé e uma higienização adequada, podendo assim prevenir muitas complicações futuras.

Pessoas com baixo risco para a ulceração do pé devem também receber apoio para manter e/ou melhorar o controlo glicémico, o colesterol, a Tensão Arterial e todos os out-

ros factores de risco. No entanto, aqueles com elevado risco precisaram de adquirir habilidades para vigiar os seus pés, saber inspeccionar, cortar as unhas e todos os outros cuidados inerentes de modo a prevenir complicações com os pés.

Sugere-se a realização de novos estudos nesta área, de modo a poder-se planear e orientar melhor as actividades de vigilância em cuidados de saúde primários.

Bibliografia

- [1] Associação Protectora dos Diabéticos de Portugal. Pé Diabético Caminhando para um futuro melhor. LIDEL editora. 2010 ISBN: 978-972-757-681-4.
- [2] DGS. Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Diabetes. In: Circular Normativa 23/Direcção de Serviços de Cuidados de Saúde / Divisão de Prevenção e Controlo da Doença; 2007. p 1- 19.
- [3] DGS. Pé Diabético – Programa de Controlo da Diabetes Mellitus. In Circular Normativa 8/ Divisão de Doenças Genéticas, Crónicas e Geriátricas; 2001. p 1-9.
- [4] BARBUI, Elaine Cristina and COCCO, Maria Inês Monteiro. Conhecimento do cliente diabético em relação os cuidados com os pés. Rev. esc. enferm. USP [online]. 2002, vol.36, n.1, pp. 97-103. ISSN 0080-6234.
- [5] OCHOA-VIGO, Kattia et al. Caracterização de pessoas com diabetes em unidades de atenção primária e secundária em relação a fatores desencadeantes do pé diabético. Acta paul. enferm. [online]. 2006, vol.19, n.3, pp. 296-303. ISSN 0103-2100.
- [6] OCHOA-VIGO, Kattia e PACE, Ana Emilia. Pé diabético: estratégias para prevenção. Acta paul. enferm. [online]. 2005, vol.18, n.1, pp. 100-109. ISSN 0103-2100.
- [7] Serra LMA, Serra MBLA, Carvalho, RMFM, Martins, JA. Clínica do Pé Neuropático. In: Serra, LMA, editor. Pé Diabético – Manual para a Prevenção da Catástrofe. 2nd ed. Lisboa: Lidel – Edições Técnicas; 2008. p. 113-42.
- [8] Roch – UI-Muquim, Ahmed M, Griffin S. Evaluation and management of diabetic foot according to Wagner’s classification: a study of 100 cases. J Ayub Med Coll Abbottabad 2003 Jul-Sep; 15(3): 39-42.
- [9] Sociedade Portuguesa de Diabetologia; Grupo de Trabalho Internacional sobre o Pé Diabético. Directivas Práticas sobre o Tratamento e a Prevenção do Pé Diabético. Lisboa: Bayer Portugal; 1999. .
- [10] Smeltzer S., Gare B. Tratado de enfermagem Médico-Cirúrgica. Guanabara Koogan. 2000, 9ª edição vol.2 pp.933-981. ISBN: 85-277-0721-7.
- [11] VIEIRA-SANTOS, Isabel Cristina Ramos et al. Prevalência de pé diabético e fatores associados nas unidades de saúde da família da cidade do Recife, Pernambuco, Brasil, em 2005. Cad. Saúde Pública [online]. 2008, vol.24, n.12, pp. 2861-2870. ISSN 0102-311X.
- [12] Brown JB Harris, Webster-Bogaert S, Wetmore S, Faulds C, Stewart M. The role of patient, Physician and systemic factors in the management of type 2 diabetes mellitus. Fram Pract 2002 19:344-349.
- [13] CISNEROS, Ligia de Loiola and GONCALVES, Luiz Alberto Oliveira. Educação terapêutica para diabéticos: os cuidados com os pés na realidade de pacientes e familiares. Ciênc. saúde coletiva [online]. 2011, vol.16, suppl.1, pp. 1505-1514. ISSN 1413-8123.
- [14] Macedo A, Campos C, e tal. Pé em risco aumentado de ulceração em doentes com diabetes mellitus tipo 2. Rev Port Clin Geral 2010;26:159-68.

EMPODERAMENTO DA PESSOA COM DIABETES TIPO 2. ABORDAGEM REFLEXIVA NA ENFERMAGEM COMUNITÁRIA

MARIA TERESA BEJA PEREIRA FERREIRA GUERRA

Enfermeira, Especialista em Enfermagem Comunitária. Centro de saúde de santiago do Cacém - UCSP. Mestranda em Enfermagem Comunitária.

RESUMO

Objetivo: Refletir sobre a importância do empoderamento da pessoa com diabetes tipo 2 na prática da enfermagem comunitária. Método: O presente artigo é fruto da pesquisa bibliográfica computadorizada, as bases de dados utilizadas foram: BVS, EBSCO e MEDLINE. Foram analisados artigos internacionais, nacionais, e dissertações de mestrado, sendo selecionados de acordo com a pertinência e interesse. Resultados: É necessário um esforço coletivo para o desenvolvimento da perspectiva do empoderamento da pessoa com diabetes tipo 2. Conclusão: Deve promover-se estratégias que facilitem a equidade de acesso à capacitação para a gestão do processo de saúde-doença. O enfermeiro comunitário deve assumir, a este nível, uma ação proativa, própria do seu conteúdo funcional. Este é um caminho possível, com efectivos ganhos em saúde.

Palavras-chave: autocuidado; empoderamento; literacia em saúde; enfermagem comunitária; diabetes tipo 2; gestão doença crónica.

1 INTRODUÇÃO

Uma boa saúde é essencial para que as pessoas mais idosas possam manter uma qualidade de vida aceitável e possam continuar a assegurar os seus contributos na sociedade, uma vez que pessoas idosas activas e saudáveis, para além de se manterem autónomas, constituem um importante recurso para as suas famílias e comunidades (DGS, 2004 citado por Gomes, 2011).

No entanto com o aumento da longevidade humana, os avanços da medicina os hábitos alimentares pouco saudáveis o sedentarismo e novos estilos de vida adotados, as doenças crónicas foram ganhando terreno revelando-se epidémicas.

ABSTRACT

Objective: To reflect about the importance of empowerment of people with type 2 diabetes in the practice of community nursing. Method: This article is the result of computerized literature research, the databases used were: BVS, EBSCO and MEDLINE. were analyzed national, international Articles, and master's dissertations, selected according to relevance and interest. Results: We need a collective effort to develop the perspective of the empowerment of people with type 2 diabetes.

Conclusion: should be promoted strategies to facilitate equitable access to training for a better management of the health-disease. The community health nurse must assume at this level, a proactive, functional content of your own. This is one possible way, with effective health gains.

Keywords: self-care, empowerment, health literacy, community nursing, type 2 diabetes, chronic disease management.

Segundo a Organização Mundial de Saúde, citada pela (DGS, 2004) as doenças não transmissíveis e de evolução prolongada, fruto das suas características insidiosas, incapacitantes e tendentes para a cronicidade, tornam-se as principais causas de morbilidade e mortalidade das pessoas idosas, com enormes custos individuais, familiares e sociais

Deparando-se os profissionais de saúde que cuidam da população idosa com novas necessidades e questões. É preciso reconhecer, a partir de uma perspectiva ampla, que o idoso requer cuidados individualizados e personalizados em função dos eventos particulares que o acomete no curso de vida.

A Diabetes é uma das principais causas de morbidade crónica e de perda de qualidade de vida, estando previsto o seu aumento nas próximas décadas. (DGS,2007).

Calcula-se que em Portugal existam 300 000 pessoas com o diagnóstico de diabetes mellitus (DGS, 2002) citado por (Sousa, Peixoto e Martins, 2008) Sendo que em Portugal aproximadamente metade dos diabéticos conhecidos tem mais de 65 anos de idade. A diabetes mellitus aumenta com a idade, atingindo valores mais elevados no grupo dos 65 aos 74 anos. (Sousa, Peixoto e Martins,2008,p.2). O aumento da incidência da diabetes é particularmente preocupante, visto que esta doença é o principal fator de risco para cardiopatias e doenças cerebrovasculares e, frequentemente, ocorre associada à hipertensão arterial sistémica (HAS), que desencadeia outros importantes problemas crónicos. É possível alterar este cenário através da alteração de estilos de vida e do Empoderamento da população e obter ganhos de saúde com a consequente redução nos custos de tratamento. A concretização urgente de medidas preventivas é imperativa para que se possa controlar o aumento da prevalência da diabetes, sendo a intervenção do cidadão e grupos da comunidade, fundamental. É preciso promover, incentivar e contribuir para a capacitação de cada pessoa, de cada comunidade para esta participação, no sentido de reconhecer o direito a uma resposta de saúde às suas reais necessidades mas também a sua responsabilidade em participar e contribuir para a construção dessa mesma resposta, no sentido de que cada cidadão reconheça o quanto a sua atitude e a sua ação são determinantes para a gestão do processo de saúde-doença.

A gestão da doença crónica, como a Diabetes Tipo 2 surge hoje como absolutamente necessário, imprescindível, não só para saúde das comunidades, mas também para a sustentabilidade dos sistemas nacionais de saúde e das respostas em saúde no geral.

OBJETIVOS

Refletir sobre a importância do empoderamento da pessoa com diabetes tipo 2 na prática da enfermagem comunitária.

MÉTODO

O presente artigo é fruto da reflexão e pes-

quisa bibliográfica computadorizada, as bases de dados, utilizadas foram: Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), EBSCO e MEDLINE. Com a finalidade de definir as palavras-chave para a buscas dos artigos, utilizou-se nas várias bases de dados as seguintes palavras-chave, autocuidado; empoderamento; literacia em saúde; enfermagem comunitária; diabetes tipo 2; gestão doença crónica.

Foram analisados artigos internacionais, nacionais, e dissertações de mestrado, sendo seleccionados de acordo com a pertinência e interesse, considerando o tema em estudo. Recorreu-se também a documentação constante no site da ordem dos enfermeiros portugueses e da organização mundial de saúde.

Apesar do número de artigos ser reduzido, seleccionaram-se também trabalhos de natureza académica que relaciona enfermagem comunitária, gestão da doença crónica e diabetes tipo 2.

REFLEXÃO

A doença crónica assume hoje um peso elevado ao nível da vida das pessoas e comunidades. O Conselho Internacional de Enfermagem (2006) afirma que "A diabetes, as doenças cardiovasculares, as doenças respiratórias e alguns tipos de cancro, representam uma ameaça de destaque à saúde humana e ao desenvolvimento e são os maiores assassinos do mundo".

"A diabetes ao longo do século XX tomou-se um grave problema Mundial de Saúde Pública, tanto pelo número de pessoas afectadas, como pela elevada mortalidade e número de anos de vida perdidos. Estima-se que existam mais de 100 milhões de casos em todo o mundo, considerando-se uma verdadeira pandemia" (Bastos, 2004,pag12), Em todo o mundo é esperado que o número de diabéticos aumente nos próximos anos, assim como em Portugal. De acordo com o relatório anual do Observatório Nacional da Diabetes (2009) a prevalência da diabetes em 2008 era de 11,7% da população portuguesa com idades compreendidas entre os 20 e os 79 anos, o que correspondia a um total de cerca de 905 mil indivíduos. Ainda de acordo com o relatório anual do Observatório Nacional da Diabetes (2009) verificou-se a existência de uma correlação directa entre o incremento da prevalência da Diabetes e o envelhe-

cimento dos indivíduos, saliente-se o facto de mais de um quarto da população portuguesa integrada no escalão etário dos 60-79 anos ter Diabetes. As repercussões destas situações são elevadas, uma má gestão das doenças crónicas potencia os encargos com a saúde, e todos são afetados, em termos humanos, sociais e económicos. As pessoas com doença crónica utilizam geralmente mais os serviços de saúde, desde consultas médicas e de enfermagem, cuidados hospitalares e consumo de medicamentos.

No entanto, os custos não se reportam unicamente a despesas com consultas e tratamentos, mas também ao tempo perdido em casa, no ensino e no lazer, ao absentismo laboral e por vezes à perda do emprego, que leva a uma reduzida qualidade de vida, a um aumento da pobreza tanto a nível do próprio indivíduo como da sua família.

Pequenos (grandes) passos no sentido da adoção de estilos de vida saudáveis e a supressão de fatores de risco, trariam ganhos em saúde e qualidade de vida e maior produtividade para os países.

O impacto da doença crónica merece, de fato, uma preocupação e reflexão sobre o que deve ser feito, o que deve ser modificado, relativamente à organização de cuidados de saúde, em particular a nível dos cuidados primários de saúde.

A literatura tem apontado que grande parte dos idosos com diabetes tem dificuldade na adesão ao programa terapêutico (controle metabólico, plano alimentar, atividade física e terapêutica medicamentosa).

A auto gestão das doenças crónicas em muitos casos requer mudança no estilo de vida e no comportamento diário, e o papel central das ações deve estar no doente e na família. O Conselho Internacional de Enfermagem (2006) reitera que até 80% dos casos de doença cardíaca, AVC e diabetes tipo 2 e mais de um terço dos casos de cancro poderiam ser prevenidos, eliminando fatores de risco partilhados, sobretudo o tabagismo, alimentação pouco saudável, inatividade física e o uso nocivo de álcool. As doenças crónicas mais predominantes, como a diabetes exigem de facto contacto regular e extenso durante o tratamento, com envolvimento e participação ativa do idoso no processo de tomada de decisão. Em face deste panorama a Organização Mundial da Saúde (OMS,

2003), através de políticas de Promoção em Saúde (PS), aconselha que os países invistam esforços no sentido de controlar a tendência de aumento da diabetes que, além de trazer custos económicos e sociais elevados, se reflete no bem estar individual, tornando-se num grave problema de saúde pública. A educação para a autogestão na diabetes e nas doenças crónicas assume-se como uma parte integrante e essencial de cuidados de saúde de qualidade, melhorando os resultados e diminuindo os custos dos cuidados de saúde.

A responsabilidade é global, é da sociedade, do estado, da comunidade, dos serviços e profissionais de saúde, é de cada um.

No que respeita aos serviços de saúde, nomeadamente a nível dos cuidados de saúde primários, apraz dizer que muito há a fazer. Sendo próprio deste nível de cuidados de saúde, uma resposta efetiva no âmbito dos diferentes níveis de prevenção, constatando-se que a resposta existente é mais reativa do que proativa.

O sistema de saúde atual não engloba um plano de gestão que dê solução aos problemas resultantes das doenças crónicas, atualmente o enfoque é na resolução de situações agudas, é um cuidado desfragmentado, pouco participado e sem continuidade (Pinheiro, 2008).

É necessário pensar cuidados em função da saúde e não da doença, não só no que respeita à manutenção da saúde mas também à adequada gestão das situações de doença. A solução apoia-se nos cuidados de saúde primários, assumindo estes, um papel principal no âmbito da prevenção e promoção da saúde. Sendo os enfermeiros os profissionais que se encontram numa posição mais favorável para apoiar e liderar os modelos apropriados de cuidados na gestão da doença crónica (Pinheiro, 2008). A *Improving chronic illness care* (Melhoria dos Cuidados de Doenças Crónicas) (2004), apresenta o Modelo de cuidados na doença crónica, o qual defende uma abordagem centrada na interação entre um doente informado, participante e uma equipa de profissionais preparada, proativa. Este modelo pressupõe um doente motivado, com informação, competências e confiança necessárias para tomar decisões efetivas acerca da sua saúde e para a gerir, bem como uma equipa de profissionais mo-

tivada, com informação para o doente, apoio à decisão e recursos necessários para prestar cuidados de alta qualidade.

É imperativa uma abordagem multidisciplinar, a qual passa pela educação, motivação e capacitação dos profissionais de saúde, dos doentes, familiares e comunidade. É necessário haver um envolvimento ativo do doente no plano de cuidados e nos resultados esperados. Só educando se consegue uma melhor adesão aos tratamentos e aos objetivos relacionados com os estilos de vida. (Mattioni et al, 2010).

O modelo *Improving chronic illness care*(2004) tem em conta também o Quadro de Referências de Cuidados Inovadores para os Quadros Crónicos da OMS, o qual se baseia na crença de que os resultados positivos para os quadros crónicos apenas se conseguem quando os doentes e famílias estão preparados, informados e motivados, e as equipas de cuidados de saúde e pessoal de apoio na comunidade trabalham em conjunto. Tendo em conta os seguintes princípios:

- 1- Tomada de decisão baseada na evidência;
- 2- O enfoque na população;
- 3- O foco na prevenção e qualidade;

Considerando que 99% dos cuidados diários necessários ao tratamento dos doentes diabéticos são realizados por eles mesmos ou por familiares, devem estes ser encorajados a participar no planeamento e tomada de decisões acerca dos seus próprios cuidados de saúde, e deve ser-lhes dada a capacitação necessária para o fazerem. Entende-se que a família do idoso com diabetes mellitus, deve ser envolvida como forte aliada do profissional, pois o modo de se cuidar destes é influenciado por suas concepções de vida, crenças, valores e conhecimentos, que são variáveis integrantes da cultura familiar. Acrescentando a esta vertente as especificidades que os idosos com diabetes vivenciam e a complexidade do processo de cuidar em enfermagem. Esta abordagem possibilita a aproximação do profissional com o idoso, bem como de sua família e contexto de vida deles.

O empoderamento, permite a aprendizagem, o desenvolvimento de consciência crítica na qual o idoso com diabetes encontra sentido para um modo de viver saudável próprio/ autónomo/personalizado. Somente

a informação, fornecida nos processos educativos, por si só não vai modificar os comportamentos em relação á diabetes. Embora, o conhecimento seja uma condição necessária, para que ocorra o processo de mudança de certa prática ou comportamento, outras variáveis como a atitude terão de ser mudadas para que determinado comportamento nocivo seja modificado (CARVALHO, 2002). De acordo com a (I.O.M.,2003) a Organização Mundial da Saúde (OMS), "Define literacia em saúde como o conjunto de competências cognitivas e sociais e a capacidade dos indivíduos para ganharem acesso a compreenderem e a usarem informação de formas que promovam e mantenham boa saúde (WHO, 1998): é a capacidade para tomar decisões em saúde fundamentadas, no decurso da vida do dia-a-dia – em casa, na comunidade, no local de trabalho, no mercado, na utilização do sistema de saúde e no contexto político; possibilita o aumento do controlo das pessoas sobre a sua saúde, a sua capacidade para procurar informação e para assumir responsabilidades. (p.178)

As competências das pessoas em literacia em saúde incluem:

- 1- Competências básicas em saúde que facilitam a adopção de comportamentos protectores da saúde e de prevenção da doença, bem como o auto-cuidado;
- 2- Competências do doente, para se orientar no sistema de saúde e agir como um parceiro activo dos profissionais;
- 3- Competências como consumidor, para tomar decisões de saúde na selecção de bens e serviços e agir de acordo com os direitos dos consumidores, caso necessário;
- 4- Competências como cidadão, através de comportamentos informados como o conhecimento dos seus direitos em saúde, participação no debate de assuntos de saúde e pertença a organizações de saúde e de doentes.

A literacia em saúde, segundo o relatório do Institute of Medicine of the National Academies (IOM, 2003) baseia-se na interacção entre as aptidões dos indivíduos e os respectivos contextos de saúde, o sistema de saúde, o sistema de educação e os factores sociais e culturais em casa, no trabalho e na comunidade. Assim, a responsabilidade para a melhoria dos níveis de literacia em saúde deveria ser partilhada entre vários sectores.

De acordo com vários estudos, uma das causas que levavam os diabéticos a não aderirem ao regime terapêutico prescrito, era o fato de não o considerarem apropriado aos seus contextos de vida e daí o próprio doente o rejeitar, adotando outra conduta. OS investigadores alertam que são as crenças de saúde relacionadas com a diabetes, os maiores preditores de adesão nos DMNID (tipo 2), enquanto que nos DMID (tipo 1), o apoio inapropriado por parte dos profissionais de saúde e significantes, foi tido como o maior preditor da não adesão. No mesmo sentido, Cox, Gonder- Frederick apud Sousa (2003) enfatizam o papel das características da personalidade na autogestão da diabetes, como as crenças e as estratégias de coping.. Outros autores como Orme; Binik apud Sousa (2003), também dão ênfase à importância das crenças de saúde do diabético pois, invariavelmente, influenciam a adesão ao tratamento. Isto sugere que diferentes variáveis psicossociais podem prever a adesão, de acordo com o tipo de diabetes, tipo de tratamento e o "estado" de esperança de vida.

Deste modo, compreende-se que a gestão da diabetes resulta de processos comportamentais complexos que interagem entre si, influenciados pela doença e por variáveis individuais, sociais e situacionais. Este processo é bidirecional, significando que os comportamentos têm influência no diabetes e o diabetes influencia os comportamentos (Gonder-Frederick; Cox & Ritterband apud SOUSA, 2003).

Na sociedade ocidental, até meados do século XX, a medicina foi baseada em poder e autoridade. Atualmente, a procura por parte dos indivíduos por um maior controle da sua própria vida, com o seu próprio sistema de valores e capacidade de autonomia e decisão, entra em conflito com o até então papel passivo tradicional, levando a uma maior resistência. Nesta perspectiva, a herança cultural da pessoa pode levar a uma incompatibilidade e até dificuldade em integrar algumas mensagens recebidas dos profissionais de saúde, podendo originar a recusa a essas mesmas indicações (Duarte, 2002). No entanto, nem todos os doentes são críticos da posição tradicional autoritária do médico ou sentem necessidade de resistir, reagir ou não aderir. Nomeadamente, as pessoas mais

velhas podem adotar um papel passivo face aos conselhos médicos (Lupton apud SOUSA, 2003).

O cuidado "empoderador" está marcado pela interação e participação ativa, através da aliança terapêutica entre o diabético e o profissional, aumentando as possibilidades de obtenção de sucesso nas acções realizadas. Nas atividades desenvolvidas, devem ser estimulados os sentimentos de confiança mútua, de co-responsabilidade e de poder compartilhado, dentro de uma aliança terapêutica em busca do empoderamento dos envolvidos. Nesta aliança, os envolvidos são beneficiados pelas trocas de conhecimento e de experiência de vida.

O empoderamento, entendido como tecnologia educacional inovadora, está diretamente relacionado a ajudar a pessoa no crescente controle sobre sua vida, abordando os campos da promoção da saúde. O desenvolvimento pessoal e social pode ser conquistado por meio da informação, da educação para a saúde e da intensificação das competências, o que possibilita à população exercer maior controle sobre sua própria saúde.

A enfermagem comunitária contribui para este processo de capacitação,

"...Tendo por base o seu percurso de formação especializada adquiriu competências que lhe permite participar na avaliação multicausal e nos processos de tomada de decisão dos principais problemas de saúde pública e no desenvolvimento de programas e projectos de intervenção com vista à capacitação e "empoderamento" das comunidades na consecução de projectos de saúde colectiva e ao exercício da cidadania"(Ordem dos Enfermeiros,2010)

Segundo a Ordem dos enfermeiros, Os cuidados de enfermagem tomam por foco de atenção a promoção dos projectos de saúde que cada pessoa vive e pretende alcançar. Procurando, prevenir a doença e promover os processos de readaptação após a doença. Procuram, também, a satisfação das necessidades humanas básicas e a independência na realização das actividades da vida diária, Assim como a adaptação a múltiplos factores, através de processos de aprendizagem a pessoa, tendo em vista alterações de comportamentos.

A intervenção do enfermeiro visa ensinar e

instruir os indivíduos a monitorizarem parâmetros fisiológicos (tensão arterial, glicose, etc.), de forma a auto gerirem a sua doença, a saberem quando necessitam de ajuda diferenciada, a providenciar o conhecimento necessário para tomarem decisões informadas, a providenciar suporte social e emocional, a oferecer sugestões e encorajá-los na tomada de decisão.

A intervenção do enfermeiro visa a mudança do estilo de vida para adopção de hábitos saudáveis, com vista á promoção da saúde.

A educação para a saúde visando a auto – gestão e o auto cuidado é um dos pilares do cuidar de todos os diabéticos que pretendam obter resultados com sucesso em termos de saúde, e o processo de proporcionar ao diabético o conhecimento e as competências que lhe permitam assegurar a autogestão e auto cuidado no seu dia-a-dia. Diariamente o diabético é confrontado com a necessidade de planejar refeições, desenvolver actividade física, cuidar e vigiar os pés, monitorizar a glicemia e, administrar medicamentos. Tornando-se indispensável, não apenas o conhecimento sobre a doença em geral mas, também reforçar a capacidade do diabético de compreender e gerir a doença.

A primeira condição para que alguém altere ou adote comportamentos adequados á sua nova condição de saúde é possuir informação sobre porquê mudar, o que mudar e como fazer para mudar. Contudo A aquisição de conhecimentos relacionados com aspectos de saúde não é uma condição por si só suficiente para a mudança de estilos de vida. O uso de instruções específicas para cumprir um comportamento de saúde e o uso de afirmações motivacionais, que promovam a autoconfiança para implementação dos comportamentos desejados são o complemento para que essa mudança se inicie. Uma das competências fundamentais passa pelo conhecimento sobre diferentes aspectos de saúde (e de cuidados de saúde), bem como pela capacidade de utilização desse conhecimento, ou seja ser detentor de literacia em saúde.

8. CONCLUSÃO

Ao considerar os diversos aspectos inerentes á complexidade da diabetes mellitus, tais como as restrições alimentares necessárias, o tratamento com medicamentos,

a alteração da função de diversos órgãos e segmentos do organismo, o impacto pessoal, familiar e social da doença, os profissionais de saúde têm sentido cada vez mais a necessidade de desenvolver acções com vista á capacitação e empoderamento voltadas para o diabéticos, Contudo essas acções de educação não se devem basear só no aconselhamento mas sim que assente em estratégias que facilitem essa mudança. É necessário promover a identificação de crenças, motivações, dificuldades e apoios que possam promover determinados comportamentos e só depois partir para a acção da capacitação, só assim se conseguirá ganhos efectivos em saúde e ir de encontro às necessidades da população diabética.

Para muitos diabéticos é fundamental sentir que existe um espaço em que podem conversar com outros que se encontram na mesma situação, que partilham os mesmos medos, preocupações, problemas, ansiedades e dificuldades e aprender estratégias para lidar com as situações mais difíceis com que se confrontam no seu quotidiano.

Estimular a construção de conhecimentos por meio de uma perspectiva relacional e interactiva em que os problemas e as soluções são partilhados num ambiente empático e seguro , tem mostrado ser uma estratégia efectiva de promoção da saúde.

Em suma, a participação do enfermeiro terá como finalidade, a modificação de hábitos e estilos de vida, o aumento da adesão ao autocuidado e o potenciar dos recursos pessoais para enfrentar a doença.

A intervenção precoce para prevenção das complicações diabetes é fundamental, com ênfase em modificações de hábito de vida, principalmente no que diz respeito à inactividade física e à prevenção da obesidade.

É fundamental a capacitação da população através da literacia em saúde, promovendo o conhecimento e adesão ao regime terapêutico, tendo como fim a obtenção de ganhos em saúde e uma maior qualidade de vida.

9. BIBLIOGRAFIA

Anderson, R.M.; Funnel, M.M.; Butler, P.M.; Arnold, M.S.; Fitzgerald, J.T. & Feste, C.C. (1995). Patient Empowerment. Results of a randomized controlled trial. *Diabetes Care*, 18 (7), 943-949.
 APDP (2009). *Diabetes tipo 2: Um Guia de Apoio e Orientação*. Lisboa: Lidel-edições técnicas,Lda.
 BASTOS, Fernanda – Adesão e gestão do regime tera-

- pêutico do diabético tipo 2: Participação das esposas no plano educacional. 2004. Dissertação de mestrado disponível em: <http://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/9654>, consultado em 05-05-2011
- Carmo e Ferreira (2008). Metodologia da Investigação: Guia para auto-aprendizagem. (2ª Ed.). Lisboa: Universidade Aberta.
- Carta de Ottawa (1986). Primeira Conferencia Internacional Sobre Promoção da Saúde. Disponível em: <http://www.opas.org.br/promocao/uploadArq/Ottawa.pdf>, consultado em 30-06-2011
- Carvalho GS- Literacia para a saúde: um contributo para a redução das desigualdades em saúde. In: Leandro M, Araújo M, Costa M, organizadores, Saúde: as teias da discriminação social. Braga (PT): Universidade do Minho; 2002
- CORDEIRO, M. - "Avaliação da Saúde em Gerontologia" in O Idoso – Problemas e Realidades. Manual Sinais Vitais. Coimbra: Formasau – Formação e saúde, Lda (1999);
- Diabetes mellitus-Tratamento e acompanhamento de DIRETRIZES SBD, 2006 Diretrizes da Sociedade Brasileira Diabetes Disponível em <http://www.diabetes.org.br/educacao/docs/diretrizes.pdf>, consultado em 28-11-2011
- Dias, C.; et al. (1996). "Instrumento para Avaliação da Capacidade de Autocuidado de Pacientes Adultos – CADEM". R. Brasileira de Enfermagem. Brasília. Vol. 49, nº3, p.315-332, Julho/Setembro.
- Direção Geral de Saúde e Sociedade Portuguesa de Diabetologia (1998): Diabetes Mellitus 1. In: Dossier Diabetes. Programa de Controlo da Diabetes Mellitus.
- DUARTE, Rui – Epidemiologia da Diabetes. In: DUARTE, Rui; [et al.] – Diabetologia Clínica. Lisboa: Lidel, 2002a. ISBN 972757162x. p.43-56.
- DIRECÇÃO GERAL DE SAÚDE (2004) - Programa Nacional para a saúde da pessoa Idosa. Disponível em: <http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/1C6DFF0E-9E74-4DED-94A9-F7EA-0B3760AA/0/i006346.pdf>, consultado em 20-10-2011
- DIRECÇÃO GERAL DE SAÚDE (2007) – Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Diabetes. Disponível em: <http://www.mgfamiliar.net/PNPCD.pdf>, consultado em 20-10-2011
- DIRECÇÃO GERAL DA SAÚDE (2008) – Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Diabetes. Disponível em: <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i013262.pdf>. Consultado em 20-10-2011
- DUARTE, Rui – Epidemiologia da Diabetes. In: DUARTE, Rui; [et al.] – Diabetologia Clínica. Lisboa: Lidel, 2002a. ISBN 972757162x. p.43-56.
- Entidade Reguladora da Saúde Janeiro(2011). Cuidados de Saúde a Portadores de Diabetes Mellitus .Disponível em: <http://www.ers.pt/actividades/estudos/DM%20Relatorio%20Final.pdf>. Consultado a 01-01-2011
- Ferreira, P.L., Antunes, P., & Portugal, S. (2010). O Valor dos Cuidados Primários: Perspectiva dos utilizadores das USF – 2009. Lisboa: Ministério da Saúde - Missão para os Cuidados de Saúde Primários.
- HAMMERSCHMIDT, Karina- O Cuidado Gerontológico de Enfermagem Subsidiando o Empoderamento do Idoso com Diabetes Mellitus.2007. Dissertação de mestrado disponível em:<http://www.ppgenf.ufpr.br/Disserta%C3%A7%C3%A3oKarinaHammerschmidt.pdf>, consultado em 30-05-2011
- Improving chronic illness care (Melhoria dos Cuidados de Doenças Crónicas) (2004). Modelo de cuidados em doenças crónicas. Disponível em: http://www.improvingChroniccare.org/index.php?p=Model_Elements&s=18, consultado em 20.12.2011
- Institute of Medicine (2003). Competências das Pessoas em Literacia em Saúde. Disponível em: <http://www.insa.pt/sites/INSA/Portugues/AreasCientificas/PSDC/AreasTrabalho/LiteraciaSaude/Paginas/inicial.aspx>, consultado em 30-06-2011
- Instituto Nacional de Estatística (2009). Disponível em: http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrC od=0004165&contexto=bd&selTab=tab2, consultado em 01-06-2011
- International Council of Nurses. The ICN code of ethics for nurses. Imprimerie Fornara: Geneva.2006. (ISBN:92-95040-41-4) Disponível em: <http://www.icn.ch>, consultado em 01-06-2011
- Laverack, Glenn (2004) – Promoção de saúde: Poder e Empoderamento – Lusodidacta-Soc.Portuguesa de Material Didáctico,Lda.
- Mattioni FC, Budó MLD, Danieli GL. Practice of health education in the perspective of problematization living conditions of a community. Rev Enferm UFPE Online [periódico na internet]. 2010 Maio/Jun;4(esp):1308-314 Disponível em: http://www.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewFile/1095/pdf_118, consultado em 20-10-2011.
- Ministério da Saúde (2004). Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas. Lisboa: Direcção Geral da Saúde.
- ONU (1991). Princípio das nações unidas para o idoso. Disponível em: http://www.rnpd.org.br/download/pdf/idoso_onu.pdf, consultado em 30-06-2011.
- Ordem dos Enfermeiros (2010). Servir a comunidade e garantir qualidade: os enfermeiros na vanguarda dos cuidados na doença crónica. (Versão Portuguesa ISBN 978-989-96021-9-9).Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documentos/KIT_DIE_2010.pdf, consultado a 22-08-2011.
- Orem, D. E. (1983). Nursing: concepts of practice. St Louis (USA): Mosby Year Book Inc.
- Orem, D. E. (1991). Nursing: concepts of practice. 4ª ed. St Louis (USA): Mosby Year Book Inc..
- Organização Mundial da Saúde (2002). Saúde 21. Uma introdução ao enquadramento político da saúde para todos na região europeia da OMS. (Trad: Sofia Abecasis) Documento original publicado em 1998. Loures: Lusociência
- Pinheiro, C.T.M. (2008). A Gestão das Doenças Crónicas: Implicações na Prática nos Cuidados de Saúde Primário - Unidade E. Dissertação de mestrado, Universidade Aberta, Lisboa.
- PLANO NACIONAL DE SAÚDE 2011-2016- A qualidade dos cuidados e dos serviços.Disponível em: <http://www.acs.minsaude.pt/files/2010/03/VazCarneiroLuisCampos.pdf>, consultado, em 01-07-2011
- Portugal, Assembleia da República (1998, Abril 21). Código Deontológico dos Enfermeiros. Diário da Republica, I Série- A (93), 1753 – 1756.
- Relatório Anual do Observatório Nacional da Diabetes Portugal (2009). Diabetes: Factos e números; Lisboa: Ministério da Saúde. Disponível em: <http://www.min-saude.pt/NR/rdonlyres/4747F2BE-D534-4983-9A94-C5B7066C9731/0/i012326.pdf>, consultado em 30-06-2011.
- SOUSA, Maria R.; PEIXOTO, Maria J.; MARTINS, Teresa (2008) – Satisfação do doente diabético com os cuidados de enfermagem: Influência na adesão ao regime terapêutico.Disponível em: http://www.esenfcp.pt/rrr/rrr/index.php?id_website=3&d=1&target=DetalhesArtigo&id_artigo=2121&id_rev=4&id_edicao=24. Consultado a 30-10-2011.
- World Health Organization. Diet, Nutrition and Prevention of Chronic Diseases. Geneva 2003: 53-57

Metodologia

Teve-se por base um livro de referência na área da abordagem à pessoa adulta vítima de trauma, o qual foca a temática da soroterapia endovenosa através da análise de resultados de inúmeros estudos. Para além disso, consultaram-se ainda alguns artigos e guidelines nacionais e internacionais, no sentido de reforçar e alargar as conclusões apresentadas pelos autores.

Desenvolvimento e Resultados

De uma forma muito simplista, as situações em que os profissionais de emergência pré-hospitalar são chamados a intervir podem ser classificadas em duas categorias distintas, nomeadamente a assistência às vítimas de patologia médica e a assistência às vítimas de trauma. O presente artigo irá debruçar-se apenas sobre as vítimas de trauma, tendo como ponto de partida que neste tipo de vítimas o principal objectivo da intervenção dos profissionais é a prevenção da hipóxia, da hipercapnia, da hipovolémia e da acidose e simultaneamente a promoção de um transporte rápido para o hospital, onde a vítima poderá beneficiar do tratamento definitivo, muitas vezes conseguido apenas através de cirurgia. (Soreide & Grande, 2001) Por este motivo, segundo os mesmos autores, as decisões tomadas sobre as intervenções a realizar na cena, devem sempre ser pesadas tendo em conta a sua real necessidade no momento e o tempo que consomem, no sentido de não atrasarem a chegada da vítima às “mãos” do cirurgião. O que difere portanto o atendimento às vítimas de trauma do atendimento às vítimas de patologia médica, é que segundo Barnett (2003), nas primeiras não se pode saber com rigor

se a hemorragia está ou não controlada, enquanto que nas segundas esta questão não se coloca e os meios técnicos, matérias e tecnológicos disponíveis nos meios de emergência, permitem realizar procedimentos com igual “alcance” aos praticados a nível hospitalar, pelo que o tempo em cena pode e deve ser estendido até a vítima estabilizar.

Soreide e Grande (2001), apresentam resultados de vários estudos que demonstram que cerca de 25% das mortes por trauma ocorrem antes da vítima chegar ao hospital e que, em alguns países, 25% a 40% das mortes em politraumatizados podiam ser evitadas através de uma melhor performance dos profissionais de emergência pré-hospitalar. Estes números vêm evidenciar que existe sempre “espaço” para que se continue a trabalhar, no sentido de garantir uma melhoria contínua da intervenção destes profissionais e, assim, contribuir para diminuir a taxa de mortalidade nesta população. É precisamente com esta motivação, que alguns autores e investigadores têm vindo a pôr em causa uma prática que nas últimas décadas tem sido largamente divulgada e executada por estes profissionais, mais concretamente a administração vigorosa de soros em vítimas de trauma, que apresentam sintomas de sangramento interno e/ou choque hemorrágico. Soreide e Grande (2001) explicam que o raciocínio que suporta esta prática é, em certa medida, lógico, uma vez que o objectivo passa por manter a perfusão dos tecidos através de uma compensação da volémia em relação às perdas hemáticas causadas pelo trauma. Contudo, os mesmos autores, baseando-se num estudo de Bickell, concluíram que as vítimas de trau-

ma penetrante do tórax beneficiariam mais de um transporte rápido para o hospital, do que iniciar a administração de qualquer soro em contexto pré-hospitalar. Também Barnett (2003), reportando-se a um estudo realizado em 598 vítimas de trauma penetrante no Reino Unido, concluiu que o grupo de indivíduos que recebeu soros obteve uma taxa de sobrevivência de 62%, enquanto que no grupo de vítimas que foi transportado rapidamente para o hospital e não beneficiou de qualquer soro, a taxa foi de 70%.

No sentido de esclarecer estas conclusões, que se apresentaram contraditórias ao raciocínio aparentemente lógico subjacente ao princípio da infusão vigorosa de soros, Dretzke, Sandercock, Bayliss e Burls (2004), basearam-se numa experiência realizada em 1980 em animas e concluíram que embora possa haver uma resposta positiva transitória dos valores de pressão arterial sistólica, os mesmos voltam a baixar quando existe hemorragia interna não controlada. Para Revell, Greaves e Porter (2003), a explicação é simples, embora ultrapasse em complexidade o raciocínio exposto anteriormente pelos defensores da administração liberal de soros. Desta feita, os mesmos afirmam que ao administrar grandes quantidades de soros, estar-se-á a contribuir para aumentar o fluxo sanguíneo e transitoriamente a pressão arterial e para diminuir a viscosidade sanguínea, provocando a diluição e destruição dos coágulos já formados e aderentes aos tecidos lesados por onde ocorrem as perdas hemáticas. Quer isto dizer, que a administração vigorosa de soros (ainda defendida em muitos manuais da especialidade) irá ter um efeito deletério sobre o processo

de coagulação (coagulopatia iatrogénica) e impedir a acção do efeito protector da hipotensão resultante da hemorragia, que iria também contribuir para a coagulação. Todos estes acontecimentos culminam inevitavelmente num conseqüente aumento do sangramento e numa aceleração do processo de choque hemorrágico.

Deste modo, Soreide e Grande (2001), bem como os restantes autores supracitados, apontam uma perspectiva bem mais completa em relação à administração de soros às vítimas de trauma, defendendo que a decisão de infundir soros deverá ter em conta não só a necessidade de garantir a perfusão dos órgãos vitais, como também de prevenir o aumento das perdas hemáticas. A este princípio dá-se o nome de: - Reanimação hipovolémica.

Para além desta justificação, também a necessidade permanente de transportar urgentemente a vítima para o hospital onde receberá o tratamento definitivo (cirurgia), acaba por constituir razão para não se perder tempo na cena a tentar cateterizar um acesso venoso, pelo que este procedimento, a demonstrar ser necessário para a vítima, deverá ser realizado durante o transporte. Soreide e Grande (2001), acrescentam que no seio da comunidade científica da área do pré-hospitalar, está postulado que é errado tratar uma vítima com hemorragia apenas através da administração de soros, sem se equacionar o controlo da perda, que aliás deve constituir sempre que possível a primeira intervenção. Solomonov, Hirsh, Yahiya e Krausz (2000), reforçam este raciocínio ao afirmar que a estabilidade hemodinâmica não vai depender de uma administração agressiva de soros, mas sim da severidade da lesão

e da velocidade da perda, daí a importância do seu controlo.

Acerca do princípio da reanimação hipovolémica, é preciso ter presente que apesar de na maioria dos casos o mesmo poder ser aplicado de forma linear, o profissional deverá ter em conta as características dos diferentes tipos de trauma. Soreide e Grande (2001) e Pepe, Mosesso e Flak (2002), explicam que enquanto no trauma penetrante a lesão acaba por estar confinada a nível anatómico, no trauma fechado (torácico e/ou abdominal) as lesões anatómicas causadas por movimentos de aceleração e desaceleração acabam por envolver com maior frequência vários órgãos e tecidos. Quer isto dizer que as perdas sanguíneas podem ser elevadas quer no trauma penetrante, se envolverem o tórax ou o abdómen e no seu trajecto lesarem um vaso de grande calibre ou um órgão, quer no trauma fechado, em que as perdas circulatórias acontecem por hemorragia interna e pela deslocação de fluídos para o terceiro espaço. Por outro lado, nas vítimas que sofrem traumatismo craniano ocorre um conseqüente aumento da pressão intracraniana pelo edema dos tecidos e pela ruptura de vasos, pressão essa que acaba por dificultar a perfusão cerebral, pela oposição que gera em relação à pressão arterial média.

Deste modo, tanto os autores supracitados como o Comitê do PHTLS (2007), concluíram que conforme o tipo de trauma apresentado pela vítima, assim deverá ser traçado um objectivo referente ao valor da pressão arterial sistólica ou da pressão arterial média a atingir ou manter. Através deste grau de personalização das intervenções que caracterizam as novas guidelines

de abordagem à vítima traumatizada/ politraumatizada, está a aplicar-se o princípio da reanimação hipovolémica que, por um lado, permite diminuir o sangramento e, por outro, manter o suprimento dos órgãos vitais, nomeadamente do cérebro, sendo para isso necessária uma pressão arterial média mínima de 60 mmHg (quando não existe traumatismo craniano).

Em função de cada tipo de trauma e da sua localização, preconizam-se a manutenção dos seguintes valores de pressão arterial sistólica e média:

- Traumatismo craniano isolado – pressão arterial sistólica ≥ 120 mmHg ou pressão arterial média ≥ 90 mmHg;
- Trauma penetrante ou fechado associado a traumatismo craniano - pressão arterial sistólica ≥ 110 mmHg ou pressão arterial média ≥ 90 mmHg;
- Trauma fechado (torácico e/ ou abdominal) – pressão arterial sistólica ≥ 90 mmHg;
- Trauma penetrante (torácico e/ ou abdominal) – pressão arterial sistólica ≥ 70 mmHg.

Através desta síntese, é possível compreender que é nas vítimas de traumatismo craniano que existe a necessidade de assegurar valores mais elevados de pressão arterial sistólica, por vezes em detrimento da possível exacerbação de perdas hemáticas em outras regiões anatómicas. Esta situação pode ocorrer nomeadamente quanto o traumatismo craniano não acontece de forma isolada, mas sim associado a trauma penetrante (situação mais delicada, uma vez que neste tipo de trauma a pressão arterial sistólica deve ser mantida baixa) ou a trauma fechado (70% dos traumas fechados ocorrem com traumatismo craniano associado, mas aqui o risco de

sangramento é substancialmente menor). A preocupação em manter a pressão arterial sistólica acima de 120 mmHg nestas vítimas, prende-se com a explicação apresentada anteriormente em relação ao aumento da pressão intracraniana e ainda ao facto do cérebro ser o órgão que mais rapidamente sofre consequências graves relacionadas com a hipoperfusão. Soreide e Grande (2001) ilustram este facto, ao afirmar que nas vítimas com traumatismo craniano e que apresentam concomitantemente valores tensionais baixos durante a fase de assistência pré-hospitalar, o risco de mau prognóstico é 15 vezes superior.

Embora estas guidelines apontem para a necessidade de administrar soros no sentido de manter a pressão arterial dentro dos valores definidos, importa não esquecer que o transporte urgente da vítima para o hospital onde esta receberá o tratamento definitivo, continua a ser a principal medida a adoptar. Deste modo, o técnico de emergência pré-hospitalar deverá aproveitar o tempo de transporte da vítima no meio de emergência, para cateterizar um acesso venoso e iniciar a administração de soros, sempre que se comprove necessário em função dos valores tensionais. Contudo, existem excepções em que não é possível realizar um transporte rápido, nomeadamente nos casos em que a vítima se encontra encarcerada (normalmente associado a trauma fechado). Nestes casos a vítima deverá beneficiar de soros ainda na cena do acidente, enquanto são criadas as condições de segurança para a sua extracção. (Soreide & Grande, 2001)

Importa alertar também para dois tipos de situações “extremas”, relacionadas com as vítimas de trauma penetrante e que po-

dem ocorrer quando se seguem estas guidelines. Segundo Pepe, Mosesso e Flak (2002), nas vítimas que apresentem pressão arterial sistólica superior a 70 mmHg durante toda a assistência pré-hospitalar, pode acontecer que o profissional realize a operação abstendo-se de administrar qualquer soro. Por outro lado, no caso da vítima apresentar valores de pressão arterial sistólica inferiores a 70 mmHg, o profissional poderá ter de administrar vários bólus de soro de forma vigorosa durante o transporte (apesar de se tratar de uma vítima com trauma penetrante e por isso deter maior risco de sangramento).

Apesar das guidelines parecerem simples de implementar, os profissionais de emergência pré-hospitalar sabem, melhor que ninguém, que nem sempre é fácil quer na cena, quer durante o transporte, obter os valores de pressão arterial da vítima. Muitos são os factores que dificultam essa avaliação, entre eles o barulho causado pelas pessoas e pelo meio de socorro, a falta de luminosidade, a dificuldade de acesso à vítima, a mobilização/ vibração constante da mesma durante o transporte ou até, em alguns casos, a impossibilidade de utilizar o material necessário. Embora a avaliação convencional da pressão arterial seja o método que permite obter valores mais objectivos, Soreide e Grande (2001) descrevem um método alternativo que permite ultrapassar as situações descritas acima. Estes autores afirmam que através da palpação dos pulsos radial e carotídeo, é possível retirar ilações acerca do valor aproximado da pressão arterial sistólica. Desta feita, quando o profissional consegue palpar o pulso carotídeo da vítima, significa que a sua pressão arterial sistólica

se encontra no mínimo a 60 mmHg. Por outro lado, quando o pulso radial também está presente, significa que a pressão arterial sistólica se encontra no mínimo a 90 mmHg.

Tendo em conta este método, Barnett (2003) explica que é possível conjuga-lo com as guidelines supracitadas, baseadas no princípio da reanimação hipovolémica. Assim sendo, o profissional deve abster-se de administrar soros se for possível palpar o pulso radial em vítimas de trauma fechado sem associação com traumatismo craniano, ou se o pulso carotídeo estiver presente em vítimas de trauma penetrante. Na eventualidade de não ser possível palpar o pulso carotídeo da vítima, a administração de bólus de soro deve ser vigorosa e repetida até se conseguir palpar novamente o pulso. Importa não esquecer também que perante esta ausência de pulso central (se correctamente avaliado), a vítima apresentará simultaneamente paragem respiratória e será necessário iniciar manobras de suporte básico e avançado de vida, contemplando compressões torácicas e ventilações.

Para Soreide e Grande (2001), Barnett (2003) e o Comitê do PHTLS (2007), o tipo de soro a administrar é uma questão que merece também alguma reflexão e ponderação por parte dos profissionais de emergência pré-hospitalar, uma vez que as possibilidades de escolha são variadas, mas nem todas as mais correctas. No sentido de encontrar a melhor opção, é importante analisar a presente questão à luz do raciocínio subjacente ao princípio da reanimação hipovolémica. Através deste raciocínio, o técnico de emergência pré-hospitalar deverá escolher o soro que

mais permitirá contribuir para o aumento efectivo dos valores de pressão arterial da vítima, ainda que esse aumento deva ser conseguido à custa do menor volume de soro possível, evitando desta forma que a hemorragia seja potenciada. Assim sendo, os mesmos autores afirmam que a escolha deve passar por soluções de colóides ou cristalóides hipertónicos, uma vez que pelo tamanho das suas moléculas e pela sua concentração, respectivamente, estas soluções possuem capacidade de provocar uma maior expansão plasmática, mesmo quando administradas em quantidades reduzidas. A título de exemplo, o Comitê do PHTLS (2007), afirma que 250 ml de NaCl a 7,5% possuem a mesma capacidade de aumento da pressão arterial que 2 a 3 litros de uma solução cristalóide isotónica. Para além desta vantagem, Carvalho (2003) explica que pelas suas características, são soros que se mantêm com maior facilidade no espaço intravenoso, provocando a reentrada dos líquidos em circulação, diminuindo o edema dos tecidos moles, mecanismo que adquire a sua máxima importância no combate da hipotensão resultante do trauma fechado e da hipertensão intracraniana, nas vítimas de traumatismo craniano.

Apesar desta explicação que orienta para a escolha dos soros mais indicados, a questão não se esgota aqui. O próprio método de administração dos soros tem sido alvo de estudos ao longo dos últimos anos por vários autores e, recentemente, Barnett (2003) e Dretzke, Sandercock, Bayliss e Burls (2004) chegaram à conclusão que estes devem ser administrados em bólus de 250 a 500 ml de cada vez, sendo que após cada administração o profissional

deverá avaliar ou aferir a pressão arterial sistólica ou média alcançada, decidindo se será ou não necessário repetir o bólus. Esta sequência de acontecimentos deve manter-se, até que os valores de pressão arterial definidos nas guidelines sejam assegurados e a hemorragia controlada.

Por último, Soreide e Grande (2001) e Barnett (2003) afirmam que para além do tipo de soro e do método pelo qual este é administrado, também as características do próprio cateter têm influência neste processo. Estes autores apresentam evidências que contrariam a prática da maioria dos profissionais de emergência pré-hospitalar, que sempre se tem baseado na cateterização de dois acessos venosos de grande calibre, permitindo desta forma a administração de grandes volumes de soros. Sabendo que as orientações mais recentes apontadas pelos diversos estudos evidenciam a necessidade de administrar pequenas quantidades de soro em bólus rápidos, os autores supracitados afirmam que é apenas necessária a cateterização de um acesso venoso (o que permite diminuir o tempo dispensado com a cateterização), o qual deve ser de grande calibre e curto, uma vez que estas são as características físicas ideais para uma infusão rápida. A este método dá-se o nome de Rapid Infusion System (RIS).

Após terem sido abordados e explicados todos os conteúdos e raciocínios que sustentam o princípio da reanimação hipovolémica, torna-se pertinente perceber qual a sequência mental e prática que os profissionais de emergência pré-hospitalar devem incorporar na sua abordagem ao adulto vítima de trauma, no sentido de recolher todas as informações necessárias

à implementação das guidelines apresentadas. Assim sendo, segundo Pepe, Mosesso e Flak (2002), o primeiro passo é compreender qual o tipo de trauma que a vítima apresenta (penetrante, fechado e/ou craniano), podendo para isso fazer-se uso da avaliação primária da vítima e de conhecimentos de cinemática e de biomecânica do trauma. O segundo passo prende-se com a identificação da localização anatómica (tórax, abdómen e/ou cabeça) da ou das regiões afectadas, a partir da avaliação primária da vítima. O terceiro e último passo implica classificar a vítima em hemodinamicamente estável ou instável, através dos dois métodos de avaliação da pressão arterial abordados e pela avaliação da frequência cardíaca e do tempo de preenchimento capilar. Recolhidas todas estas informações, o profissional pode iniciar a administração de soros de forma consciente, sabendo que não estará certamente a contribuir para acelerar o processo de choque.

Conclusão

A leitura sequencial do presente artigo, permite compreender a evolução científica que a administração de soros às vítimas de trauma tem vindo a sofrer nas últimas décadas. Através da exposição dos resultados de vários estudos e da explicação do raciocínio subjacente aos mesmos, foi possível abordar e compreender passo-a-passo o princípio da reanimação hipovolémica, que se traduz na principal mensagem que o presente artigo pretende difundir junto dos profissionais de emergência pré-hospitalar. Desta forma, espera-se que os profissionais usufruam das conclusões aqui demonstradas e as adaptem ao seu

dia-a-dia na prestação de cuidados aos adultos vítimas de trauma, contrariando desta forma os conteúdos de alguns dos manuais da especialidade, que continuam a valorizar as práticas da segunda metade do século XX. Deste modo, acredita-se que é possível contribuir para a diminuição da taxa de mortalidade destas vítimas, uma vez que segundo Soreide e Grande (2001), esta pode ser reduzida em 25% a 40% apenas pela melhoria da performance destes profissionais.

Referências bibliográficas:

Barnett, D. (2003, Setembro). Appraisal consultation document: pre-hospital initiation of fluid replacement therapy in trauma. Consultado em: 2011, Março 16. Disponível em: <http://www.nice.org.uk/guidance/index.jsp?action=article&r=true&o=32816>;

Carvalho, W. (2003, Novembro). Jornal de pediatria: soluções hipertónicas em pediatria. Consultado em: 2011, Março 29. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572003000800008

Comitê do PHTLS da NAEMT. (2007). Atendimento Pré-Hospitalar ao Traumatizado – Básico e Avançado. (6ªed) (António Crespo et al., trads.). Rio de Janeiro: Elsevier. (Obra original publicada em 1994);

Dretzke, J., Sandercock, J., Bayliss, S. & Burls, A. (2004). Clinical effectiveness and cost-effectiveness of prehospital intravenous fluids in trauma patients. Consultado em: 2001, Março 16. Disponível em: <http://www.hta.ac.uk/execsumm/summ823.shtml>;

Grupo Trauma Emergência. (2008, Outubro). Manual: curso emergência trauma e

catástrofe. Caldas da Rainha: Grupo Trauma Emergência

Instituto Nacional de Emergência Médica. (2000). Manual VMER – tomo II. Lisboa: INEM

Instituto Nacional de Emergência Médica. (2007). Manual ambulância SIV. Lisboa: INEM

Pepe, P., Mosesso, V. & Flak, J. (2001). Prehospital fluid resuscitation of the patient with major trauma. Consultado em: 2001, Março 17. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11789657>;

Revell, M., Greaves, I. & Porter, K. (2003, Maio). Endpoints for fluid resuscitation in hemorrhagic shock. Consultado em: 2011, Março 15. Disponível em: http://journals.lww.com/jtrauma/Abstract/2003/05001/Endpoints_for_Fluid_Resuscitation_in_Hemorrhagic.14.aspx;

Solomonov, E., Hirsh, m., Yahiya, A. & Krausz, M. (2000, Maio). The effect of vigorous fluid resuscitation in uncontrolled hemorrhagic shock after massive splenic injury. Consultado em: 2001, Março 16. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10752825>;

Soreide, E. & Grande, C. (2001, Julho). Prehospital trauma care (1ªed). Londres: Informa Health care.

NORMAS DE PUBLICAÇÃO

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

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

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